

n.º 5 ● Revista de Auxiliares de Enfermería

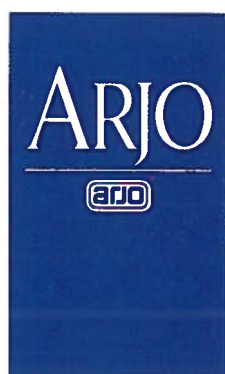
- APRUEBAN LA REFORMA DE LA FORMACION PROFESIONAL
- ENFERMERIA Y ESTRES LABORAL
- EL DEFENSOR DEL PUEBLO RECOGE LAS QUEJAS SOBRE LA SANIDAD



SEPARATA: INFORMES PROFESIONALES ELABORADOS POR AUXILIARES DE ENFERMERIA



*Arjo (Suecia)
Comercializa esta grúa
llamada Sara
Que levanta y desplaza al enfermo
Más información en S.A.E
(Referencia Sara).*





CONSEJO
EDITORIAL DE NOS

Directora
Elvira Vázquez

Redactora Jefe
Montse García

Consejo de Redacción
Luis Santiponce
Alfredo Pereira
María Angeles Domínguez

Maquetación
Sita García

Colaboradores
Celia Dou Marcos
Carmen Cubero
Nieves Delgado
Carmen Luna
Elena Chirivella
Pilar Gutiérrez
Azucena Kurdin
Isabel Cordon
Pilar Lozano
M.^a Angeles Quinonero
Pilar Zafra
M.^a Angeles Mérida
M.^a Luisa Barrantes
Carmen Padilla

Comité Científico
Teresa Valerio
Juan José Montero
Jesus Berzoso

EDITA
SAE (Sindicato de Auxiliares
de Enfermería)

**Administración,
redacción y
servicios comerciales**
Alcántara, 5, 6.ª 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

CONGRESOS SANITARIOS

PP Y PSOE RIVALIZAN POR
ATRAERSE A LOS
PROFESIONALES DE LA
SANIDAD



6

CRECER

LA ASOCIACION NACIONAL
PARA LOS PROBLEMAS DEL
CRECIMIENTO, CRECER, EXPONE
LAS REIVINDICACIONES DE LAS
PERSONAS DE TALLA BAJA

10

LAS QUEJAS SOBRE SANIDAD

EL INFORME DEL DEFENSOR DEL
PUEBLO RECOGE LAS QUEJAS DE
USUARIOS Y PROFESIONALES SOBRE
LA SANIDAD ESPAÑOLA



ACTUALIDAD

EL CONSEJO DE MINISTROS
APROBO RECIENTEMENTE LA
REFORMA DE LA FORMACION
PROFESIONAL

14



39

ASESORIA JURIDICA

NUEVA LEY PARA LOS
ARRENDAMIENTOS
URBANOS

42

ONCOLOGOS QUEMADOS

UNA ENCUESTA ELABORADA POR EL
JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA
MEDICA DEL HOSPITAL LA PAZ
ANALIZA EL BURN-OUT EN LOS
ONCOLOGOS ESPAÑOLES



47

ENFERMERIA Y ESTRES

LOS AUXILIARES DE
ENFERMERIA SON LOS
PROFESIONALES
SANITARIOS QUE MAS
ESTRES PADECEN



L



Los últimos cinco años han constituido un período de reivindicación para los Auxiliares de Enfermería, que desde las plantas hospitalarias y abanderados por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería, exigíamos el reconocimiento oficial a la evolución experimentada por la propia profesión y que suponía el reconocimiento de un nivel académico de grado superior.

Como profesionales de la enfermería nuestras funciones fueron evolucionando con el paso de los años, adquiriendo cada vez una mayor autonomía en el desarrollo de las mismas, sin que sin embargo se pudiera obviar la tutela de los diplomados de enfermería que en la mayor parte de las ocasiones ejercían su paternalismo sobre los Auxiliares de Enfermería.

En el quehacer diario de las plantas hospitalarias algunas funciones asistenciales eran compartidas, delegadas e incluso, a veces, rechazadas por parte de los diplomados de enfermería que, de acuerdo con una situación laboral y académica de nivel superior sobre los Auxiliares de Enfermería, no consideraban adecuado llevar a cabo determinadas funciones, en su opinión menores para un diplomado universitario.

Así las cosas, los años han transcurrido con relativa normalidad sin que mostraran ningún interés en cambiarlas hasta el momento en que los Auxiliares de Enfermería decidimos que ya estaba bien que, en función del ánimo de cada uno, fuéramos considerados enfermería o *chachas*. Por su parte, los diplomados debieron tomar conciencia de clase y comenzaron una batalla contra los Auxiliares de Enfermería que se recrudeció en los últimos meses debido a la Reforma de la Formación Profesional. Fue entonces cuando esgrimieron con soltura su diplomatura universitaria, alegando en su defensa sus años de estudio y su mayor formación académica. En el fondo, consideraban peligroso el ascenso de los Auxiliares de Enfermería y que su reconocimiento como Técnicos de Enfermería mermara sus funciones, perdiendo definitivamente todas aquellas funciones que hasta entonces habían rehusado hacer.

En los dos últimos años la presión ejercida por este colectivo ha supuesto que en la Reforma de la Formación Profesional los Auxiliares de Enfermería no consiguieran todos sus objetivos y se les mantenga en un nivel de grado medio. Es decir, se nos mantiene académicamente en un nivel que no se corresponde con nuestra capacidad profesional en el terreno laboral.

La aprobación del Real Decreto en el que se aprueban las competencias profesionales de los Auxiliares de Enfermería demuestra que para la Administración los Auxiliares de Enfermería siguen siendo un colectivo adjunto a otro al que no se le reconoce su propia categoría como profesionales de enfermería.

La demagógica campaña ejercida por otros profesionales ha pesado más que la situación real de los Auxiliares de Enfermería capacitados y cualificados que exigíamos el reconocimiento oficial a su valía personal. Sin embargo, como profesionales que somos, no vamos a ceder en nuestro empeño por que se nos reconozca nuestra capacidad como profesionales y nuestra valía como personal de enfermería, demostrando que también de nosotros depende la calidad asistencial que recibe el usuario.

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

LA NUEVA MODA: CONGRESOS

PP y PSOE rivalizan por atraerse a los profesionales de la Sanidad

SANITARIOS

En los últimos meses hemos podido observar cómo los dos partidos con mayores posibilidades de dirigir los destinos del Estado realizaban sendos congresos sanitarios donde apuntaban hacia donde iban dirigidas sus propuestas sanitarias y, paralelamente, criticaban las soluciones que propugnaba su contrario. La realidad es que ambas formaciones políticas, Partido Popular y Partido Socialista Obrero Español, tenían sus ojos puestos en un colectivo, el sanitario que con su voto puede inclinar la balanza de poder hacia un lado u otro más que en ofrecer verdaderas alternativas a la situación que se vive en los centros sanitarios. En ambos casos una sola ponencia trató el tema del profesional del enfermería y en ambas se obvió al Auxiliar como si estos profesionales no pertenecieran al equipo de enfermería o sus problemas fueran menores que los de los diplomados.

A finales de noviembre tuvo lugar la Conferencia Nacional de Sanidad del PP que bajo el lema *Sanidad en libertad* pretendía calmar a la opinión pública, y sobre todo a los profesionales sanitarios, sobre el mensaje de privatización del Sistema Nacional de Salud que les achacaba el PSOE. Esta Conferencia a la que acudieron todos los líderes del PP, con José María Aznar a la cabeza, tenía como misión acabar con la hegemonía que durante mucho tiempo había tenido el PSOE y sus

conferencias sectoriales de sanidad. Era también el foro indicado para demostrar a la izquierda que el Partido Popular contaba con la fuerza necesaria para convertir una conferencia de sanidad en un acto de masas. Y lo hicieron bien ya que cerca de 2.000 profesionales sanitarios, principalmente médicos, acudieron a su llamada frente a los 1.500 escasos, y mayoritariamente gestores de la sanidad pública, que acudieron a la III Conferencia de Salud del PSOE.

En lo que coincidirían ambos

AGENDA DEL CONGRESISTA

VI CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

Cuidados del Enfermo Respiratorio

Asturias. 5 y 6 de octubre 1995

Información : Fundación para la Formación de Auxiliares de Enfermería. F.A.E

Avda Valentín Masip, 26 Entresuelo Drcha. 33013 Oviedo.

Tlf. 985 /27 06 91

III JORNADAS GALLEGAS DE ESTERILIZACION. NUEVAS TECNOLOGIAS

Pontevedra, 11 y 12 de mayo de 1995

Información: Dirección de enfermería del Hospital Montecelo.

Mourete s/n 38071 Pontevedra Tlf. 986 / 80 00 00

I CURSO DE TECNICAS DE EDUCACION PARA LA SALUD

Orense 8 al 12 de mayo 1995

Información: Asociación Gallega de Enfermería C/ Urzaiz, 28- 2º 36200 Vigo

Tlfn. 986 / 43 94 50

I JORNADAS DE FORMACION CONTINUADA EN ENFERMERIA

Barcelona, 25 de mayo.

Información Viaje Casals, Departamento de Congresos. Pza. Sagrada Familia 3.

Telf. 93 / 458 62 04



*“Salud para todos.
Garantía de progreso”*

4ª. CONFERENCIA SECTORIAL DE SALUD
MADRID 10 - 11 MARZO 1996
PALACIO DE CONGRESOS Y EXPOSICIONES

Secretaría de Relaciones con la Sociedad



comienza y finaliza en los diplomados.

En cuanto a las propuestas, unos (los populares) intentaron demostrar lo que todo el mundo ya sabe: que la Sanidad Pública no funciona, que sus profesionales están mal considerados y prometieron acabar con todo esto. A los médicos les prometieron gozar de un mayor protagonismo dentro del sistema, a los diplomados obtener sus

recorrido hasta llegar a la actualidad, los innumerables avances conseguidos bajo el gobierno socialista (consultas de enfermería, mayor relevancia del equipo de enfermería frente al poder médico...) pero tampoco abordaron los temas pendientes de resolución de los Auxiliares de Enfermería ni explicaron porqué, tras una década de gobierno socialista, no se habían resuelto.

Blanca de la Hera. (ATS/DE).



*M.ª Angeles Amador, Ministra Sanidad.
Conferencia Sanidad PSOE*



CONFERENCIA NACIONAL DE SANIDAD


SANIDAD EN LIBERTAD

PALACIO DE CONGRESOS
Y EXPOSICIONES DE MADRID
26 de Noviembre 1994

grupos políticos sería en olvidar el importante papel que desarrollan los Auxiliares de Enfermería dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) ya que ni Blanca de la Hera, por el Partido Popular, ni María de la O Jimenez, del PSOE, explicaron cuales eran las propuestas de sus respectivos partidos para este importante colectivo a pesar de que sus ponencias iban dirigidas a la enfermería. Tanto de la Hera como Jiménez, ambas diplomadas de enfermería demostraron que para PP y PSOE la enfermería

demandas históricas (licenciatura, carrera profesional...) haciendo especial hincapié en la desmoralización que padecen en la actualidad. A los Auxiliares, que también pertenecen al equipo de enfermería, ni se les mencionó. Blanca de la Hera no acertó a exponer cuales serían las propuestas del PP de llegar al gobierno de la nación, en temas tales como la promoción profesional, la formación postgrado, la delimitación de las funciones de los Auxiliares, etc.

Los otros, los del PSOE, explicaron el difícil camino

Hablan las asociaciones

«El crecimiento es un fenómeno dinámico a través del cual el individuo alcanza una talla determinada, aumenta progresivamente y proporcionalmente de peso y consigue un desarrollo psicomotor y hormonal característico de la edad adulta según su sexo correspondiente. Este complejo proceso comienza con la gestación y concluye cuando se cierran los cartílagos de conjunción (en general en la adolescencia). En él influyen una serie de factores genéticos, según los cuales cada uno hereda su potencial de crecimiento a través de sus cromosomas. Además existen una serie de factores no genéticos de gran importancia, tanto en la vida intrauterina (influencias ambientales sobre la medida y mediadas por la placenta, e influencias hormonales), como en la extrauterina, tales como la alimentación, temperatura, afectividad y hormonas, que tienen capital importancia en el crecimiento y desarrollo del sujeto. Las diferentes alteraciones de todos estos factores dan lugar a trastornos del crecimiento.»

(Estudio sobre baremación de minusvalía en las alteraciones de crecimiento elaborado por la Asociación Nacional para problemas del crecimiento, CRECER)



Minusval.

CRECER no es sólo aumentar

El enanismo depende de la actividad hormonal de la hipófisis y el tiroides: una actividad normal puede ser interferida por determinantes genéticos (genes dominantes o recesivos) o por influencias ambientales (carencias alimenticias, infecciones específicas...) Alimentación, temperatura, afectividad y hormonas son factores decisivos en el desarrollo y el crecimiento del sujeto. Existen, al menos, 150 causas que pueden alterar, de forma parcial o aguda, el crecimiento de la persona. De ellas, las más significativa son las deficiencias intrauterinas, alteraciones metabólicas (del cal-

cio, raquitismo...) alteraciones cromosómicas (Síndrome de Turner), displasias esqueléticas (Acondroplasia, osteogénesis imperfecta) y déficit hormonal (Hipotiroidismo, trastornos de secreción GH)

Los tipos de enanismo constitucional mejor conocidos son el ateliótico y el acondroplásico o condriodistrófico. El primero depende de un gen recesivo y se caracteriza por originar individuos reducidos, pero con sus órganos perfeccionados.

En cambio, los sujetos condriodistróficos, debido a un retraso en el crecimiento del cartílago apifisario de los huesos largos,

presentan una reducción circunscrita por lo general a las extremidades, más cortas y más gruesas de lo normal.

Además de al de su baja estatura, las personas de talla baja, los enanos, se enfrentan a diario a muchos y graves problemas. Antonia Uceda, asistente social y vicepresidenta de la Asociación Nacional para los Problemas del Crecimiento, *Creceer*, afirma que «nos enfrentamos a un gran problema psicológico. Primero los padres y luego nosotros mismos tenemos que aceptar la peculiaridad con la que tenemos que vivir y que va a determinar nuestra vida. Hay

Hablan las asociaciones

cosas concretas en momentos concretos que no podemos hacer, pero no somos diferentes. Desde *Crecer* estamos trabajando por eliminar esa idea de que el enano es diferente, somos personas con unas patologías específicas pero nada más».

«Además, me preocupan otras cuestiones de vital importancia. Me importa que no me marginen, que no me hagan daño, me importa mucho no tener dolores físicos y problemas de movilidad, y me importa muchísimo la calidad de vida que voy a tener cuando llegue a la ancianidad sin dolores y sin

que mi movilidad merme aún más».

Al problema del enanismo hay que darle un sentido integral y sin embargo ésta es una de las principales reivindicaciones de *Crecer*: la de crear un centro de referencia donde todas las patologías estén atendidas de forma adecuada. «El enano no es una persona que tenga sólo una talla baja, es un persona que tiene problemas de deambulación, rehabilitadores, psicológicos y todos ellos hay que tratarlos globalmente porque de nada sirve un endocrino o un traumatólogo aislado. En el fondo, la estatura

es una mínima parte del problema en el que hay cuestiones tan importantes como la rehabilitación o la calidad de vida.»

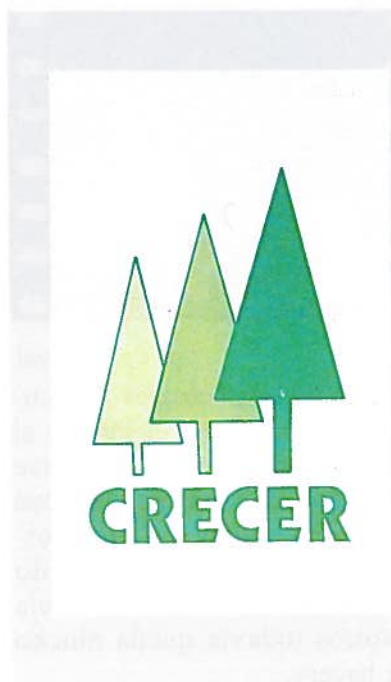
Para *Crecer* las carencias sanitarias en las cuestiones relacionadas con los problemas del crecimiento son incontables «los tratamientos con hormonas de crecimiento son muy caros. Cuando se ha alcanzado una determinada talla estos tratamientos se suprimen porque se ha mejorado en el aspecto externo de la estatura. Los tratamientos con hormonas mejoran la calidad de vida del enano, pero repercute en el funcionamiento de los órganos y otros aspectos que aunque no forman parte de la estatura sí lo son de sus problemas. Se puede llegar a medir un metro sesenta y entonces la sociedad ya no te considera enano pero tus células y tu organismo siguen siendo los mismos y hay que mantener los tratamientos», afirma Miguel Hernández, miembro de *Crecer*».

Otra reivindicación constante que hacen las personas de talla baja desde su asociación es la de exigir por parte del Inersu una revaloración de su minusvalía dado que consideran que por los problemas que padecen su consideración como minusválidos es escasa porque desde la Institución se basan en el problema de la estatura que, sin embargo, para ellos no es lo más importante.

En lo relacionado a los problemas laborales consideran que el problema fundamental es la falta de preparación de muchos de ellos. «Muchos han considerado que no merecía la pena que estudiaran porque en cualquier caso no iban a tener ninguna oportunidad. Sin embargo, esto no es cierto y a

“El enano es la única minusvalía que todavía causa risa y nosotros trabajamos por la dignidad de las personas.”

de estatura



FICHA TECNICA

NOMBRE: Asociación Nacional para los Problemas del Crecimiento. Crecer

DIRECCION SEDE

CENTRAL: Polígono de San Juan. Edif. Sta Mónica, 2 5º B. 30003 Murcia

Telf. 968 / 21 34 78

Nº DE SOCIOS: 3.000

FINANCIACION : a través de las cuotas de los socios y subvenciones del Ministerio de Asuntos Sociales

REVISTA: sin periodicidad fija editan un boletín informativo.

Hablan las asociaciones

igualdad de preparación hay igualdad de oportunidad, exceptuando aquellos puestos de trabajo en los que se requiera unas condiciones físicas o estéticas

concienciación y de participación en los problemas hasta conseguir que se cuente con ellos y se les apoye desde el Ministerio.

nico y cuando éste se ha solucionado abandonan la asociación pensando que se han acabado los problemas. Es muy poca la gente que siente la necesidad de buscar soluciones conjuntas a los problemas concretos»

Desde *Creceer* se llevan a cabo dinámicas de grupo para los adolescentes, se orienta a sus miembros sobre determinadas actuaciones en los problemas sanitarios y se recibe y difunde información sobre los avances que se llevan a cabo en otros países. «No obstante una

CRECER no es sólo aumentar de estatura

determinadas. De ahí que muchos de ellos terminen en espectáculos grotescos, barracas de ferias y en un mundo totalmente marginal en el que acaban por su falta de preparación y cualificación no por su condición de enanos», afirma la vicesecretaria de *Creceer*.

Sin embargo desde la asociación se ha planteado la creación de una empresa de servicios telefónicos para ampliar la oferta laboral a las personas de talla baja que todavía y por la falta de presupuestos no ha comenzado a funcionar a pleno rendimiento pero que está en una fase avanzada.

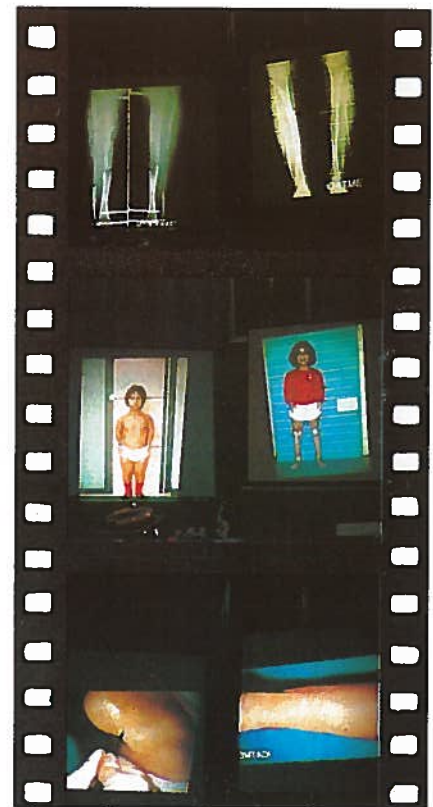
CRECER

La primera ocasión en la que las personas de talla baja se asociaron fue en abril de 1985 y a través de sus padres cuando por un problema en el Ministerio de Sanidad éste decidió no continuar el suministro de hormona de crecimiento con el que se estaba tratando a miles de niños. A raíz de esto un grupo de madres comprobó que de forma individual no iban a conseguir nada y deciden formar esta asociación que consigue en primer lugar que los niños continúen con sus tratamientos. Posteriormente comienza un trabajo de

En la actualidad *Creceer* tiene implantación nacional y alrededor de 3.000 socios. Antonia Uceda explica que «este bajo

“ Me molesta que me llamen enano si lo hacen como un insulto, si me quieren ofender con ella. Pero si no, si es solo un calificativo lo cierto es que nuestro problema es de enanismo aunque evidentemente a nivel clínico hay otro tipo de expresiones ”

porcentaje de asociados se debe a que muchos adultos consideran la asociación como un gueto porque no se aceptan tal y como son y no quieren encontrar gente como ellos. Por su parte, los padres de niños enanos acuden a la asociación cuando tienen se encuentran con un problema clí-



Minusval.

de nuestras principales preocupaciones es la de concienciar al enano de que ha de aceptarse como es y a la propia sociedad de que no somos bufones porque aunque ha cambiado muchísimo en su actitud hacia nosotros todavía queda mucho por hacer».

ESTOS LIBROS TE INTERESAN...

- MANUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA
- CUESTIONARIO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERIA
- ANEXO PARA SERVICIOS REGIONALES DE SALUD

EDITA



Enviar cupón de pedido a:
c/ Alcántara, 5. 6º Izq. 28006 Madrid
o a las sedes provinciales de S.A.E.

Ruego me envíen contra reembolso los siguientes títulos:

- MANUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA**
P.V.P. 4.990 pts. (afiliados 3.990 pts.)
- CUESTIONARIO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERIA**
P.V.P. 3.690 pts. (afiliados 2.990 pts.)
- ANEXO PARA SERVICIOS REGIONALES DE SALUD** (Marque su Comunidad)
P.V.P. 590 pts. (afiliados 490 pts.)
- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Andalucía | <input type="checkbox"/> Galicia |
| <input type="checkbox"/> Canarias | <input type="checkbox"/> Madrid |
| <input type="checkbox"/> Cataluña | <input type="checkbox"/> País Vasco |
| <input type="checkbox"/> C. Valenciana | <input type="checkbox"/> Otros..... |
- OBRA COMPLETA (los tres volúmenes)**
P.V.P. 6.500 pts. (afiliados 5.300 pts.)*
(Marque su Comunidad)
- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Andalucía | <input type="checkbox"/> Galicia |
| <input type="checkbox"/> Canarias | <input type="checkbox"/> Madrid |
| <input type="checkbox"/> Cataluña | <input type="checkbox"/> País Vasco |
| <input type="checkbox"/> C. Valenciana | <input type="checkbox"/> Otros..... |

Nombre y apellidos.....

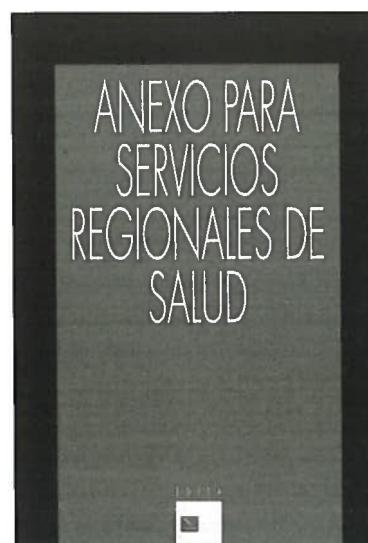
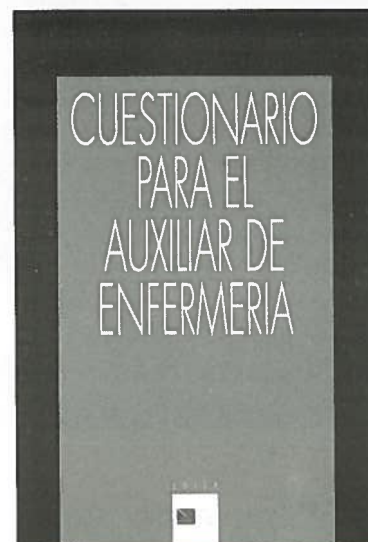
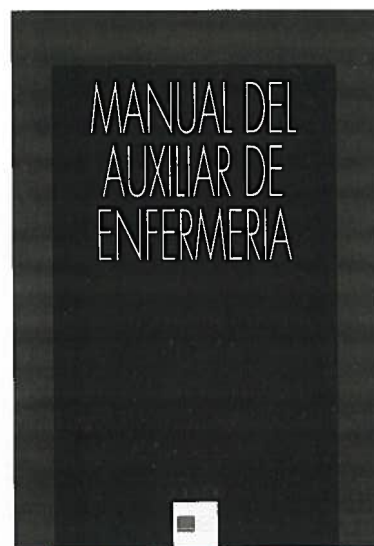
Afiliado a SAE Sí No N° de afiliación

Dirección.....

Provincia.....

Población..... C. P.

Teléfono.....



* Todos los precios incluyen I.V.A.



LOS MALES SANITARIOS DEL

L. S. Goya

94

El Defensor del Pueblo afirma que la SS debería pagar los hospitales privados cuando la atención sanitaria se demora en exceso

Las largas listas de espera, las irregularidades en la contratación de personal sanitario, el incremento en las denuncias por presunta mala praxis profesional y la constatación por parte del Defensor del Pueblo de que el Sistema Nacional de Salud continua presentando graves deficiencias son algunas de las denuncias que, en materia sanitaria, están presentes en el Informe que esta Institución ha realizado a las Cortes Generales sobre el año 94. El constante incremento de las listas de espera son tan preocupantes para el Defensor del Pueblo que ha

EL DEFENSOR DEL PUEBLO

* La figura del Defensor del Pueblo aparece en el artículo 54 de la Constitución y es la institución que actúa como Alto Comisionado de las Cortes Generales en la defensa de los derechos comprendidos en el Título I de la Constitución a cuyos efectos puede someter a investigación y control la actividad de las diversas Administraciones Públicas a fin de evitar el abuso en el ejercicio del poder de los mismas. Su autoridad se especifica a fiscalizar en nombre del parlamento la actividad de la Administración Pública.

* Depende de las Cortes y éstas lo nombran, lo cesan y rinde cuentas ante ellas. Pero goza de autonomía operativa en el ejercicio de sus funciones pues no está sujeto a mandato imperativo alguno, no recibe instrucciones de autoridad alguna y tiene facultad de interponer recurso de inconstitucionalidad contra las leyes aprobadas por las Cortes.

* Sin embargo, el Defensor del Pueblo no es un órgano jurisdiccional por lo que carece de facultad de decisión para modificar, anular o confirmar el contenido de un acto o disposición administrativa o para establecer si un determinado sujeto es titular o no de un derecho que ha sido vulnerado.

* Sus resoluciones se limitan a sugerir las medidas a adoptar por la Administración o por las Cortes y a interponer recurso de amparo o de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional.

* El procedimiento investigador del Defensor del Pueblo se puede iniciar de oficio o a petición o queja de cualquier persona natural o jurídica que invoque un interés legítimo en el acto o resolución administrativa que perjudique tales intereses.

* Las quejas a instancia de parte se harán por escrito en papel común sin necesidad de abogado ni procurador, con especificación de los datos personales de identificación del reclamante objeto de su queja.

* El ciudadano tiene un plazo de presentación de su queja de un año como máximo contando a partir del momento en que tuviera conocimiento de los hechos objeto de la misma.

El Defensor del Pueblo admitirá o desestimará la queja sin que exista la posibilidad de interponer recurso alguno contra dicha resolución siendo motivada la no admisión e indicando las posibles medidas a adoptar por el interesado para su defensa.

* Las quejas pueden ser objetivas o subjetivas. Las primeras son contra actos o resoluciones de las Administraciones Públicas que producen un daño al sujeto reclamante; son contra el mal funcionamiento de los servicios. Las quejas subjetivas se dirigen contra un determinado funcionario siendo secundario el mal funcionamiento del servicio.

* Según sea la queja se harán los trámites de la investigación aunque en ambos casos será sumaria e informal evitando escritos, plazos... que impidan una eficaz actuación al Defensor del Pueblo. Solo se exigen 15 días en que los órganos administrativos han de contestar a la solicitud de informes respecto a la queja planteada. El titular del órgano de la admitida queja habrá de estar informado en todo caso. Todos los funcionarios y demás autoridades están obligados a colaborar con el Defensor del Pueblo que tendrá acceso directo a las dependencias y documentos de los órganos administrativos que se investiguen.

afirmado «que parece razonable pensar que un retraso excesivo por la extensión de las listas de espera debería permitir a los usuarios acudir a medios ajenos a la Seguridad Social con derecho al reintegro de los gastos producidos».

De igual forma el Defensor del Pueblo afirma que dado el excesivo tiempo que puede transcurrir, en algunos casos varios años, entre el anuncio de la intervención quirúrgica y su ejecución «parece razonable que también en estos supuestos se informe a los usuarios acerca de la fecha aproximada en la que se llevará a cabo la intervención quirúrgica o la prueba de diagnóstico, de modo que los interesados conozcan, con la suficiente antelación, este extremo».

Las largas listas de espera de los Hospitales madrileños 12 de Octubre y Ramón y Cajal han sido los que han provocado un mayor número de denuncias,

mayoritariamente en traumatología, produciéndose esperas de hasta cuatro años. Dentro de las diversas Comunidades Autónomas con competencias sanitarias transferidas es la valenciana la que ha recibido más denuncias relativas a las listas de espera, siendo el Hospital La Fe de Valencia el principal motivo de éstas según este Informe del Defensor del Pueblo.

Pero uno de los temas estrellas del Informe de 1994 ha sido la constatación de un notable incremento en las denuncias por parte de los usuarios/clientes hacia los distintos profesionales sanitarios del SNS: «En relación con la práctica profesional de los profesionales de los centros sanitarios debe destacarse que se han recibido un significativo número de quejas en las que se señala que esta práctica no ha sido la adecuada, como consecuencia de presuntas imprudencias o

negligencias, circunstancias éstas que han producido daños y perjuicios, que deberían ser objeto de reparación por parte de la Administración».

A pesar de todo el propio Defensor del Pueblo afirma a continuación que «las conclusiones derivadas de tales investigaciones han puesto de manifiesto que la actuación de los profesionales sanitarios ha sido correcta en la mayoría de los casos.» Pero a pesar de todo, esta Institución indica que cuando se ha podido comprobar la existencia de un error en el diagnóstico o en la terapéutica aplicada se ha considerado, igualmente, por la administración «que en la actuación de los profesionales sanitarios no se había producido negligencia, imputándose tales errores a la variabilidad de los cuadros clínicos o al resultado negativo de los estudios efectuados».

Contratación

Los profesionales sanitarios también han hecho uso de la posibilidad de denunciar las posibles irregularidades de las que han sido actores, afirmando este Informe del Defensor del Pueblo relativo a 1994 que la mayor parte de ellas se han producido en el ámbito de la contratación. Así en el preámbulo del apartado relativo a personal estatutario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social el Informe afirma que en relación al régimen jurídico de estos profesionales «debe resaltarse su falta de adecuación a la estructura, organización y funcionamiento de los centros sanitarios» ya que el marco jurídico que debe aplicarse a estos profesionales sanitarios está integrado «por una multiplicidad de normas que carecen de la debida homogeneidad en aspectos sustanciales, circunstancia ésta que obstaculiza la gestión de los recursos humanos de los establecimientos sanitarios».

Muchas de las denuncias presentadas por profesionales sanitarios tienen en la provisión de puestos de trabajo su nexo de unión poniendo el Defensor del Pueblo varias quejas, algunas de ellas relativas a la dificultad de que los recursos

presentados tras un proceso de selección de puestos de trabajo sean resueltos antes de que dicha plaza sea adjudicada.

De profesionales con plaza de interinidad o eventuales también habla extensamente el Informe del Defensor del Pueblo relativo al año 94 indicando que a lo largo de los últimos años son importantes el número de quejas que hacen referencia a los distintos aspectos de los procedimientos establecidos por las direcciones provinciales del Insalud para la selección de personal a contratar. Así, se denuncia que en numerosas ocasiones las contrataciones de personal se realizan sin tener en cuenta los principios de igualdad, mérito



y capacidad, siendo lo normal que se realice la provisión de plazas a través de las designaciones directas.

En anteriores Informes el Defensor del Pueblo recomendaba a los responsables del Insalud que las contrataciones se hicieran de acuerdo a los principios de igualdad, mérito y capacidad, indicando en el relativo al 94 que aún habiéndose producido avances significativos en esta recomendación «es menester dejar constancia de que sigue existiendo una pluralidad de sistemas en las distintas direcciones provinciales, así como de la inexistencia de unas pautas básicas» para lo que el Defensor del Pueblo recomienda la adopción de «pautas básicas que rijan, con carácter general, la selección de personal laboral»



**UN BUEN SEGURO
PARA
AUXILIARES DE
ENFERMERIA**

SAE

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

Athena SEGUROS

La REFORMA de la FORMACION PROFESIONAL DEFRAUDA a los



AUXILIARES DE

M. García

El Consejo de Ministros aprobó recientemente un total de doce Reales Decretos con los que se regularán las competencias de otros tantos planes de estudio de Formación Profesional en la rama sanitaria y que forman parte de la reforma de contenidos de Formación Profesional.

Los Auxiliares de Enfermería venían reclamando desde hace tiempo un cambio en su titulación académica, de forma que se eliminara la incoherencia existente en la sanidad española. Incoherente por cuanto existen en los equipos de enfermería dos colectivos cuya distancia laboral está realmente mucho más cerca que la distancia académica que les separa. Sin embargo, la presión ejercida por los propios diplomados de enfer-

mería ha conseguido que los Auxiliares de Enfermería permanezcan en un nivel de grado medio a pesar de que en sus reivindicaciones exigían una titulación equivalente al grado superior.

Ha sido la demagogia la principal arma empleada por los diplomados para echar abajo las reivindicaciones de los Auxiliares. No en balde, en los primeros borradores elaborados en junio de 1994, la titulación que se concedía a los Auxiliares era la de Técnico de Enfermería y hasta marzo de 1995, coincidiendo con una fuerte campaña de los diplomados, no se modifica por la de Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería. Hasta ese momento eran los Auxiliares de Enfermería quienes más campañas de

información habían llevado a cabo consiguiendo que sus reivindicaciones se materializan en la titulación de Técnico de Enfermería.

Sin embargo, hay otras cuestiones en las que podemos comprobar cómo han influido decisiones y opiniones muy concretas en la elaboración del documento final. De hecho, el Real Decreto aprobado insiste en la palabra «auxiliar» que, además de no coincidir con las expectativas de los Auxiliares de Enfermería en los borradores anteriores no aparecía este término otorgando a los Auxiliares una mayor autonomía en su trabajo.

Académicamente se les cierran a los Auxiliares las posibilidades de continuar en su formación



propias y que se venían negando insistentemente».

«Se reconoce igualmente, a los Auxiliares de Enfermería como parte integrante de los equipos de Atención Primaria en los que se fue prescindiendo institucionalmente de ellos hasta llegar a no considerar al Auxiliar de Enfermería como parte integrante del equipo y no crear plazas específicas para estos profesionales» afirma la secretaria general de S.A.E.

«Sin duda, este documento, con todos los argumentos en contra que como profesionales de la enfermería podemos exponer, es un primer paso para que podamos exigir con una mayor firmeza el reconocimiento de un nivel superior que equilibre nuestra realidad laboral y académica de forma adecuada», finaliza Elvira Vázquez Blanco.

ENFERMERIA

profesional una línea directa hacia una posible diplomatura haciendo ésta prácticamente imposible, dado que se ven obligados a concluir distintos niveles académicos si quieren ingresar en la Universidad.

Elvira Vázquez Blanco, secretaria general del Sindicato de Auxiliares de Enfermería, afirma respecto a la aprobación del Real Decreto que «partiendo de la base de que el documento no recoge las expectativas fundamentales de los Auxiliares existen en el documento algunas cuestiones que consolidan reivindicaciones determinadas de los Auxiliares, reivindicadas desde hace tiempo. Es el caso del reconocimiento de algunas de las funciones que los Auxiliares de Enfermería reivindicaban como





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 un publicación con el máximo rigor.

- Los escritos deben ser inéditos y de tema libre.
- Los originales deberán presentados en formato DIN A4 en una plana, mecanografiada a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior. Las páginas deben ir numeradas. No podrán exceder los diez folios.

- Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que se exponga el planteamiento general del trabajo.
- La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor del libro, la editorial, fecha y lugar de publicación.
- Se añadirá junto al trabajo todo el material gráfico y fotográfico (papel o diapositiva) que se considere oportuno como complemento al texto. Se evitará enviar fotocopia de los gráficos.
- Los autores deben adjuntar los siguientes datos: nombre completo del autor o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección y teléfono de contacto.



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 de suscripción a NOS.

APELLIDOS Y NOMBRE DEL SUSCRIPUTOR

TITULAR DE LA CUENTA

BANCO CAJA DE AHORROS

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

DIRECCION

POBLACION PROVINCIA C.P.

..... a de 199

Firma

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

AFILIADOS 700 ptas., NO AFILIADOS 1.100 ptas.

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

NOS C/Alcántara, 5, 6.º Izda. 28006 Madrid

NO AFILIADOS

AFILIADOS

INTRODUCCION
HISTORICA

Ninguna ciencia agota el estudio de un fenómeno, por simple que sea, y cuando el fenómeno es tan complejo como la diabetes este hecho se hace aún más firme. A través de los siglos, nuevas y nuevas aportaciones han hecho perfeccionarse el diagnóstico clínico y la terapéutica de la enfermedad. Y en las últimas décadas los hallazgos experimentales han sido tan numerosos y variados que, a veces, en un corto espacio de tiempo, los métodos de investigación de la enfermedad, los criterios terapéuticos y hasta la misma base fisiopatológica, han sufrido transformaciones hondas, incluso contradictorias. Sobre el esquema clínico que la caracteriza, las interpretaciones han sido de lo más variado.

El concepto de la diabetes aparece ya en ARETEO, el ecléctico de Capadocia, que definía la enfermedad como el proceso «en el cual las bebidas pasan el cuerpo sin detenerse en él».

Y es la poliuria, origen del nombre puesto a la enfermedad, el punto fundamentalmente característico de todos los autores del medioevo. AVICENA en su Canon, cita claramente la palabra diabetes y la define por «expulsión al cabo de poco tiempo del agua, tal y como ha sido ingerida», «en la mayor parte de los casos añade AVICENA, es una enfermedad primitiva, declarándose entonces de improviso; alguna vez, sin embargo, aparece durante el curso de alguna enfermedad ya establecida en el organismo».

Este criterio del origen fundamentalmente renal de esta enfermedad va posteriormente evolu-

cionando, y dentro de la Edad Media, encontramos en GALENO, PABLO DE EGINA, PARACELSO, etc. otras interpretaciones patogénicas. Para los más sin ser doloroso ni infeccioso, constituiría uno de los males más graves y fatales para la humanidad.

Un paso decisivo en el diagnóstico y en la clasificación de la diabetes se dio en 1674, cuando TOMAS WILLIS descubrió la presencia de una sustancia azucarada en la orina. Desde entonces se distinguen claramente dos

cación de los estados diabéticos.

El efecto metabólico de la diabetes no se conoció hasta que MERING y MINKOWSKI demostraron que la pancreatitocromía originaba en los perros un estado similar a la diabetes humana grave. Esta observación centró la atención en el páncreas como origen del desorden.

Una importante contribución a conocer el papel del páncreas, vino a partir de los estudios de PAUL IANGERHANS en 1869, distinguiendo además de las células productoras de jugo pan-

DIABETES
MELLITUSDIAGNOSTICO
Y
TRATAMIENTO

PILAR SANCHEZ DELGADO

diabetes: la diabetes azucarada o diabetes *méllitus* y la diabetes insípida, en cuya poliuria no existe sustancia azucarada. Un siglo después, en 1775, DOBSON y COWIEY consiguen extraer el azúcar de la orina.

CHEVREUL, en 1815, demuestra la identidad del azúcar de la orina con el de la uva. La demostración del azúcar en sangre en los ciclos digestivo, realizada en 1821 por TIEDMANN y GEMELIN, supone un gran paso para el conocimiento del síndrome. BOUCHARDAT confirma estos estudios, y expone ya de manera clara la transformación de los féculos por glucosa, e inicia el estudio sistemático de las glucosurias para la clasifi-

creático, otras dispuestas en islotes de función desconocida.

Trabajando sobre la hipótesis de que el principio activo de los islotes de IANGERHANS era destruido por las enzimas proteolíticas del páncreas, en el año 1921, BANTING y BEST ligaron los conductos pancreáticos en perros. Mediante extracción en frío obtuvieron del páncreas degenerado una solución activa que, al ser inyectada por vía intravenosa en perros pancreatizados, producía un rápido descenso de la glucosa.

En diciembre de ese mismo año, J. B. COLLIP un bioquímico experimentado, se unió al grupo en la extracción y purifica-

ción de los preparados pancreáticos. Así lograron obtener un extracto que administraron a Leonard Thompson, un paciente diabético de catorce años, obteniendo mejoría bioquímica.

DEFINICION

La diabetes *méllitus* es la enfermedad endocrina más frecuente y compleja que se caracteriza fundamentalmente por la insuficiencia relativa o absoluta de la secreción de insulina y por una sensibilidad o resistencia de los tejidos a la acción metabólica de la insulina.

La hiperglucemia es la consecuencia de estos defectos de la secreción y acción de la insulina. En las etapas finales del proceso diabético, puede producirse una afectación extensa de prácticamente todos los sistemas orgánicos (sistema nervioso, sistema circulatorio, ojos, riñones, etc.)

En ocasiones no se descubre la hiperglucemia hasta que aparecen complicaciones crónicas de la diabetes *méllitus* como nefropatía, retinopatía, infarto de miocardio o gangrenas de extremidades inferiores.

SINTOMAS CARDINALES

La poliuria, la polidipsia, la polifagia y el adelgazamiento vienen conociéndose en la literatura como «síntomas cardinales» de la diabetes por servir de segura orientación en el diagnóstico. A ellos se han añadido la astenia dada su muy frecuente asociación con los restantes.

Estos síntomas cardinales pueden surgir en el momento

mismo de la clínica de la afección. Otras veces aparecen más adelante. En todo caso, los síntomas cardinales reaparecen siempre que el proceso sufre una agravación, cualquiera que sea su causa.

CLASIFICACION

Según las manifestaciones clínicas son tres los cuadros generales a considerar:

A. Diabetes *méllitus*:

1. Diabetes *méllitus* tipo I o insulino-dependiente
2. Diabetes *méllitus* tipo II o no insulino-dependiente.
3. Diabetes asociada a ciertas situaciones y síndromes.

B. Intolerancia hidrocarbonatada

1. En obesos.
2. En no obesos.
3. Asociada a ciertas situaciones o síndromes.

C. Diabetes gestacional.

Diabetes *méllitus* tipo I o insulino dependiente

Generalmente se presenta en niños o en personas jóvenes habitualmente delgadas, y tiene un comienzo brusco, característicamente agudo, manifestándose inicialmente bien por los síntomas cardinales de la diabetes *méllitus* o por descompensación aguda con el cuadro clínico de cetoacidosis diabética.

No responden a antidiabéticos orales, y desde que desarrollan la enfermedad necesitan insulina exógena para toda la vida.

Es más grave que la de tipo II, ya que al estar casi toda la vida con la enfermedad tienen más posibilidades de que aparezcan complicaciones secundarias a la diabetes.

Es la diabetes *méllitus* con tendencia a la cetosis.

Diabetes *méllitus* tipo II o no insulino dependiente

Representa el 80-90% de las diabetes. Generalmente se inicia a partir de los cuarenta años y el 60-80% de los pacientes son obesos. Suele tener un comienzo sin los síntomas clásicos del síndrome hiperglucémico. Muy raramente el comienzo es agudo y no es raro que se descubra con motivo de un análisis de rutina o por la aparición de una complicación secundaria a la diabetes como neuropatía periférica, gangrena, etc., que induce a sospechar y a realizar las pruebas diagnósticas.

Se puede controlar con dieta, ejercicio físico adecuado y con antidiabéticos orales, aunque a veces no basta con eso y hay que añadir insulina.

Diabetes *méllitus* asociada a ciertas situaciones y síndromes

Son las llamadas diabetes secundarias. La diabetes *méllitus* puede presentarse como consecuencia de pancreatopatías, endocrinopatías o tras la administración de ciertos fármacos, como diuréticos, glucocorticoides, etc. En otras ocasiones se puede asociar a procesos como ciertos síndromes genéticos, malnutrición o

anomalías en el receptor para la insulina.

Intolerancia hidrocarbonatada

Dentro de este grupo se incluyen los pacientes que mantienen niveles de glucemia superiores a los normales pero inferiores a los considerados diagnósticos para la diabetes *méllitus*. Estos pacientes pueden permanecer en esta situación, pasar a tolerancia normal a la glucosa o desarrollar diabetes (25-30% en el curso de diez años).

Dentro de este grupo se pueden establecer también tres subgrupos:

- Obesos.
- No obesos.
- Asociada o secundaria a determinadas situaciones o síndromes.

Diabetes gestacional

Se incluyen en este grupo únicamente las diabéticas que se manifiestan por primera vez o son diagnosticadas durante el embarazo; por tanto, no se aplica este término a las ya diabéticas conocidas que quedan embarazadas. Aparece en un 2 por 100 de los embarazos, especialmente durante el segundo y el tercer trimestre y está asociada con un aumento de las complicaciones perinatales y de mortalidad fetal.

Un buen control de las anomalías metabólicas durante el embarazo disminuye la morbilidad y mortalidad perinatal. Después del parto hay que volver a estudiar la tolerancia hidrocarbonatada de estas pacientes para reclasificarlas dentro de estas tres categorías:

- Diabetes.
- Intolerancia hidrocarbonatada.
- Mujeres normoglucémicas con antecedentes de intolerancia hidrocarbonatada.

Aunque la mayoría de las pacientes quedan incluidas en el último grupo, el seguimiento durante diez años de estas mujeres muestra que una tercera parte de ellas desarrolla diabetes *méllitus*.

DIAGNOSTICO DE LA DIABETES MELLITUS

En algunas situaciones se sospecha por la clínica característica de la diabetes *méllitus*, que nos permite sospechar el diagnóstico antes de hacer ningún tipo de análisis; en otros casos no hay una clínica clara de la enfermedad, en ambos casos la sospecha de la enfermedad debe confirmarse realizando pruebas basadas en la demostración de hiperglucemia. Según la Asociación Americana de la Diabetes, las pruebas diagnósticas se pueden realizar a dos niveles distintos:

1. *Pruebas de despistaje o screening*. Se deben de realizar en sujetos con riesgo elevado de padecer diabetes *méllitus*, tales como:

- Personas con historias familiares de diabetes *méllitus* fuertemente positiva.
- Personas muy obesas.
- Mujeres con antecedentes de abortos frecuentes.
- Toda mujer embarazada entre las 24 a 48 semanas de gestación.

— También se deben de realizar estas pruebas en personas que sospechamos que pueden ser diabéticas, si presentan las siguientes características:

1. Cuando orina desmesuradamente.
2. Cuando bebe excesivamente.
3. Cuando presenta polifagia con adelgazamiento.
4. Cuando presenta una astenia inexplicable.
5. Cuando es un obeso.
6. Cuando tiene antecedentes familiares de diabetes.
7. Cuando presenta un accidente vascular u otras complicaciones crónicas de diabetes *méllitus*.

8. Cuando toma corticoides.
9. Cuando toma anovulatorios.
10. Cuando toma diuréticos, sobre todo a grandes dosis.

11. En toda mujer gestante.
12. Cuando existen antecedentes de fetos macrosómicos.
13. Cuando explica antecedentes personales de hiperglucemia, aunque sean inespecíficos.

A estas personas se les recomienda la prueba de glucemia basal o determinación de la glucemia en ayunas. La glucemia basal normal en ayunas cuando se efectúa en plasma o suero es de 110 mg/100 ml. Son anormales y se puede hablar de hiperglucemia basal en cifras superiores a 125 mg/100 ml. Glucemias cuyas cifras oscilan entre 100 y 125 mg/100 ml en pacientes con clínica sugestiva, ofrecen un diagnóstico sospechoso e inducen a realizar un estudio más completo.

2. *Pruebas diagnósticas*. Para el diagnóstico correcto de diabetes *méllitus* es necesario realizar el test de tolerancia oral a la glucosa o curva de glucemia.

El test de tolerancia oral a la glucosa debe de realizarse cuando existan determinadas indicaciones, tales como:

- Resultados positivos en las pruebas de despistaje.

— En personas con síntomas y signos característicos de diabetes *méllitus*.

— Cuadros clínicos incompletos, como glucosuria o hiperglucemia detectada de forma accidental.

— Pacientes con síndrome nefrótico de causa no aclarada.

— Enfermos con arterioesclerosis prematura o polineuropatía periférica etiológicamente oscura.

El test de tolerancia oral a la glucosa es la prueba más sencilla y práctica para confirmar el diagnóstico de diabetes.

Su fundamento consiste en que un sujeto normal es capaz de extraer de la sangre el exceso de glucosa en un cierto tiempo, mientras que el diabético no lo hace.

En primer lugar, se efectúa una toma de sangre después de ayuno y reposo de diez horas para conocer la glucemia basal. A continuación se administra 75 g de glucosa disueltos en agua, en adultos (en niños 1,75 g por kg de peso, y 100 g en embarazadas) y se realizan extracciones a los 30, 60, 120 minutos. Para su valoración hay que estudiar la cifra basal, el nivel máximo alcanzado después de la sobrecarga y sobre todo la glucemia a las dos horas. En la diabetes la cifra basal es alta o normal, sin embargo, la glucemia después de 1/2 hora supera los 130 mg/100 ml. Transcurrida una hora se eleva por encima 170 mg/100 ml. Dos horas más tarde pasa de 120 mg/100 ml e incluso a las tres horas es superior a los 180 mg/100 ml. Estos valores deben de sufrir una corrección con la edad. La glucemia aumenta progresivamente con ésta. El peso del individuo también influye, pues disminuye la tolerancia a la glucosa los anovulatorios tam-

bién suelen elevar la curva de glucemia. Por el contrario, el alcohol la disminuye.

En el test de tolerancia oral a la glucosa hay que tener en cuenta:

— Es exclusivamente un procedimiento diagnóstico. En enfermos ya diagnosticados no tiene ningún valor.

— No se debe de realizar si la glucemia basal es superior a 140 mg/dl.

— No debe efectuarse cuando existe un tránsito intestinal acelerado.

PROTOCOLO DIAGNOSTICO

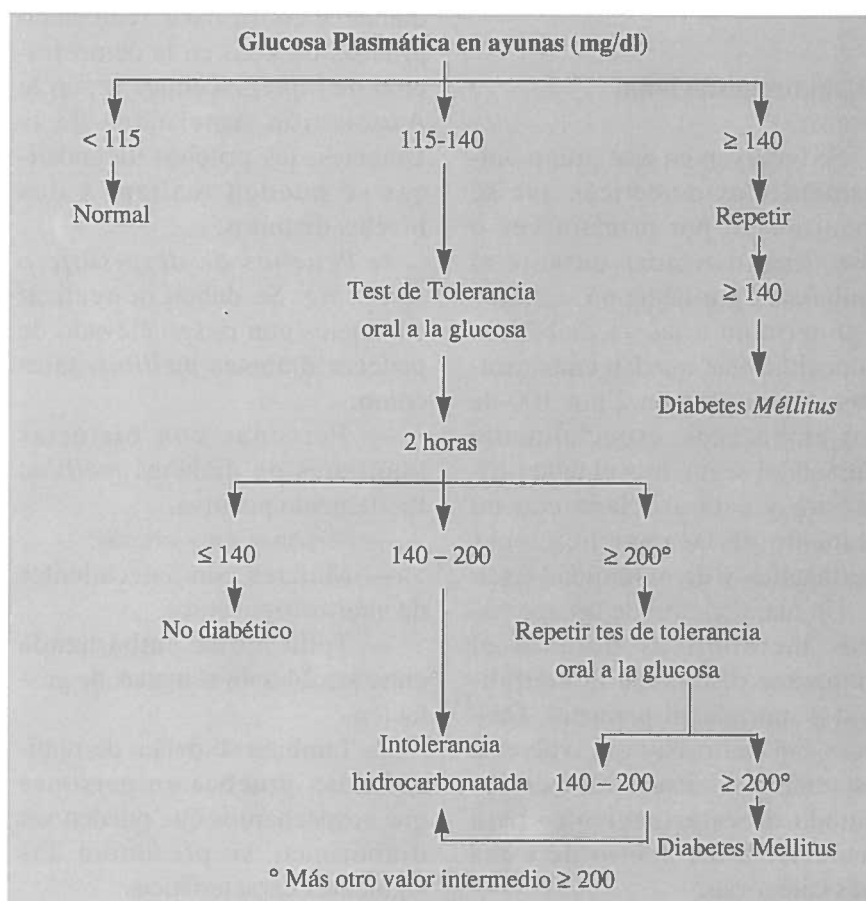
La pauta a seguir para llegar al diagnóstico de diabetes *méllitus* o intolerancia hidrocobarbonatada en personas adultas es la siguiente:

TRATAMIENTO

El fin del tratamiento de la diabetes *méllitus* es conseguir unos niveles de glucosa en sangre lo más próximo a lo normal en todos los momentos del día. La terapéutica de esta enfermedad según el tipo de diabetes puede consistir en:

- Dieta.
- Ejercicio.
- Antidiabéticos orales.
- Insulina.

El auxiliar de enfermería debe de estar informado de todo lo referente a la diabetes del enfermo ingresado para, en cualquier momento, poder contestar a sus dudas (tipo de diabetes, dieta, antidiabéticos orales, tipos de insulina). Además,



debemos vigilar la dieta ordenada por el médico, impidiendo la ingestión de alimentos distintos a los que se han autorizado.

DIETA

Al hablar de dieta para diabéticos conviene excluir el tono negativo que la palabra dieta pueda tener. Cualquier persona, coma correctamente o no, hace una dieta, la que sea. La dieta de un diabético no debe consistir en un conjunto de normas rígidas, que convierten la comida en algo monótono y poco apetitoso. Por eso, la dieta del diabético es como un estilo de alimentarse, cuantificado y bien repartido en el tiempo más que un conjunto de prohibiciones. Es decir, salvo un limitado grupo de alimentos que el diabético no puede tomar habitualmente (al menos sin consultar al médico), el paciente con diabetes *méllitus* puede comer cualquier alimento, lo importante es la cantidad que tome y su reparto a lo largo del día.

A veces los diabéticos se inquietan por su relativa ignorancia en dietética. No se trata de convertirse en un experto en alimentación, pero un diabético debe conocer los principales productos alimenticios. En este punto, como auxiliares de enfermería, debemos dar una buena información.

Para el diabético hay tres criterios básicos:

— La composición en azúcar (glúcidos o hidratos de carbono) de los principales alimentos.

— Qué productos contienen azúcares refinados, es decir, aquellos hidratos de carbono que no precisan ser digeridos para ser absorbidos por el intestino. Tienen sabor

dulce y son fáciles de reconocer.

— El contenido calórico de los alimentos.

Hay tres grandes categorías de nutrientes: proteínas, grasa o lípidos y glúcidos o hidratos de carbono.

Proteínas

Suponen el 15 ó 20% de las calorías totales. El mínimo recomendado es de 0,8g/Kg en adultos. Se hallan en:

- la carne de vacuno
- la carne de ave
- en los huevos
- en pescados
- en lácteos.

Grasas o lípidos

Deben constituir sólo el 30-35% de las calorías totales. Se recomienda sustituir los lípidos saturados (tocino, manteca, mantequilla, leche y productos derivados como el queso) por lípidos insaturados (aceite vegetal, margarina, leche y quesos descremados). Hay que evitar los derivados cárnicos muy ricos en grasa, como la mayoría de los embutidos, patés, etc. También es mejor tomar carne de pollo, pavo o pescado que cerdo, cordero o vaca. Es preferible no consumir alimentos fritos siendo mejores métodos de cocinado la cocción, plancha y horno. Finalmente, es oportuno no abusar de las salsas hechas a base de aceite. Existen recetas de salsas hechas con cantidades reducidas de aceites o con yogur.

Glúcidos o hidratos de carbono

Proporcionan el 55-60% de las calorías totales. Se recomienda el

empleo de carbohidratos no refinados (productos integrales, legumbres, etc.). En algunos individuos, se pueden dar cantidades moderadas de azúcar refinado, según control metabólico y peso, sobre todo si se toman con otros alimentos en una comida mixta o completa.

RECOMENDACIONES GENERALES

Calorías

Han de recibir la cantidad de calorías adecuadas para conseguir y mantener un peso ideal:

Edulcorantes alternativos

Sacarina: sin excesos, puede emplearse libremente.

Edulcorantes naturales: lo pueden utilizar pacientes bien controlados.

Azúcar dietético: se puede utilizar sustituyendo la fructosa por una cantidad equivalente de fruta; por ejemplo, 10 g de fructosa sustituirían a una naranja de 100 g.

Xilitol: se utiliza escasamente debido a su costo de obtención.

Sorbitol: tiene las mismas ventajas e inconvenientes que la fructosa, pero además tiene el inconveniente de que si se toma en gran cantidad produce diarreas.

Sal

Una referencia es dar 1.000 mg de sodio/1.000 kcal. sin exceder de 3.000 mg/día.

Alcohol

Si el enfermo está bien controlado y con un peso próximo al

Estado de peso	Actividad importante	Actividad moderada	Actividad sedentaria	Encamado
Peso bajo	45-50	40	35	20-35
Peso ideal	40	35	30	15-20
Peso bajo	35	30	20-25	15

ideal, se puede permitir una cantidad moderada de bebidas alcohólicas en las comidas, prescindiendo de aquéllas que contengan azúcares (vinos dulces, licores, mezclas con bebidas refrescantes azucaradas, etc.). Si una persona con diabetes *mellitus* toma alcohol conviene restar ese aporte calórico del grupo de las grasas. Así, por ejemplo:

- 100 cc de vino 70-90 cal.
- 200 cc de cerveza 70-90 cal.
- 30 cc de coñac 70-90 cal.

Hay que resaltar que el alcohol no se debe tomar sin acompañamiento de comida.

Vitaminas y minerales

Generalmente no precisa suplementos.

Bebidas refrescantes

No hay inconveniente que se beba agua mineral, gaseosa transparente, TAB, Coke-light, etc. También pueden tomar zumos naturales de producción inmediata antes de su consumo o de origen comercial, zumos elaborados con fruta natural o fermentado sin azúcar, Hero, Kas Fruit, Zumley, etc. En este caso, hay que sustituir el zumo por igual cantidad de fruta fresca en el conjunto de la dieta de ese día. No se suelen autorizar las bebidas refrescantes azucaradas

(Fanta, Schweppes, Bitter, Colas, Tónica, etc.); su contenido en azúcar hace poco recomendable su empleo por diabéticos.

Alimentos especiales para diabéticos

Tienen dos inconvenientes:

a) Son más caros que los alimentos corrientes.

b) Puede conducir al error de que el diabético los puede tomar en la cantidad que desee. Esto puede llevar a graves descompensaciones metabólicas.

En la alimentación hay que evitar múltiples errores:

a) Saltarse una comida.

b) Tomar un desayuno insuficiente que induce al almuerzo de las once y a una comida copiosa a medio día.

c) Picar continuamente.

EJERCICIO FISICO

El ejercicio físico, el deporte, es necesario para el diabético en la medida que se lo permita su edad y su estado de salud. El ejercicio físico favorece que una mayor cantidad de azúcar penetre en el tejido muscular, y esto permite mejorar el equilibrio del diabético.

El deporte debe ser organizado y practicado de forma razonable; algunos deportes no deben

practicarse en solitario y otros deben excluirse en función de los riesgos derivados de una hipoglucemia repentina.

Es importante que el diabético conozca que el ejercicio físico es un arma de doble filo: si un deporte se practica sin precaución, si son violentos, repentinos, imprevistos pueden producir hipoglucemia.

Cuando el deporte es planificado, el diabético debe tomar algunas precauciones: ya sea inyectarse menos insulina, ya sea aumentar el alimento o ambas. La actividad física es necesaria, pero si no se toman precauciones puede resultar peligrosa.

Antidiabéticos orales

Están indicados en la diabetes tipo II, cuando persiste hiperglucemia a pesar del tratamiento dietético.

Los antidiabéticos orales más utilizados son las sulfonilureas y las biguanidas.

Sulfonilureas

Disminuyen los niveles de glucosa. Actúan:

1) Sobre las células Beta del páncreas aumentando la sensibilidad a la glucosa.

2) Aumentan la respuesta tisular a la insulina.

3) Disminuyen la producción hepática de glucosa.

Están indicadas:

a) Como accesorio terapéutico en los diabéticos tratados con dieta.

b) En diabéticos tipo II o no insulino dependientes.

c) Además, hay que tener en cuenta la característica de cada individuo.

Contraindicaciones de las sulfonilureas:

- 1) En pacientes tipo I o insulino dependientes.
- 2) Durante el embarazo y la lactancia por su efecto nocivo para el feto y el recién nacido.
- 3) En pacientes con enfermedades estresantes (traumatismos, infarto de miocardio, etc.).
- 4) En pacientes alérgicos a las sulfonilureas o a compuestos similares.
- 5) En diabéticos ancianos sin control personal.
- 6) Por fallo terapéutico.
- 7) En insuficiencia hepática o renal.
- 8) En acidosis o coma diabético.

Efectos secundarios; en general, son bien toleradas, aunque con su uso pueden aparecer ciertos efectos secundarios:

- Hipoglucemia.
- Agranulocitosis, aplasia medular, anemia hemolítica y trombocitopenia.
- Hiponatremia.
- Efecto antitiroideo.
- Reacciones pulmonares difusas.
- Efecto gastrointestinal.

Biguanidas

Son antidiabéticos orales que restauran la glucemia a valores normales, pero sin efecto hipoglucemiante.

Actúan reduciendo la fabricación de azúcar por el hígado y probablemente, ayudan también al metabolismo de la glucosa circulante y frenan su absorción intestinal.

Está indicada en pacientes diabéticos tipo II, obesos que no se controlan adecuadamente con la dieta.

Está contraindicada en:

- Diabéticos mayores de sesenta y cinco años.
- En diabéticos con mal estado general.
- En desnutrición importante.
- En infecciones frecuentes.
- En afectaciones: hepática, cardíaca o renal.
- En intoxicación etílica.
- En la gestación o lactancia.

INSULINA

En casos de carencia de insulina el organismo, incapaz de utilizar un azúcar que no penetra en las células, empieza a consumir de forma casi exclusiva y sin ningún freno sus grasas de reserva. (Esta situación amenaza la vida a corto plazo.) Un diabético insulino dependiente debe inyectarse diariamente insulina, ya que su propio páncreas no la fabrica. Las metas principales en la administración de insulina son: evitar los síntomas secundarios de hiper o hipoglucemia e impedir la evolución del daño tisular.

Hay que complementar el tratamiento con insulina, la pauta dietética, el ejercicio físico y los datos del autocontrol del paciente.

Es fundamental adecuar el suministro de insulina a las necesidades fisiológicas de individuo.

Las insulinas que usamos actualmente son humanas y de origen animal. Las más utilizadas en nuestro país son: las descritas en la figura 1.

La tendencia actual es a utilizar la insulina humana.

La selección de la insulina estará basada en el tiempo de actuación, grado de pureza e intensidad de acción.

Cuando se administra por vía subcutánea, se establecen unos tiempos de actuación orientativos.

Factores que influyen en la absorción de la insulina

- Tipo de insulina.
- Procedencia.
- Cantidad de dosis.
- Concentración.
- Lugar de administración (abdomen, brazo, muslo).
- Profundidad de la inyección.
- Masaje.
- Temperatura.
- Ejercicio físico.
- Interacción con anticuerpos.

Administración

Exige una técnica correcta, antisepsia e higiene adecuada, evi-

ACCION	PROCEDENCIA	ASPECTO	CONCENTRAC. VIAL
Rápida	Humana	Claro	40 U/ml
Intermedia			
NPH	Humana	Turbio	40 U/ml
Lente	Porcina/bovina	Turbio	40 U/ml
Prolongada			
Ultratard	Humana	Turbio	40 U/ml
Mezclas estándar			
30/70	Humana	Turbio	40 U/ml
50/50	Humana	Turbio	40 U/ml
10/90	Humana	Turbio	40 U/ml
20/90	Humana	Turbio	40 U/ml

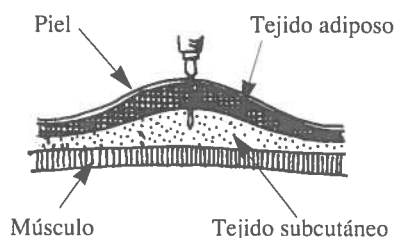
tar burbujas y errores de extracción, rotación del sitio de inyección y adecuada profundidad.

La inyección de insulina se hace en el tejido subcutáneo, que es la zona comprendida entre el tejido adiposo que hay por debajo de la piel y al músculo. El ángulo de inyección va a oscilar entre 45 y 90° dependiendo del grosor del panículo adiposo y de la longitud de la aguja.

Las zonas de inyección idóneas por estar alejadas de articulaciones, nervios y grandes vasos son: (ver figura 2).

les. También existen jeringas para enfermos con problemas de visión que tienen un sistema de giro o tope que inyecta una cantidad conocida de insulina (dos

Figura 1.



Los problemas principales de la administración de insulina son:

— Hipoglucemia, ocurre por administración excesiva de insulina, por disminución de la ingesta o por ejercicio físico realizado de forma no habitual.

— Infecciones, por mala técnica de inyección.

— Complicaciones cutáneas, por inyectar de manera reiterada en la misma zona, produciendo alteraciones de las grasas subcutáneas.

— Alteraciones visuales.

— Alergia a la insulina.

TIPO DE INSULINA	COMIENZO	PICO	DURACION
Acción rápida	15-30 min.	2-4 h	5/6 h
Acción intermedia			
NPH	1-2 h	4-8 h	18-24 h
Lente	1-2 h	6-10 h	18-24 h
Monotard	1-2 h	6-10 h	18-24 h
Acción prolongada			
Ultratard	4-6 h	10-24	26-28

HIPOGLUCEMIAS

Consideramos hipoglucemia al descenso de la glucemia por debajo de 50 mg/dl, lo que se traduce por un síndrome clínico que puede ser grave e incluso puede llegar al coma (coma hipoglucémico) y a la muerte.

Las crisis hipoglucémicas intensas, mantenidas o reiteradas pueden dejar secuelas, hemiparesias y hamiplejias, afasias, alteraciones mentales, etc.

Por su intensidad y duración se distinguen:

— Cara externa superior del brazo.

— Cara frontal y lateral de los muslos.

— Región glútea.

— Abdomen, evitando la región umbilical.

— La región escapular.

En cada inyección debe de variar la zona, para prevenir alteraciones del tejido celular subcutáneo (lipodistrofias), infecciones, etc. que afectarían a la absorción de la insulina.

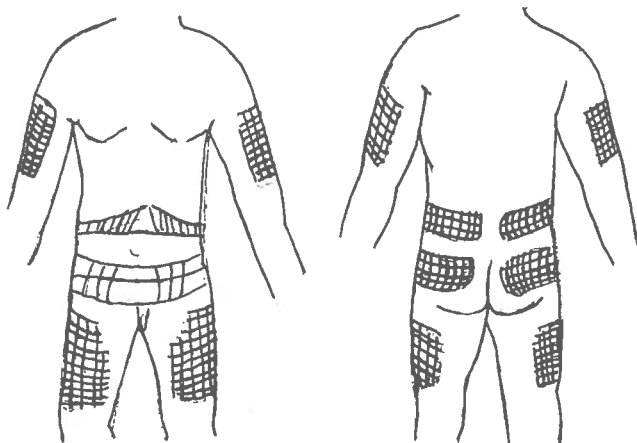
La insulina debe conservarse en el frigorífico, nunca en el congelador.

Antes de su administración debemos comprobar: el color, aspecto, ausencia de grumos, fecha de caducidad.

Para su administración se suelen utilizar jeringas convenciona-

unidades por giro o clic). Un importante avance han sido los dispositivos tipo pluma que consiguen dosis muy exactas. Además, existen bombas portátiles para la infusión continuada de insulina por vía subcutánea.

Figura 2.



— Hipoglucemia leve: se caracteriza por hambre, mareo, sudor, vértigos, parestesias, que ceden tomando algún alimento o azúcar.

— Hipoglucemia moderada: se caracteriza por inestabilidad, confusión mental, irritabilidad, sudor profuso, temblor, taquicardia.

— Hipoglucemia grave: con obnubilación progresiva, convulsiones, etc.

— Hipoglucemia comatosa o COMA HIPOGLUCÉMICO; con gran sudoración, hipotermia, hipotensión, convulsiones, taquicardia.

Las causas de hipoglucemia pueden deberse a uno o varios motivos, que se exponen a continuación:

- 1) Error de dosis al administrarse la insulina.
- 2) Distribución irregular de la insulina.
- 3) Supresión de una comida.
- 4) Ejercicio físico exagerado.
- 5) Inyectarse la insulina siempre en el mismo sitio, lo que provoca un retraso en la absorción y disminuye sus efectos.
- 6) Enfermedades intercurrentes, los vómitos y diarreas impiden la absorción normal de los hidratos de carbono.

Tratamiento

- a) Si está consciente:
 - Líquidos azucarados (vía oral).
 - Glucagón 0,5/1-2 mg subcutáneo o intramuscular.
 - Tratar la causa desencadenante
- b) Si está inconsciente:
 - Solución hipertónica de glucosa 1.V (20-50 cc al 33-50%).
 - Suero glucosado al 10%.

— Glucagón 1-2 mg/ 1-5 o 1-M.

— Actocortina 1-V 100 mg.

— Adrenalina 1 cc 1-M.

Prevención de la hipoglucemia

Prevenir la hipoglucemia consiste en evitar las circunstancias que favorecen su aparición. He aquí algunas precauciones a tomar:

— En cada comida tome la dosis de hidratos de carbono prescrita.

— No se salte nunca una comida.

— No retrasar la hora de la comida.

— No hacer ejercicio físico violento sin tomar precauciones.

— No equivocarse en la administración de insulina.

— No aumentar la dosis de insulina de forma injustificada con un razonamiento erróneo.

— No tomar alcohol en grandes cantidades, sobre todo si está en ayunas

HIPERGLUCEMIA

Consideramos hiperglucemia al aumento de la glucemia por encima de los valores normales. Suele aparecer lentamente y puede deberse a que la medicación no haya sido administrada, a un exceso de aporte dietético, a la administración simultánea de otros fármacos (diuréticos, laxantes, etc.), a situaciones de estrés, etc.

En la hiperglucemia pueden manifestarse tres procesos fundamentales:

- a) Cetoacidosis.
- b) Coma hiperosmolar no cetónico.
- c) Acidosis láctica.

Cetoacidosis

Complicación aguda de la diabetes *méllitus* provocada por un déficit absoluto de insulina, que se caracteriza por:

- Hiperglucemia mayor de 300 mg/dl.
- Hipercetonemia.
- Acidosis metabólica.
- Glucosuria.
- Cetonuria.
- Pérdida de sensorio.
- Hipocalcemia.
- Incluso COMA.

Coma hiperosmolar no cetónico

Se caracteriza por hiperglucemia mayor de 800 mg/dl y deshidratación.

Aparece tras infecciones, diuréticos, corticoides, ACV, diálisis peritoneal e hiperalimentación hospitalaria.

Se caracteriza por un cuadro de gran deshidratación, somnolencia, confusión, convulsión y coma. También aparece incontinencia, poliuria y polidipsia.

Tratamiento

Sueroterapia para reponer iones y líquidos perdidos e insulina.

Acidosis láctica

Es una acidosis metabólica. Sus causas pueden ser:

- Cardiopatía congestiva.
- Infarto.

- Hemorragias.
- Embolismo pulmonar.

Tratamiento

Bicarbonato sódico para subir el pH, sueroterapia e insulina.

CONTROL METABOLICO DEL DIABÉTICO

Su objetivo es mantener la glucemia y sus oscilaciones a lo largo de la vida del diabético de forma cercana a la normalidad. Los elementos de control metabólico son:

1. Control del peso corporal: el peso debe realizarse una vez por semana, si es posible el mismo día, a la misma hora y en la misma báscula. Cualquier alteración inexplicable en el peso se debe consultar.

2. Parámetros bioquímicos:

a) **Glucosuria:** determinación de glucosa en orina mediante tiras reactivas. Si la persona está bien controlada se puede hacer una vez por semana.

b) **Cetonurias:** determinación de cuerpos cetónicos en la orina mediante tiras reactivas.

c) **Autocontrol sanguíneo:**

— **Glucemia basal:** determinación de la glucemia en ayunas utilizando una gota de sangre del pulpejo del dedo.

— **Perfil glucémico:** determinación de la glucemia antes y 2 horas después del desayuno, comida y cena.

Ventajas del autocontrol sanguíneo

— Controlar el estado metabólico del diabético en cada momento.

- Es muy fiable.
- Permite rectificar el trata-

miento para llevar la glucemia al valor más cercano a la normalidad.

Inconvenientes del autocontrol sanguíneo

- Es un método cruento.
- No todos los diabéticos están en condiciones de realizarlo.

Métodos para el autocontrol sanguíneo

a) **Métodos visuales** (tiras reactivas) capaz de detectar la glucosa entre 20 y 800 mg/dl por medio del color.

b) **Métodos de valoración reflectométrica**, reflejan con exactitud los niveles de glucosa en sangre. La técnica consiste en medir la glucosa en una gota de sangre obtenida por punción del pulpejo del dedo que mediante una tira reactiva es leída a través de un fotómetro de reflexión y nos da la cantidad de glucosa en ese momento.

Las ventajas de estos aparatos son:

- Más fiable en cuanto a la cifra de glucosa.
- Más comodidad para el diabético.
- Periodicidad en el control analítico.

El autocontrol tiene unas ventajas para el diabético que se reflejan en:

- Mayor protección frente a descompensaciones metabólicas e hiperglucemia.
- Mayor conocimiento de la diabetes.
- Cooperación más extensa con su médico.
- Mejor calidad de vida.
- Mayor expectativa de vida.

COMPLICACIONES SECUNDARIAS DE LA DIABETES

Circulatorias

La diabetes hace que la arterioesclerosis se acelere, produciendo mayor riesgo de padecer cardiopatía isquémica (arterioesclerosis precoz).

Retinopatía diabética

Lesiones oculares como consecuencia de una dilatación de los vasos de la retina, quedando éstos afectados, produciéndose una falta de visión (hemorragias retinianas).

Afectación renal

Nefropatía diabética; inicialmente se presenta como proteinuria; acompañándola desarrollan a largo plazo: insuficiencia renal crónica.

Neuropatías

Afecta a nervios periféricos, la más frecuente es la polineuropatía, a largo plazo puede haber inmovilización motora.

Úlceras

Sobre todo a nivel de pies y tobillos, como consecuencia de la isquemia de los vasos de pequeño calibre.

Infecciones

Son un grupo de riesgo en las infecciones.

PRECAUCIONES

El diabético debe de empezar a tomar muy pronto precauciones:

- No fumar.
- Tratamiento precoz de la hipertensión arterial.
- Hacer ejercicio físico.
- Alimentación adecuada.
- Luchar contra todo exceso de peso.
- Higiene corporal escrupulosa.
- Cuidado de los pies.
- Tratarse las pequeñas lesiones heridas, pinchazos o picaduras, etc.
- Revisión periódica de los ojos.

Cuidado de los pies

Lavado diario de los pies, utilizando un jabón no cáustico y agua caliente.

Secar cuidadosamente la piel, sobre todo los espacios interdigitales.

Si la piel está muy seca poner crema hidratante. No utilizar alrededor de las uñas o en los talones.

Cortar cuidadosamente las uñas, con un corte regular, sin dejar ángulos demasiado cortantes.

Si aparecen callos, visitar al podólogo. No utilizar remedios caseros.

El calzado debe de proteger y recubrir el pie.

No andar con los pies desnudos, particularmente en piscinas y playas.

No poner bolsa con agua hirviendo ni otra fuente de alta temperatura sobre los pies.

No meter los pies en agua hirviendo.

Examinar los pies cuidadosamente todos los días, a la búsqueda de callos, durezas, grietas, ampollas, rozaduras o pequeñas irritaciones.

En caso de que aparezca una lesión seria recubrirla con una gasa estéril, no poner esparadrapo sobre la piel.

El dolor, enrojecimiento, la inflamación, la aparición de pus o de una sensibilidad anormal en una región cualquiera del pie son signos de peligro.

Hay que evitar toda solución antiséptica con colorante.

No utilizar solución antiséptica potente sin prescripción médica.

Salvo indicación médica no utilizar calcetines elásticos muy apretados.

No utilizar zapatos sin calcetines.

Evitar sandalias o calzado de plástico directamente sobre el pie desnudo, sobre todo en verano.

Evitar calcetines de nylon.

BIBLIOGRAFIA

F. Alvarez Ude y A. Quiralde, *Etiología, patogenia y diagnóstico de la diabetes*. Ediciones Morata, Madrid, 1944.

Juan Laforet Díaz, *Diabetes méllitus y sus complicaciones*. Cuadernos de información diabetológica. Lucha antidiabética de la Cruz Roja Española en Las Palmas de Gran Canaria, 1979.

L. F. Pallardo, *Diabetes, patología y clínica*. Editorial Marban, Madrid, 1964.

W. G. Cakiey; D. A. Pyke; K. W. Taylor, *Diabetes méllitus, clínica y tratamiento*. Ediciones Doyma, Barcelona, 1980.

I. Davidsohn, J. B. Henry, *Diagnóstico clínico por el laboratorio Todd-Sanford*. Salvat.

Contran Kumar Robbins, *Patología estructural y fun-*

cional Robbins. Interamericana. Mc Graw-Hill. Madrid, 1990.

Wilson, Braunwaid, Isselbacher, Petersdorf, Martin, Fanci, Root, *Principios de Medicina Interna Harrison*. Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid, 1991.

«Curso para educadores en diabetes méllitus del área de salud Insalud Hospital 12 de Octubre.» Diabetes para educadores. Madrid.

Georges Tchobroutsky, *Diabéticos*. Ediciones Generales Anaya, S. A. Madrid, 1983.

José María Cañadell Vidal, *Libro de la diabetes*. Editorial Jims. Barcelona, 1980.

Evangelina Pérez, Ana Fernández, *Auxiliares de enfermería*. Interamericana Mc Graw-Hill. Madrid, 1993.

Entre las tareas diarias de las A. E. de Reanimación es, quizá, la higiene del enfermo intubado la que más dedicación requiere siendo, a su vez, uno de nuestros más importantes cometidos, ya que de su correcta ejecución depende, en gran medida, la erradicación de una buena parte de las infecciones hospitalarias así como el bienestar y pronta recuperación del enfermo. Intentaremos, por ello, explicar las técnicas paso a paso y detenernos en aquello de mayor importancia para lograr nuestros objetivos, reseñando, asimismo, que cada uno de los pasos a seguir y las acciones a efectuar quedan enmarcadas en nuestra continua tarea de ayuda y colaboración con la enfermera responsable de cada paciente.

HIGIENE en el PACIENTE INTUBADO

Concha Ricoy

Al llegar a la unidad prepararemos los carros con la ropa y las palanganas que vamos a utilizar.

Cada carro constará de:

- 1 funda de colchón
- 2 sábanas
- 2 empapadores
- 2 entremetidas
- 2 toallas:
 - 1 cara, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores
 - 1 genitales

- 3 esponjas jabonosas
- 1 cara, tronco y extremidades superiores
- 1 genitales
- 1 extremidades inferiores
- 4 torundas y 2 bastoncitos
- 1 colcha
- 2 vendas elásticas
- 1 peine
- 1 bote de crema hidratante
- 1 frasco lágrimas artificiales
- agua destilada
- vaselina
- betadine
- oraldine
- 1 palangana con agua templada
- alguna sábana y entremetida para utilizar como apoyo (suele ser necesaria alguna almohada).

Además, si fuera necesario:

- 1 jarra con agua
- 1 tijeras

Una vez colocada la ropa, realizaremos la técnica del lavado de manos.

LAVADO DE MANOS

Es uno de los procedimientos más importantes en nuestro quehacer diario.

La técnica del lavado de manos, se define como la maniobra de arrastre físico que elimina materias extrañas, sudor, células muertas y bacterias.

Siendo la vía de contacto mucho más frecuente que la aérea en la transmisión de gérmenes, la prevención más eficaz es el correcto lavado de manos.

Pasos a seguir:

- Retirar relojes, pulseras, anillos, etc.
- Preparar un par de guantes.
- Situarse delante del lavabo, cuidando no tocar el mismo con el uniforme.
- Abrir el grifo y humedecer las manos.
- Poner jabón líquido y frotar manos y muñecas, formando espuma e insistiendo en los espacios interdigitales.
- Enjuagar minuciosamente.
- Cerrar el grifo con una toalla de papel de celulosa.
- Secar escrupulosamente con papel de celulosa.

Una vez estén las manos completamente secas, procederemos a colocar los guantes.

COLOCACION DE GUANTES NO ESTÉRILES

Debemos colocarnos los guantes correctamente para evitar entradas de agentes externos o roturas. Ajustaremos los guantes de forma que los notemos cómodos al entremeter los dedos y tiraremos de ellos quedándonos tensos sobre éstos y las palmas, evitando pliegues que pudieran entorpecer el trabajo.

Una vez bien colocados los guantes, entraremos en el box para proceder al aseo de nuestro enfermo intubado.

La habitación ha debido ser ventilada previamente y se encontrará ahora a una agradable temperatura, bien iluminada y sin corrientes de aire.

No debemos tener prisa y tomarnos el tiempo necesario para un correcto aseo.

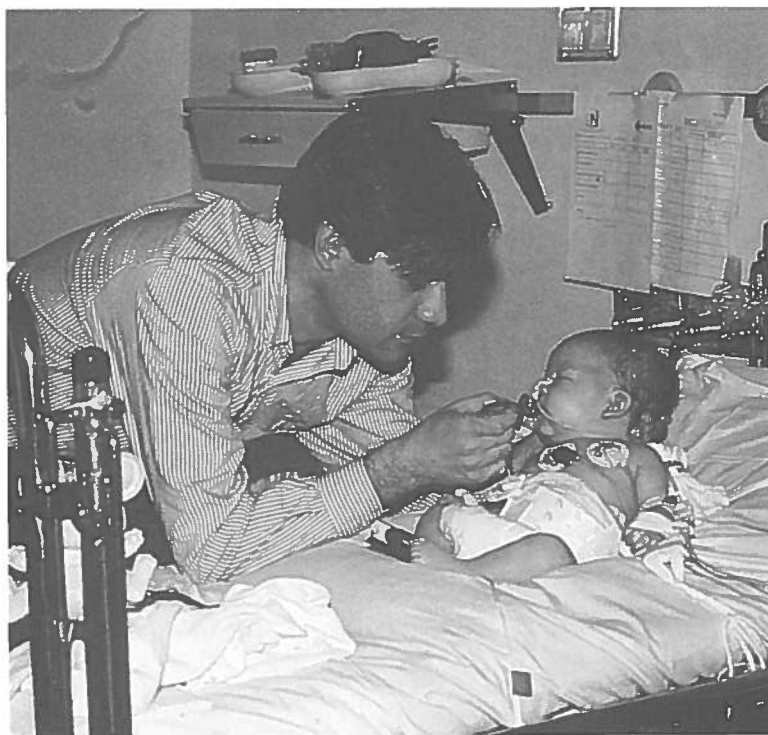
Retiraremos todas las barandillas, almohadas y rodetes que sirvan de apoyo.

Separaremos un poco la cama de la pared, de manera que quepamos por detrás.

Colocaremos bombas, palos de suero y respirador, de forma que podamos trabajar cómodamente.

Frenar la cama, bajarla y colocarse en la cabecera.

Nuestro primer paso será la observación de la zona a lavar, fijándonos especialmente en los pliegues, mucosas y zonas de apoyo, procurando la prevención de úlceras de presión y llagas.



Asímismo comunicaremos cualquier cambio que apreciemos en piel y mucosas.

Si nuestro paciente es un hombre procederemos al afeitado.

AFEITADO

En este tipo de enfermos, debemos considerar el afeitado como algo funda-

mental en su higiene y no como algo meramente estético.

El afeitado es fundamental para una correcta asepsia de la vía respiratoria.

Necesitamos contar con el siguiente material:

- Maquinillas desechables.
- Una batea con agua caliente.
- Compresas.
- Espuma de afeitar.
- Crema hidratante.
- Empapador.

Colocaremos el empapador sobre el

central. Bajar el globo y la venda que sujeta el tubo hacia la zona afeitada. Procederemos de la misma forma en la zona superior de la venda. En la zona de los labios, tirar de la nariz un poco hacia arriba y afeitar hacia abajo la zona de los orificios nasales, y del labio hacia abajo, afeitando la zona superior del mismo. Quitar el resto del jabón y aclarar. Aplicar crema hidratante, masajeando un poco.

BOCA

Preparar dos torundas en una solución de oraldine.

Con la torunda escurrida, limpiar dientes, cavidad, lengua y pliegues. Es necesario sujetar el tubo con una mano y proceder con la otra, evitando así desplazamientos del mismo. Secar los labios, cambiar la venda de tubo. Proteger las zonas de roce y apoyo y aplicar vaselina en labios.

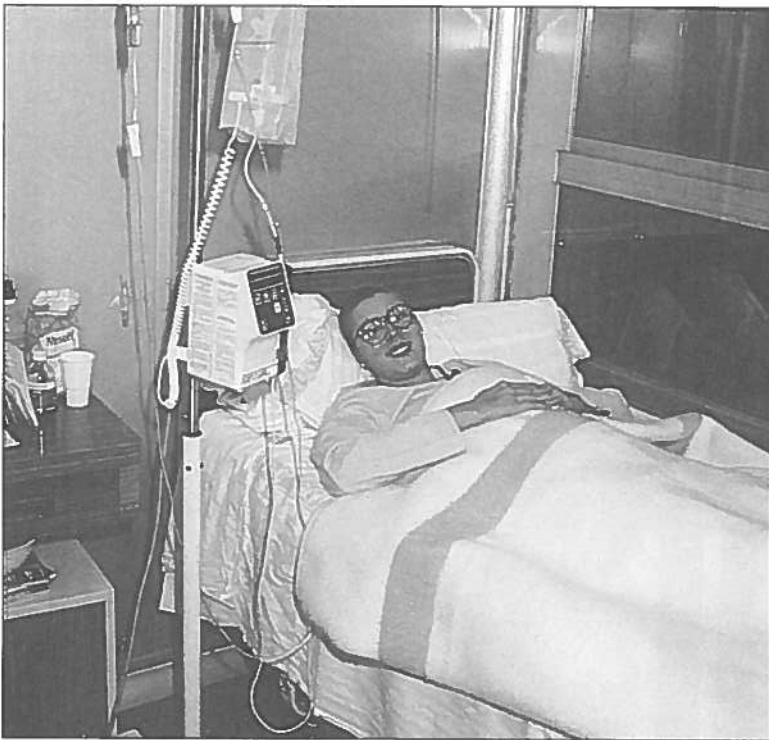
OREJAS

Con una torunda mojada en agua destilada, limpiaremos el pabellón y la entrada del oído externo. Secar bien con otra torunda. Aplicar hidratante sin olvidar el pliegue de atrás.

OJOS

Cargar una jeringa con agua destilada. Con ayuda de una gasa estéril, iremos irrigando y arrastrando de dentro hacia afuera, usando una gasa para cada ojo.

Separar los párpados e instilar un par de gotas de lágrimas artificiales en cada ojo.



pecho del enfermo y las dos compresas, previamente mojadas y escurridas, en la batea. Dejaremos actuar las compresas un rato para abrir el poro.

Colocamos el globo del tubo en la parte superior de la venda que lo sujeta. Extendemos la espuma de la venda hacia el cuello (dejando la parte superior para después). Frotamos, y manteniendo la piel tirante, comenzamos a afeitar de los lados hacia la barbilla; en el cuello hay que seguir hacia abajo cuidando no cortar ni manchar la vía

Taparemos los ojos con unos protectores o unas gasas sujetos con esparadrapo de papel.

NARIZ

Con dos bastoncitos humedecidos en agua destilada, limpiaremos las fosas nasales. Soltaremos la fijación de la sonda nasogástrica, limpiaremos y secaremos. A ser posible, fijaremos la sonda en un punto diferente al anterior.

TRONCO

Lavar separando los brazos insistiendo en el aclarado en las axilas, ombligo y pliegues (separándolos uno a uno). Es muy importante secar minuciosamente, pues la humedad favorece la proliferación de hongos e irritaciones tan frecuentes en la zona axilar.

BRAZOS Y MANOS

Introducimos las manos en la palangana y frotamos las uñas con un cepillo suave. Prestar mayor atención a los espacios interdigitales. Lavar el brazo. Aclarar. Secar. Si fuera necesario, cortar las uñas en horizontal.

PIERNAS

Flexionaremos la rodilla de la pierna opuesta al lado donde estamos. Pondremos una mano bajo la rodilla y meteremos el pie en la palangana. Lavar primero la pierna y luego el pie, frotando

las uñas con un cepillo suave y entre los dedos con una esponja. Aclarar y secar.

Procederemos igual con la otra pierna. Si fuera necesario cortar las uñas.

GENITALES

Debemos tener en cuenta que este tipo de enfermos están siempre sondados, por



lo que la higiene de esta zona ha de hacerse de manera escrupulosa.

Pondremos agua limpia en la palangana.

Deberemos actuar siempre de dentro hacia afuera y de arriba abajo, diferenciando entre hombre y mujer.

Mujer: Colocaremos una chata o en caso de difícil movilidad, varios empapadores.

Mojar separando los labios, con agua tibia de una jarra a chorro. Enjabonar con una esponja jabonosa, comenzando

por el meato urinario y sonda (sin tirar de ella). A continuación, lavar los labios y el ano. Aclarar con agua tibia a chorro y secar escrupulosamente con una toalla.

Aplicar betadine en la sonda. Secar con una gasa.

Hombre: limpiar el pene, bajando el prepucio, el glande y las rugosidades de los testículos. Limpiar la sonda sin tirar. Limpiar la zona anal y secar con una toalla.

Aplicar betadine en la sonda y secar con una gasa.

ESPALDA

Volver al enfermo de lado. Lavar la espalda y aplicar una fricción con loción

BIBLIOGRAFIA

— *Manual de procedimientos de enfermería*. Gobierno Vasco 1991.

— *Manual para la auxiliar de enfermería*, Mary E. Mayes. Editorial Interamérica, 1978.

— *1º Curso de higiene y epidemiología hospitalaria*. Hospital San Millán. La Rioja.

tonificante (alcohol de romero, aceite de almendras, etc.). Si el estado de la piel lo indica necesario, aplicar también crema hidratante.

Haremos esta parte de la cama, colocando un empapador y una entremetida en la cabeza y otra en las nalgas. Volveremos al enfermo del otro lado y procederemos igual. Cuidaremos el tubo en toda movilización.

Una vez que hemos finalizado y tenemos al enfermo boca arriba, fric-

cionaremos todo el cuerpo con crema hidratante en sentido ascendente y rotatorio.

Comenzaremos por las piernas, dejando para el final manos y pies por este orden, dedicando aquí mayor atención a palmas y dedos. A continuación vendaremos cada pierna con venda elástica, a aquellos pacientes que así lo tengan establecido en el plan de cuidados de enfermería.

Peinaremos al enfermo.

Colocaremos brazos y piernas elevados y la cabeza entre dos rodillos de tela para mantenerla recta.

CABELLO

Una vez por semana y cada vez que sea necesario, lavaremos el cabello del enfermo.

Técnica que a continuación explicamos:

Con la cama adelantada, nos situaremos en la cabecera detrás del enfermo, con dos banquetas, una a nuestro lado con la jarra y el jabón y otra con una palangana debajo de la cabeza del enfermo. Pondremos dos empapadores en la cabecera.

Dejaremos la cabeza del enfermo colgando hacia atrás, sujetando con una mano la parte de la nuca y cabeza y cuidando no flexionar la cabeza, lo que podría originar complicaciones con el tubo.

Con la jarra a chorro, mojaremos el pelo y emjabonaremos bien. Aclarar. Cubrir el pelo con una toalla y colocar al enfermo adecuadamente. Secar con secador eléctrico.

Una vez finalizada la higiene, recogeremos el box y colocaremos de nuevo en su sitio: cama, bombas, palos de suero, respirador, etc.

Desecharemos los guantes antes de salir del box, para lavarnos las manos y proceder de la misma forma con el siguiente enfermo.

LOS ENEMAS

Ana Delia Pérez Sanz
M.^a del Mar Pablo Gormedino
Carmen Molina Benedí
Pilar Casado Becerril

CONCEPTO

Consiste en la introducción por el ano de un líquido que se inyecta en el interior del intestino grueso en mayor o menor cantidad.

FINALIDAD

Limpiar la parte baja del intestino grueso como preparación para procedimientos diagnósticos o quirúrgicos; también tienen por objetivo producir una evacuación, administrar medicamentos o alimentos, aunque la administración de alimentos por medio de enemas no se utiliza en la actualidad por existir otros procedimientos.

CLASES O TIPOS DE ENEMAS

De limpieza

Indicaciones

En todos los casos en que sea necesario vaciar o limpiar el recto-colon, antes de radioscopia o radiografía, en pre y post cirugía, en el parto y post parto, y, en general, cuando con fines terapéuticos sea conveniente una completa evacuación intestinal.

Tipos de soluciones

- Solución salina: si no se encuentra en solución comercial, añadir dos cucharaditas de sal en 1.000 ml de agua corriente.

- Solución jabonosa: de agua y jabón, la cantidad de la solución vendrá indicada por el médico.
- Lavativa de Harris: 1.000 ml de agua corriente. Indicado en pacientes post quirúrgicos para restablecer la peristalsis normal.

Existen otras soluciones comerciales de cánula, cuya composición viene ya determinada.

De evacuación

Indicaciones

Se administran para vaciar el intestino grueso de materias fecales, estimulando el reflejo de la defecación y en casos de manifestaciones patológicas especiales, por ejemplo: estreñimiento crónico, fecalomas, fisuras anales, hemorroides.

Tipos de soluciones

- Microenemas canulados de efectos rápidos.
- Supositorios de glicerina.
- Solución de 250 ml de fosfatos sódicos en agua.

Los distintos tipos nos vienen ya preparados comercialmente.

Medicamentosos

Indicaciones

Se administran con diversos fines terapéuticos.

Tipos de soluciones

- Sulfato de neomicina: en el coma hepático, disminuye la concentración sanguínea de amoníaco al reducir la flora intestinal.

— Lactulosa: acidifica el contenido del colon y disminuye la concentración sanguínea de amoníaco.

— Sulfonato sódico de poliestireno: libera iones sodio que se intercambian por iones potasio en la hiperpotasemia.

— Otros: enemas con corticoides en la rectocolitis ulcerosa.

Estos, al igual que los anteriores, suelen ser preparados comerciales.

Carminativos

Indicaciones

Se administran para la expulsión de gases del intestino.

Tipos de soluciones

— Sulfato de magnesio: agregar tres cucharadas soperas de sulfato de magnesio y/o tres

cucharadas de sal de mesa en 1.500 ml de agua corriente.

— De Mayo: disolver 60 ml de azúcar blanca en 240 ml de agua corriente caliente. Agregar a la mezcla 30 ml de bicarbonato sódico inmediatamente antes de administrarla.

— Leche y melaza: agregar 175-200 ml de leche caliente a 175-200 ml de melaza, calentar la mezcla a 75 °C y luego enfriarla a 40,5 °C.

El uso de este tipo de enemas no es frecuente, actualmente es más utilizada la colocación del tubo rectal (indicado para la expulsión de gases, apertura de una luz que facilite la evacuación cuando existe una estenosis de ano, estimular el reflejo de la defecación, etc.)

Emolientes

Indicaciones

Se administran para lubricar y proteger la mucosa intestinal irritada. Ej.: inflamación de la mucosa por estreñimiento crónico, fecaloma, etc.

Tipos de soluciones

— De aceite: 150 ml de aceite mineral, de oliva o de semilla de algodón.

— Aceite de oliva y glicerina: agregar 60 ml de aceite de oliva a 60 ml de glicerina.

— De almidón: agregar una cucharadita de almidón en polvo a 60 ml de agua corriente fría y añadir esto a 160 ml de agua hirviendo, o añadir 30 ml de mezcla de almidón líquido al agua hirviendo, hervir la mezcla durante dos minutos y luego enfriarla a 40 °C.

De contraste

Indicaciones

Utilizado para examen radioscopio y radiográfico de intestino grueso. Indicado para diagnosticar cáncer colorrectal y enfermedad inflamatoria, descubrir pólipos, divertículos y cambios estructurales.

Tipo de solución

— Baritado: Introducción de una sustancia de contraste (sulfato de bario).

Por colostomía

Indicaciones

En casos de oclusión intestinal, antes de intervención quirúrgica (ej.: intervención para reconstrucción de oostomía), como preparación para pruebas radiológicas por contraste y, posteriormente, para la limpieza y eliminación del bario en el intestino, debido a que el bario retenido suele solidificarse y causar impactación. También disminuye la contaminación del estoma.

Tipo de solución

— Solución salina.

De retención

Indicaciones

Este es un sistema que se aplica para que queden retenidos ciertos enemas, como pueden ser los emolientes, medicamentosos y todos aquellos en los que sea necesario mantener-

los durante un tiempo determinado en el interior del intestino, así éste podrá absorberlos produciendo un efecto de hidratación, nutrición y sedación.

La técnica a emplear consiste en la introducción de una sonda foley por el recto, a través de la cual se inyecta la solución indicada, hinchando el globo y pinchando el orificio de salida.

MATERIAL PARA SU ADMINISTRACION

Como material imprescindible señalaremos:

- Equipo de enema.
- Solución indicada.
- Cuña.
- Empapadores para incontinencia.

Y como optativo:

- Lubricante adicional.

PROCEDIMIENTO

— Explicar el procedimiento al paciente y tomar las medidas adecuadas para trabajar en privado.

— Preparar el tipo de enema indicado por el médico.

— Colocar al paciente sobre el lado izquierdo y poner los empapadores para incontinencia debajo de las nalgas, cubrir al enfermo.

— Indicar a la persona que respire por la boca para relajar el esfínter anal, y facilitar así la introducción del catéter.

— Eliminar el aire de la sonda y pinzar.

— Lubricar la cánula rectal, procurando no obstruir el agujero de la misma.

— Introducir la sonda rectal, de 7 a 10 cm.

— Despinzar la sonda para que vaya pasando lentamente la solución.

— Una vez introducida la solución, colocar al paciente sobre el lado derecho y estimularlo para que retenga la solución de 5 a 10 minutos.

— Colocar al paciente sobre la cuña para la eliminación del enema dejándolo el tiempo necesario, hasta la total evacuación del mismo.

— Retirar la cuña y limpiar la zona perianal.

— Retirar la ropa de cama que se haya podido ensuciar y acomodar al paciente.

— Desechar y limpiar el material empleado, ventilar la habitación y usar ambientador si fuera necesario.

PUNTOS DE ENFASIS

— Los enemas han de ser siempre administrados bajo prescripción médica.

— Aplicar el tratamiento con la mayor rapidez y eficacia posibles, para impedir traumatismo, malestar y vergüenza indebidos.

— Tendido sobre el lado izquierdo (posición de Sims) se facilita la introducción de la solución debido a la situación anatómica del colon descendente.

— Asegurarse de que las proporciones sean las correctas, para evitar la irritación de la mucosa intestinal.

— La solución tibia disminuye la posibilidad de espasmos intestinales, por lo que la temperatura adecuada debe ser de

36 a 40 °C, si no está contraindicada.

— No introducir forzosamente la sonda para no traumatizar la pared rectal; si se encuentra resistencia, el enfermo siente dolor, o se produce hemorragia, suspender el procedimiento y ponerlo en conocimiento del médico.

— Si el flujo se hace lento o se detiene puede ser que la punta del catéter esté tapada con heces o apoyada contra la pared rectal, girarlo un poco para liberarlo sin estimular el reflejo de la defecación.

— No elevar la bolsa con el enema a más de 45-60 cm sobre el colchón.

En algunos enemas comerciales de pequeño volumen se recomienda la posición genupectoral, pues ayuda a que el líquido penetre más en el colon.

CONTRAINDICACIONES

— No debe administrarse en concomitancia con náuseas, vómitos, dolores abdominales y en trastornos electrolíticos.

— No debe administrarse, en ningún caso, a pacientes con sospecha de oclusión intestinal.

— Está contraindicado en crisis hemorroidal aguda y rectocolitis hemorrágica.

— No aplicar en casos de operación rectal o prostática reciente, así como en infarto de miocardio y en patología de la mucosa rectal.

— No se deben aplicar más de tres enemas diarios para no irritar excesivamente la mucosa.

— Deben programarse antes de las comidas, pues el estómago

llo puede estimular el peristaltismo y dificultar la retención.

COMPLICACIONES

— Los enemas pueden producir mareo o desmayo e irritación excesiva de la mucosa del colon secundaria a la administración repetida o a sensibilidad individual a los ingredientes.

— Si se observa en el paciente irritabilidad, hipotensión, cianosis, taquicardia o convulsiones debe consultarse inmediatamente al médico.

— Infórmese al facultativo cuando un paciente no pueda expulsar espontáneamente un enema, debido a la posibilidad de perforación intestinal.

— Durante los primeros días de tratamiento puede producirse meteorismo y flatulencia que, generalmente, desaparecen con la terapia continuada.

— En los enfermos con trastornos de retención de sal, tal como en la insuficiencia cardíaca congestiva, pueden absorber sodio de la solución del

enema, aplíquense éstos con precaución a estas personas y vigílese el estado de los electrolitos.

— Debemos considerar que los enemas baritados pueden producir al individuo un cuadro alérgico grave, por lo que habrá que tener siempre a mano corticoides, O₂, adrenalina, etc., para aplicar según sintomatología observada.

ANOTAR Y VALORAR RESULTADOS

— Apuntar fecha y hora del enema; tipo y volumen de solución.

— Debe observarse el color y consistencia de las heces (duras, blandas, líquidas). También se observará la cantidad de líquido que se evacúa, la cantidad general de gases que se expulsan y la reacción general del paciente. Deberá también indicar todo dato anormal, como existencia de sangre, moco o parásitos.

— Los resultados deberán describirse en relación con lo que se administra y los efectos que se producen.

NECESIDAD PARA ESTABLECER EL PROTOCOLO

Objetivos

— Encontrar las técnicas adecuadas para conseguir los fines deseados.

— Reducir al máximo las posibles complicaciones.

— Necesidad de orientar al personal hacia una misma técnica.

— Establecer un método científico de trabajo basado en bibliografía.

BIBLIOGRAFIA

- *Manual del centro de estudios Aragón, Auxiliar de Clínica III.*
- *Informaciones de soluciones comerciales (laboratorios).*
- *Manual de la auxiliar sanitaria*, Ed. Masson.
- Hamilton Hk, Rose MB, *Procedimientos de Enfermería*, 1ª ed., México, Nueva Editorial Interamericana, 1986.

FE DE ERRATA

El trabajo titulado *Accidentes de Tráfico. Cuidados de enfermería en la esfera psico-social*, publicado en la separata número 4 de NOS fue elaborado por: Rosa María Martínez, M.^a del Mar Pardo, M.^a Luz Medina, Nuria Centeno, Sagrario Arribas, Consolación Checa, Dolores Saiz y Rosario Moreno.



CONSULTENOS
PRESUPUESTO
SIN COMPROMISO

CIVA LES OFRECE
SUS SERVICIOS CON
LA GARANTIA DE
PROFESIONALES AL
SERVICIO DE SU
HOGAR

REFORMAS EN GENERAL

- ✓ ALBAÑILERIA
- ✓ PINTURA EN GENERAL
- ✓ CARPINTERIA
(MADERA Y ALUMINIO)
- ✓ FONTANERIA
- ✓ ELECTRICIDAD
- ✓ CALEFACCION
- ✓ PARQUET Y TARIMAS
FLOTANTES
- ✓ LIJADO Y BARNIZADO
- ✓ AZULEJOS Y PAVIMENTOS
- ✓ GRIFERIAS
- ✓ MAMPARAS DE BAÑO
- ✓ ACCESORIOS DE BAÑO
- ✓ MUEBLES DE COCINA;
LACADOS, MADERA Y
FORMICA
- ✓ TODA CLASE DE TRABAJO
EN MARMOL Y GRANITO:
SOLADOS, ALICATADOS
ESCALERAS, FACHADAS

INSTALACION Y VENTA DE TODOS NUESTROS PRODUCTOS

C/ Molins de Rey, 1
Fuencarral - 28034
Madrid
Tlf . 734 98 28

C/ Real Vieja ,3
Alcobendas - 28100
Madrid
Tlf. 663 82 99

SANIDAD A PIE DE CAMA

La palabra que aparecerá en los libros de Historia para caracterizar los finales del siglo XX será sin duda la de reconversión. Toda actividad productiva o asistencial está bajo la influencia de ésta y se aplica con eufemismos más o menos acordes en función de la actividad en la que se pretende aplicar.

Esto es lo que está ocurriendo en la sanidad vasca, y en la española en general. Si el gobierno estatal intenta aplicar paso a paso una reforma de la sanidad pública que no es sino una privatización y una reconversión de los puestos de trabajo, enmascarada desde 1991 bajo la denominación de Informe Abril, el País Vasco no iba a escapar de este afán de reconversión y la hacemos nuestra bajo los auspicios del Informe Azcuna.

La sanidad vasca tiene problemas, los hospitales ofrecen una calidad asistencial digna pero no pueden acabar con las listas de espera, los gastos de farmacia se desbordan y los presupuestos para investigación se reducen cada vez más, los trabajadores no podemos renunciar a unos derechos adquiridos y que son la base para poder considerar que se tiene un trabajo digno. Y en este proceso de privatización-reconversión, usuario y trabajador son los dos dos grandes perjudicados.

Los trabajadores estamos asistiendo a un proceso de depauperación de nuestras condiciones de trabajo que están convirtiendo éste es una especie de semiesclavitud legalizada en la que únicamente tenemos obligaciones pero ni se respetan nuestros derechos ni se mejoran nuestras condiciones, sin hablar de salarios, ni pérdidas de poder adquisitivo, cada vez mayores.

En este orden de cosas los Auxiliares de Enfermería estamos asistiendo, más bien nos están sumergiendo, en una degradación de nuestra profesión sanitaria. Como consecuencia de la reconversión-privatización sanitaria hay que reubicar al profesional bajo la consigna de ahorrar en puestos de trabajo. La consecuencia la padecemos nosotros con un aumento de nuestras tareas, que cada vez son menos funciones asistenciales y más domésticas. Cuando ante la invasión queremos hacer valer nuestros derechos nos acusan de intentar hacer cada vez menor cantidad de trabajo. Pero nada más lejos de la realidad, sobre todo teniendo en cuenta que lo que buscamos ante todo es la calidad en ese trabajo realizado.

Lo cierto es que nuestra concepción de la sanidad, de la pública sobre todo, dista mucho de la que circula en las mentes de los políticos. Queremos una sanidad en la que lo que prime sea la calidad asistencial que se presta al usuario por encima de los recortes presupuestarios, una sanidad en la que todos seamos profesionales y cada uno con sus funciones delimitadas pero sin implantar jerarquías que derivan en una delegación de funciones desagradables hacia los estamentos con menor poder de decisión.

Todo ello repercute invariablemente, y de forma negativa, en el propio usuario que asiste impasible a luchas internas en los hospitales, a rencillas entre estamentos por cuestiones que les resulta difícil de entender por muy importantes que a nosotros nos parezcan y generadas, en el mayor número de las ocasiones, por un afán demasiado notorio de reducción y reconversión.

Nuestra lucha por conseguir esa sanidad en la que ni los profesionales ni los usuarios nos sintamos defraudados nos lleva a descalificaciones por tanto de políticos, direcciones de gestión, directores de enfermería y en general de todos aquellos que desde los despachos han olvidado que la sanidad se hace a pie de cama y a diario.

A. Kundiú

NUEVA LEY PARA LOS



ARRENDAMIENTOS URBANOS

Cualquier análisis que se realice sobre la nueva Ley de Arrendamientos Urbanos es complejo y precisa un análisis profundo debido a la propia complejidad del texto legal y al diferente tratamiento material y jurídico de los arrendamientos actualmente en vigor. La fecha y situación hacen que cada contrato necesite de un estudio individual para obtener las mejores soluciones que ofrece la ley.

Arrendamientos celebrados después de la nueva ley

La ley regula los arrendamientos de vivienda, destinados a servir permanentemente de vivienda al arrendatario y a las personas que con él convivan y en el que se incluyen trasteros, garajes, muebles y todo tipo de accesorios y complementos y los destinados a uso distinto al de vivienda que son aquellos cuyo destino primordial no sea el de servir de vivienda. Entre estos se incluyen los de temporada, de verano o cualquier otra, y para actividad comercial, profesional, industrial, etc.

En el caso de los arrendamientos de vivienda la nueva ley empieza por distinguir el arrendamiento de viviendas no suntuarias del arrendamiento de viviendas suntuarias.

La vivienda no suntuaria es aquella cuya superficie no es superior a 300 metros cuadrados. Aunque la duración del contrato puede ser libremente pactada entre arrendador y arrendatario, se establece un pacto de garantía de cinco años, de tal manera que los contratos de duración inferior se prorrogarán obligatoriamente por plazos anuales hasta llegar a los cinco años. No habrá prórroga si el contrato contempla la necesidad del arrendador de ocupar la vivienda para sí.

Por su parte, el arrendatario puede poner término al arrendamiento comunicándole al arrendador con un mes de antelación a la terminación del plazo pactado o de cualquiera de sus prórrogas.

Si transcurridos como mínimos cinco años, ninguno de los contratantes manifiesta su inten-



ción de no renovar el contrato con un mes de antelación a la fecha prevista de su terminación, el arrendamiento se prorroga por plazos anuales hasta un máximo de tres años.

La ley regula las circunstancias especiales que pueden darse durante el contrato: abandono, beneficio del cónyuge, divorcio, nulidad o separación matrimonial y muerte del arrendatario.

Abandono: Durante el transcurso del plazo inicial o de cualquiera de las prórrogas no puede el arrendatario abandonar la vivienda. En caso de hacerlo, deberá indemnizar al arrendador los perjuicios que se le causen.

Cónyuge: El arrendamiento continúa en beneficio del cónyuge si el arrendatario, sin el consentimiento de aquel, no renueva el contrato, desiste del mismo o

abandona la vivienda. Se mantiene la duración prevista.

Nulidad, separación y divorcio: El cónyuge del arrendatario puede continuar en el uso de la vivienda cuando ésta le sea atribuida por convenio o sentencia judicial, sin que ello modifique la duración del contrato.

Muerte: Cuando se produzca la muerte del arrendatario pueden subrogarse en el contrato por la duración prevista su cónyuge, la persona que haya convivido maritalmente, los descendientes, los ascendientes, los hermanos u otros parientes hasta el tercer grado colateral (tíos y sobrinos) con una minusvalía igual o superior al 65%. En todos estos casos se exige la convivencia con el arrendatario durante al menos dos años.

En cuanto a la renta la ley establece que la renta inicial será

libremente pactada por las partes y se actualizará, durante los primeros cinco años, anualmente con arreglo a la variación experimentada por el índice de precios. A partir del sexto año, la actualización se regirá por lo acordado entre arrendador y arrendatario y si no hay acuerdo con arreglo al índice de precios. La renta podrá elevarse por la realización de obras de mejora pero sólo cuando éstas se realicen una vez transcurridos cinco años de duración del contrato.

El contrato se puede extinguir por incumplimiento de obligaciones a instancia del arrendador o del arrendatario.

El arrendador puede extinguir el contrato por falta de pago de la renta o de otras cantidades establecidas en el contrato, falta de pago de la fianza o de su actualización, subarriendo o cesión no consentidos, realización intencionada de daños o de obras no consentidas, realización de actividades molestas, insalubres, nocivas, peligrosas o ilícitas o destinar la vivienda a otros usos.

Asimismo, el arrendatario puede igualmente extinguir el contrato cuando el arrendador no realice las reparaciones necesarias para conservar la vivienda en condiciones de habitabilidad o por la realización por el arrendador de perturbaciones en la utilización de viviendas.

En cuanto a las viviendas suntuarias son aquellas cuyas superficies es superior a 300 metros cuadrados. Las condiciones del arrendamiento se fijan libremente por acuerdo entre arrendador y arrendatario. Si no hay acuerdo se aplica el régimen descrito para las viviendas no suntuarias.

La ley regula igualmente los arrendamientos de locales destinados para uso distintos al de

vivienda disponiendo que estos se rigen por lo que se haya convenido entre arrendador y arrendatario al celebrar el contrato. No obstante y en ausencia de acuerdo se tendrán en cuenta las siguientes previsiones legales:

El arrendatario que ejerza una actividad empresarial o profesional puede ceder el contrato o subarrendar la finca sin el consentimiento del arrendador. En este caso, el arrendatario podrá elevar la renta vigente en el diez por ciento en caso de subarriendo parcial, y en el veinte por ciento en los de cesión o subarriendo total.

Subrogación. Al fallecimiento del arrendatario, cuando en el local se ejerza una actividad empresarial o profesional el heredero que continúe esa actividad puede subrogarse en los derechos y obligaciones de aquel hasta la extinción del contrato.

Indemnizaciones La extinción del arrendamiento por transcurso del plazo convenido da derecho al arrendatario a que el arrendador le abone una indemnización por la pérdida de clientela, si concurren los siguientes requisitos:

- haber ejercido en el local arrendado una actividad comercial de venta al público durante los últimos cinco años.
- haber manifestado su voluntad de renovar el contrato por un mínimo de cinco años más y por la renta que sea acordada por ambas partes o, en su defecto, por la que determine un árbitro designado por ellas.
- iniciar en el mismo municipio el ejercicio de la misma actividad dentro de los seis meses siguientes a la extinción del arrendamiento.

También tendrá derecho a indemnización si el arrendador o un tercero inician en el local objeto del arrendamiento la misma

actividad u otra afín a la que ejercía el arrendatario, beneficiándose de la clientela generada por él, en el plazo de un año a contar desde la extinción del arrendamiento.

En cuanto a las garantías la ley establece que el arrendatario debe prestar de forma obligatoria una fianza en metálico que será la correspondiente a un mes de renta en viviendas no amuebladas y de dos meses en viviendas amuebladas y en arrendamientos para usos distinto al de vivienda. La fianza debe depositarse en la Comunidad Autónoma correspondiente.



Arrendamientos celebrados antes de la nueva ley

Los contratos de arrendamiento de vivienda, de local de negocios celebrados a partir del 9 de mayo de 1985 y que subsistan a la fecha de entrada en vigor de la nueva ley continúan rigiéndose por lo dispuesto con anterioridad.

Los contratos de arrendamiento de vivienda celebrados con anterioridad al 9 de mayo de 1985 continúan sometidos a la Ley de Arrendamientos de 1964 con las siguientes modificaciones.

En lo relativo a las subrogaciones cabe distinguir tres situaciones:

Si no se ha producido ninguna subrogación: al fallecimiento del arrendatario, la subrogación sólo

puede tener lugar a favor del cónyuge no separado o, en su defecto, a favor de los hijos o ascendientes del arrendatario por este orden.

Si sólo ha tenido lugar una subrogación antes de la nueva ley: al fallecimiento de quien ocupe la finca en virtud de una primera subrogación efectuada con anterioridad a la nueva ley, sólo podrán subrogarse su cónyuge no separado y, en su defecto, los hijos del arrendatario.

Si se han producido las dos subrogaciones de la legislación anterior: no se autoriza ninguna subrogación más, extinguiéndose el contrato al fallecimiento de quien ocupe la vivienda en virtud de la segunda subrogación.

Actualización de la renta. La renta de los contratos se podrá actualizar para recuperar la inflación no repercutida en el contrato. La renta actualizada para contratos anteriores al 12 de mayo de 1956 se determina mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

Renta actualizada = IPC mes anterior a la actualización / IPC mes anterior a fecha de contrato x Renta inicial

No procede la actualización de la renta cuando la suma anual de los ingresos totales percibidos por el conjunto de personas que convivan en la vivienda no excede de los límites que fija la Ley.

Si el inquilino opta por conservar su renta sin actualización, el contrato se extingue en el plazo de ocho años.

En los casos en que la actualización no proceda, ya sea por disposición de la Ley o por voluntad del arrendatario, la renta y las cantidades asimiladas a ella se revisarán anualmente, según la variación experimentada por el índice general de precios de consumo en los doce meses anteriores.

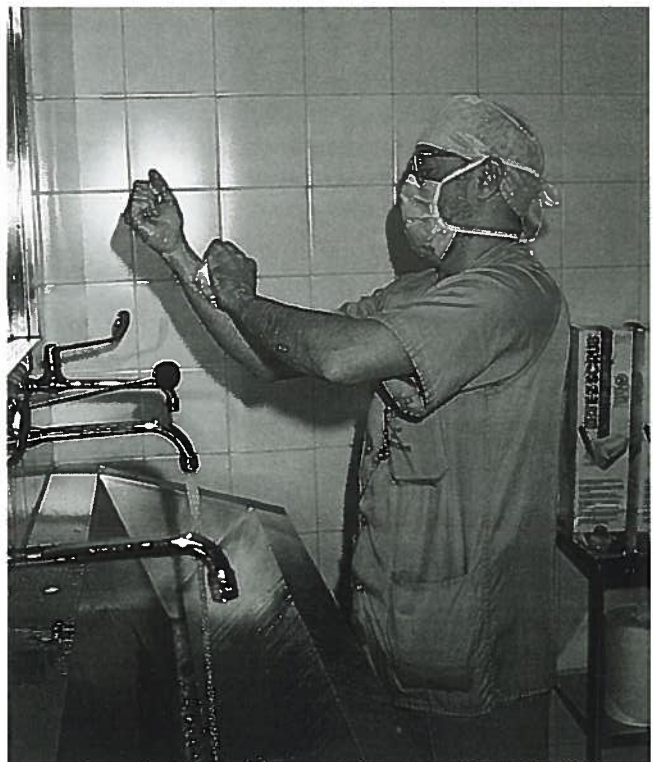
ONCOLOGOS

ENCUESTA SOBRE LA INCIDENCIA Y CAUSAS «QUEMADOS» EN ESPAÑA

E. Espinosa, P. Zamora, A. Ordóñez, J. Feliu y M. González Barón

Se remitió una encuesta de 8 preguntas a los oncólogos españoles para investigar la incidencia y posibles causas del hecho de «estar quemado». Fueron recibidas 49 encuestas. La mediana de intensidad de este fenómeno fue de «2» en una escala del 1 al 5. De la encuesta se desprenden algunas conclusiones interesantes: 1) la necesidad de hablar más con los enfermos y sus familiares; 2) la conveniencia de descargar al médico del contacto continuo con pacientes terminales; 3) el escaso estímulo ofrecido a los oncólogos, y 4) la frecuencia y la intensidad de los problemas internos dentro de la plantilla.

Oncología, 1994; 17 (2):97-104



En todas las profesiones puede darse una pérdida de interés y entusiasmo conforme transcurren los años. La aparición de este fenómeno, denominado en la literatura anglosajona como *burn-out* es de especial importancia, ya que afectaría no sólo a los profesionales, sino a los enfermos que tienen a su cargo. En español puede traducirse por «estar quemado»; el Diccionario de la Real Academia da la acepción figurada de «quemado» como «dejar de ser útil, quedarse sin recursos o posibilidades en una actividad cualquiera». Los síntomas más frecuentes, según Creagan, son

la indiferencia emocional, la adopción de posturas defensivas, la búsqueda de la propia comodidad y, en ocasiones, una actitud de sarcasmo o cinismo (1). Hay una relación entre este cuadro y la denominada «enfermedad de Tomás» (se trata del protagonista, neurocirujano, de la novela de Milan Kundera *La insostenible levedad del ser*): los médicos afectados ejercen una práctica de «mínimos de honestidad» (2).

Los médicos españoles suelen coincidir al afirmar que, durante los últimos años, la asistencia sanitaria se ha degradado. Además, muchos opinan

que este deterioro les está afectando personalmente, con todas las repercusiones que ello conlleva. Los estudios sobre la cantidad de «médicos quemados» son escasos, pero es un problema al que se está prestando cada vez mayor atención, sobre todo en Oncología. La Oncología es una especialidad médi-

ca particularmente proclive al desencanto, debido a la elevada mortalidad de los enfermos y, como consecuencia de esto, a que el cáncer se considere como una patología tabú en la sociedad. Varios estudios muestran que la aparición del síndrome *burn-out* conduce a algunos especialistas al alcoh-

ONCOLOGOS «QUEMADOS» EN ESPAÑA. (ENCUESTA SOBRE LA INCIDENCIA Y CAUSAS)

1. Indique en qué grado le afecta o le molesta la desconfianza y/o agresividad que muestran algunos enfermos y familiares hacia el médico:

Nada Poco Bastante Mucho

Posibles soluciones (señale una o varias):

- A. Aumentar el contacto con enfermos y familiares, dar más información
- B. Reducir el contacto, dar menos información
- C. No hay solución
- D. Otras

2. La mortalidad entre la población oncológica es muy alta. Además es frecuente observar reacciones de miedo y angustia entre los enfermos y sus familiares. Indique en qué grado esto le afecta:

Nada Poco Bastante Mucho

Posibles soluciones:

- A. Períodos no asistenciales a lo largo del año, para dedicarlos al estudio, protocolos...
- B. Repartir entre la plantilla el tiempo dedicado a enfermos ingresados y enfermos ambulatorios
- C. Fomentar la creación de unidades de asistencia a domicilio
- D. No hay solución
- E. Otras

3. El actual sistema sanitario no satisface a muchos profesionales por la sobrecarga asistencial, la falta de estímulo y los sueldos bajos. Indique en qué grado le afecta este hecho:

Nada Poco Bastante Mucho

Posibles soluciones:

- A. Más sueldo y más vacaciones
- B. Privatizar la Medicina
- C. Jubilación anticipada
- D. No hay solución
- E. Otras

Indique en qué medida le afectan los posibles problemas que existan en su equipo de trabajo (relaciones dentro del Servicio)

Nada Poco Bastante Mucho

Posibles soluciones:

- A. Modificar el número o composición de la plantilla
- B. Modificar el sistema de trabajo
- C. Mejorar las relaciones interpersonales
- D. No hay solución
- Otras.

5. Indique si, en general, se encuentra «quemado» (1 = mínimo, 5 = máximo):

1 2 3 4 5

6. Numere del 1 al 5 los siguientes calificativos que pueden definir, en su caso, esta sensación de «estar quemado» (asigne un 1 al que más se ajusta y un 5 al que menos):

Desinterés Depresión Frustración Fracaso Aburrimiento

7. ¿Cree que la especialidad ha satisfecho sus expectativas profesionales?: (sí/no)

8. ¿Cree que la participación en ensayos clínicos ayudaría a mitigar el problema?: (sí/no)

9. ¿Cree que hay algún aspecto relevante que esta encuesta no incluye?

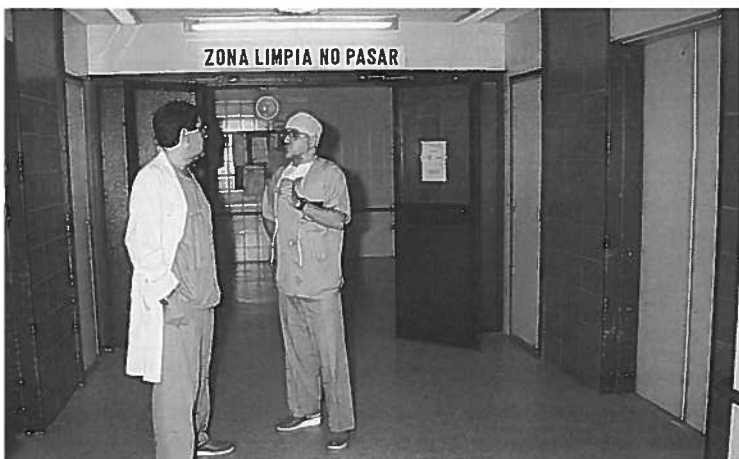
Por favor, indique: provincia en la que ejerce, años que lleva ejerciendo en Oncología, ¿estaría dispuesto a rellenar una encuesta más amplia?:

lismo y al suicidio (3, 4). Además, afecta no sólo a los médicos, sino al personal de enfermería que cuida de este tipo de pacientes (5, 6). En 1991 una prestigiosa revista americana de Oncología publicó los resultados de una encuesta realizada entre oncólogos de EEUU (7). El 56 por 100 de los encuestados reconoció «estar quemado» en mayor o menor grado.

Con estos antecedentes decidimos diseñar una encuesta para distribuirla entre los oncólogos españoles y determinar así cuántos «quemados», por qué y posibles medidas para solucionar el problema.

MATERIAL Y METODOS

La encuesta tenía 8 preguntas (figura 1). Las cuatro primeras se referían a situaciones que pueden molestar al profesional y contribuir, por tanto, a la



sensación de «estar quemado». Estas situaciones eran: 1) la desconfianza y agresividad que pacientes y familiares muestran hacia el médico; 2) la elevada mortalidad de los enfermos y sus frecuentes reacciones de miedo y angustia; 3) la sobrecarga asistencial y falta de estímulo, y 4) problemas en el funcionamiento del equipo de trabajo. Las posibles respuestas eran «Nada», «Poco», «Bastante» o «Mucho». A continuación de cada una de estas preguntas aparecían diversas soluciones, de las que se podían señalar una o varias.

La quinta pregunta era una escala del 1 al 5 que indicaba el grado en que el encuestado se encontraba quemado (desde 1 = mínimo, hasta 5 = máximo), y la sexta, una serie de calificativos que podían definir esta sensación (aburrimiento, desinterés, depresión, fracaso, frustración).

Se preguntaba también si la especialidad había satisfecho las expectativas profesionales, el número de años de ejercicio, la provincia de trabajo y si estaría dispuesto a participar en una encuesta más amplia.

La encuesta fue remitida por correo a los Servicios de Oncología Médica españoles, incluyendo un cuestionario por cada médico adjunto. Una vez devuelta la encuesta, una persona no relacionada con el trabajo abría el sobre y ponía aquella a disposición del investigador principal, de modo que éste desconociera su procedencia.

Se realizó un estudio estadístico descriptivo de las respuestas aunque, en algunos casos éstas se agruparon en categorías para relacionarlas con la prueba de ji-cuadrado.

RESULTADOS

Se remitieron 250 encuestas y fueron contestadas 49 (20 por 100). La mediana de tiempo de ejercicio profesional fue trece años, con límites entre dos y veinticinco años. Por Comunidades Autónomas, la mayoría de las contestaciones vinieron de Madrid (10), seguida de Andalucía (8), Levante (7), Cataluña (6), Galicia, País Vasco y Canarias (4 cada una). La tabla I registra el número de respuestas en cada grupo para las cuatro primeras preguntas. Se observa que tanto la desconfianza y agresividad de pacientes y familiares como la mortalidad y angustia de estos enfermos afectan «poco» o «nada» a la mayoría de los oncólogos. Sin embargo, los problemas derivados del sistema sanitario y del funcionamiento del equipo de trabajo suelen afectar «nada» o «mucho».

Se agruparon las respuestas en «nada-poco» y «bastante-mucho» para correlacionarlas con la intensidad del síndrome (escala de la pregunta 5) y con el número de años de ejercicio profesional (prueba de ji-cuadrado). La única asociación observada fue que con más de diez años de trabajo era más frecuente un grado 3, 4 o 5 de quemado, aunque sin alcanzar significación estadística ($p = 0,06$).

En cuanto a las soluciones ofrecidas para cada uno de estos cuatro primeros apartados, las más frecuentes fueron:

— 1.^a pregunta, desconfianza y agresividad de pacientes y familiares: 35 encuestados (71 por 100) propugnaron aumentar el contacto con ellos y dar más información. Sólo tres apoyaban lo contrario y dos pensaban que no había solución. Ocho encuestados ofrecieron otras soluciones diversas.

— 2.^a pregunta, elevada mortalidad y angustia y miedo de los enfermos: los períodos no asistenciales a lo largo del año y la formación de unidades de asistencia a domicilio para cuidados paliativos (33 contestaciones —67 por 100— cada una). Dieciocho médicos (36 por 100) también opinaron que se podría repartir entre la plantilla el tiempo dedicado a los enfermos ingresados y a los ambulatorios. Cinco creían que no había solución.

— 3.^a pregunta, sobrecarga asistencial y falta de estímulo: 17 encuestados apoyaban la idea de tener más sueldo y más vacaciones (34 por 100), 8 los incentivos para quien trabajara más (16 por 100), 8 mejorar la planificación, 9 el trabajo en equipo, 8 la participación en ensayos clínicos y 4 la jubilación anticipada.

— 4.^a pregunta, problemas en el equipo de trabajo: casi todas las respuestas se repartieron por igual entre las tres opciones planteadas: modificar el número y composición de la plantilla (21, 42 por 100), modificar el sistema de trabajo (19,38 por 100) y mejorar las relaciones interpersonales (25,51 por 100).

En la escala del 1 al 5 que valoraba la intensidad del síndrome (figura 1), el valor más señalado fue el 2. sólo ocho encuestados se encontraban en los valores extremos. El adjetivo que mejor describió esta sensación fue, con diferencia, frustración. Treinta y seis oncólogos (73 por 100) reconocieron que la especialidad había satisfecho sus expectativas profesionales. Treinta y cinco pensaban que la participación en ensayos clínicos podría aliviar la situación. Finalmente, 42 (85 por 100) estarían dispuestos a participar en una encuesta más amplia.

COMENTARIOS

El término *burnout* se viene escuchando desde hace poco tiempo, pero cada vez con más frecuencia. Quizá la atención creciente por el problema pueda encuadrarse dentro del auge que ha tomado el concepto de calidad de vida: no sólo se trata de investigar la calidad de vida de los pacientes, sino también de quienes cuidan de ellos. En Oncología, la peculiaridad de la patología tratada puede favorecer el proceso de «quemarse», como lo demuestra un estudio realizado en Finlandia (4). A raíz de un trabajo norteamericano publicado en 1991 (7) decidimos investigar el problema entre los especialistas españoles de Oncología Médica.

La encuesta muestra que los oncólogos de nuestro país están, por lo general, poco quemados. Sin embargo, les afectan diversos aspectos directamen-

te relacionados o derivados del ejercicio de la especialidad. Tales problemas aparecen en todas las facetas de la práctica médica, desde las más concretas (trato directo con el enfermo y los familiares) hasta las más generales (problemas dentro del equipo de trabajo y deficiencias del sistema sanitario). Según Ullrich, los problemas que más «quema» a los médicos son las condiciones laborales y la falta de satisfacción con el trabajo, además de los relativos al tamaño de la institución (6). En varios estudios se observó diferencia de afectación según el lugar de trabajo. Así, en el norteamericano, los especialistas más afectados eran los que trabajaban fuera de instituciones o universidades (7) mientras que en uno finlandés, eran los contratados por los ayuntamientos (4). Esta distribución no es comparable a la de los especialistas españoles; además, todos los que encuestamos nosotros trabajan en instituciones públicas (independientemente de que,



además, ejerzan en la medicina privada). Probablemente, el lugar de trabajo afecta en la medida en que implica mayor o menor responsabilidad y sobrecarga asistencial.

Algunas de las soluciones propuestas en cada apartado fueron elegidas por buena parte de los encuestados. De ellas se desprenden conclusiones interesantes:

— La necesidad de hablar más con los pacientes y sus familiares, para ayudarles así a comprender y eliminar actitudes negativas.

— La conveniencia de descargar al médico del contacto continuo con pacientes terminales, asistiendo también a los ambulatorios, participando en ensayos clínicos, siendo apoyado por unidades de asistencia a domicilio y aumentando los períodos de vacaciones. Es probable que una adecuada for-

mación sobre el manejo del enfermo terminal, que debería comenzar en las Facultades, ayudase a disminuir el agobio que experimentan los médicos en tal sentido. La necesidad de abordar estos asuntos en el pregrado ya ha sido señalada (1). Sin embargo, no incluimos este aspecto en la encuesta.

— El escaso estímulo ofrecido a los oncólogos por las autoridades sanitarias. Creemos que este es un mal que aqueja a todos los médicos españoles. Un creciente estudio llevado a cabo en Avila revelaba que el 70 por 100 de los médicos estaba quemado con la política del personal del Insalud (9). Nosotros hemos acuñado el término «contraestímulo» para referirnos a esta política de poner trabas y perturbar de algún modo el quehacer cotidiano.

— La frecuencia e intensidad de problemas internos dentro de la plantilla. Probablemente, la escasez de personal contribuye mucho a este punto, pero no se puede olvidar el deterioro de las relaciones interpersonales, hecho muy frecuente en todos los grupos de trabajo. Este fue el principal problema para las enfermeras en un estudio alemán (6).

Por otra parte, la encuesta presenta varios problemas. En primer lugar, aunque las preguntas detectaron la existencia de situaciones más o menos molestas, pueden no ser las más sensibles para detectar el síndrome. De hecho, sus respuestas se correlacionaron poco con el grado de «quemado». Llama la atención que el grado más frecuentemente citado fuera «2» y que, a pesar de ello, se relacionara con la frustración. Tampoco parecería lógico hablar de frustración con las expectativas profesionales cubiertas. Probablemente, la encuesta no dejaba opciones a este respecto (había que elegir un sentimiento). Por otro lado, algunas preguntas engloban diferentes aspectos.

A pesar de estos inconvenientes, preferimos incluir pocas preguntas para que se tardara poco tiempo en contestar. La facilidad de contestación es fundamental para que este tipo de estudios tenga cierto éxito.

En segundo lugar, la escasez de la muestra, además de comprometer la correlación entre algunas respuestas, puede introducir un sesgo a la hora de interpretar los resultados. Posteriormente a la recopilación de los datos, hemos sabido que muchos oncólogos de distintas provincias no llegaron a recibir el cuestionario. Desde luego, en cuanto se plantee un nuevo estudio, habrá que solucionar el problema originado por las deficiencias del correo. Por lo que hemos podido comentar personalmente con colegas de otras provincias, el trabajo suscitó

más interés del que parece desprenderse de un 20 por 100 de participación.

Con estas limitaciones está claro que se pueden extraer pocas conclusiones tajantes. Lo que sí es evidente es que el problema existe y que posee múltiples aspectos, cada uno de los cuales merece ser analizado por separado. Para mitigarlo, Creagan propone, entre otras medidas, el desarrollo de actividades paralelas a la Medicina y los retiros de especialistas, pero las soluciones dependerán de las circunstancias de cada lugar. Desde este punto de vista, interesa conocer a fondo las que concurren en nuestro país.

E. Espinosa

Servicio de Oncología Médica
Hospital La Paz

BIBLIOGRAFÍA

1. Creagan E., *Stress among medical oncologists: the phenomenon of burnout and a call to action*. Mayo Clin Proc, 1993; 68:614-5.
2. Gervás, J. Hernández Monsalve, L., *Tratamiento de la enfermedad de Tomás*. Med Clin (Barc), 1989; 93:572-5.
3. Juntunen, J., Asp S.; Olkinuora, M.; Aarimaa, M.; Strid, L., y Kauttu, K., *Doctors' drinking habits and consumption of alcohol*. BMJ, 1988; 297:951-4.
4. Olkinuora, M.; Asp S.; Juntunen, J.; Kauttu, K.; Strid, L., y Arimaa, M., *Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1990; 25:81-6.
5. Bennett, L.; Michie, P., y Kippax, S., *Quantitative analysis of burnout and its associated factors in AIDS nursing*. AIDS Care, 1991; 3: 181-92.
6. Ullrich, A., y Fitzgerald, P., *Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward*. Soc Sci Med, 1990; 31:1013-22.
7. Whippen, D., y Canellos, G., *Burnout syndrome in the practice of Oncology: results of a random survey of 1000 oncologists*. J Clin Oncol, 1991; 9:1916-21.
8. Gracia, D., *Los cambios en la relación médico-enfermo*. Med Clin (Barc), 1989; 93:100-2.
9. Artículo aparecido en *Diario Médico*, 2/II/1993, pág. 6.



Los Auxiliares de Enfermería son los profesionales sanitarios que más estrés padecen. Así lo ha manifestado el doctor José Carlos Fuentes Rocañín en su ponencia *Enfermería y estrés laboral* que pronunció en el Congreso Nacional de Enfermería organizado por el Colegio de ATS de León el pasado mes de febrero.

ENFERMERIA Y ESTRÉS LABORAL

El doctor Fuentes Rocañín profundizó en el congreso acerca del estrés, partiendo de la dificultad de definir el término por la ambigüedad e imprecisión del mismo, aunque éste puede ser considerado como «la respuesta fisiológica, psicológica y conductual del individuo para intentar adaptarse a una serie de estímulos y presiones tanto externas como internas» o lo que es lo mismo según Selve «la respuesta inespecífica del organismo para adaptarse a toda demanda que se le haga».

Los agentes estresores pueden ser muy variados, pudiendo ir desde los factores psicosociales, como la frustración o la ansiedad, hasta los bioecológicos como el ruido, la polución o la temperatura.

En definitiva, el estrés es un proceso complejo de relación entre el cerebro y el resto del organismo que se produce fundamentalmente a través del sistema nervioso autónomo del Sistema Neuroendocrino. Es, en suma, un fenómeno subjetivo que depende de factores tan dispares como son la concepción que tenemos de nosotros mismos, de nuestra escala de valores y hasta de la herencia.

Sin embargo, son necesarios para el normal desarrollo de la vida unos mínimos niveles de estrés y está demostrado que el aumento del estrés mejora el rendimiento e incluso la salud mientras no se supere el llamado «punto crítico» a partir del cual cualquier incremento de dichos niveles supone un bloqueo, una inhibición y en definitiva una pér-

dida de la capacidad de respuesta.

José Carlos Fuentes afirma que es poco frecuente encontrar estudios científicos que relacionen el puesto de trabajo con la aparición de alteraciones psicopatológicas y psiquiátricas, aunque esto no es extraño teniendo en cuenta las graves repercusiones legales que dicha asociación podría plantear. No obstante, la realidad clínica parece confirmar el hecho de que determinadas tareas o profesiones implican un riesgo más elevado de padecer alteraciones psicopatológicas que otras, incluyéndose todo ello bajo la denominación de estrés laboral.

Está ampliamente admitido que aquellas profesiones en las que debe mantenerse la atención de forma prolongada y en las que además con frecuencia hay que

tomar decisiones sin el suficiente tiempo de meditación, implican mayor carga de estrés. Estos aspectos acontecen con frecuencia en el campo sanitario.

Se considera (De la Gandara, 1994) que las fuentes generadoras de estrés más frecuentes son la frustración ante el impedimento de conseguir lo que deseamos, la sobrecarga al estar sometidos a más exigencias de las que podemos satisfacer, la urgencia de tiempo, la responsabilidad excesiva, demasiadas expectativas de nosotros mismos, el aburrimiento y la monotonía, la competitividad, la necesidad de estimación y reconocimiento, la agresividad, la consciencia permanente del tiempo, la falta de control de la situación y la baja autoestima e inseguridad.

Asimismo entre otros muchos problemas y alteraciones los niveles elevados y mantenidos en el tiempo de estrés son capaces de producir algunas patologías como enfermedades cardiovasculares —cardiopatía isquémica—, hipertensión, enfermedades metabólicas, obesidad y diabetes, enfermedades digestivas como úlceras gastroduodenales, colopatías espásticas y colitis ulcerosas. Asimismo el 40% de las afecciones cutáneas están relacionadas con el estrés bien como factor etiológico o como factor agravante.

Estrés laboral

Sin embargo, el trabajo puede ser y de hecho así es considerado por muchos autores que han estudiado el tema una fuente importante de estrés. El estrés laboral viene condicionado por los siguientes parámetros:

A.- Intrínsecos al propio trabajo: Así el exceso o falta de trabajo, la necesidad de tener que tomar muchas e importantes

decisiones, el trabajar con premura de tiempo, el trabajo a turnos (sobre todo por la noche al romper los cronobiorritmos) las malas condiciones físicas del lugar, serían algunos de los factores más relevantes.

B.- Según el papel que se desempeñe: en este sentido es de especial importancia la falta de información sobre el trabajo a desempeñar y la ambigüedad en la función (cambios frecuentes de servicios sin posibilidad de conocer los detalles de funcionamiento como ocurre en el personal eventual de enfermería) así como la falta de participación en la toma de decisiones y la ausencia de respaldo por parte de la dirección. También es un factor estresor significativo los llamados mandos intermedios (supervisión) al no existir una separación importante de las bases a las que deben mandar ni tampoco tener un nivel de relación intenso con los mandos superiores (efecto sandwich).

C.- Derivados de las relaciones interpersonales. Es obvio que la rivalidad excesiva entre compañeros, la falta de comunicación con los superiores y con los

propios compañeros o la ausencia de relaciones armoniosas y afectivas son factores muy importantes en la producción de estrés al actuar de forma continuada y solapada, desmotivando al sujeto en su actividad laboral.

D.- Derivados del desarrollo de la profesión. En este sentido es muy importante considerar el papel que juegan aspectos como la falta de seguridad en el puesto de trabajo, la promoción insuficiente o injusta, o la sensación de haber alcanzado su propio techo (principio de competencia de Peters).

E.- Factores extralaborales: La existencia de problemas familiares, conyugales, económicos, etc, pueden también influir sobre el trabajo y ser un factor abatido de estrés.

El Burn out en enfermería

El término anglosajón de Burnout (BT) cuya traducción aproximada sería la de «estar quemado» fue introducido en la literatura especializada por Freudenberg en 1974 definiéndolo como «el agotamiento de los recursos propios y el vano intento de alcanzar expectativas no realistas impuestas por uno mismo o por los valores sociales.»





En 1981 Mostach y Jackson consolidan el término y lo consideran como las respuestas inadecuadas a un estrés crónico caracterizado por estos tres aspectos. 1.- Agotamiento psíquico y físico. 2.- Actitud fija y despersonalizada en relación hacia los demás y 3.- Sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar. Actualmente la CIE de la OMS en su 10ª Revisión y concretamente en su capítulo XXI incluye un código para el BT bajo de la denominación de AGOTAMIENTO.

El BT o agotamiento emocional es considerado como uno de los motivos fundamentales del abandono de la profesión y absentismo en los profesionales de enfermería, no obstante es un concepto éste del Burnout bastante criticado al ser sinónimo de tedio, aburrimiento, insatisfacción laboral, fatiga, etc.

Así, hay actores relevantes que defienden la existencia del BT como entidad clínica independiente, mientras que otros lo consideran dentro de los cuadros depresivos o incluso simplemente como una forma de estrés.

El por qué el Burnout afecta más a las llamadas profesiones de ayuda entre las que evidentemente se encuentra la sanitaria, hay que buscarlo en los siguientes puntos:

En primer lugar, se produce cada vez mayor intensidad en un enfrentamiento entre la filosofía humanística que impregna el trabajo sanitario y el sistema deshumanizado y despersonalizado que el profesional de la salud debe enfrentarse y adaptarse.

En segundo lugar es importante tener en cuenta que las profesiones sanitarias tienen que tratar con personas que sufren y padecen con las que además deben establecer una relación terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

De Dios Francos. *Burnout en personal sanitario*. Ponencia al I Curso sobre Estrés Laboral. Unidad de Docencia e Investigación. Hospital Militar de Burgos.

De la Gandara. J. *Enfermería y estrés laboral*. Burnout. Manual de enfermería legal. ELA y U. Comillas. Madrid 1994.

Fernández Conti. G: *Morbilidad psíquica en el medio sociolaboral*. Monografías de Psiquiatría. Año 6. pp 14 - 20 1994.

Gestalt JJ *Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario*. Interamericana. Madrid 1989.

Mostach C. Jackson. *The measurement of experienced burnout*. Journal Ocupac. Bohav 2 99-113, 1981.

Mingote y cols. *La calidad de vida en el trabajo del DUE. Buscando la eficacia y la satisfacción*. Rol de enfermería, pp 231-142 1994

Sanz González. J: *Ansiedad y trabajo*. Rev. Neurociencias, Vol 0 Nº 1 PP 16 -22. 1994.

ca que exige un gran autocontrol, elevada responsabilidad y poca gratificación, sobre todo últimamente, momentos éstos en los que proliferan los enfrentamientos incluso de tipo legal entre usuarios y personal sanitario.

Además de todo lo apuntado y como factores coadyuvantes del Burnout estarían la existencia de riesgos físicos (radiaciones, traumatismos, heridas) riesgos biológicos (Sida, Hepatitis) y riesgos psíquicos (trastornos del sueño, ansiedad, falta de descanso).

Desde el punto de vista sintomatológico el Burnout se caracteriza y define por los siguientes aspectos: cansancio y agotamiento psico —físico, actitud negativa hacia el entorno (los clientes— pacientes son los culpables), baja realización personal (depresión, somatizaciones, drogadicción).

Por último y en estudio reciente realizado por Fernández Canti (1994) sobre satisfacción laboral en el personal sanitario se constata a modo de resumen los siguientes aspectos:

1.- El estamento más sano psíquicamente son los celadores, siendo estos los que están menos implicados afectivamente con su trabajo.

2.- El estamento más enfermo psíquicamente es de los Auxiliares de Enfermería presentando sobre todo trastornos psicósomáticos, ansiedad y angustia. Atribuyendo este resultado, según el autor del trabajo, a la falta de definición del trabajo y a las nulas expectativas de promoción.

3.- El personal de enfermería presenta indicios importantes de depresión.

Algunas pautas profilácticas relacionadas con el estrés son la mejora de los niveles de comunicación así como ser conscientes de la realidad en vez de negarla y no automedicarse.



NUEVE MESES DE CAMBIOS HASTA EN LOS DIENTES

Durante el embarazo no pude utilizar mis lentillas; después aparecieron dos caries; ahora estoy nuevamente embarazada y mi bebé lo notó ¿qué me pasa? Mónica Dintrans, odontóloga y docente de la Universidad de Buenos Aires, explica que con el embarazo el sistema hormonal cambia y cambia el PH de todos los líquidos del organismo. Esto hace que las lágrimas sean más ácidas y no se admitan las lentillas, la acidez de la saliva propicia la aparición de las caries y el cuerpo cambia de olor lo que hace que el bebé huela a su madre de otra forma.

El sistema hormonal de la mujer cambia por completo durante el embarazo. Entre estos cambios, uno de ellos es el cambio del PH de todos los líquidos del organismo, es decir, la saliva, la sudoración, los jugos gástricos, las lágrimas, etc y que se conocen como humores acuosos. Los humores del organismo se vuelven más ácidos durante la gestación.

La doctora Dintrans explica que «la formación de las caries depende fundamentalmente de la acidez del medio

lo que hace que se cree el ambiente propicio para que un organismo que se encuentra en la boca normalmente y que es bueno se vuelva malo. Si a los hidratos de carbono que tenemos normalmente en la boca le añadimos la acidez de la saliva se logra el medio especial para la aparición de la caries. Por eso durante el embarazo, con la mayor acidez de la saliva provocada por el cambio del PH, suelen aparecer más caries».

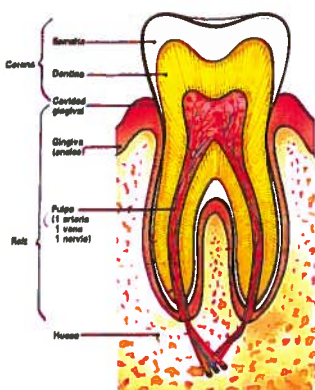
Suele ser habitual que en cada embarazo aparezcan dos



o tres caries que se pueden prevenir realizando diariamente enjuagues bucales con fluor «tres o cuatro minutos en la boca y sin aclararlo antes de acostarse es un buen sistema para evitar la aparición de las caries en la gestación, siempre y cuando se mantenga una higiene bucal anterior adecuada con enjuagues con fluor semanales.»

En ocasiones la propia mujer contribuye con la aparición de

DIENTE NORMAL



Stafford Miller

las caries al padecer otro problema bucal que los odontólogos denominan «gingivitis del embarazo». «Es una inflamación de las encías. Estas aparecen más abultadas y flojas y muy sangrantes en cuanto se tocan. Algunas mujeres al comprobar que sus encías sangran en cuanto se tocan no realizan la higiene bucal con la eficacia que es necesaria y no se cepillan tanto como sería necesario.»

En la boca está el principio

La sociedad actual nos impone algunos hábitos que contribuyen generosamente a que padezcamos muchas

enfermedades que se han hecho frecuentes en este fin de siglo. Las prisas, los horarios para comer y hacerlo fuera de casa hace que en muchas ocasiones nuestra higiene bucal no se lleve a cabo de la mane-

Nuestros antepasados y la falta de medios existentes han sido en gran medida los causantes del miedo existente cuando se tiene a acudir a la consulta del dentista. Sobre esto existen muchos mitos y creencias que han quedado en la conciencia popular aunque ya no se ajusten en absoluto a la realidad como la expresión de «matar el nervio» que permanece aunque los avances tecnológicos y científicos han conseguido que ya no sea necesario suministrar arsénico en la pieza afectada de caries. En otras épocas se trabajaba hasta un punto en que dolía mucho y se administraba arsénico matando la parte viva del diente que está en la parte interna que recorre la raíz. En la actualidad y gracias a la anestesia que deja sin sensibilidad el diente y sin la alimentación de la arteria, somos capaces de llegar hasta donde esté la pulpa, extraer ésta y rellenarse como si fuera un nervio postizo.» Como éste existen muchos mitos en lo relacionado con nuestra higiene bucal que poco a poco van desapareciendo.

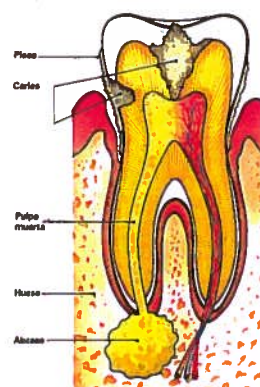
ra adecuada, y en ocasiones ni siquiera se pueda realizarlo que provoca problemas y patologías que repercuten en otros órganos del cuerpo.

La colonia de microorganismos que generan la placa bacteriana en boca se genera cada doce o veinticuatro horas. En algún momento hay que romper este proceso porque esa

placa bacteriana se va acumulando y crea la base adecuada para la formación de las caries.

«La caries comienza en el esmalte, que no tiene terminaciones nerviosas. Por este motivo las caries en sus primeras fases no duelen y cuando lo hacen es cuando han llegado al segundo tejido llamado encima. La costumbre más generalizada, y también más dañina es la de

DIENTE ENFERMO



Stafford Miller

aguantarse el dolor, masticar con los dientes del lado opuesto y acudir al dentista cuando ya no se puede comer. Entonces es cuando la parte interna del diente se ha infectado y aunque ya no duele aparece cada cierto tiempo un puntito de pus. Hay quien retrasa al máximo la visita al especialista reventado este puntito cada vez que aparece. Sin duda, desconocen que literalmente se están comiendo esa infección cada vez que revientan el puntito lo que les va a generar incluso problemas renales o cardiacos», afirma Mónica Dintrans.

SABIAS QUE...

- La morfina le debe su nombre a Morfeo, dios griego de los sueños.
- Islandia fue el primer país en el que una mujer fue elegida democráticamente Jefe de Estado.
- El radio de la Tierra mide 6.370 kilómetros.
- La caries es la enfermedad no contagiosa más común del mundo.
- La lana conocida como mohair se obtiene de las cabras de angora.
- El juego infantil del yo-yó está inspirado en un arma filipina.
- El NH₃ es, en realidad, amoníaco.
- El 10 por 100 del peso de una persona corresponde a su esqueleto.
- La estatua de la Libertad de EE UU es un regalo de Francia.
- El anemómetro mide la fuerza o velocidad del viento.

SOPA DE LETRAS B

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

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

SOPA DE LETRAS A

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

Localiza ocho vías respiratorias. Recuerda que se pueden leer en cualquier dirección y que una misma letra puede formar parte de dos o más palabras.

SOLUCIONES

Sopa de Letras A

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

Sopa de Letras B

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

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 - 6º 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.

Datos personales

Nº Afiliado: _____

N.I.F. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Apellidos _____

Nombre: _____

Calle/Pza./Avda. _____

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

C. Postal _____ Población _____

Fecha y Firma

Coste anual seguro

- Afiliados
 No afiliados

DATOS BANCARIOS (cumplimentar sólo los no afiliados)

Muy Sres. Míos:

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

Banco o Caja _____

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

Titular de la cuenta _____

Titular del recibo _____

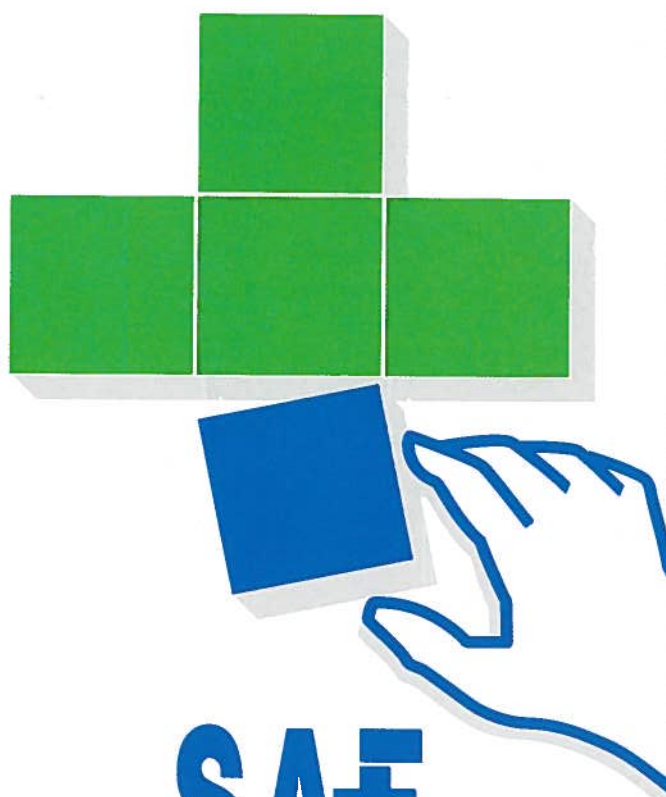
Nº oficina o agencia _____ Dirección _____

C. Postal _____ Población _____ Provincia _____

Atentamente

Fecha y Firma

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



S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

**Auxiliares:
La Base de la Sanidad**