



nº 9 • Revista de Auxiliares de Enfermería

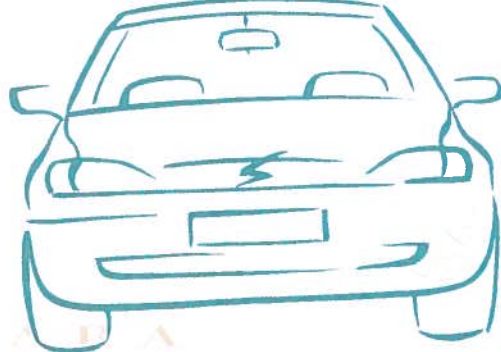
- **MEDICOS DEL MUNDO**
- **PVC: EL PELIGRO EN CASA**
- **ASOCIACION DE SORDOS**



**SEPARATA: INFORMES PROFESIONALES ELABORADOS
POR AUXILIARES DE ENFERMERIA**

SEGURO DE AUTOMÓVILES

EXCLUSIVO
EXCLUSIVO
EXCLUSIVO
EXCLUSIVO



PARA
PARA
PARA
PARA

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

CAUDAL SEGUROS le ofrece un seguro de automóvil en condiciones especiales para todos afiliados al SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

- ✓ Máximas garantías al mejor precio.
- ✓ Bonificaciones por buen conductor desde el primer año, hasta un 40%.
- ✓ Servicio grúa desde el Km.0 (su domicilio).
- ✓ Libre elección de talleres.
- ✓ Peritación inmediata y rapidez en el pago de las indemnizaciones.
- ✓ Amplia red de oficinas por todo el territorio nacional.

No espere a que venza su seguro actual, llame ahora al teléfono gratuito

900 - 13 14 15

dirígete a las oficinas de CAUDAL o al S.A.E. en tu provincia.



CAUDAL
SEGUROS

GRUPO ZURICH



CONSEJO EDITORIAL
DE NOSOCOMIO

Directora

Elvira Vázquez

Redactora Jefe

Montse García

Asesores Laborales

Juan José Pulido
Isabel Uribes

Colaboradores

Celia Dou Marcos
Carmen Cubero
Nieves Delgado
Carmen Luna
Soledad Belvis
Pilar Gutiérrez
Azucena Kundin
Miguel Angel Aristu
Pilar Lozano
M.^ª Angeles Quinonero
Pilar Zafrá
Carmen Padilla
Celia Mora

Comité Científico

Teresa Valerio
M.^ª Angeles Román Gamo

Edita

FAE (Fundación para la
Formación de Auxiliares de
Enfermería)

*Administración,
redacción y
servicios comerciales*

Alcántara, 5, 6.^º izqda.
28006 Madrid
Telfs. (91) 578 16 22/65/81/87
Fax 578 16 05

Publicidad

Pedro Martín Romero

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

EN ESTE NUMERO

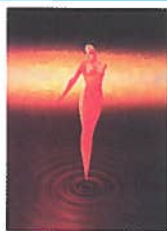
4

MEDICOS DEL MUNDO

UNA ONG QUE LLEVA SU AYUDA ALLI
DONDE SE PADECEN LAS
CONSECUENCIAS DE LAS CATASTROFES,
YA SEAN HUMANAS O NATURALES.



8



ANALISIS

UN ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL ANALIZA
LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE
ESTA ENFERMEDAD.

NOTICIAS DEL MUNDO MEDICO

AUMENTAN LOS CASOS DE CANCER DE
MAMA EN VARONES A PESAR DE SER
CONSIDERADA UNA ENFERMEDAD
FEMENINA.

13



DE VIVA VOZ

EL I CONGRESO INTERNACIONAL SALUD,
MUJER Y TRABAJO ANALIZA LOS RIESGOS
LABORALES EN LA
POBLACION FEMENINA.

37



38

PVC: EL PELIGRO EN CASA

MULTITUD DE OBJETOS ESTAN
ELABORADOS EN PVC DEBIDO A SU BAJO
COSTE Y A SU VERSATILIDAD, SIN
EMBARGO ENCIERRA EN SI MISMO UN
PELIGRO TOXICO CONSTANTE.

42

ASESORIA JURIDICA

INFORME JURIDICO SOBRE LOS
CONTRATOS LABORALES EN LA
ADMINISTRACION COMO FACTOR
DINAMIZADOR DE LA RELACION
FUNCIONARIAL



48

HABLAN LAS ASOCIACIONES

LA ASOCIACION DE SORDOS
REPRESENTA A UN COLECTIVO QUE,
PESE A SU LIMITACION, QUIERE
HACERSE ENTENDER.

D



urante muchos años los Auxiliares hemos demandado una mayor formación, tanto académica como postgrado, para poder desarrollar con las mejores garantías nuestra labor asistencial. También durante años hemos luchado para conseguir que los trabajos de investigación que, con gran esfuerzo y sin los medios y apoyo institucional necesarios hemos estado desarrollando, vieran la luz pública. Tal vez nuestra primera intención haya sido dar a conocer al resto de profesionales el fruto de nuestro esfuerzo y, también claro está, para compartir nuestra experiencia profesional, dilatada en algunos casos o más reciente, pero no menos intensa, en otras.

Desde hace un par de años, la Fundación para la Formación de Auxiliares de Enfermería (FAE) os ha dado la oportunidad de difundir el trabajo investigador de los Auxiliares más allá de las fronteras del servicio o centro de trabajo. También en los dos últimos años se ha podido comprobar como el esfuerzo que realizó la FAE editando "Nosocomio" (en su primera época Nos) se ha visto recompensado con una larga lista de trabajos realizados todos ellos por Auxiliares de Enfermería.

Desde "Nosocomio" hemos tratado siempre, y a veces lo hemos conseguido, crear un cuerpo investigador dentro de los Auxiliares de Enfermería para que seamos nosotros, los Auxiliares, los que avancemos en el desarrollo de nuestra profesión. Que seamos los Auxiliares de Enfermería los que decidamos cuál es el cuerpo de conocimientos que queremos desarrollar para que, paralelamente, lo haga nuestra profesión. Con nuestra modesta aportación, y sobre todo con el apoyo de cientos de profesionales, hemos conseguido que se rompiera el círculo vicioso en el que estábamos inmersos puesto que hasta hace bien poco la mayoría de los trabajos científicos dirigidos a los Auxiliares de Enfermería eran elaborados por otros profesionales, no Auxiliares, que nos marcaban el camino que ellos querían que tomase la profesión.

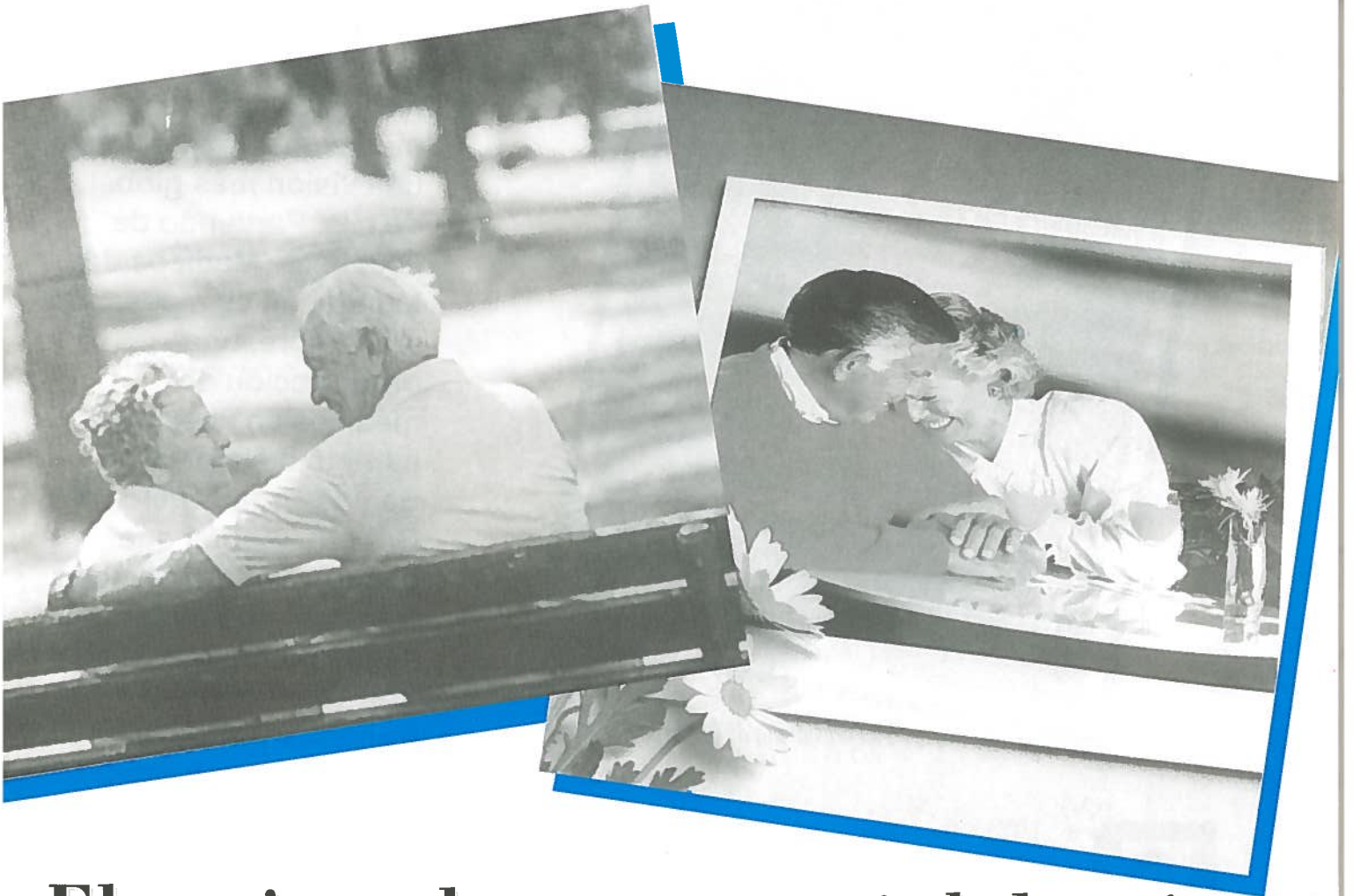
Hoy, tras dos años de experiencia podemos decir que los Auxiliares de Enfermería, poco a poco, estamos creando nuestro propio camino profesional, unido claro está, al resto de profesionales con los que a diario trabajamos y colaboramos para el bienestar de nuestros pacientes pero independientes en cuanto al cuerpo de conocimientos que queremos desarrollar.

Sirvan estas líneas para dar las gracias a cuantos, número a número, han colaborado con la Fundación de Auxiliares de Enfermería, con los Auxiliares en general, para compartir con ellos una experiencia, un trabajo de investigación. En definitiva, el papel que ellos quieren que jueguen los Auxiliares de Enfermería en el siglo XXI.

PLAN DE JUBILACIÓN

SAE

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA



El mejor plan para tu jubilación

- Un plan de futuro.
- Revalorizable.
- Seguro y rentable.
- Con liquidez.

*Para más información, Tel.: (91) 349 02 36
o en el sindicato de tu provincia o sede nacional.*

MEDICOS del MUNDO



*Concha Colomo
Vicepresidenta de Médicos del Mundo*

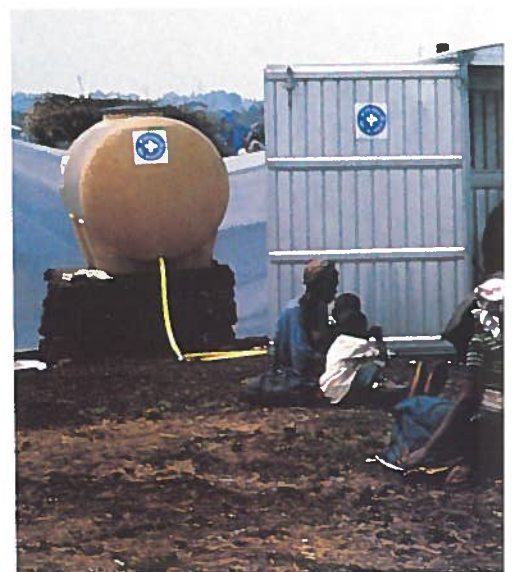
Consideran que la salud no es patrimonio exclusivo de los médicos sino que tienen una visión más global de ella. Partiendo de esta base, Médicos del Mundo, no es a pesar de su nombre, una organización de médicos en el sentido estricto de la palabra. Es una Organización No Gubernamental que acoge a voluntarios que trabajan para mejorar la salud del mundo, el de fuera de nuestra fronteras y el de la esquina de enfrente.

En 1971 Bernard Kouchner crea en Francia Médicos Sin Fronteras como primera organización dispuesta a superar las trabas de la burocracia y de las políticas de estado a la hora de prestar ayuda a quienes padecían los efectos de las catástrofes naturales o las originadas por otros hombres.

En 1980 el propio Kouchner abandona Médicos Sin Fronteras por desacuerdos sobre cuestiones concretas y funda Médicos del Mundo con la idea

de seguir perseverando en la lucha por el que sufre, independientemente de su contexto racial, político, religioso o cultural.

A final de la década de los 80 un grupo de españoles con inquietudes semejantes contacta con la ONG en París y empiezan a trabajar en España primero como una delegación de la sede francesa de Médicos del Mundo (MDM) y en 1990 como una organización propia, con estatutos propios y coordinados con el resto de sedes a través de Médicos del Mundo Internacional.



voluntarios de la solidaridad



Montse García

Concha Colomo, vicesecretaria de Médicos del Mundo, explica que desde el principio surge con la necesidad de ayudar no sólo a los países del Tercer Mundo sino que se extiende a las poblaciones marginales de las grandes ciudades que muchas veces están sufriendo situaciones de infravivienda, marginación y situaciones parecidas que las que se viven en el Tercer Mundo. Es lo que denominamos Cuarto Mundo.

Este programa de actuación Cuarto Mundo lleva dos años en marcha y fundamentalmente funciona como un centro de atención sociosanitaria a inmigrantes sin recursos. Hay una población de inmigrantes sin recursos, procedentes del Tercer Mundo que vienen a España huyendo de guerras o catástrofes y la situación que viven aquí no es mucho mejor dado que en la mayoría de los casos no disponen de una situación legalizada,

no pueden tener un contrato de trabajo y no tienen posibilidades de acceder a la sanidad, ni pública ni privada.

Este programa de atención sanitaria se dirige únicamente a los inmigrantes dado que toda la población española, e incluso los inmigrantes con su documentación en regla, tienen acceso a la sanidad pública y en el caso de que alguna de estas personas se dirija a nosotros les informamos de sus derechos y se les deriva a los centros específicos porque en ningún caso queremos duplicar los recursos, afirma Concha Colomo.

Nuestra intención en este sentido es poner los parches necesarios en los agujeros que deja la Administración pero al mismo tiempo insistir en la necesidad de que asuma esta atención porque es un deber para ellos y un derecho de la persona, con independencia del estado de su docu-

mentación, afirma la vicepresidenta de MDM.

Por otro lado, hay un equipo de unidades móviles en un programa de prevención de SIDA que funciona en varias ciudades. Estas autocaravanas recorren los lugares más frecuentados por los drogadictos ofreciéndoles ayuda y unos paquetillos con algodón, jeringuillas desechables y con unas medidas higiénicas adecuadas para que al menos, mejoren las condiciones en las que se inyectan la droga.

En cuanto a las campañas para conseguir aportaciones económicas o materiales Concha Colomo afirma que el español es un pueblo solidario y cuando se le pide da pero es necesario recordarle la necesidad de dar lo que le sobra. Por otro lado, le resulta más fácil ver lo que ocurre en el exterior que las calamidades que pasan algunas personas en el mismo barrio y es más difícil obtener donativos para el Cuarto Mundo.

Reconoce que el nombre de la organización desorienta un poco pero explica que “cuando se creó Médicos del Mundo se consideraba que la salud era patrimonio exclusivo de los médicos y la organización se denominó así. Sin embargo, esta primera consideración ha cambiado radicalmente y en la actualidad el concepto de salud implica muchas cuestiones: desde cómo está distribuida una ciudad al etiquetado de los productos o la publicidad que de estos se hace.”

Por eso, “Médicos del Mundo acoge como buena la ayuda de





La concepción del mundo con la que regresan la mayoría de los voluntarios que participan en las misiones de Médicos del Mundo es absolutamente radical: hay una valoración muy diferente de las cosas y vivencias muy auténticas que permiten descubrir el sentido de las cosas.

todo aquel que quiera colaborar con ellos. Entre sus filas se encuentran desde electricistas o albañiles que colaboran como personal de mantenimiento, conductores de las autocaravanas, voluntarios para atender la recepción de las sedes... Para ayudar al prójimo no es necesario estudiar una carrera, basta con querer ofrecer un poco de tu tiempo o de tu dinero”, afirma Concha Colomo.

Los voluntarios que se ponen en contacto con MDM cumpli-

mentan una solicitud que la organización valora para adaptar los perfiles de estos a las necesidades, puntuales o estructurales en cada ocasión. Hay quien colabora una vez a la semana en la oficina y quien tiene interés en irse un mes fuera o integrarse en un programa de actuación. Todos son válidos pero cada persona se adapta mejor a unas necesidades.

En cuanto a la solidaridad demostrada por los gobiernos,

Concha Colomo considera que es el ciudadano el que debe exigir al gobierno que distribuya una parte de sus recursos a la solidaridad pero esto va a suponer que disminuyan sus mejoras en otras cuestiones. La presión ejercida por el ciudadano hace ver a los gobiernos que están a favor de esa reducción en las prestaciones que ellos reciben.

Las misiones de desarrollo de MDM en el extranjero están destinadas a integrarse en la política sanitaria del país con el que se va a colaborar. Acude una dotación de la organización que paulatinamente se va reduciendo para ir integrando a personal local que se capta y se organiza de forma que puedan responsabilizarse por completo de la actuación.

Las situaciones de emergencia en muchas ocasiones destacan graves problemas de fondo que hay que solucionar. Una vez solucionado el problema concreto que genera la emergencia hay que permanecer en la zona buscando soluciones al problema de fondo, explica la vicesecretaria de Médicos del Mundo.

SEDES DE MEDICOS DEL MUNDO EN ESPAÑA

Madrid: dos centros
Sevilla
Canarias
Castilla - La Mancha
País Vasco
Aragón

Valencia
Baleares
Galicia
Castilla - León
Cataluña



Las caravanas de Médicos del Mundo acuden a las zonas más frecuentadas por drogadictos, ofreciendo su ayuda.

Las cinco líneas de actuación de Médicos del Mundo

- **Emergencias:** consiste en prestar ayuda de carácter urgente en aquellas regiones afectadas de forma transitoria y repentina por el hambre, la guerra, la enfermedad y las catástrofes naturales. Su acción se dirige a la atención de heridos, enfermos, y refugiados y a la construcción de infraestructuras sanitarias o higiénicas que suplan las necesidades básicas de la población. Generalmente estas acciones se realizan en colaboración con otras Organizaciones no Gubernamentales y con organismos oficiales internacionales.
- **Proyectos de ayuda humanitaria:** pretende hacer frente a las necesidades apremiantes de las poblaciones en peligro serio de subsistencia. MDM intenta trasladar a ese colectivo suministros y atención sanitaria para hacer frente a las necesidades básicas para su supervivencia. Dentro de estos programas se encuentran los programas de atención a los refugiados y víctimas de la guerra, poblaciones con una penuria económica extrema, pueblos sometidos a situaciones que niegan el respeto a los derechos humanos,...
- **Proyectos de desarrollo:** a largo plazo que intentan integrarse en la estructura sanitaria básica de la región, tratando de sentar las bases de un desarrollo sanitario más amplio. Cada proyecto se precede de una misión exploratoria previa. Con ella se delimitan sobre el terreno las necesidades más urgentes y las posibilidades de colaboración de la comunidad en su propio proyecto y se elabora un plan concreto de ayuda humanitaria que siempre contempla los aspectos de formación de los beneficiarios con la finalidad de generar las menores dependencias posibles.
- **Cuarto Mundo:** lo forman lo excluidos de la sociedad del bienestar. Allí donde no llegan los recursos sociales, ya sean sanitarios, jurídicos, de alimentación o vivienda. Es el reto más difícil: acortar las distancias con aquellos que hemos alejado con nuestro estilo de vida y prepotencia.
- **Sensibilización de la opinión pública y educación para el desarrollo.**

Según la psicología social, el deterioro mental es debido a una inadecuada adaptación del individuo al ambiente donde vive.

A las personas, para defenderse de un medio ambiente y subsistir en él, que nos exige una serie de capacidades o valías, es en el caso de no tenerlas, cuando aparece la inadaptación.

Esta inadaptación, se produce tanto en lo biológico como en lo psicosocial, es decir, que al igual que un determinado clima, vegetación, etc., requiere que los organismos que en ellos viven, superen los inconvenientes de este ecosistema para conseguir el bienestar, en el plano psico social, es necesario, que el hombre se adapte a unas costumbres, a una forma de relacionarse las personas, es decir, la adaptación a un determinado estilo de vida.

Como ocurre con el clima, las costumbres varían de unas zonas a otras, pero en cualquiera de ellas hay que tener unas capacidades imprescindibles para conseguir la adaptación, el bienestar, en caso contrario, la inadaptación psicosocial produce trastornos en la mente de las gentes.

Si hacemos un paralelismo, decimos que tanto un virus produce unos signos y unos síntomas en el organismo de las personas, tales como, dolor muscular, enfriamiento, dolor de cabeza, etc..., en el medio social, la inadaptación produce estrés, conflicto, frustración, insatisfacción, es decir, un malestar que toma distintas formas, pero que impiden que la persona pueda realizarse en la vida cotidiana, en su vida diaria.

A modo de salvedad, tengo que decir que no me gusta comparar a modo de fiel paralelismo los hechos de la mente superponiéndolos a los del cuerpo, solo lo hago con el fin de significar que ambos producen un sufrimiento, esperando que el sentido común del lector guíe los caminos de este artículo explicativo.

defensa política, la social, la sindical, etc...

Pues bien la finalidad de este escrito es sacar a la luz cuestiones que aunque por ser cotidianas y estar habituados a vivir con ellas producen insatisfacción y por tanto una calidad de vida no buena ni deseada. Estas cuestiones son factores que dependen de las condicio-

FACTORES PSICOSOCIALES

Pedro Jiménez López

Enfermero especialista en Salud Mental

Centrándonos en el tema que nos ocupa, tengo que decir que alguien que no puede defenderse en un psicossistema el estrés y la angustia se ceban en él, por lo tanto tiene que aprender a sobrevivir en su medio. Esta defensa exige la actividad de la persona en su ambiente, es decir el individuo tiene la obligación, consigo mismo de participar en la construcción de la realidad social, de luchar por ser alguien con una opinión válida para llevar adelante el presente y preparar el futuro. No ser un mero "mueble", que acepta "lo que le echen sin rechistar", dejando en manos de otros la

nes de trabajo y de la clase social a la que se pertenezca, hay más factores pero nosotros nos centraremos en estos dos grupos. Referente a la clase social a la que se pertenece, observamos que cuanto menor es la clase social, peor es su domicilio, se gana menos dinero, las posibilidades de estudiar son menores, etc..., situación que provoca un ánimo entre las personas de mayor insatisfacción que cuando se vive en un piso o chalet cómodo y amplio, con una buena renta, etc... Y es que las CLASES CUANTO MAS BAJAS SE ENFRENTAN A MAS CANTIDAD DE SITUACIONES

PROBLEMÁTICAS QUE LAS QUE TIENEN LAS PERSONAS DE LAS CLASES ALTAS.

También se ha observado un segundo factor en las personas que pertenecen a estas clases desfavorecidas, es que tienen MENOS RECURSOS PERSONALES PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS VITALES, que

en cuenta un nivel de renta bajo, tiene poco poder adquisitivo y hoy día el consumo se ha convertido en una necesidad, aquellas personas que poco consumen, e incluso están desfasados por el tipo de casa, la ropa, etc..., luego, tienen más carencias. Y es que es un problema, o un cúmulo de problemas, el no poder



DE LA SALUD MENTAL

las personas que están en una posición social más elevada.

Por supuesto al hacer esta afirmación partimos del sentido común, pues sabemos que problemas tienen todas las personas, y la diferencia la encontramos en la raíz de la insatisfacción, no es tanto, el que una clase tenga más o menos problemas, que estos sean de mayor o menor importancia, cuanto, que las personas de clase baja pueden solucionar muy pocos problemas ya que tiene profesiones que dependen en gran medida de otras personas que les mandan, este tema se amplía más adelante. También si tenemos

estar a la altura de la satisfacción de necesidades que una persona tiene en una sociedad de consumo. Un reflejo de la desigualdad que existe para defenderse según la clase a la que se pertenezca, se observa a nivel sociológico: en una sociedad como la actual, una sociedad de las llamadas complejas, hay entre otros factores una división del trabajo social, es decir, es la empresa familiar y sobre todo en el modo de vida agrícola "todos hacen de todo", en la sociedad actual cada persona tiene una función específica, hay un alto nivel tecnológico en las profesiones; una burocratización de la vida -llenas

de normas a modo de leyes, códigos o reglamentos- tanto a nivel laboral, como social y político. Esta sociedad se ha convertido en un ente abstracto donde la responsabilidad se diluye, cuando ocurre algún problema o hay que buscar soluciones a una beca denegada, un recurso judicial o laboral, o bien, se busca a personas expertas que se "muevan" por nosotros o como decíamos la responsabilidad ante esa ventanilla sin respuesta, esa prestación social que casualmente no hay en esa Junta Municipal o ese ambulatorio, la responsabilidad recalcamos, no la tiene nadie, lo más cercano es un jefe medio que no está a nuestro alcance, etc..., en estas situaciones, son las personas con un alto nivel educativo y a un alto nivel de renta las que tienen más éxito en estos ámbitos.

Sintetizando, por un lado las clases bajas al tener más necesidades, y como consecuencia más problemas a solucionar, de otro lado, sus facultades están menos potenciadas

(menos estudios, menos dinero, menos amigos poderosos, etc.), que las personas de clase social alta.

Las personas de clase baja son más vulnerables, por tanto más fácilmente dañados por los problemas, pues tienen menos recursos para defenderse, un ejemplo se muestra en el uso del lenguaje empleado en una casa modesta, éste es más pobre que el usado en un alto estrato, es decir que usa menos conceptos y menos términos para definir el mundo que les rodea, con pocas palabras definen muchas situaciones. El lenguaje de las clases altas es, aunque no el mismo, muy cercano al lenguaje académico es muy rico en palabras y en construcción de oraciones; por lo tanto, al enfrentar a los libros surge la dificultad, debido a que se estudia una materia que emplea la misma lengua que el estudiante utiliza para comunicarse con los demás, pero la diferencia se encuentra en la **CONSTRUCCIÓN DE LAS FRASES**, pues para indicar aquello que se quiere decir, son distintas las expresiones en la materia a estudiar que las que se usa habitualmente por el estudiante en su vida diaria, esta circunstancia produce una disociación en el pensamiento, que pone a dos estudiantes de distinta clase social en desigualdad de oportunidades, además, si se escucha ese lenguaje desde la “cuna”, es aún más fácil de asimilar. También “el ver” directamente el beneficio económico y de confortabilidad que produce unos estudios, que sobre aquel que le cuentan “como puede ser mejor la vida que le espera”, es decir, el estudiante que

vive en una casa en la que hay una alta formación académica, que como ocurre habitualmente esta correlacionado con un buen nivel socioeconómico, que aquel estudiante, que vive a través de sus padres una vida con numerosas dificultades, pues bien, este joven por mucho que le digan siempre se proyecta sobre el tipo de existencia que conoce, el de sus padres. Por consiguiente, observamos un sufrir mayor a través de situaciones como

“
Hay que enseñar a
evaluar las metas y los
objetivos, para tratar de
alcanzar aquellos que se
pueden realizar
”

éstas y otras similares, que hacen a los individuos más vulnerables ante los problemas; y es que no es lo mismo el suspender por no estudiar que por no saber hacerlo, o tener una mayor carga de responsabilidades, aunque solo sea pensar que sus padres están más sacrificados en la vida por causa de él.

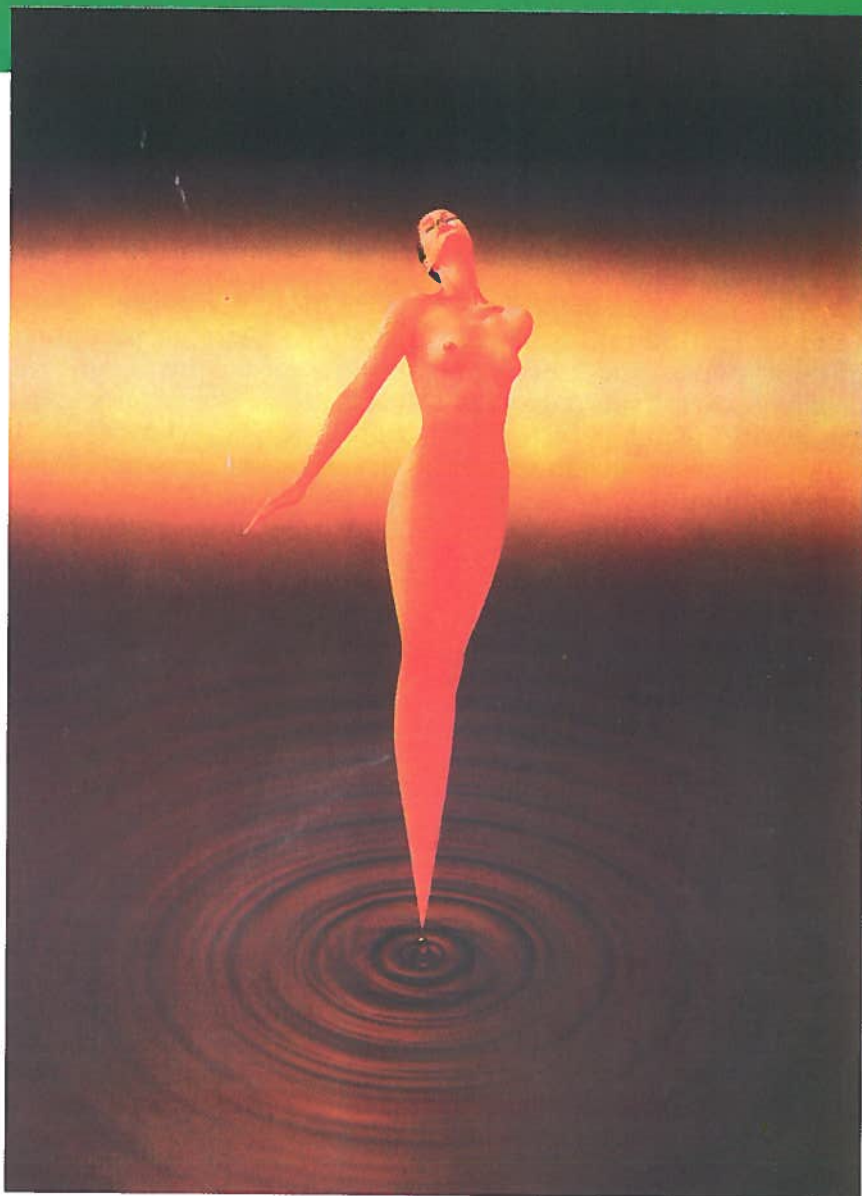
Otra forma de vulnerabilidad, es la actitud de algunos padres, que para evitar la frustración en sus hijos, pretendiendo que éstos no sufran en el futuro, estos padres, tienden a “endurecer a su hijos”. En lugar de ayudarles a soportar las frustraciones presentes y las venide-

ras, enseñándoles a aceptar los propios errores, y las situaciones que surjan, ya que así aprenden a luchar sin miedos, en lugar de enfrentarse a la vida como si ésta se fuera a acabar, les enfrentan a la realidad con agresividad. En lugar de enseñar sosiego, le quitan las aspiraciones y los ideales.

Otra forma similar, pero igualmente perjudicial, con la que enfrentarles a los problemas es la superprotección.

La mejor manera de fomentar la defensa ante la realidad, es que al igual que se le da apoyo ante las decisiones, es imprescindible que aprenda a superar las situaciones en las que se desea “algo” y esto o no puede realizarse, estas situaciones provocan frustración, luego la fortaleza se consigue por medio de una alternancia entre el sufrir la frustración a superar y el apoyo a sus decisiones con incentivos que estimulen a los adolescentes.

Una cuestión paralela a la anterior son los conflictos individuales. Ya sabemos los malos ratos que pasan los adolescentes cuando empiezan a tomar decisiones, saben que durante la infancia no tenían repercusión sus decisiones, pero ahora en la adolescencia si tienen repercusión sus decisiones; ahora al decidir entre dos situaciones apetecibles, como puede ser jugar más horas con el ordenador o con el balón al fútbol, entre situaciones cada una diferente a la otra. Pues bien, la actitud de muchos adultos para evitar la angustia que trae consigo las situaciones conflictivas, es limitar las metas. En lugar de fomentar la autonomía personal y desarrollar la seguridad en sí mismo, a través de aprender de los errores, de disfrutar la parte positiva, sin arrepentirse de la parte



negativa que trae consigo toda decisión.

Hay que enseñar a evaluar las metas y los objetivos, para tratar de alcanzar aquellos que se pueden realizar. Pues cuando el joven se propone objetivos y metas alcanzables se beneficia de un aumento en la autonomía personal, con lo cual se evitan las dependencias, y mejora la seguridad en sí mismo. Como contraposición la limitación de metas, que ya citábamos con anterioridad trae consigo, inseguridad y miedo, sobre todo cuando sobrevienen las situaciones conflictivas y las frustraciones. Ante estas situaciones el joven tiende a desviar las situaciones y en lugar de

luchar contra ellas o enfocarse de otra manera, surge la agresividad, la drogadicción, las ludopatías, etc..., formas todas ellas perjudiciales para la persona.

Es significativo, en la materia que nos ocupa tanto la relación con la frustración, como con el conflicto que trae consigo la toma de decisiones porque, salvo excepciones porque, estas cuestiones se detectan con el diálogo entre padres e hijos, y este es un problema especialmente importante, cuando hay numerosos problemas que hacer frente y además, hay una dificultad para verbalizar los sentimientos, situaciones que se repiten especialmente en la clase baja. Vemos por tanto, un

perjuicio claro en aquellos de esta clase frente a los miembros de clase alta. Es decir, que bien sea por carencias en el lenguaje, en la adolescencia u otras, el individuo de clase baja es más vulnerable en esta sociedad supertecnificada, por tener más problemas que soluciones, debido a que en la clase alta hay menos problemas de educación, sanitarios, etc..., pues además de ser “poderoso caballero don dinero”; las personas que viven en estas clases están habituados a solucionar problemas bien porque lo han visto desde pequeños, bien por su dinero, bien por su formación académica y profesional o por sus amigos y familiares.

Este es un hecho que merece una reflexión, pues si en el pasado la aristocracia tenía un privilegio social, por haber nacido en una familia determinada, hoy la sangre azul la podemos considerar como de “cuello blanco”, son los grupos que manejan el gran capital y las élites de los partidos políticos los beneficiados de esta sociedad que falsamente llamamos igualitaria, y aquí el cambio que se ha producido en la actualidad, los vínculos consanguíneos de la aristocracia o posteriormente de la burguesía se han convertido en vínculos ideológicos, es decir, que si es importante ser “hijo de...”, también lo es tener el carnet de tal o cual partido que por el poder que se otorga los políticos, estos individuos vinculados a un partido pueden a través de sus cargos o de sus “amiguetes”, recordemos al conocido tráfico de influencias, pueden decirnos, controlar el medio donde viven.

Pienso también que hay otro elemento añadido que resulta de capital importancia, las clases con menos recursos económicos, menos pueden

ELEMENTOS QUE PROVOCAN INESTABILIDAD PSICOLÓGICA

- El paro.
- El trabajo inestable.
- El trabajo a tiempo parcial.
- El trabajo en economías sumergidas.
- El grado de control de la tarea.
- Poca oportunidad de aprendizaje.
- Poca oportunidad de promoción.
- Un mínimo o ningún interés por el trabajo.
- Poca adecuación entre los requisitos del trabajo y las aptitudes personales y profesionales.
- Según las condiciones de seguridad física en el trabajo.

compensarse cada vez que hay un problema que resulta angustioso, un problema que "nos deja" insatisfechos. Es decir, los malos ratos no son tan malos si vemos que hay otros ratos que son buenos (de aquí la posición del hombre en la sociedad, el equilibrio entre "lo bueno y lo malo"), pero sin poder y sin dinero los ratos buenos son pocos, muy pocos, sobre todo en una sociedad de consumo, donde la persona que no consume y no controla su entor-

no, parece un ciudadano de segunda.

Por tanto el tener mayor número de situaciones conflictivas y que los individuos sean más vulnerables, hace que las clases sociales más desfavorecidas "ven reducidas sus posibilidades de afrontar exitosamente acontecimientos vitales estresantes" (Alvarado, Torregrosa y Garrido, 1992) y tengan un mayor grado de satisfacción.

RESPECTO AL EMPLEO Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO

Se considera que el empleo no estable, los contratos a tiempo parcial, las economías sumergidas provocan sentimientos de inestabilidad e incertidumbre, además las condiciones o circunstancias que rodean al empleo estable o no es un factor importante debido a que también provocan satisfacción personal, y ésta íntimamente relacionada con la salud mental.

Entre las condiciones que rodean el empleo están:

LA CAPACIDAD DE CONTROL, consiste en tener atribuciones para decidir ante las situaciones perjudiciales para el trabajo, por tanto el trabajador tiene la posibilidad de regular o modificar las condiciones de su trabajo ante ciertos acontecimientos o los efectos de éstos.

La adecuación del trabajador al trabajo que desempeña, es decir, si el trabajador tiene cualificación académica y profesional para desempeñar el cargo que tiene, como es el caso de los mandos de enfermería, los supervisores, etc..., que además de tener una cualificación sobre enfermería dependiendo del servicio en el que se trabaje, hay que tener

conocimiento de administración, dinámica de grupos, etc..., hasta completar los elementos de gestión que precise el cargo a desempeñar.

Quiero abrir un paréntesis para decir que seguimos hablando de porcentajes, exponiendo características de la mayoría, pues de todos es sabido que hay personas que están en el paro, y hacen chapuzas, pues lo natural sería, según indicamos, que tuvieran insatisfacción, pues no es así, ya que cobran el subsidio de desempleo, las "chapuzas", pues bien, los ingresos económicos son buenos, claro que estos son una minoría de la que no nos olvidamos.

También sabemos todos cuanta gente esta desempeñando un trabajo para el que no tiene ni cualificación académica ni actitudes personales, para el cargo, pero se sienten protegidos por aquel carnet que citábamos anteriormente y lejos de crearle estrés su falta de competencia, se sienten seguros y vigorosos.

A las características ya citadas hay que añadir los bajos salarios y la inseguridad física como elementos generadores de inestabilidad psicológica.

Respecto de la influencia de la clase social sobre la salud mental, se considera que aquellas personas que perciben que pueden controlar las situaciones (o gran parte de ellas) que se les presente y aquellas que tengan una alta autoestima, que son aquellas personas que están menos insatisfechas con ellos mismos, tienen menos probabilidad de sufrir deterioro afectivo y como consecuencia una mejor salud mental.

.... Como decía, la raíz del problema es tanto la cantidad, como la importancia o calidad de los problemas.

ANTONIO MATACHANA, S.A. OBTIENE LA CERTIFICACION DE EMPRESA ISO 9001

ANTONIO MATACHANA, S.A. es una empresa española con más de 25 años de experiencia en la fabricación, instalación y mantenimiento de equipamiento para los sectores hospitalario, laboratorios, hostelero e industrial, y tiene como principal actividad la fabricación de esterilizadores. Ubicada en Barcelona, tiene una red nacional de 15 delegaciones, y exporta sus productos a más de 50 países.

MATACHANA ha desarrollado e implantado un Sistema de Calidad que ha obtenido el certificado de registro de empresa nº 945738 otorgado por LLOYD'S REGISTER QUALITY ASSURANCE Ltd. (LRQA), que acredita la conformidad de su Sistema de Calidad con la norma internacional ISO 9001, siendo hasta el momento el único fabricante nacional de esterilizadores que obtiene esta certificación en España y uno de los primeros en equipamiento de hostelería.

Este certificado es el resultado del esfuerzo invertido en la adaptación a la normativa de todas las actividades de la empresa (diseño, comercialización, compras, fabricación, servicio post-venta y formación del personal) proporcionando a sus productos la garantía de calidad que el mercado demanda.



LA MAYORIA DE LOS ESPAÑOLES SATISFECHOS CON SU PUESTO DE TRABAJO

El estudio realizado recientemente por el Centro de Investigación de Mercados Españoles e Internacionales (CIMEI) ofrece datos que manifiestan que la gran mayoría de los españoles, un 72 %, está satisfecho en su trabajo. Este dato no es extraño si tenemos en cuenta la escasez de este bien en los últimos tiempos. De hecho sólo un 3% se declara estar nada satisfecho

con su situación laboral. El mayor nivel de satisfacción global lo encontramos en las ciudades medias-grandes, con un 7,8 sobre una escala de 0 a 10. El nivel de satisfacción en los pueblos y en las grandes metrópolis supone un 6,7 y un 6,5 respectivamente y sobre la misma escala. Siguiendo esta escala cabe destacar que los ejecutivos, profesionales y empresarios alcanzan el 7,6 de

satisfacción, frente al 6,7 de los trabajadores manuales.

Los aspectos destacados por los encuestados que deben mejorar para sentirse más satisfechos en el trabajo son: en un 31% el dinero, en un 18% los resultados económicos de la empresa y en un 15% la mayor estabilidad y seguridad en el puesto. A cierta distancia les siguen las mejoras en organización y un mayor reconocimiento por parte de sus jefes. Por último destacar que el estudio revela que la mayor causa de descontento o insatisfacción es la inestabilidad en el empleo.

Noticias del Mundo Médico



INAUGURACION DE LAS NUEVAS INSTALACIONES DE LOS LABORATORIOS UNITEX- HARTMANN S.A.

Recientemente tuvo lugar en Mataró la inauguración oficial del nuevo centro de producción de adhesivos de los Laboratorios UNITEX-HARTMANN, S.A.

Las nuevas instalaciones ocupan una superficie de 8.000 m², de los que la mitad se dedican a la producción y están dotadas con los últimos adelantos tecnológicos del sector.

Al acto asistieron diversas autoridades locales, así como representantes del Ministerio de Sanidad y del Servei Català de Salut. Cabe destacar la intervención de la Ilustrísima Sub-directora General de Productos Sanitarios, Dra. M^a del Carmen Abad Luna, quien efectuó una valoración positiva de las nuevas instalaciones.

El grupo HARTMANN, a través de la filial Laboratorios UNITEX-HARTMANN, S.A. en

España, centraliza de esta forma la fabricación de adhesivos sanitarios (esparadrapos y tiras adhesivas) para el mercado europeo.

Dentro de los productos fabricados para el mercado nacional cabe destacar las conocidas "TIRITAS" y el esparadrappo "IMPERIAL". Laboratorios UNITEX-HARTMANN, S.A. comercializa, además, otros productos sanitarios procedentes de las diferentes sociedades del grupo, como absorbentes de incontinencia, productos para la higiene personal, vendas, apósitos y otros materiales de cura.



HACEN FALTA ESTUDIOS SOBRE EL CANCER DE MAMA EN VARONES

Médicos londinenses tratan de llevar a cabo investigaciones sobre el cáncer de mama en varones. Hasta ahora, el cáncer de mama se consideraba tradicionalmente como un problema femenino, pero hay datos que indican que también los varones están empezando a ser víctimas de la enfermedad. Cada año son diagnosticados 170 casos de varones con este tipo de cáncer en el Reino Unido, mientras que en países como Egipto ha llegado a ser relativamente frecuente.

El Fondo Imperial de Investigaciones del Cáncer (ICRF) británico señala que tal vez los hombres con cáncer de mama no reciben el mejor tratamiento porque no se han realizado nunca ensayos clínicos para la forma masculina de la enfermedad. La unidad de cáncer de mama que el Fondo tiene en el Guyos Hospital, en Londres, considera que es necesario estudiar seriamente el cáncer de mama en los varones, llevando a cabo un ensayo clínico para determinar el método de tratamiento más eficaz.

La tasa de supervivencia de los hombres que padecen este tipo de cáncer es actualmente del 60%, pero el ICRF afirma que podrían salvarse más si no hubieran dejado pasar 18 meses, por término medio, desde que detectaron una tumoración hasta que solicitaron ayuda médica. Los hombres esperan tanto porque ignoran que pueden sufrir cáncer de mama o se avergüenzan de padecer una enfermedad que normalmente se considera propia de mujeres.

Los hombres reciben un tratamiento muy similar al de las mujeres, basado en combinaciones variables de cirugía, radioterapia y medicamentos. Sin embargo, la mayoría son sometidos a mastectomía porque los tumores suelen aparecer debajo del pezón o en su proximidad, y porque hay menos tejido mamario.

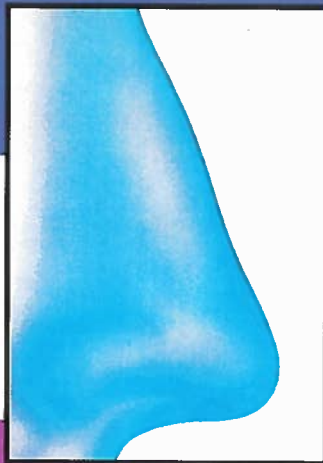
1ª EDICION DEL ANUARIO ESPAÑOL DE SANIDAD 1995-1996

La editorial PUNTEX, con más de veinte años de experiencia en publicaciones de temas sanitarios, acaba de lanzar al mercado la primera edición del *Anuario Español de Sanidad 1995-1996*, obra pensada especialmente para el profesional de la sanidad.

Este Anuario reúne, en más de mil páginas, las normas y datos que afectan al sector, con el fin de ofrecer al profesional la legislación más actual.

El Anuario consta de dos partes diferenciadas: la primera, de carácter normativo y legislativo, contiene aquellas leyes y disposiciones básicas a nivel del Estado y de cada Comunidad Autónoma. También en este apartado se encuentran las disposiciones que afectan a conciertos con el INSALUD o con las respectivas Comunidades Autónomas y todo lo relativo a prestaciones y servicios asistenciales en los distintos sistemas de la Seguridad Social: régimen general, ISFAS, MUFACE, etc. Estos capítulos se complementan con la normativa retributiva del personal del INSALUD y de las Comunidades Autónomas y acaba con un repertorio legislativo de la Unión Europea de especial importancia en el campo de la salud y de las profesiones sanitarias.

La segunda parte contiene los datos de identificación y localización de la estructura sanitaria a nivel del Estado y de cada Comunidad Autónoma, Facultades y Escuelas de Formación de profesionales sanitarios, Academias, Asociaciones y Fundaciones en este campo, Mutuas patronales y Mutualidades sociales. Se completa con los datos de todos los hospitales y centros extrahospitalarios a nivel estatal y un lis-



UNA NARIZ DE CRISTAL AYUDA A DIAGNOSTICAR ENFERMEDADES

C

ientíficos londinenses están desarrollando una nariz artificial capaz de diagnosticar enfermedades según el olor del aliento de los pacientes. El dispositivo será utilizado para detectar infecciones que ocasionan úlceras estomacales y cáncer gástrico. La nariz artificial ha sido bautizada Scanmaster por su inventor el doctor John Slater, del Birbeck College de Londres. Asimismo, se espera que el aparato demuestre su utilidad para el control de calidad en el sector alimentario y en otras industrias.

El centro del Scanmaster consiste en un conjunto de ocho cristales que vibran a una frecuencia determinada por las sustancias químicas que absorben. Las vibraciones permiten determinar la presencia o ausencia de diversas sustancias en el medio ambiente según las modificaciones de las frecuencias de las vibraciones. Las huellas digitales de los diversos elementos químicos se detectan sumando los efectos que producen en las vibraciones de cada cristal sensor individual. Lo primero que se hace es calibrar el Scanmaster, para lo cual se expone al olor de cualquier sustancia que deba detectar, y se mide el efecto de la misma en la vibración de los cristales. El aparato queda listo para señalar la presencia del mismo olor. Ya se ha empleado el Scanmaster para distinguir entre cultivos de distintas bacterias, y especialmente para detectar la presencia de la *helicobacteria pylori*, que según se cree ahora es el origen de la mayoría de las úlceras estomacales.

El Dr. Slater y sus asociados están trabajando para desarrollar un método que les permita utilizar el Scanmaster para percibir el aliento de los pacientes y comprobar si tienen el estómago infectado con esa bacteria, con lo que se reemplazará el método actual, que obliga a tomar muestras con el endoscopio para cultivarlas luego.

tado de los proveedores en este sector. Asimismo se integran las instituciones de la UE en el campo de la salud, de la OMS y otros organismos sanitarios internacionales.

La información recogida por el Anuario se debe actualizar constantemente para que no quede desfasada, con este fin Puntex prevé realizar actualizaciones trimestrales, que incluirán la nueva legislación y los cambios acaecidos en el ámbito de hospitales, organismos oficiales, empresas, etc.

El *Anuario Español de Sanidad* ha sido dirigido por el Dr. Josep Artigas, miembro del Comité de Expertos de la Organización

Mundial de la Salud y consultor sanitario y hospitalario, además de especialista en temas comunitarios relacionados con la salud. Su trayectoria profesional en el ámbito de la sanidad viene marcada por su experiencia como gestor de varios hospitales de Cataluña y su labor, tanto en el Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, como en el Ministerio de Sanidad, en el que ocupó, entre 1982 y 1986, diversos cargos como Director del Gabinete del Ministro, Secretario General Técnico del Ministerio de Sanidad y Asesor ejecutivo del Ministro para asuntos internacionales.



PROTOCOLO DE REDACCION

Los trabajos que se envíen para ser publicados en *NOSOCOMIO* deberán sujetarse a unas mínimas normas de presentación. De esta forma se agilizará el proceso de selección de los mismos y por tanto la edición de la revista, convirtiéndola así en una publicación con el máximo rigor.

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

- Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que se expongan 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 NOSOCOMIO

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE
DIRECCION POBLACION
PROVINCIA C.P. TELEFONO D.N.I.

DATOS BANCARIO (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 *NOSOCOMIO*.

APELLIDOS Y NOMBRE DEL SUSCRIPTOR
TITULAR DE LA CUENTA
BANCO CAJA DE AHORROS

CODIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)			
ENTIDAD	Sucursal	D.C.	N.º CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

Tarifa de afiliados para Bibliotecas, empresas e instituciones podrán hacer efectiva la tarifa mediante

Talón bancario Domiciliación Cheque bancario (nominativo) adjunto n.º Banco/Caja

NOSOCOMIO C/ Alcántara, 5. 6º izda. 28006 Madrid

NO AFILIADOS

AFILIADOS

ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA CON NIÑOS ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES DE VENTILACION MECANICA

Matilde A. Valverde Porras
M^a Josefa Ayllón Porras
Catalina Porras Duque

Hospital Regional Materno - Infantil
Reina Sofía Córdoba

Gracias a los avances de la cirugía pediátrica y al desarrollo de nuevas tecnologías, en la actualidad aparecen enfermos pediátricos con nuevas patologías, como es el caso de niños dependientes de ventilación mecánica, los cuales, debido a sus características y a sus necesidades, han de pasar un largo período de tiempo en una Unidad de Cuidados Intensivos.

La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI-P) del Hospital Regional Reina Sofía de Córdoba ha sido ampliada en enero de 1995 en una nueva unidad (Unidad de Intermedios) con capacidad para cuatro niños enfermos crónicos que son, o han sido, dependientes de ventilación mecánica en algún momento de sus vidas y que llevan ingresados mucho tiempo en dicha UCI-P, sometidos al stress que supone estar en un ambiente de estas características, rodeados de niños muy graves procedentes de accidentes, traumatismos, cirugía cardiovascular extracorpórea, sepsis, etc.

En la Unidad de Intermedios (UI) de la UCI-P se da a estos enfermos la atención adecuada en las distintas etapas de su desarrollo. Dado que estos niños necesitan respirador (o lo han necesitado), la necesidad básica que hay que cubrir es que tengan una adecuada ventilación y oxigenación. Además, aportamos todos los cuidados básicos de alimentación, higiene, comodidad, apoyo psicológico, etc. y en general, todo lo que consideramos necesario para que tengan un desarrollo normal.

Tras seis meses de actividad en esta unidad, queremos dar a conocer en este trabajo la interesante e importante labor que el/la Auxiliar de Enfermería (AE) realiza con estos niños enfermos crónicos, que son dependientes de ventilación mecánica.

MATERIAL Y METODOS

La unidad de Intermedios de la UCI-P del Hospital Regional Reina Sofía de Córdoba es amplia, luminosa, alegre, confortable, etc. y con una capacidad para cuatro niños enfermos crónicos.

Dicha UI está atendida por cuatro turnos de enfermería rotatorios y un turno fijo de noches alternas, compuesto cada uno de ellos de un(a) ATS/DUE y un(a) AE, lo que hace un total de diez miembros del personal de enfermería.

Los niños crónicos ingresados en la UI de la UCI-P tienen un período de estancia de 1.300 días, el que más tiempo lleva internado, y de 300 días aproximadamente el que menos.

Dos de los niños presentan cardiopatías congénitas. Otro fue diagnosticado en período neonatal de

Enfermedad de Werdnig-Hoffman, por lo que presenta una atrofia muscular. Y un último presentó un Onfalocelo al nacer, el cuál, debido a la presión que ejercen sus vísceras sobre el diafragma, no tiene una adecuada expansión pulmonar, por lo que necesita respirador para una correcta ventilación.

Todos los niños tienen traqueostomía, excepto uno de ellos, al que se consiguió destetar del respirador, y se le suministró oxigenoterapia por estoma de la traqueostomía hasta el cierre reciente de la misma.

Para centrarnos en el papel que el/la AE desempeña con estos niños, que es el objeto de este trabajo, vamos a tomar como referencia las actividades que se plantean en el "PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA NIÑOS CRONICOS DEPENDIENTES DE VENTILACION MECANICA", que se sigue en esta UI, de forma que, haremos una des-

cripción detallada de cada una de las tareas que realiza el personal AE de acuerdo con las actividades a seguir para conseguir cada uno de los objetivos que se incluyen en dicho plan de cuidados.

Tenemos que hacer constar que aunque describamos las actividades que se incluyen en este plan de cuidados de una manera general, cada niño requiere una atención individualizada según sus necesidades, de tal forma que cada paciente reciba los cuidados que se describen de manera personalizada.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE PACIENTES CRONICOS CON VENTILACION MECANICA

DIAGNOSTICO PRIMERO: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la enfermedad base.

Objetivos:

- No existen signos ni síntomas de hipoxia.
- Óptima expansión pulmonar con una ventilación adecuada.
- Traqueotomía limpia y humidificada.

Actividades:

- Chequeo del respirador c/turno.
- Aspiraciones de la vía aérea según protocolo c/-h.
- Auscultar el tórax valorando la aireación de los campos pulmonares c/-h.
- Comprobar expansión simétrica torácica c/-h.
- Valorar el volumen y aspecto de las secreciones c/-h.
- Cambios posturales c/-h.
- Cabecera levantada

Actividades de el/la AE:

1.- La principal labor de el/la AE es la colaboración en la aspiración de secreciones de la vía aérea. Para ello se empleará la siguiente técnica:

- Se ha de realizar con la máxima asepsia.
- Ventilación con oxígeno al 100% con Ambu.
- Instalación de 0,5 ml. de suero salino fisiológico.
- Aspiración de secreciones.

El material que se utilizará será el siguiente:

- Ambu conectado a la fuente de oxígeno.
- Jeringas estériles.
- Guantes estériles.
- Aspirador y sonda de aspiración estéril y desechable.

Previamente a la maniobra de aspiración el/la AE se habrá encargado de que todo el sistema de aspiración esté en las condiciones siguientes:

- El Ambu conectado a la fuente de oxígeno.
- El aspirador esté en posición de encendido.

- La bolsa recipiente no esté llena de secreciones.
- El frasco lavador lleno de solución limpiadora.
- El circuito esté limpio.
- Haya sondas de aspiración del calibre adecuado dependiendo del enfermo que vaya a ser aspirado.
- Haya guantes estériles de un solo uso.

Durante la maniobra de aspiración la labor de el/la AE será:

- Ventilación con oxígeno al 100%.
- Instalación de suero fisiológico por la traqueostomía.

2.- Efectuará junto con el/la ATS/DUE los cambios posturales periódicos, para facilitar la ventilación de las diferentes áreas del pulmón y prevenir las atelectasias (colapso alveolar).

3.- El personal AE observará cualquier cambio en la coloración del paciente y lo transmitirá urgentemente a el/la ATS/DUE.

DIAGNOSTICO SEGUNDO: Infección respiratoria potencial relacionada con la ventilación mecánica.

Objetivos:

- No se producirán signos o síntomas de infección.

Actividades:

- Cambio del circuito del respirador cada semana.
- Cambio de cánula los días 1 y 15 de cada mes.
- Cultivo de secreciones bronquiales cada lunes.
- Cura de traqueostomía según protocolo cada 24 h.
- Auscultar el tórax valorando la ventilación c/-h.
- Valorar el volumen y aspecto de las secreciones.
- Vigilar la temperatura c/-h.

Actividades de el/la AE:

1.- Semanalmente se encargará del cambio de circuito de cada uno de los respiradores y de los filtros antibacterianos.

2.- En cuanto al cambio de cánula se hará los días 1 y 15 de cada mes, y el/la AE se encargará de preparar un campo estéril con todo el material que se va a utilizar:

- Cánula nueva estéril.
- Cinta estéril para sujetar la cánula.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Suero Fisiológico.
- Povidona yodada.

3.- Con respecto a la cura de la traqueostomía, el personal auxiliar ayudará a el/la ATS/DUE a su limpieza impidiendo que se salga la cánula. También ayudará al cambio diario de la cinta que sujeta la cánula y de las gasas colocadas alrededor de la traqueostomía.

4.- Se encargará de vigilar la temperatura de los pacientes al menos una vez c/8h. Si tanto ATS/DUE como AE observaran algún signo de fiebre en el niño, el/la AE tomará la temperatura tantas veces como se considere oportuno.

5.- El/la AE colaborará con el/la ATS/DUE en la extracción de secreciones bronquiales y en su envío posterior al Servicio de Microbiología para su cultivo.

DIAGNOSTICO TERCERO: Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionada con su enfermedad de base.

Objetivos:

- Vía aérea libre de secreciones.

Actividades:

- Aspiraciones de secreciones de la vía aérea según protocolo c/-h.
- Auscultar el tórax valorando la ventilación.
- Cambio del humidificador cada turno o en función de las secreciones.
- Valorar un aumento en la necesidad de líquidos (oral) en función de las secreciones.

Actividades de el/la AE:

1.- El/la AE colaborará con el/la ATS/DUE en la aspiración de la vía aérea según se ha descrito en las actividades que realiza el/la AE relacionadas con el primer diagnóstico.

2.- En cuanto al cambio del humidificador lo realizará el/la AE junto con el/la ATS/DUE al menos una vez cada 24 h., coincidiendo con el baño diario, y varias veces al día, si se precisa, dependiendo de las secreciones del enfermo.

DIAGNOSTICO CUARTO: Déficit del autocuidado, baño, higiene, relacionado con la enfermedad de base.

Objetivos:

- Cabello, ojos, oídos, nariz, boca, uñas y piel limpia e hidratada.

Actividades:

- Baño diario.
- Lavado bucal con Bicarbonato 1/6 y Oraldine c/-h.
- Hidratación de la piel con aceite o crema c/-h.
- Lubricar con vaselina los labios y zona externa de los orificios nasales c/-h.
- Observar la piel para descubrir posibles signos de irritación cutánea, trastornos de la circulación, cambio de color o temperatura c/-h.

Actividades de el/la AE:

1.- Se encargará de la preparación de los útiles de aseo, bañera, agua, jabón, ropa limpia, etc. y realizará junto con el/la ATS/DUE el baño del niño. Posteriormente cambiará la ropa de cunas y camas.

2.- Lavará la boca del niño con Oraldine o con Bicarbonato 1/6, al menos una vez cada 24 h.

3.- Hidratará la piel del niño después del baño con una leche corporal adecuada, o bien pondrá previamente unas gotas de aceite en el agua. Los labios los lubricará con vaselina coincidiendo con el baño, y varias veces al día si el niño lo precisa.

4.- El personal auxiliar se encargará siempre de observar todos los cambios que pudieran aparecer en la piel del paciente, para informar rápidamente al ATS/DUE y así, evitar cualquier daño que se pudiera producir en la integridad cutánea del niño.

DIAGNOSTICO QUINTO: Déficit de autocuidado, alimentación, relacionado con la enfermedad de base.

Objetivos:

- Ingesta diaria por sonda nasogástrica (SNG) de nutrición enteral.
- Equilibrio de líquidos adecuado.

Actividades:

- Estimar equilibrio de líquidos: entradas / eliminación.
- Observar posible distensión abdominal en cada toma.
- Cabecera levantada antes, durante y 30 minutos después de la toma.
- Administrar según el tiempo previsto.
- Lavar SNG tras cada toma.

Actividades de el/la AE:

En cuanto a la ingesta de alimentos hay que hacer dos distinciones:

A.- Pacientes con nutrición enteral:

- nutrición enteral a débito continuo
- nutrición enteral por tomas.

B.- Pacientes con nutrición oral.

Las actividades del personal auxiliar de enfermería serán las siguientes:

1.- Se desplazará al Servicio de Dietética para recoger las tomas de cada niño en el horario que corresponda.

2.- Rellenará la planilla de dietética donde se hace constar, para cada niño, el tipo de nutrición, la clase de alimento, la cantidad y el horario de las tomas.

3.- La nutrición es oral:

- Se encargará de que el niño coma por boca las tomas del alimento correspondiente.
- Suministrará al niño agua cuando precise.

4.- Si la nutrición es enteral:

- Cambiará el sistema de nutrición de la bomba de infusión una vez al día coincidiendo con el cambio del contenedor de alimento, o con la primera toma de la mañana.
- Programará la bomba de infusión para que vaya al ritmo que el médico haya indicado, tanto si es nutrición enteral a débito continuo o por tomas.

5.- Con respecto a la eliminación de líquidos, el/la AE anotará siempre que haga el cambio de pañal si el niño ha orinado o no, para poder llevar, de este modo, un control de diuresis del paciente.

DIAGNOSTICO SEXTO: Aspiración potencial relacionada con alimentación por SNG.

Objetivos:

- No se producirán signos ni síntomas de aspiración.
- Si se producen, serán reconocidos con rapidez como problema real.

Actividades:

- Comprobar antes de la toma si existe distensión abdominal.
- Colocar cabecera levantada.
- Ritmo de infusión adecuado.
- Observar expansión simétrica del tórax.

Actividades de el/la AE:

- 1.- La tarea fundamental es la observación de cualquier signo o síntoma de aspiración, para trasladar a el/la ATS/DUE cualquier novedad que en este sentido se produjera.
- 2.- Colaborará con el/la ATS/DUE en todo lo que fuera necesario si realmente ocurriera una aspiración.

DIAGNOSTICO SEPTIMO: Deterioro potencial de la integridad cutánea.

Objetivos:

- Pefusión cutánea óptima.
- Piel templada, hidratada, intacta y de color natural.

Actividades:

- Cambios posturales c/-h.
- Mantener la posición anatómica correcta.
- Dar suaves masajes en las zonas de presión.
- Almodillar las prominencias óseas.
- Chequeo del colchón antiescaras c/-h.

Actividades de el/la AE:

- 1.- Realizará junto con el/la ATS/DUE los cambios posturales, procurando evitar que haya arrugas en las

sábanas que puedan dañar la piel del niño. También protegerán las prominencias óseas con almohadas para evitar que se produzcan úlceras.

2.- Cuidará de que el colchón antiescaras funcione correctamente.

3.- Observará cualquier deterioro que se pudiera producir en la piel del niño, para trasladar cualquier novedad, si la hubiera, al personal ATS/DUE.

DIAGNOSTICO OCTAVO: Ulceración potencial del ala de la nariz.

Objetivos:

- No se observará alteración en la integridad del ala de la nariz.

Actividades:

- Observar cambio de color, irritación, etc. en el ala de la nariz.
- Cambio de lugar de SNG cada 15 días.

Actividades de el/la AE:

- 1.- Colaborará con el/la ATS/DUE sujetando al niño en el cambio de la sng cada 15 días.

DIAGNOSTICO NOVENO: Ulceración potencial de la orofaringe relacionada con la sonda de Salem.

Objetivos:

- No se observarán alteraciones en la mucosa orofaríngea.

Actividades:

- Comprobar presión de aspirado c/-h.
- Movilización de la sonda de Salem coincidiendo con los cambios posturales.
- Lavado de la sonda c/-h.
- Cambio de sonda c/-h.

Actividades de el/la AE:

- 1.- Colaborará con el/la ATS/DUE en la movilización de la sonda de Salem coincidiendo con los cambios posturales, y siempre que se precise, para prevenir la formación de úlceras en la mucosa orofaríngea.
- 2.- Lavará dicha sonda cuando su estado lo requiera.
- 3.- Sustituirá la sonda de Salem por otra nueva cuando dicha sonda esté deteriorada.

DIAGNOSTICO DECIMO: Incontinencia fecal y urinaria refleja.

Objetivos:

- Zona perineal y genital limpia e hidratada.

Actividades:

- Cambio de pañal c/-h.
- Lavado perineal c/-h.

Actividades de el/la AE:

1.- Cambiará el pañal con frecuencia, previo lavado de la zona perineal. En cada cambio de pañal el/la AE anotará en la gráfica diaria:

- Si el niño ha orinado.
- Si el niño ha hecho alguna deposición, reflejando el aspecto y cantidad de las heces.

2.- Observará cualquier enrojecimiento o deterioro de la piel en la zona perineal y pondrá una crema protectora para evitar ulceraciones.

DIAGNOSTICO UNDECIMO: Temor, ansiedad, alteración parenteral, deterioro de la interacción social, déficit de actividades recreativas, trastorno de la imagen corporal, de la identidad personal y de la autoestima, síndrome del desuso.

Objetivos:

- El niño no fruncirá el ceño ni llorará en su relación con el personal.

Actividades:

- Tocarle al hablarle durante 15 minutos.
- Ponerle un espejo para que se vea 15 minutos c/turno.
- Tocar con sus manos parte de su cuerpo 15 minutos c/turno.
- Anticiparse a sus necesidades.
- No decir nada que no quisiera oír.

Actividades de el/la AE:

1.- En este apartado el/la AE tiene una labor fundamental, ya que mantiene un contacto muy directo con los niños. Además de las actividades expuestas en el plan de cuidados, el/la AE se encargará de:

- Encenderles televisión y video.
- Ponerles música.
- Colaborar con los fisioterapeutas.
- Colaborar con los padres, cuando lo soliciten, informándoles en lo que deseen saber acerca del cuidado de sus hijos y de como relacionarse con ellos.

ACTIVIDADES DE SOPORTE DE EL/LA AE EN LA UNIDAD DE INTERMEDIOS

Junto a todas las actividades descritas anteriormente, no podemos dejar de señalar otras funciones que el/la AE lleva a cabo en la UI y que le son propias por su categoría profesional. Entre estas actividades están:

- Limpiar monitores, respiradores y bombas de infusión.

- Procurar orden en mesas y puestos de los niños, facilitando así, que el espacio más próximo que rodea al niño sea agradable y acogedor.

- Reponer el material de la Unidad.
- Mantener orden en lencería, almacén, etc.
- Enviar el material para ser esterilizado y hacer los pedidos diarios al Servicio de Esterilización.

CONCLUSIONES

A.- La apertura de la Unidad de Intermedios de la UCI-P ha proporcionado a estos niños enfermos crónicos, dependientes de ventilación mecánica, el ambiente adecuado para su desarrollo psíquico, y para una mejor recuperación de su enfermedad.

B.- En la UI se proporcionan cuidados individualizados a cada niño. Se cuida al paciente como ser único e individual.

C.- Todo el personal de enfermería (ATS-DUE / AE) somos responsables de la evolución de los niños. Conocemos lo que se les hace y lo que debe hacerseles para poder prevenir problemas potenciales en cada uno de ellos.

D.- El/la AE debe tener muy desarrollada la capacidad de observación, a través de la cual, puede percibir pequeñas o grandes alteraciones que sufre el niño a lo largo de su vida hospitalaria, así como cualquier anomalía en el aparataje que existe en la Unidad.

E.- En la UI se facilita la comunicación interpersonal

ATS/AE ----- PACIENTE ----- FAMILIA

F.- Creemos que queda demostrada la responsable, importante y densa tarea que el/la AE realiza en la UI de la UCI-P con los niños crónicos dependientes de ventilación mecánica.

G.- Finalmente, queremos reseñar la alta cualificación de todo el personal AUXILIAR DE ENFERMERÍA que trabaja en la UI de la UCI-P de Hospital Regional Reina Sofía de Córdoba, ya que, como hemos expuesto las actividades que desempeña son de una gran responsabilidad, y sólo deben ser llevadas a cabo por personal debidamente preparado.

BIBLIOGRAFIA

- * RUZA, Francisco (1.981): *Cuidados Intensivos Pediátricos*. Ediciones Norma, S.A.
- * Revista de Enfermería *Rol*. Nº 122. Octubre 1988
- * Revista de Enfermería *Rol*. Nº 141. Mayo 1990
- * *Manual del Auxiliar de Enfermería*. Tomo II. (1993) Olalla Editores, S.L.

SONDAJES

Josefa M^a Pereila Rodríguez
Auxiliar de Enfermería

CONCEPTO

Introducción de un tubo flexible en el organismo con fines terapéuticos.

Hay cuatro clases diferentes de sondas, enumeradas a continuación:

- Sondaje Gastrointestinal.
- Sondaje Nasogástrico.
- Sondaje Vesical.
- Sondaje Rectal.

SONDAJE GASTROINTESTINAL

Se utiliza para el control de hemorragias de varices esofágicas.

Su nombre es sonda de Sengstaken-Blake-

more, consta de tres partes:

- Entrada, por la que se hace el aspirado gástrico.
- Globo o balón gástrico, se introducen 300 cc.
- Globo o balón esofágico, de 6 ó 7 cm.

Este método tiene tres inconvenientes:

- Puede aparecer Úlcera Gástrica.
- Por rotura puede aspirarse el contenido gástrico a los pulmones.
- Hay que desinflar el balón cada 8 a 12 horas para impedir erosión en el estómago y esófago.

SONDAJE NASOGASTRICO

Se utiliza para realizar lavados o aspiración por vía nasal en el tubo digestivo.

Objetivo:

- Drenar el contenido gástrico.

- Alimentación enteral.
- Administración de medicamentos.
- Lavado gástrico.

Equipo:

- Sonda de diferentes calibres.
- Lubrificantes
- Guantes.
- Gasas.
- Jeringas de 50 cc.
- Fonendoscopio.
- Esparadrapo hipoalérgico.
- Batez.
- Bolsa colectora o aspirador gástrico.

Procedimiento:

- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Preparar el equipo necesario.
- Colocar al paciente en decúbito supino, con un ángulo de 45°.
- Retirar prótesis dentaria.
- Revisar fosas nasales.
- Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Hacer una medición del trayecto a recorrer.

- Lubricar el extremo distal de la sonda.

- Introducir por un orificio nasal, suavemente y con un leve movimiento de rotación.

- Confirmar que se encuentra en la faringe y no enrollada en la boca.

- Indicar al paciente que trague, y seguimos introduciendo la sonda.

- Comprobar que la sonda está en el lugar deseado.

- Ver si aparece el reflujo gástrico.

- Colocar el fonendoscopio en el epigástrico e introducir 20 cc. de aire.

- Pinzar o conectar la sonda según la finalidad que tenga.

- Fijar la sonda a la nariz con esparadrapo.

- Recoger el material utilizado y proceder a la limpieza.

- Anotar los registros de enfermería.

- Mantener la permeabilidad de la sonda.

- Movilizar la sonda cada 24 h.

– Cambiar la sonda cada 8-10 días.

Para retirar la sonda:

- Colocar al paciente en posición de Fowler.
- Pinzar la sonda.
- Quitar la fijación, retirar rápidamente pero sin brusquedad.
- Anotar en el libro de incidencias, el día, hora de retirada y posibles incidencias.

SONDAJE VESICAL

Se utiliza en pacientes que no pueden orinar, en post-operatorios, en neurología y también para medir la orina.

Se introduce un catéter en la vejiga urinaria, a través de la uretra, para conseguir vaciarla.

Equipo:

- Sonda.
- Gasas.
- Guantes estériles.
- Pinzas.
- Paños estériles.
- Suero para inflar.
- Yodo.
- Cuña.
- Lubricante.
- Jeringa.
- Bolsa recolectora.
- Soporte.
- Esparadrapo.
- Solución antiséptica jabonosa.
- En algunos casos sutura.

Procedimiento:

- Informar al paciente de la técnica a realizar, respetando su intimidad.
- Preparar el equipo necesario.
- Colocar al paciente en decúbito supino, con piernas separadas y flexionadas en la mujer.
- Ponerse guantes desechables y lavar genitales.
- Aplicar yodo en el meato y zona circundante.
- Lavarse las manos y poner guantes estériles.
- Comprobar el funcionamiento del globo.
- Conectar la sonda a la bolsa recolectora.
- Lubricar el extremo distal de la sonda.
- Separar los labios o sostener el pene, con la mano para visualizar bien el meato.
- Introducir suavemente la sonda en el meato, sin forzar hasta que salga orina, avanzando unos cm. para asegurar el inflado del globo.
- Inflar el globo con suero fisiológico.
- Comprobamos que este se ha inflado tirando un poco.
- Pinzamos la sonda para evitar una descompresión brusca en la vejiga.
- Fijamos la sonda con esparadrapo hipoalérgico.
- Colocar la bolsa en su soporte.
- Recoger el material utilizado.
- Anotar en los registros de enfermería.

– Lavar diariamente la zona.

– Mantener siempre la bolsa por debajo del nivel de la vejiga.

– Cambiar la sonda cada 8-10 días, excepto las de silicona que se cambiarán cada 30 días.

Tipos de sonda:

- Sonda blanda: Foley, puede tener 2 ó 3 vías.
- Sonda semi-rígida: Puede ser recta o acodada, se utiliza para prostáticos.
- Sonda rígida: Nelaton, son las que más se utilizan.
- Sonda semi-prex: Se utilizan para prostáticos, de 30 a 40 días.

SONDAJE RECTAL

Se utiliza para la evacuación de flatulencias, heces líquidas, administración de medicación o enemas.

Equipo:

- Sonda rectal, de calibre adecuado.
- Guantes desechables.
- Gasas.
- Lubricante hidrosoluble.
- Pinzas.
- Cuña.
- Antiséptico.
- Bolsa recolectora.
- Esparadrapo hipoalérgico.

Procedimiento:

- Preparar el equipo necesario.
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Colocar al paciente en posición de Sims.
- Ponerse guantes desechables.
- Colocar la cuña
- Lubricar bien el extremo distal de la sonda.
- Separar bien la nalga para visualizar el ano.
- Introducir lentamente la sonda, aproximadamente unos 10 cm.
- Retirar la sonda ante cualquier resistencia.
- Fijarla si es preciso.
- Volver a colocar al paciente, de forma que la sonda realice su misión.
- Al tiempo conveniente retiramos la sonda.
- Lavar la zona anal, siempre que sea necesario.
- Recoger el material utilizado.
- Limpiarlo o eliminarlo.
- Anotar en los registros de enfermería.

BIBLIOGRAFIA

* OSEMAT, P. "Manual de la Auxiliar Sanitaria", 1.983.

* Enciclopedia "Ciencias de la Salud"

LA CITOLOGIA

UNA TECNICA DE DIAGNOSTICO



Zulema Blanzaco Acín
M^a Pilar Judez López
M^a del Carmen Marcellán Muruzabal
Hospital Clínico Universitario Zaragoza

La Constitución Española en su artículo 43, apartados 1 y 2, dice: “Se reconoce el derecho a la protección de la Salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

La aplicación de la Citología en los centros de Atención Primaria creemos que llena un gran hueco en la prevención de un amplio espectro de enfermedades, que no sólo afectan a la mujer, sino también al varón, ya sea porque permite un diagnóstico precoz de enfermedades o porque puede ayudar a diagnosticar correctamente un elevado número de ellas y en consecuencia se pueda conseguir la instauración de un tratamiento correcto en el menor tiempo posible.

CITOLOGIA GINECOLOGICA

Quizás la aplicación más llamativa, en cuanto a los resultados obtenidos, de la citología ginecológica, sea la de “El diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino”, ya que se ha conseguido la identificación de toda una serie de lesiones celulares precancerosas, que si son tratadas correctamente son curables

y no llegan a evolucionar hasta el cáncer.

Todas las enfermedades que afectan al aparato genital femenino no se refieren solo a los procesos cancerosos o precancerosos sino que se incluyen aquí distintos procesos que van desde las variaciones hormonales del ciclo normal de la mujer hasta las inflamaciones más agudas, pasando por parasitosis, micosis, lesiones celulares producidas por virus, agentes

químicos o físicos y un largo etc.

Esta técnica de diagnóstico es muy fácil de hacer, resulta muy económica y se puede efectuar de forma ambulatoria, con lo que podemos obtener unos excelentes resultados a corto y medio plazo aplicando este tipo de estudio a grandes masas de población.

Aplicando la citología ginecológica en los centros de planificación familiar vamos a obtener unas importantes ventajas ya que

valora el estado hormonal de la mujer y la existencia o no de procesos infecciosos cérvico-vaginales así como la presencia o ausencia de lesiones precancerosas o cánceres declarados.

El uso de determinados tipos de anticonceptivos obliga al control estricto de los mismos, ya que pueden producir una serie de alteraciones en el organismo de la mujer, potencialmente peligrosas y fácilmente detectables mediante citologías periódicas.

Está admitido internacionalmente que el cáncer de cuello uterino en estadio intraepitelial ("In situ") puede curarse en el 95% de los casos si se consigue diagnosticarlo en etapas precoces.

Para conseguir este porcentaje de curaciones es necesario establecer una sistemática de lucha contra el cáncer genital, como ya apunta Miguel de Arcos en su ponencia "Bases para una lucha contra el cáncer genital femenino", en el Simposio Nacional de 1972 (Zaragoza), que se basará en las campañas de prevención de este tipo de cáncer.

No obstante si bien, hoy en día, el cáncer de cuello uterino ha disminuido significativamente en su frecuencia, por el contrario se ha visto que ha habido un aumento en la frecuencia de aparición del Adenocarcinoma de Endometrio.

El aumento de las expectativas de vida media de la mujer y ser mayor el número de mujeres que llegan a edades avanzadas, dá tiempo al cáncer de endometrio para que aparezca, ya que este tipo de tumor aparece, con más facilidad en mujeres climatéricas o menopáusicas.

Por lo cual la citología, en la prevención de este tipo de cáncer, tiene una vital importancia ya que se puede obtener con facilidad, un buen material endometrial que nos permite realizar diagnósticos

correctos y prevenir la aparición de este proceso.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA GENERAL

Se entiende por citología exfoliativa aquella que estudia las células descamadas de los distintos órganos no ginecológicos, como son:

- El aparato respiratorio.
- El aparato digestivo.
- El aparato urinario.
- Y aquellas que se obtienen de los distintos líquidos que se producen en el interior del organismo humano en algunos procesos patológicos.

El material para estudiar el aparato respiratorio lo podemos obtener mediante la recogida de esputos o el uso del broncoscopio.

Esta técnica se utiliza con el fin de detectar la existencia de cáncer de pulmón, sobretodo en personas con profesiones consideradas de "alto riesgo", como son los mineros, trabajadores de industrias de productos derivados del amianto o aquellos que realizan sus labores en ambiente altamente contaminados.

La aplicación de la citología al estudio de la patología digestiva está encaminada, sobretodo, al control de la úlcera gastroduodenal, pues en un elevado porcentaje, estos procesos sufren una degeneración maligna que dan lugar a la aparición de un cáncer del aparato digestivo.

A nivel del aparato urinario, la recogida de muestras que provengan de éste es tan simple como la obtención del material para el análisis de orina, y solamente debremos centrifugar esta orina para obtener las células descamadas que podrán ser estudiadas "a posteriori".

Este estudio nos permitirá la elaboración de toda una serie de diagnósticos de enfermedades del aparato urinario que van desde la

visualización, y en algunos casos de la identificación, de distintos tipos de cristales en la orina, hasta el diagnóstico del cáncer.

Los líquidos provenientes de cualquier cavidad del organismo, serán tratados de idéntica manera, es decir, primero se procederá a la centrifugación de la muestra y posteriormente se pasará a la tinción y confección de los frotis citológicos que nos han de permitir elaborar los distintos diagnósticos correspondientes a las distintas enfermedades que produzcan estos derrames.

CONCLUSION

Como hemos visto las posibilidades de la Citología no acaban en el estudio de las citologías cérvico-vaginales, sino que la Citología Exfoliativa abre un mundo de posibilidades para de una forma económica, fácil y eficaz poder realizar estudios sobre grandes masas de población que ayuden al diagnóstico y control de un muy amplio espectro de enfermedades que pueden afectar a cualquier aparato del organismo humano y que gracias a esta técnica podemos diagnosticar con relativa facilidad y por lo tanto aplicar el tratamiento más adecuado en el menor tiempo posible con el consabido ahorro en tiempo y dinero que ello supone.

BIBLIOGRAFIA

- * ARCOS, M.
Bases para una lucha contra el Cáncer Genital Femenino.
Simposio Nacional.
Zaragoza, 1972
- * BOTELLA, J. y
CLAVERO, J.A.
Tratado de ginecología
Ed. Científico Médica, 1974
- * KOSS, L.
Diagnostic cytology
Ed. Lillincott, 1979

PATOLOGIA ÓSEA

M^{ra} del Carmen Rodríguez Ledo
Hospital de Avilés

RECUERDO ANTOMOFISIOLOGICO

TEJIDO ÓSEO

Es el que constituye los huesos. Consta de:

Células

- *Osteocitos*: Células óseas maduras.
- *Osteoblastos*: Células jóvenes que posteriormente se transformarán en osteocitos. Son formadoras de hueso.
- *Osteoclastos*: Son células encargadas de la destrucción ósea.

Matriz orgánica

Oseína u osteoide, sustancia proteica formada por los osteoblastos.

Matriz inorgánica

Son sales minerales que se depositan sobre la matriz orgánica y le confieren la dureza. Estas sales minerales, son principalmente fósforo y calcio.

VARIETADES DE TEJIDO ÓSEO

Tejido óseo esponjoso

Está formado por laminillas óseas dispuestas en trabéculas en forma de red, que dejan entre sí un sistema de pequeñas cavidades en las que se acumula la Médula Ósea. Se encuentra en los huesos cortos y planos, en la Metáfisis y epífisis de los huesos largos y en los cuerpos vertebrales.

Tejido óseo compacto

Formado por laminillas óseas dispuestas unas contra otras sin cavidades intermedias. Se encuentran en los huesos planos y en la diáfisis de los huesos largos.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CONTROL DE LA BIOLOGIA DEL HUESO

Estímulos

Mecánicos. Mantienen el aco-
plamiento.

Hormonas

Mantienen el equilibrio en la formación y reabsorción del Tejido Óseo. Intervienen:

- Hormonas paratiroideas.
- La glándula Hipofisaria.
- La hormona Tiroides.
- Hormonas Sexuales (estimulan y desarrollan el esqueleto).
- Corteza Suprarenal: Inhibe la osteogénesis.

Factores Humorales

De acción local (paracrina). Su intervención explica la distinta velocidad de remodelamiento en todas las regiones del esqueleto.

Estos factores proceden de los osteoblastos, de las células endoteliales e inmunocompetentes e incluso, son factores circulantes que se han depositado en la matriz ósea. Son quimiotractivos de los osteoblastos algunos fragmentos del colágeno, la osteocalcina y diversos factores de crecimiento. Tienen efectos mitogénicos sobre estas células la interleucina y también factores de crecimiento y el factor de necrosis tumoral.

TRASTORNOS DE REMODELAMIENTO OSEO

Trastornos Cuantitativos

- Osteoporosis.

Trastornos Cualitativos

- Raquitismo.
- Osteomalacia.

Consecuencia de los trastornos

- Alteraciones de la densidad Osea.
- Fracturas.
- Dolor.
- Deformaciones.

Diagnóstico

- RX.
- Datos bioquímicos.

- Inmovilización prolongada.
- Déficit de calcio en dieta.
- Exceso de Cortisol: Inhibe la función de los osteoblastos, exalta la osteolisis, porque el cortisol provoca hipocalcemia que estimula la PTH responsable de la lisis ósea.
- Osteoporosis involutiva: Incluye la posmenopausia y la senil de ambos sexos. El factor más importante en la génesis de la osteoporosis posmenopausica es el déficit de estrógenos, hormonas que actúan directamente sobre los osteoclastos y osteoblastos.
- Otros factores:
 - Tabaco.
 - Consumo excesivo de alcohol.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Generalmente se desarrolla sin provocar ninguna molestia.

DIAGNOSTICO

Rayos X

Hueso casi transparente.

Datos Bioquímicos

- *Calcémia y fosfatemia*: Puede estar aumentada la calcemia en osteolisis intensa.
- *Osteocalcina*: Elevado en suero (actividad osteoblastica intensa).

RAQUITISMO Y OSTEOMALACIA

Trastornos cualitativos. El raquitismo y la osteomalacia son, el primero una enfermedad infantil y el segundo del adulto.

RAQUITISMO

Concepto

Descalcificación y reblandecimiento de los huesos por deficiencia de vitamina D, calcio y fósforo. Aparece en la infancia.

Etiología

- Disminución de la concentración plasmática de calcio y fósforo debido al déficit del metabolito activo de vitamina D, que es estimulante de la absorción intestinal de calcio y fósforo. El déficit de este metabolito 1-25 OH₂ D puede deberse a carencia de vitamina D o incapacidad para generarlo.
- Hipofosfatemia sin hipocalcemia: Falla la reabsorción de fósforo en el túbulo proximal de las nefronas.
- Fallo de la acción inductora de la mineralización ejercida por el metabolito activo de la vitamina D 1-25 OH₂.
- Aciclosis: La utilización de los tampones oseos para neutralizar hidrogeniones desmineraliza los huesos.

	CALCEMIA	FOSFATEMIA	FOSFATASAS ALCALINAS	OSTEOCALLINA
OSTEOPOROSIS	PUEDE SER ↑Φ			PUEDE SER ↑
OSTEOMALACIA	↓	↓	↑	
RAQUITISMO	↓	↓	↑	
Φ = NORMAL				

OSTEOPOROSIS

CONCEPTO

Es la disminución del espesamiento de los huesos por una calcificación insuficiente debida a la función defectuosa de los osteoblastos (la osteolisis aumenta y la osteogénesis disminuye). Fragilidad similar al cristal. Alteración cuantitativa.

ETIOLOGIA

- Defecto hereditario de la síntesis del Colágeno (responsable de la osteoporosis de la osteogénesis imperfecta).
- Hipertiroidismo (exceso de hormonas Tiroideas, estimulan la osteolisis y osteogénesis).

- Se caracteriza por dolores óseos (aumentan con esfuerzos, tos, marcha...):
 - Columna lumbar.
 - Costillas.
 - Pelvis.
 - Hombros o cuello.
 - Extremidades (más raro).
- Se producen deformaciones de columna por aplastamiento lumbar sobre todo en las vértebras lumbares que produce disminución de la talla.
- Propensión a las fracturas por traumatismo mínimos sobre todo a nivel de cuello de fémur. Un golpe de tos puede provocar una fractura costal.
- La senil es más cortical y las afectadas son sobre todo los huesos de las extremidades.

- Alteraciones intestinales que impiden la asimilación de sales de fósforo y calcio.
- Exceso de eliminación de fósforo y calcio por riñón.
- Desequilibrio alimenticio (no por falta de alimento ni su riqueza).

Tipos

- **Raquitismo agudo:** Escorbuto infantil (falta de Ac. ascorbico en la dieta).
- **Raquitismo celiaco:** Retrasos del crecimiento y aparición de deformidades óseas. Consecuencia de mala absorción de grasas y calcio.
- **Raquitismo del adulto:** Osteomalacia.
- **Raquitismo Hipofosfatémico:** Enfermedad familiar rara. Alteraciones de la reabsorción de fosfato en los riñones y una absorción deficiente de Ca⁺ en el Intestino delgado provocan osteomalacia, retraso del crecimiento, deformidades y dolor.
- **Raquitismo Renal:** Cambio raquíptico en el esqueleto provocado por una nefritis crónica.
- **Raquitismo Resistente a la vit. D:** Defecto congénito de la reabsorción tubular renal de fosfato y por lo general afecta al varón.

Síntomas y Signos

- Afecta primero en cabeza, luego en tórax, en el raquis y en las extremidades.
- Primer síntoma típico: Adelgazamiento óseo acompañado de un alargamiento anormal de la gran fontanela.
 - Segundo síntoma: Tórax que puede estar deformado en "embudo" con un rosario costal visible (nudosidades óseas).
 - La columna vertebral que a nivel dorsal aumenta su curvatura (cifosis) y/o se incurva hacia un lado (escoliosis).
 - Por encima de muñecas y

tobillos aparecen como unos brazaletes.

- Vientre: Blando, voluminoso.
- Músculos: Blandos.
- De pie, las piernas tienden a deformarse en "X" las rodillas y las puntas de los pies se tocan mientras que los talones se mantienen alejados entre si.
- Abundante sudoración.
- Retrasos de la dentición.
- Retrasos del crecimiento.
- En el lactante aparece: Irritabilidad, llanto fácil y escaso apetito.

Diagnóstico

- RX.
- Datos químicos:
 - Calcémia y fosfatémia: Déficit del Metabolito de fosfatémia constantemente baja. Calcémia moderada o normal.
 - Fosfatasas alcalinas: Están aumentadas (hiperparatiroidismo secundario, estimulan la osteolisis y secundariamente la osteogénesis).

OSTEOMALACIA

Concepto

Proceso anormal del hueso laminar, caracterizado por pérdida de calcificación de la matriz que da lugar a un reblandecimiento del hueso.

Etiología

- Causas comunes al raquitismo:
- Dieta pobre en vit. D, calcio y fósforo.
 - Falta de exposición a la luz solar.
 - Alteraciones intestinales que impiden la asimilación de sales de fósforo y calcio.
 - Exceso de eliminación de fósforo y calcio por el riñón.

- Trastorno metabólico que produce malabsorción.

Signos y síntomas

- Debilidad: Flexibilidad anormal de los huesos (son más blandos).
- Deformaciones: Pelvis, esternón, columna vertebral.
- Dolor.
- Anorexia y pérdida de peso.

Diagnóstico

- RX.
- Datos Bioquímicos:
 - Calcémia y fosfatémia: Constantemente baja. La disminución de calcémia es moderada o normal.
 - Fosfatasas alcalinas: Están aumentadas.

BIBLIOGRAFIA

- * De Castro del Pozo, S. *Manual de Patología General*. 5ª Edición. Ed: Masson.
- * "La Medicina y la Salud. *Encicl. para la familia*". Volumen IV. págs: 1032, 1033. Ed: Rioduero - Miñón.
- * "Enf. del hueso: Osteoporosis - Osteomalacia. *Texto Básico de Anatomía y Fisiología para enfermería*". Ed: Doyma.
- * "La Medicina y la Salud. *Encicl. para la familia*". Volumen V. págs: 1552 - 1553. Ed: Rioduero - Miñón.
- * "Encicl. de Medicina y Enfermería MOSBY". Ed: Océano.
- * "Aux. de Enfermería. *Tecnología II. Patología y Socorrismo*". pág: 22. Ed: Editéx.
- * "Tecnología Sanitaria 2-2 F.P.I.". Ed: Everés.

PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

Petra Aspano Domínguez
Auxiliar de Enfermería

En la actualidad, se utiliza el término “presión” en lugar de “decúbito”, ya que este último se refiere solamente a enfermos encamados. El término “presión” es mucho más exacto y engloba más causas de aparición de úlceras, que las provocadas por el decúbito.

Es fundamental disponer de procedimientos para la identificación y valoración de los pacientes de alto riesgo, realizar las medidas preventivas correspondientes y planificar los cuidados de enfermería según las necesidades del paciente y grado o fase de la úlcera. De esta forma, se lleva a cabo el mismo tratamiento y los mismos cuidados a lo largo de todos los turnos de trabajo. Lo más importante, tanto en la prevención como en el tratamiento es la continuidad en los cuidados de enfermería.

La incidencia de úlceras por presión es un indicador estrechamente relacionado con la calidad global de los cuidados que se prestan a los pacientes.

DEFINICIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN

Es una lesión de origen isquémico producida a consecuencia del aplastamiento tisular, debido a la presión prolongada por rozamiento o, fricción del mismo entre dos planos duros.

Patogenia

Los mecanismos que alteran la integridad de la piel son:

– *Presión*: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, independiente de la posición que el enfermo adopte en la cama.

Una presión superior a 25 mm. de Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.

– *Fricción*: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimiento o arrastres en pacientes encamados.

– *Fuerza externa de pinzamiento vascular*: Esta combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Factores que afectan al estado general:

– *Edad*: A más edad, se observa mayor tendencia a desarrollar úlceras.

– *Estado Nutricional*: Tanto sea por defecto o por exceso. En pacientes obesos o caquécticos, se ha observado un aumento muy significativo de la tendencia a desarrollar úlceras.

– *Administración de ciertos fármacos*: Como los corticoides, citostáticos, etc.

– *Nivel de consciencia o sensibilidad disminuidos*: Impiden respuesta al dolor e impiden los movimientos.

– *Enfermedades generales*: Del tipo de la diabetes, procesos oncológicos, dificultades respiratorias.

– *Movilidad*: Valorar el grado de movilidad.

Factores favorecedores por el estado local de la piel:

– *Humedad de la piel*: Incontinencia, sudor, etc...



Úlcera venosa con una antigüedad de 2 años en la pierna de una mujer de 83 años.

– *Mal estado previo de la piel:* Por deshidratación, edemas, lesiones dérmicas, etc...

– *Duración de intervenciones quirúrgicas:* Duraciones superiores a tres horas, pueden originar úlceras por presión.

– *Inmovilizaciones post-operatorias.*

Factores del entorno

– Ausencia o defecto de los cambios posturales.

– Cama húmeda y con arrugas.

– Rozamientos de la piel

– Arrastres y contactos.

– Defectos de la higiene: favorecedores de la maceración (en pliegues mamarios e inguinales)

– Mal uso del material complementario.

DEFECTOS ASOCIADOS POR CAUSA DE LA HOSPITALIZACIÓN

– Pérdida de la sensación dolorosa provocada por la isquemia.

– Alteraciones en la circulación que provocan mala irrigación de los tejidos.

– Alteraciones respiratorias que disminuyen la oxigenación de los tejidos.

– Alteraciones endocrinas como la diabetes que acelera el proceso de necrosis.

LOCALIZACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

En la valoración del riesgo es importante tener en cuenta cuales son las zonas más frecuentes que pueden ulcerarse para poder prevenir su aparición.

Las úlceras por presión, normalmente, se producen en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias o rebordes óseos.

Los puntos más susceptibles de aparición de úlceras por orden de frecuencia son:

– Sacro

– Talones/Dedos

– Maleolo/Talón

– Trocanter

– Occipucio

– Omóplatos

– Codos

– Cresta Iliaca

– Nalgas

– Apofisis espinosas

– Cara interna de rodilla

ESTADIOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Según la afectación de la piel, las úlceras por presión se clasifican en los siguientes estadios:

ESTADIO I: Enrojecimiento de la piel que no cede al desaparecer la presión.

ESTADIO II: Piel agrietada o con vesículas, lesión dérmica entre superficial y profunda.

ESTADIO III: Pérdida de solución de continuidad en la piel.

ESTADIO VI: Úlcera extensa con penetración hasta músculo, hueso y tejido necrótico con exudado abundante.

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Objetivos:

– Identificar a los pacientes con factores de riesgo susceptibles de desarrollar úlceras por presión.

– Mantener la integridad de la piel.

– Iniciar el plan de educación sanitaria con el paciente y/o cuidador dirigido al autocuidado.

– Garantizar la puesta en marcha de los cuidados adecuados en el usuario y el personal que lo cuida.

Material:

– Ropa de cama

– Almohada

– Cojines

– Material de aseo

– Crema hidratante

– Guantes

– Protectores de talones y codos, en su defecto calcetines de algodón.

– Apósitos hidrocloroides.

Actividades:

– Vigilancia de los puntos de apoyo susceptibles de ulceración.

– Valoración inicial del paciente según escala de a utilizar, para identificar pacientes de riesgo.

– Disminución de la presión ejercida sobre la piel en prominencias óseas, mediante:

- Cambios posturales cada dos horas.
- Aplicar crema hidratante siempre que no exista enrojecimiento.
- Proteger prominencias óseas.

– Mantener nutrición adecuada:

- Alimentación equilibrada asegurando un buen aporte proteico.
- Hidratación suficiente.

– Higiene diaria con jabón neutro. Masaje corporal

– Mantener la piel seca, limpia e hidratada.

– Ropa de cama limpia y seca, sin arrugas.

– Precauciones:

- Evitar rodetes y flotadores (excepto en pacientes caquéticos, cuidando siempre que en el caso de utilizarlos, nunca deberán estar en contacto directo con la piel).
- Evitar prendas que compriman.
- En caso de que el paciente se siente en una silla, colocarlo en la posición correcta, sujetándolo bien para evitar deslizamientos.

EDUCACION SANITARIA AL PACIENTE Y/O CUIDADOR SOBRE PLAN DE CUIDADOS

– Explicar la importancia de la colaboración del paciente y/o cuidador.

– Animar al paciente a mantenerse activo enseñándole ejercicios de movilización.

– Enseñar a la familia a realizar ejercicios de movilización pasiva.

EL MECANISMO DE ACCION MAS EFICAZ



1.- La capa externa actúa a modo de barrera al oxígeno, líquidos y bacterias⁽¹⁾ y aísla la lesión de orina y heces.
2.- La interacción con la piel perilesional establece una unión húmeda, que proporciona mayor adhesividad al apósito.
3.- Los hidrocoloides absorben el exudado formando un gel húmedo.
4.- El aislamiento térmico proporcionado por el apósito mantiene la lesión a la temperatura corporal.
5.- El medio ligeramente ácido bajo los apósitos Varihesive estimula la acción de los enzimas desbridantes del organismo⁽²⁾.
6.- La capacidad fagocítica de los polimorfonucleares permanece indemne⁽³⁾.

7.- El medio ácido e hipóxico⁽⁴⁾ bajo los apósitos Varihesive Gel Control estimula la neoangiogénesis, facilitando el desarrollo del tejido de granulación⁽⁵⁾.
8.- El medio húmedo facilita la migración de células epidérmicas⁽⁶⁾.
9.- La humectación de las terminaciones nerviosas conlleva el alivio del dolor.
10.- Ausencia de daño de la piel perilesional en los cambios de apósito⁽⁷⁾.
11.- Ausencia de lesión tisular en los cambios de apósito.
12.- La resolución y prevención de los depósitos de fibrina bajo los apósitos Varihesive, hecho demostrado y publicado, lo diferencia de otros apósitos.

– Explicar la importancia de la higiene diaria e hidratación.

– Información sobre la dieta equilibrada y proteica adaptada a cada individuo.

– Enseñar a realizar cambios posturales.

– Investigar sentimientos y actitudes hacia el miembro de la familia incapacitado (aceptación, rechazo,...).

– Facilitar la adaptación del individuo a su domicilio y comunidad (aumentar su confianza y su autoestima).

– Supervisar el cumplimiento del plan de cuidados según factores de riesgo y apoyo familiar.

CAMBIOS POSTURALES

Para eliminar la compresión de los puntos de apoyo es imprescindible realizar cambios posturales cada dos horas (sin respetar las horas de sueño), de manera cíclica.

En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los pacientes encamados.

Decúbito supino:

– Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza.
- Una debajo de la cintura.
- Una debajo de los muslos.
- Una debajo de las piernas.
- Una apoyando la planta del pie.
- Dos debajo de los brazos (opcional).

– Deben quedar libres de presión: Talones, gluteos y zonas sacro-coxígea, escápulas y codos.

– Precauciones:

- Las piernas deben quedar ligeramente separadas.
- Los pies deben conservar una posición.

Decúbito prono:

– Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza.
- Una debajo del abdomen.
- Una debajo de los muslos.

- Una debajo de las piernas.
- Dos debajo de los brazos (opcional)
- Deben quedar libres de presión: Cresta iliaca, rodillas, primer dedo de pies.
- Precauciones:
 - El tórax debe quedar libre para respirar con comodidad. Esta postura se utilizará preferentemente en la prevención y tratamiento de úlceras sacro-coxígeas y trocántereas.
 - Esta postura está contraindicada en pacientes con lesiones torácicas, cardíacas, y en intubados.

Decúbito lateral:

- La almohadas se colocarán:
 - Una debajo de la cabeza.
 - Una apoyando la espalda.
 - Dos entre las piernas.
- Precauciones:
 - La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45°-60°.
 - Las piernas quedarán en ligera flexión.
 - Los pies formando ángulo recto con la pierna.
 - Si la cabecera de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°
 - En pacientes que pueden levantarse a sillón o realizar algún movimiento en la cama se deberá ayudar y animar a realizar movimientos activos, colocar soportes y asideros necesarios que faciliten su movilización.
 - Es importante que estén sentados correctamente.

PROTOCOLO DE CURACION DE LAS ULCERAS POR PRESION

Objetivos:

- Conseguir que la piel del paciente tenga el estado de integridad óptimo.
- Reducir o eliminar los factores que contribuyen al desarrollo o extensión de la úlcera por presión.
- Identificar el estadio en que se encuentra la úlcera.
- Promover la cicatrización y prevenir la extensión de las úlceras.

Material:

Ropa de cama, material de aseo, crema hidratante, almohada y cojines, guantes de un sólo uso, guantes estériles, set de curas, paños estériles, apósitos convencionales.

Actividades:

- Valoración de las úlceras determinando el estadio en que se encuentran.
- Los cuidados de las úlceras por presión dependen del estado general del paciente y fundamentalmente del grado o estadio de la misma.
- Corregir la incontinencia mediante reeducación vesical, colectores de orina, pañales, etc.
- Actuar sobre la dieta del paciente para corregir las deficiencias si las hubiera.

Las úlceras por presión se tratan como heridas infectadas:

- Lavado de la úlcera con suero fisiológico, bien a chorro o mediante gasas empapadas en dicha solución.

- Si existen tejidos muertos o necrosados, se deben cortar para que toda la superficie de la herida esté en contacto con el aire. Esto favorece la cicatrización.

- Aplicación de un antiséptico. Si la herida es pequeña bastará con aplicar mercurocromo que, además de desinfectar, favorece la aparición de costra.

- En úlceras grandes, además de las medidas mencionadas, pueden aplicarse cremas a base de colágeno que estimulan la regeneración celular.

- Cubrir la herida con apósitos estériles.

- Evitar presiones sobre la zona ulcerada.

BIBLIOGRAFIA

* KING, E. M. / DYER, L..
"Técnicas de Enfermería".
Ed. Interamericana.
Pág. 414, 419

* COLINA, J.
"Atención de Enfermería a pacientes con úlcera por presión".
Revista Rol nº 113.
Págs: 41-52.

* MARTÍN, C.
ARGÜELLO, T. / BARRIO, R.
"Relación entre el estado nutricional del paciente y úlceras por presión".
Rev. Enfermería Científica.
nº 110 Mayo 1991.
Págs. 14-17.

* GÓMEZ ERICE, T.
"Úlceras por presión Calidad de Cuidados de Enfermería".
Málaga. Año 1991.

* "Úlceras por decúbito Nursing 90 (10)".
pags. 38-39.

OXIGENOTERAPIA

(RESUMEN DE LA LABOR
OXIGENOTERAPICA)

Juan Gabriel Pons Moyano
Hospital General de Mallorca

El oxígeno es de vital importancia para el ser humano. Todo el organismo necesita de su presencia, aunque existen algunas células que son más vulnerables que otras, como por ejemplo: las células nerviosas (unos minutos pueden provocar irreversibles daños a nivel cerebral, que incluso pueden llegar a la muerte).

El nivel de utilización de oxígeno por parte de nuestro organismo viene determinado por múltiples factores, tales como: la altitud, patologías pulmonares, lesiones cerebrales, sustancias farmacológicas, hipertensión, acidosis diabética. Todos estos supuestos y otros muchos más pueden conllevar variaciones en el equilibrio acidobásico de la sangre, afectando al intercambio gaseoso. La oxigenoterapia es la administración de oxígeno por inhalación en casos de cianosis, disnea, etc.

FISIOLOGIA

Supone el transporte de oxígeno desde la atmósfera hasta las células pulmonares y la eliminación del CO₂, esto se realiza en varias etapas:

Ventilación pulmonar

Proceso por el cual el aire se mueve hacia el interior y el exterior para conservar la concentración apropiada. El proceso mecánico consta de:

- *Inspiración:* Entrada de aire hacia los pulmones. Se da por:
 - Contracción del diafragma.
 - Elevación de los músculos intercostales.
 - Aumento del diámetro anteroposterior del tórax.
 - Acción de los músculos esternomastoideos.
- *Espiración:* Proceso pasivo, provocado por invertirse el "gradiente de presión" que produce la

inspiración. Conlleva relajación muscular.

Difusión del O₂ y CO₂ (intercambio de gases)

Se lleva a cabo en los pulmones, entre el aire de los alveolos y la sangre venosa de los capilares. Se debe tener en cuenta que la difusión de los gases está en función de una diferencia de presiones parciales de oxígeno y anhídrido carbónico.

Transporte de gases en sangre

Al entrar, los gases, en el torrente sanguíneo se disuelven en el plasma, dando lugar a uniones químicas. Con aproximación el 97% del oxígeno se une a la Hemoglobina formando la oxihemoglobina. El 3% restante se transporta disuelto en el plasma:

- En Iones como solutos.
- Iones (5%)
- Combinado con el radical del NH₂ de Hb formando "Carboxihe-

moglobina". Cuando el oxígeno pasa a la sangre se realiza el intercambio en los tejidos.

El intercambio del anhídrido carbónico se realiza de idéntica forma, pero en sentido opuesto.

Regulación de la ventilación

Esta se lleva a cabo por estímulos químicos. La ventilación se ve afectada por la variación en las concentraciones sanguíneas de CO₂ y O₂ e iones positivos.

El centro de la respiración se encuentra en la protuberancia cerebral, controla las neuronas del bulbo raquídeo. Este se activa al aumentar la presión parcial de anhídrido carbónico y bajar la presión de oxígeno en sangre arterial.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Suele incluir un examen físico total con atención particular a los pulmones, distintos procedimientos radiológicos y pruebas de laborato-

rio. En ocasiones se practican gammagratias tras inhalar o inyectar isótopos radiactivos. Otros métodos son la toracocentesis, etc.

– *Examen físico:* se revisa el tórax en busca de cicatrices y distintas anormalidades del tórax (en condiciones normales éste es más pequeño en sentido anteroposterior que lateral). Se fijará en los movimientos respiratorios, así como en los sonidos de la misma.

– *Radiografías:* Las radiografías, tomografías, radioscopia, broncografía y broncoscopia son los métodos más utilizados. En la radioscopia es posible ver los movimientos del tórax. En el caso de broncografía se instala aceite yodado en el árbol bronquial, como contraste, para que en una radiografía de tórax puedan verse las estructuras pulmonares.

La broncoscopia consiste en el examen del árbol bronquial con un instrumento luminoso. Se administra un anestésico local y previamente se seda al paciente. El enfermo permanecerá 6 horas en ayunas.

– *Toracocentesis:* Aspiración de líquido de la cavidad pleural (sólo hay el suficiente para lubricar la pleura, en condiciones normales). El líquido pleural es seroso. La cavidad pleural en condiciones normales no tiene ni líquido ni aire, exceptuando los pocos milímetros de líquido anteriormente mencionado. La presión en la cavidad pleural es negativa (-4 mm. de mercurio), lo que impide el colapso de los pulmones.

La Toracocentesis puede ser:

- Diagnóstica.
- Terapéutica.

Es diagnóstica cuando se obtiene una muestra de líquido pleural a fin de reconocer un microorganismo infectado o la existencia de células anormales. Será terapéutica cuando se practique para eliminar líquido que comprima los

órganos torácicos o aire que impida la respiración.

OBJETIVOS DE LA ACCION DE ENFERMERIA

En cuanto a la actuación del equipo de enfermería en la administración de cuidados a los pacientes que necesiten de la utilización de la oxigenoterapia incluye:

- Conservar la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Aumentar la eficacia ventiladora.
- Asegurar que el paciente tenga un suministro adecuado de oxígeno.
- Disminuir las demandas corporales de oxígeno.
- Reducir al mínimo la ansiedad o angustia del paciente.

Conservar la permeabilidad de las vías respiratorias

Este hecho es esencial para la respiración adecuada. La aspiración, posición y tos son medidas adecuadas para su conservación en permeabilidad. La posición del cuerpo incluye en la permeabilidad de las vías respiratorias.

En enfermos inconscientes deben colocarse en posición de Sims.

La tos es una forma, un medio importantísimo por el cual los seres humanos eliminan de las vías respiratorias secreciones. En enfermos con dolor al toser, puede aliviarse si el enfermero/a apoya el área dolorosa en el momento de toser.

– *Vías aéreas artificiales:* Son insertadas en la garganta para conservar la lengua hacia delante y permeables las zonas o vías respiratorias. Estas suelen ser de plástico: las hay largas o cortas.

– *Aspiración de la garganta:* El oxígeno llega a las vías respiratorias (boca, nariz, faringe, laringe, bronquios, bronquiolos hasta los alveolos pulmonares). Es primordial que las vías respiratorias sean totalmente permeables.

El motivo de la aspiración de la zona de la garganta es ayudar al enfermo a que despeje sus vías respiratorias, produciéndose la eliminación de sus secreciones y materiales extraños de nariz, boca y laringe. El equipo consta de: un aspirador, un recipiente para agua y una sonda limpia. Se conecta la sonda al aparato de aspiración, se lubrica con agua para comprobar toda su permeabilidad. El enfermo es colocado con la cabeza hacia un lado, dando la frente al enfermero.

Medidas para aumentar la eficacia ventiladora

Uno de los principales factores que dificultan la ventilación son la obstrucción de las vías respiratorias y la expansión inadecuada del tórax.

Las técnicas que favorecen la expansión óptima del tórax aportan la posición del enfermo y el alivio del dolor relacionados con la respiración. Es fundamental la estimulación de la respiración profunda a intervalos frecuentes. El ejercicio ayuda a mejorar la función ventiladora.

– *Drenaje postural:* Facilita el drenaje de las vías respiratorias a fin de ayudar a la ventilación máxima. La posición del enfermo depende de las zonas a drenar. Existen hoy en día distintas camas para drenar, si no se dispone de ellas, una solución es colocar al enfermo en pronación. El drenaje postural se lleva a cabo para eliminar expectoración de los pulmones y obtener muestras de esputos.

– *Ventilación mecánica de los pulmones:* Cuando el aparato respiratorio no funciona es necesario utilizar un aporte mecánico. Según el grado de afectación se puede usar:

- Ventilación ayudada: Se refiere a un flujo de aire producido por medio de los esfuerzos inspiratorios.

– Ventilación controlada: El flujo de aire se proporciona según un ciclo preestablecido que depende de la respiración del enfermo.

Esencialmente los mecanismos de los respiradores pueden dividirse en dos grupos:

- Operan con el principio de la presión negativa.
- Operan utilizando principios de presión positiva.

Medidas para lograr el ingreso adecuado de oxígeno

Constan de la provisión de aire fresco al paciente. El habitat del enfermo debe permanecer bien ventilado en todo momento; suelen ser enormemente sensibles a factores como la humedad y a subidas-bajadas de la temperatura.

En la mayoría de casos el oxígeno atmosférico debe complementarse con medidas para su inhalación:

- Tiendas de oxígeno.
- Mascarillas.
- Canulas.
- Sondas.

Inhaloterapia

– *Terapia con humedad:* Antiguamente se utilizaban inhalaciones de vapor. El propósito es humedecer la mucosa de las vías respiratorias, disminuir la irritación, diluir las secreciones viscosas, y soltar las costras formadas en los procesos infecciosos. Las inhalaciones pueden ser la vía de administración de fármacos (el vapor de agua pasa por la sustancia medicamentosa, tomando las moléculas).

Ambientes ricos en humedad pueden lograrse con tiendas de oxígeno, campanas de plástico especiales y en habitaciones completas; el método más común es un humidificador, este puede ser caliente o frío.

Terapéutica de inhalaciones de oxígeno

En algunos casos es necesario proporcionar concentraciones más elevadas que les aporta el aire. Puede ser:

- Tanques.
- Llaves de pared.

Suelen estar regulados por 2 manómetros: uno indica la presión y el otro el volumen por litros por minuto.

Temores y precauciones en el uso del equipo de oxígeno

La administración de oxígeno suele ser, al principio, una experiencia causante de inquietud. Para un gran número de pacientes indica afección grave. Otros enfermos creen que se ahogarán al utilizar el equipo de inhalación, mientras que los que utilizan las “tiendas de oxígeno” temen estar aislados de los demás.

Debe prohibirse el uso de cigarrillos, perfumes a base de concentraciones elevadas de alcohol.

Principios de la administración de oxígeno

El oxígeno es un gas incoloro, insípido e inodoro, esencial para la vida. Debemos utilizarlo, por este hecho, con la ayuda de manómetros que indican su utilización.

El nivel de oxígeno en “tienda” puede ser valorado con un analizador.

El oxígeno seca o irrita las mucosas, debe fomentarse una correcta higiene bucal y fomentar la ingesta de líquidos.

Métodos para la administración de oxígeno

Existen cuatro métodos básicos:
– *Tienda de oxígeno:* En alguna época fue el método más común. En este momento es poco utiliza-

do, excepto cuando se requiere un ambiente muy húmedo además de métodos suplementarios. La concentración de oxígeno en la tienda suele ser del 50-60% y la temperatura de 20-21° C.

– *Sonda Nasal:* Estas son de plástico y desechables. Como el oxígeno seca e irrita las mucosas, se pasa a través de agua bidestilada antes de administrarlo por la sonda. La ventaja de las sondas nasales consiste en el autonomismo que proporciona en el paciente; con este método se puede llegar hasta una concentración del 50%, el flujo mínimo es de 6-7 litros menos en enfermos aquejados de enfisema. Las sondas se lubrican y se introducen hasta una distancia igual a la que hay de la nariz al lóbulo de la oreja. Estas deben cambiarse cada 8 horas.

– *Máscara facial:* Son de plástico y recubren boca y nariz. Existen de presión positiva que se usan cuando se administra oxígeno a presión y la aplican sólo en la aspiración. Aseguran una concentración de oxígeno de hasta el 95%.

– *Cánulas nasales:* Constituyen una forma muy cómoda de administración de oxígeno. Suelen ser de plástico flexible. Siempre se trata de oxígeno humidificado y las cánulas se cambian con frecuencia periódica proporcionando aseo nasal.

Inhalación de dióxido de carbono

Se utiliza para aumentar la frecuencia de las respiraciones. También es utilizado para combatir el hipo. Se suele presentar en cilindros combinados con oxígeno, esto se llama “carbogeno”. En muchos centros hospitalarios se suministra por medio de una reinhalación de Adler, suele administrarse a intervalos de 10-15 minutos varias veces al día.

– *Terapia con Aerosol*: Es un método por el cual se lleva un fármaco no volátil a las vías respiratorias, se pasa una corriente de oxígeno sobre una solución del medicamento. El mayor número de estos tratamientos se lleva a cabo con una presión positiva, aunque en casa se puede llevar a cabo a través de un pulverizador manual. El flujo suele ser de 6-8 litros por minuto, el tratamiento suele durar de 15-20 minutos.

Urgencias y Oxigenoterapia.

– *Ahogamiento*: el producido por alimentos se reconoce con total facilidad. La víctima no puede hablar ni respirar, se torna de un color cianótico, se suele apretar la garganta y finalmente se produce el colapso. Si no se remedia puede producirse el óbito en un intervalo de 4-5 minutos.

Una forma de remediar este tipo de accidentes es a través de la maniobra de Heimlich (colocarse detrás de la víctima colocando ambos brazos alrededor de su cintura. Empuñar una mano y ponerla contra el abdomen de la víctima. Justo arriba del ombligo y abajo de la caja torácica. Colocar la otra mano sobre la primera y oprimir bruscamente el abdomen hacia arriba).

– *Respiración Artificial*: Los más usados en caso de insuficiencia respiratoria son:

- Bucal: más eficaz en primeros auxilios.
- Revisado de Sylvester.
- Autoinflamación con bolsa y mascarilla: Consiste en una mascarilla, un sistema de válvulas, bolsa autoinflable y con un tubo conector para oxígeno. Estas mascarillas están diseñadas para formar un sello hermético

alrededor de la bolsa y nariz del paciente. Al apretarse y soltarse la bolsa se reinfla con rapidez. Las válvulas de salida expulsan el aire aspirado, de modo que no pasa a la bolsa. El equipo puede utilizarse con oxígeno complementario o sin él.

– *Reanimación cardiopulmonar*: Los métodos enumerados se utilizan cuando el enfermo ha dejado casi de respirar pero cuando el corazón no late se utiliza otra técnica denominada "Reanimación Cardiopulmonar" (RCP)

– Vías respiratorias: Si atendemos a una persona que esté en colapso es necesario observar y detectar su grado de consciencia. Sacudir, con suavidad en la zona de los hombros y preguntarle "si se siente bien". Lo primero que debemos hacer es abrir las vías respiratorias. Colocar sobre su espalda. Levantar el cuello suavemente con una mano en tanto se lleva la frente hacia abajo con la otra, para doblar el cuello hacia atrás. Una vez hecho esto comprobar si el paciente respira.

1º Respiración: la más eficaz es la técnica del boca a boca. Se coloca la mano en la frente de la víctima y con el pulgar y el índice se cierra la nariz. Tomar respiración profunda abrir la boca ampliamente y colocarla con firmeza sobre la de la víctima. No debe perderse aire.

2º Circulación: Comprobar el pulso del accidentado. Se debe tomar en la carótida. En caso de no existir pulso se procederá con circulación artificial. Esta se

logra con la compresión cardiaca externa (mitad inferior del esternón).

Técnica: nos colocamos de rodillas, a un lado del enfermo, próximos a su tórax. Encontrar, localizar escotadura en porción inferior del esternón. Se coloca el talón de una mano 3-5 cm. por encima de ella. La otra se pone sobre la interior. Se debe tener cuidado para no lesionar las costillas del enfermo. Se deprime el esternón unos 3-5 cm. Se suelta la presión sin quitar las manos. Si en esos momentos nos encontramos solos es preciso que se alternen la respiración y las compresiones cardiacas. En este caso es preciso hacerlas de la siguiente forma: cada 15 compresiones 2 respiraciones rápidas (una compresión de 80x'). La técnica de compresión cardiaca es distinta en niños. En este caso se utilizan las puntas de los dedos para su realización.

BIBLIOGRAFIA

* DUGAS, B. W.
"Tratado de Enfermería"
Editorial: Interamericana
1986

* PÉREZ, Evangelina
FERNÁNDEZ, Ana
"Auxiliar de Enfermería"
Editorial: Interamericana.
Mograw Hill. 1993.

* MAYES, Mary E.
"Manual para la Auxiliar
de Enfermería"
Editorial: Interamericana
1978

De viva voz



El pasado mes de abril se aportaron nuevos datos para reflejar la situación de la salud laboral de las mujeres que aunque suponen un acercamiento a la realidad no son precisamente halagüeños ni esperanzadores respecto a la situación que atraviesa la población femenina en su entorno de trabajo. En el I Congreso Internacional Salud, Mujer y Trabajo que reunió en Barcelona a más de 600 especialistas, un equipo de científicas de la Universidad de Quebec (Montreal) expuso datos sobre los esfuerzos físicos realizados por las mujeres y las consecuencias que de ellos se derivan, por ejemplo en las lesiones de espalda o como las mujeres están sometidas a factores de riesgo laboral y ambiental que afectan a su capacidad reproductiva, lo que está conduciendo a un descenso general de la fertilidad.

Por otro lado, la doble presencia de la mujer en el trabajo y en casa, las cargas familiares y el hecho de trabajar mayoritariamente en ocupacio-

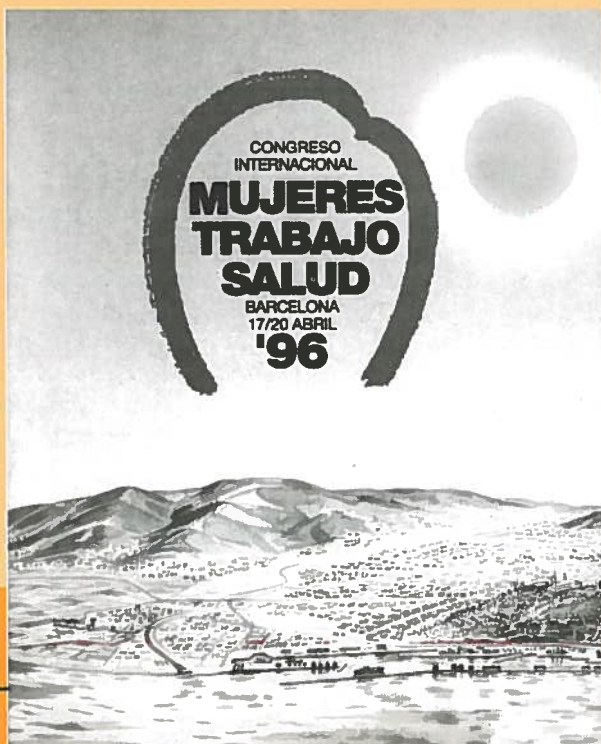
nes sociales con fuerte componente emocional hace que las mujeres estén sometidas en mayor medida que los hombres a uno de los factores que afectan más gravemente a su fertilidad: el estrés.

Sin embargo, una vez aportados los datos se hace imprescindible corregir las causas que originan estas situaciones. Es ineludible mejorar las condiciones de trabajo y proteger la situación y los riesgos a los que están sometidos los profesionales sin que se lleven a cabo las correcciones oportunas que modifiquen la situación y permitan ofrecer un panorama más saludable.

En el caso de los profesionales sanitarios se ha denunciado en reiteradas ocasiones el aumento de las lesiones de espalda, los problemas lumbares y el aumento del número de bajas laborales como consecuencia de la carencia de medios mecánicos, existentes en el mercado, que eviten estas situaciones así como los riesgos a los que se someten quienes manipulan fluidos corporales o gases.

No obstante, si realmente se quiere reducir el coste anual, calculado actualmente en un billón de pesetas, de los accidentes laborales para el Estado, éste deberá aplicar sus esfuerzos en conseguir los mecanismos oportunos y aplicar mecanismos de actuación adecuados que ayuden a paliar el problema y en su futuro a evitarlo.

Los datos aportados en el Congreso Salud, Mujer y Trabajo no pueden ser más reveladores y de su solución depende no sólo la salud laboral de las trabajadoras actuales sino incluso el futuro en sí.



STOP al PVC

Montse García



El cloro es un producto químico altamente reactivo que debe combinarse con otros materiales. Algunos compuestos de cloro se encuentran en la naturaleza, el ejemplo más obvio es el cloruro de sodio o sal común. Pero el cloro fabricado mediante el proceso cloroalústico es bastante diferente. Este gas cloro es muy reactivo, por lo que debe combinarse con compuestos orgánicos (compuestos que contienen carbono) creando compuestos sistemas que los organismos vivos no saben cómo hacerles frente cuando entran en el ecosistema.

El PVC por sí solo es prácticamente inútil como plástico, por lo que debe combinarse con varios aditivos químicos para ablandarlo y hacerlo maleable, con materiales pesados para endurecerlo o colorearlo y con fungicidas para evitar que

Discos, juguetes, envases de bebidas y alimenticios, ventanas, moquetas, tuberías... un sinnúmero de productos se fabrican con cloruro de polivinilo PVC dado que éste es uno de los materiales plásticos más versátiles que prevalecen actualmente en la sociedad moderna, pero también es el más peligroso.

los hongos los destruyan. De esta forma, la producción del PVC da lugar a la existencia de una gran industria tóxica secundaria.

Del total de producción de PVC el 60% se destina a material de construcción (tuberías, persianas, ventanas...), el 18% se dedica a la fabricación de envases y embalajes que posteriormente estarán en contacto con bebidas y alimentos y el

22% restante se destina a fabricar distintos productos desde juguetes para bebés a calzado.

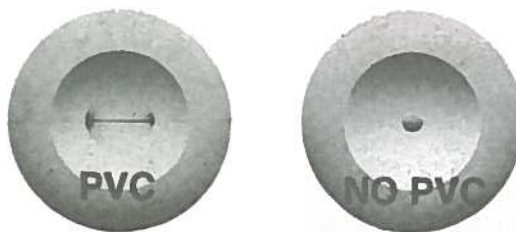
El problema del PVC es la migración de los aditivos tóxicos que expulsan en determinadas condiciones. Por ejemplo, los líquidos contenidos en botellas de PVC se contaminan con el cloruro de vinilo que migra del plástico al líquido, sobre todo cuando se somete la bote-

GREENPEACE



COMO DISTINGUIR EL PVC:

- ▶ Si la botella tiene tono azulado: es PVC.
- ▶ Al hacer una doblez o arañar la botella, si es PVC quedará una marca blanca.
- ▶ En la base de las botellas, el plástico hace un dibujo que es característico del PVC.



lla a cambios de temperatura, y en los veranos españoles son muy habituales los trasiegos de las botellas de agua de la despensa al frigorífico.

Por otro lado, cuando se quema el PVC se forma ácido clorhídrico pero a temperaturas mucho más bajas que la temperatura de combustión de la madera por lo que antes de que empiecen a aparecer las llamas el PVC empieza a emitir ácido clorhídrico produciéndose en el hombre quemaduras, problemas en el sistema respiratorio... Al quemarse el PVC se forman organoclorados, sustancias organocloradas muy tóxicas que contaminan todas las zonas de las viviendas afectadas por el humo e incluso por el polvo que se deposita después.

Por ello, los problemas del PVC se perpetúan ante la imposibilidad de destruirlo sin generar problemas medioambientales. Al quemarlo libera

un gas ácido así como las tóxicas dioxinas y otros organoclorados debido a su contenido en cloro. Al enterrarlo en

El PVC siempre ha sido un producto barato (al fin y al cabo, se originó como un método para deshacerse de un residuo industrial) y este precio más bajo es el secreto de su éxito.

un vertedero con el tiempo libera aditivos que pueden contaminar el agua subterránea, etc.

Dolores Romano, representante de Greenpace en España, afirma que la campaña informativa llevada a cabo por esta organización sobre del PVC y los inconvenientes que de su utilización se derivan comenzó en 1992 dentro de la campaña contra los vertidos al Mediterráneo puesto que además es ahí donde acaban la mayor parte de residuos de PVC.

En estos cuatro años la pasividad de la Administración e incluso de la mayor parte de las asociaciones de consumidores ha sido la compañera de la campaña en Greenpace. Las empresas productoras de PVC han llevado a cabo por un lado una potente campaña de marketing y por otro un abierto boicot a las campañas de Greenpace en los Medios de Comunicación Social "Son muy pocos y han mostrado una gran valentía los Medios de Comunicación Social que se han atrevido a apoyar nuestras

campañas”, afirma Dolores Romano.

En España son muy pocos los logros que se han conseguido en estos cuatro años. No ha sido así en otros países europeos y por ejemplo en Alemania hay ya 100 ciudades sin productos de PVC o en Suecia donde lo que se discute son los plazos de la eliminación de los residuos no la necesidad de que ésta se lleve a cabo.

Los representantes de Greenpeace sí han conseguido avanzar posiciones en lo que se refiere



El PVC no es una sustancia única, en estado puro es inutilizable y por lo tanto debe combinarse con una amplia gama de aditivos.

al vacío legal existente en lo relativo a los usos y utilización del PVC. En este sentido han conseguido que se modifiquen los borradores de la Ley de Envases y Embalajes introduciendo en ésta una propuesta de reducir directamente el uso de PVC en un 20% aunque no está especificado si esta reducción será en su uso para alimentos y bebidas que debería ser prioritario.

UN POCO DE HISTORIA

El PVC fue patentado en 1913 como el primer producto sintético. Durante los años 30 grandes cantidades de cloro empezaron a ser fácilmente asequibles en la Alemania nazi como consecuencia de un programa concebido para que Alemania no dependiese, en caso de guerra, del algodón importado. Este programa se concentró en la producción de rayón y para experimentar durante años con estabilizantes, lubricantes y suavizantes, se descubrió que se podían fabricar fibras a partir del PVC. Estas fibras tenían además la ventaja de utilizar el exceso de cloro producido por la industria cloro-caústica. Lo que previamente había sido un residuo tóxico subproducto de la fabricación de la sosa caústica se convertía ahora en un producto vendible.

En unos años el PVC se había convertido en Alemania en el material sintético más importante además del polietileno. Los años 50 se caracterizaron por el olor de los suavizantes, sobre todo los que contenían PVC 2. Los años 60 vieron un increíble aumento en la producción de PVC. Desde entonces, al ser prohibidos otros productos fabricados con cloro, como los PCBs y los CFCs y al estar decreciendo la utilización del cloro como desinfectante cada vez hay más cloro que necesita encontrar un sumidero.

El PVC es ese sumidero y su uso está creciendo a la vez que el resto de los usos del cloro decrecen, actualmente el PVC suma un 30% de la producción global del cloro.

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)
- | | |
|--|-------------------------------------|
| <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 | |
- P.V.P. 590 pts. (afiliados 490 pts.)
- 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 | |

Nombre y apellidos.....

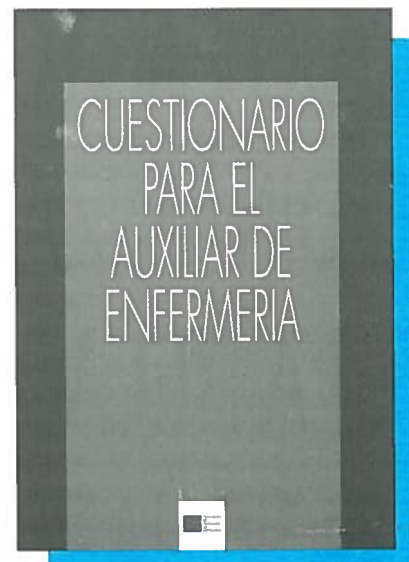
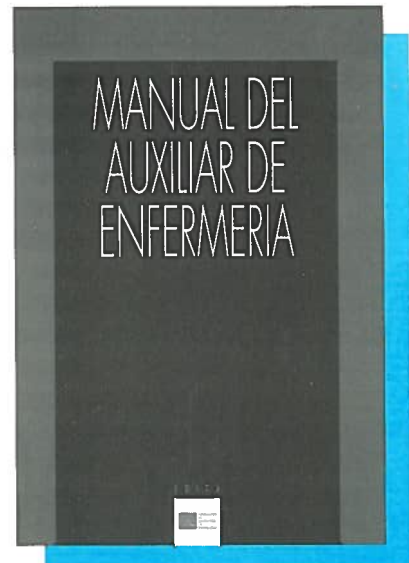
Afiliado a SAE Sí No N° de afiliación

Dirección.....

Provincia.....

Población..... C. P.

Teléfono.....



* Todos los precios incluyen I.V.A.

LOS CONTRATOS LABORALES

EN LA ADMINISTRACION COMO FACTOR DE DINAMIZACION DE LA RELACION FUNCIONARIAL



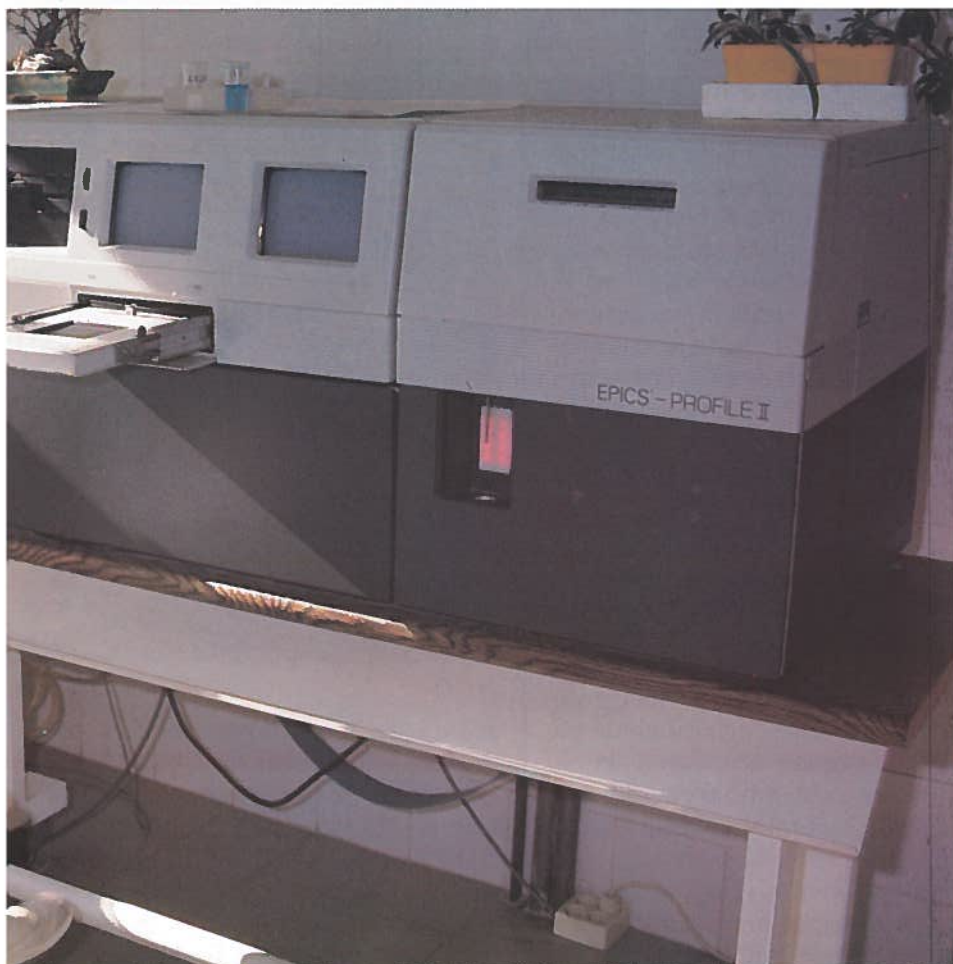
Desde principios del siglo pasado quedó sólidamente acuñada una profunda dicotomía que separaba radicalmente la función pública de la *locatio operarum*, privada por la que se regulaban las incipientes relaciones entre las empresas y el proletariado industrial. Por un lado, la concepción estatutaria de la función pública se sustentaba en un criterio jurídico opuesto en parte al contractualismo, que primaba la supremacía especial de una de las partes de la relación, la Administración, frente a la teórica igualdad de posiciones en que se sitúan los intervinientes en un contrato.

En este planteamiento la ley juega un rol preeminente al encargarse de fijar el contenido de la relación funcional y delimitar el ámbito de los derechos, deberes y responsabilidades de los funcionarios públicos, al tiempo que los protege de las discrecionalidades administrativas y les garantiza la inamovilidad.

En definitiva, estamos ante el tradicional modelo francés del *droit administratif*, que fue calcado prácticamente por nuestro ordenamiento jurídico. De este

Juan José Pulido Díaz

Abogado



idea más amplia del papel estatal que se transmuta en estado del bienestar o estado asistencial últimamente en proceso de regresión, al extenderse progresivamente la contaminación ideológica dimanante del ultraliberalismo formal—, la incorporación a las tareas públicas de personal no funcionario, es decir, sometido al derecho laboral, se hizo masiva en todas las esferas de la Administración, al verse esta implicada en cada vez más áreas de la vida social. Si bien es cierto que antaño los fines públicos se concretaban a penas en la administración de justicia, el mantenimiento del orden público, policía administrativa y pocos más, para cuyo desempeño era indispensable el ejercicio de potestades por parte de los funcionarios, en la medida en que, como ya apuntábamos, el Estado empieza a asumir progresivamente nuevas funciones necesita de mayor número de personas a su servicio para asegurar su realización. Ya ni siquiera será preciso que en el cumplimiento de estos nuevos fines, sanidad, educación, asistencia social, deban ejercitarse facultades de autoridad por las personas que los sirven y, de ese modo, podrá prescindirse de la exigencia de que la relación que les una al estado sea de naturaleza pública o funcional.

Sin embargo, esta presencia masiva de personal laboral al servicio de la Administración, dio lugar a que ni siquiera se hiciesen distinciones entre los puestos que podrían desempeñar, en relación con los propios funcionarios de carrera, de suerte que la coexistencia de funcionarios y laborales se mantuvo en todos los niveles de la Administración. Esta fue quizá la primera brecha en el sistema selectivo establecido por la nor-

modo, el personal al servicio de la Administración estuvo sometido al estatuto funcional sin exclusión de ninguna clase.

La posibilidad de utilización del derecho privado y más concretamente del contrato de trabajo por parte de la Administración española como instrumento regulador de las relaciones con el personal a su servicio, no tiene lugar más que con la reforma administrativa acometida en 1.963-1.964, cristalizando en el art. 7 de la Ley de Funcionarios Civiles del Estado de 7 de Febrero de 1.964, que permite expresamente la contratación en régimen de derecho

laboral a la Administración, siempre que se encuentre reglamentariamente autorizada al efecto.

Esta facultad de reclutar personal a su servicio sometiendo la relación al derecho laboral fue, en un principio, escasamente utilizada por la Administración. Sin embargo ya en las postrimerías del decenio de los sesenta y a lo largo de la década siguiente, la causa principalmente del desarrollo industrial que a su vez determina la transformación conceptual de las funciones estatales, —la noción del estado policía o gendarme, va progresivamente dejando paso a una

mativa de acceso a la función pública, que ha persistido durante bastantes años.

La situación de progresivo debilitamiento del sistema de estatuto legal para los servidores públicos, se hace notar de modo claro cuando se acomete la tarea de regular la situación del personal al servicio de la Seguridad Social, lo que tuvo lugar en los primeros años de la década de los setenta.

Los diversos estatutos que regulan la relación de servicios con este personal, suponen ya una clara mixtificación del esquema funcionarial. En principio no se habla ya de funcionarios sino de personal estatutario para referirse a estas personas y aunque es verdad que se mantiene un fuerte componente reglamentista en la ordenación de esta clase de relación estatutaria, se atribuye a los Tribunales Laborales el conocimiento y resolución de los litigios que puedan suscitarse entre el personal a que venimos aludiendo y las entidades para las que prestan servicios.

Esta ubicación jurisdiccional de los conflictos del personal estatutario con las entidades gestoras de la Seguridad Social va a originar una cada vez más acentuada laboralización de los principios rectores de este *tertius genus*, de relación de servicios.

En efecto, como suele suceder cuando se aproximan un derecho común y otro más específico, el primero va progresivamente predominando sobre el segundo y tiende a absorberlo y así la relación estatutaria se ha visto invadida por interpretaciones propias del derecho laboral, por vía unas veces de la analogía correctamente aplicada para cubrir determinadas lagunas de los diversos estatutos, y otras por una clara impremeditación judicial. En cualquier caso, el fenómeno de acercamiento al derecho laboral, resulta indiscutible des-

pues de 20 años de práctica judicial uniforme, aunque venga siendo atenuada en el período más reciente.

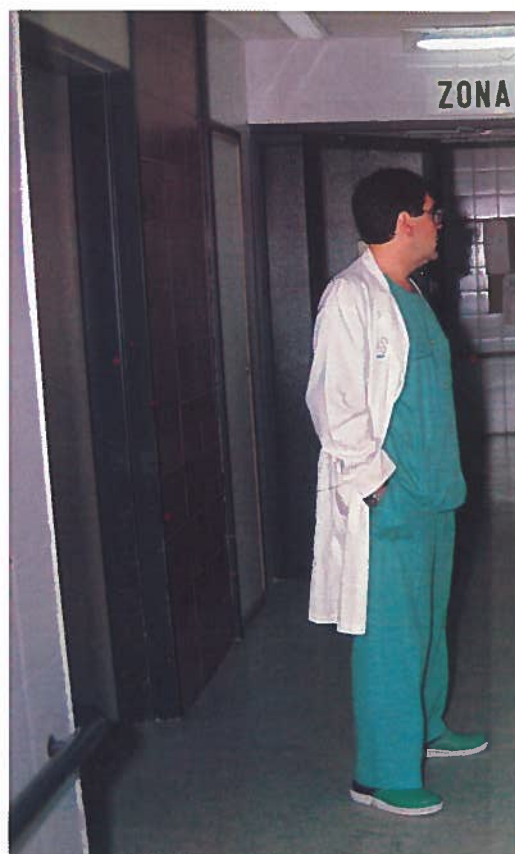
Nuevo sistema de relaciones laborales y sindicales

Así llegamos a los años de la transición, en los que se hace preciso improvisar un nuevo sistema de relaciones laborales y sindicales que sustituya al heredado del anterior régimen, sustentado en el sindicalismo vertical y en la regulación autoritaria y coercitiva del contrato de trabajo, aunque ya en los últimos años con claras concesiones a la negociación colectiva, bien que objetable por la discutible representatividad de los interlocutores sociales.

La primera medida legislativa de importancia en este sentido se acomete por medio del R.D. - Ley 17/1.977 de 4 de Marzo, sobre relaciones de trabajo, que legaliza el derecho de huelga de los trabajadores, en el seno de un amplio paquete normativo liberalizador. Sin embargo, de ese derecho laboral y sindical básico quedaron excluidos, en principio, los funcionarios (Disp. Adicional CUARTA), si bien, como veremos más adelante la dinámica de los acontecimientos muy pronto superó y contradujo a las previsiones del R.D. - Ley.

Meses más tarde, el R.D. 3149/1.977 termina de liquidar las instituciones seudorepresentativas del franquismo en el ámbito de las relaciones de trabajo, organizando en su sustitución con carácter transitorio y provisional, la elección de órganos de representación de los trabajadores fijos en las empresas privadas o públicas, industriales y comerciales o de servicios, salvo los establecimientos militares, (art. 4, 1).

También de un modo provisional, el R.D. 1522/1.977 de 17 de Junio posibilitó la liber-



tad de sindicación para los funcionarios públicos.

Después de la Constitución, la Ley 8/1.980 de 10 de Marzo del Estatuto de los Trabajadores optó por asumir aquel provisional modelo representativo basado en los Comités de Empresa y Delegados de Personal, como fórmula de articulación de la participación unitaria de los trabajadores en la empresa.

La Constitución sostiene, una postura teórica, de desconfianza sobre el ejercicio de los derechos sindicales básicos por parte de los funcionarios públicos, que por suerte ha sido depurada por la posterior doctrina constitucional. Así el art. 28 permite "peculiarizar" el derecho de sindicación de los funcionarios públicos e, incluso en su pfo. 2, refiere el derecho de huelga a los trabajadores, dejando a merced de interpretaciones más o menos bondadosas la cuestión de considerar o no a los funcio-



narios públicos como incluidos en el concepto de trabajadores. Haremos ahora notar que no contemplamos en estas líneas a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Ejército, Judicatura y Fiscalía que tienen prohibido o cuanto menos restringido el ejercicio de los derechos sindicales. Por su parte, el art. 37 tampoco parece querer atribuir sin más al funcionariado el derecho a la negociación colectiva.

A pesar de las referencias constitucionales poco optimistas que hemos anticipado, es lo cierto que la práctica social de un lado y el desarrollo legislativo de otro fueron creando un contexto de pleno desarrollo en cuanto a ejercicio de los derechos sindicales por parte de los funcionarios.

Ya desde un primer momento el ejercicio del derecho de huelga fue permitido sin obstáculos para el funcionariado, quien,

además paradójicamente se vio durante algunos años, hasta la publicación de la Ley 30/1.984 de 2 de Agosto, beneficiado por la falta de previsión legislativa ordinaria, de modo que ni siquiera en los períodos de huelga veía disminuidas sus remuneraciones.

La representación unitaria, tal y como quedó establecida en la Ley del Estatuto de los Trabajadores para el personal laboral, se traspasó también al personal estatutario al servicio de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, en cuyo seno quedaron constituidos correspondientes Comités de Empresa, que hicieron de interlocutores con la Administración institucional.

Libertad Sindical

La representación sindical pura, no toma carta de naturaleza legislativa, hasta 1985, con la promulgación de la Ley Orgánica de Libertad Sindical, L.O. 11/1.985 de 2 de Agosto, aun cuando a nivel de práctica, la actividad sindical propiamente y las consecuencias inmediatamente derivadas de la misma como la negociación colectiva, venían dándose desde muchos años atrás con plena efectividad.

La principal novedad de la Ley O. a que nos venimos refiriendo radica en que, por primera vez en un texto legal, los funcionarios públicos quedan incorporados al concepto más amplio de trabajadores y, sobre todo, que se establece un tratamiento unificado sobre la libertad sindical, para dos colectivos, que en nuestra tradición normativa habían estado separados por instrumentos jurídicos formal y materialmente distintos.

Por otra parte, esta Ley O., se consagraba, por vez primera y de un modo, si se quiere muy matizado o limitado, el derecho a la negociación colectiva de los

funcionarios públicos, lo que suponía una fundamental toma de posición política ya que el Tribunal Constitucional en sentencia 57/1.982 de 27 de Julio había sentado la doctrina de que el derecho a la negociación colectiva no era un imperativo constitucional, aunque sí una opción que podía o no actuarse y reconocerse por los poderes públicos.

Por último la Disposición Adicional Segunda, abría paso a la formación de los órganos de representación unitaria de los funcionarios públicos, mediante la imposición al gobierno de la obligación de remitir un proyecto de Ley sobre la materia en el plazo de un año.

Así se dio lugar a la Ley 9/1.987 de 12 de Mayo de Órganos de Representación, Determinación de las Condiciones de Trabajo y Participación de Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, que tiene como antecedente, además de la ya comentada Ley Orgánica de Libertad Sindical, el Convenio núm. 151 de la O.I.T sobre la Protección del Derecho de Sindicación y los Procedimientos para determinar las Condiciones de Empleo en la Administración Pública, ratificado por España el 22 de Junio de 1.984 y en vigor desde el 18 de Septiembre de 1.985.

Respecto de las representaciones unitarias, además de para delimitar la implantación de los distintos sindicatos, la Ley 9/1.987 de 12 de Mayo, las configura a imagen y semejanza, de los órganos de representación del personal laboral según habían sido definidos por el Estatuto de los Trabajadores, en cuanto a sus facultades, con ligeras matizaciones derivadas de las peculiaridades en que sitúa la cuestión, el que una de las partes de la relación sea la Administración pública.

Otro particular que no habrá pasado desapercibido será el de que la norma examinada no utilice la expresión negociación colectiva a pesar del explícito reconocimiento que a la misma se hacía en su antecedente legislativo inmediato, que fue la Ley Orgánica de Libertad Sindical. Efectivamente, las disposiciones sobre la intervención de los sindicatos en la determinación de las condiciones de trabajo de los funcionarios, no constituían propiamente las bases de un posible derecho a la negociación colectiva, al faltar el instrumento de reforzamiento necesario y en la mayoría de las materias limitar la intervención sindical a las meras consultas, sin obligación real de la Administración para negociar.

Ni que decir tiene que con una impedimenta tan limitada en orden a potenciar la función y actividad sindicales, no era de esperar que tuviese éxito, la cicatera regulación contenida en el capítulo III de la Ley 9/1.987 de 12 de Junio; tan es así que apenas tres años después de su publicación, las normas sobre participación de los sindicatos en la determinación de las condiciones de trabajo en el Sector Público han sido derogadas por la Ley 7/1.990 de 19 de Julio.

Este último texto legislativo, opera la consolidación ya en su integridad, de la negociación colectiva en el seno de las administraciones públicas, como le demuestra incluso su rúbrica donde ya no necesita acudir a expresiones más o menos sucedáneas del concepto. No podía ser de otro modo, si tenemos en cuenta el origen negocial de esta última Ley, nacida del Acuerdo sobre Negociación Colectiva de Funcionarios Públicos firmado el 6 de Abril de 1.990 entre los sindicatos mayoritarios y la

Administración. Lo cierto, es que, al fin se alcanza la plenitud de facultades de negociación incluso en materias como los incrementos retributivos y otras afectadas por reserva de ley, lo que obliga al Gobierno a una actividad prelegislativa, que se traduzca a través del trámite parlamentario correspondiente, en la promulgación de la norma legal habilitante. En estas condiciones, la negociación colectiva en el ámbito funcional es homologable en su contenido esencial al propio derecho en el seno de la relación laboral, la promulgación de una nueva reforma del texto básico de 1987, Ley 18/1994 de 30 de Junio, no ha repercutido para nada en el diseño de los modos de negociación colectiva instaurados por la reforma anterior a la que hemos aludido en nuestros comentarios precedentes.

Ahora bien, con ser primordial la mutación producida en las relaciones colectivas y en las formas de actividad sindical de

los funcionarios públicos, propiciada por la presencia y proximidad del personal laboral al servicio de la Administración, no es el único aspecto en que la influencia dinamizadora del derecho laboral, se ha dejado sentir en las formas de regulación funcional. Por el contrario, con la publicación de la Ley 30/1.984 de 2 de Agosto, se introducen en la relación funcional, componentes o conceptos paradigmáticos del Derecho del Trabajo como la movilidad, la promoción profesional o la selección de personal, incorporando además otros aspectos tan importantes como la racionalización de lo que podrían considerarse las categorías profesionales, mediante la supresión de gran número de cuerpos y escalas y la reestructuración del sistema de remuneraciones, con claras similitudes a la ordenación salarial en el marco de la relación de trabajo. Precisamente en cuanto atañe al personal al servicio de las instituciones sanitarias, aún está pendiente de elaboración por el gobierno el Estatuto Marco de Personal a cuya publicación obligaba el art. 84 de la Ley 14/1986, General de Sanidad, y del que depende en gran medida la ordenación racional y actualizada de los sectores profesionales implicados en la asistencia sanitaria.

La cuestión de las fórmulas de regulación del empleo público es una de las materias de más candente actualidad, en la que ha de tener notoria incidencia la situación y orientaciones de los países vecinos de la comunidad económica europea, en los que se apunta de un modo cada vez más marcado a una uniformidad de tratamientos esenciales al personal al servicio de la Administración en relación con los vigentes en el empleo privado.





FHOEMO

FUNDACION HISPANA DE OSTEOPOROSIS Y ENFERMEDADES
METABOLICAS OSEAS (F.H.O.E.M.O.)

Gil de Santibáñez, 6 - 28001 MADRID - Tlf./Fax 578 35 10

DOS BECAS F.H.O.E.M.O. 1996
de acuerdo con las siguientes BASES

- 1.- La Beca permitirá la realización de un período de aprendizaje y formación, sobre aspectos experimentales y/o clínicos en el campo de la Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas, en un centro clínico especializado de ámbito nacional.
- 2.- Las Becas estarán dotadas con 400.000 pesetas.
- 3.- Los candidatos serán posgraduados, menores de 40 años, interesados en el estudio de estas enfermedades.
- 4.- La fecha límite de recepción será el 1 de Junio de 1996.
- 5.- La Beca será concedida por un Jurado que estará compuesto por dos miembros del Comité Científico de la F.H.O.E.M.O. y dos miembros ajenos a la misma (Consejo General de Especialidades y Colegio oficial de Médicos de España), actuando como secretaria del Jurado, con voz pero sin voto, la Secretaria de la F.H.O.E.M.O.
- 6.- La propuesta consistirá en una concisa explicación sobre el proyecto, el Curriculum Vitae del solicitante y la aceptación del Jefe de Servicio donde vaya a desarrollar su labor.
- 7.- La documentación se remitirá a la Secretaría de la F.H.O.E.M.O. (Gil de Santibáñez, 6 - 2º D -28001 MADRID. Tel/Fax: (91) 578 35 10.
- 8.- La decisión del Jurado será inapelable y las Becas podrán ser declaradas desiertas si, a juicio del Jurado, se estimase que los proyectos presentados no reúnen los méritos suficientes.
- 9.- Los aspirantes aceptarán las presentes bases por el mero hecho de concurrir a esta convocatoria.

PREMIO SOCIAL F.H.O.E.M.O. 1996
de acuerdo con las siguientes BASES

- 1.- Se concederá este Premio a la mejor actividad de carácter social realizada durante 1996 en el Campo de la Osteoporosis. Esta actividad, de acuerdo con los Estatutos de F.H.O.E.M.O., consiste en la educación de pacientes y de sus familiares mediante publicaciones, campañas de divulgación y promoción, conferencias, etc... de contenido social y humano.
- 2.- Podrán optar al mismo personas físicas o entidades que desarrollen su actividad profesional en España o Iberoamérica.
- 3.- Para concursar se enviarán seis copias del resumen de dicha actividad a la Secretaría de la F.H.O.E.M.O. (Gil de Santibáñez, 6 - 2º D - 28001 MADRID; Tel/Fax: (91) 578 35 10 antes del 15 de Enero de 1997.
- 4.- El Premio tendrá una dotación de 100.000 pesetas.
- 5.- El Premio podrá declararse desierto si, a juicio del Comité Ejecutivo de la F.H.O.E.M.O. , se estimase que los trabajos presentados no reúnen el nivel social, profesional y técnico adecuados.
- 6.- Los aspirantes aceptarán las presentes bases por el mero hecho de concurrir a esta convocatoria.

PREMIO CIENTIFICO F.H.O.E.M.O. 1996
de acuerdo con las siguientes BASES

- 1.- Este Premio, con una dotación de 250.000 pesetas, tiene como objetivo premiar al mejor trabajo sobre Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas.
- 2.- El trabajo, para la presente edición, deberá haber sido desarrollado en España o Iberoamérica y publicado durante 1996 en cualquier revista de habla hispana.
- 3.- La fecha límite para la recepción de los trabajos será el 15 de Enero de 1997.
- 4.- La propuesta incluirá una breve carta solicitando participar en el "PREMIO F.H.O.E.M.O. 1996" y seis copias del trabajo objeto de consideración.
- 5.- La documentación se remitirá a la Secretaría de la F.H.O.E.M.O. (Gil de Santibáñez, 6 -2º D - 28001 MADRID; Tel/Fax: (91) 578 35 10.
- 6.- El Jurado estará compuesto por cuatro miembros del Comité Científico de la F.H.O.E.M.O. actuando como secretaria del Jurado, con voz pero sin voto, la Secretaria de la F.H.O.E.M.O..
- 7.- La decisión del Jurado será inapelable y el Premio podrá ser declarado desierto si, a juicio del Jurado, se estimase que los trabajos presentados no reúnen el nivel profesional, médico y técnico adecuados.
- 8.- La F.H.O.E.M.O. se reserva la disponibilidad del trabajo una vez publicado para su difusión, si lo considera oportuno. Los trabajos concursantes no serán devueltos a sus autores.
- 9.- Los aspirantes aceptarán las presentes bases por el mero hecho de concurrir a esta convocatoria.

ASOCIACION DE SORDOS

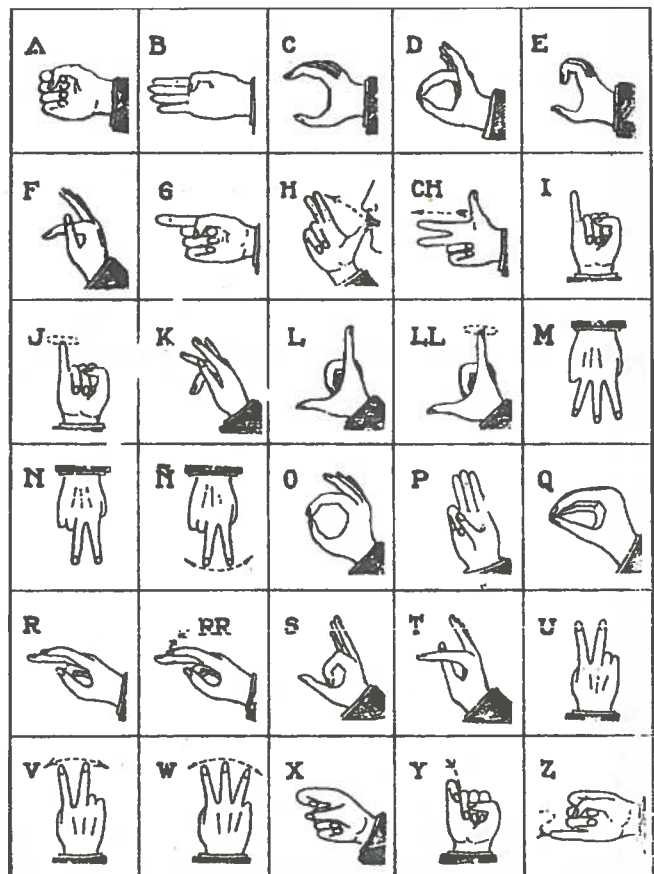
TRABAJANDO POR UN MUNDO SIN FRONTERAS

Bajo González

Han pasado de denominarse Asociación de Sordomudos a llamarse Asociación de Sordos. El motivo no es otro que el de eliminar trabas a las personas con esta minusvalía física comenzando por reconocerles su capacidad comunicativa. Su minusvalía es únicamente la auditiva, y aunque siempre se les ha achacado la mudez, lo cierto es que tienen sobradas aptitudes para comunicarse.

En un principio resulta chocante comprobar que en el cartel de la puerta de la sede ha sido sustituido el término sordomudos, por el de sordos. La razón, como explica Isabel Calleja, portavoz de la Asociación, es que se debe empezar a reivindicar el hecho de que el sordo puede comunicarse y hacerse entender. Existe una idea generalizada en la sociedad de que el sordo no puede expresarse, de que si no entendemos el lenguaje de signos no vamos a poder establecer una comunicación con él. Sin embargo, aunque el sordo no puede oírse a él mismo si sus cuerdas vocales están en perfecto estado no existe ningún impedimento para que pueda desarrollar su habla mediante una enseñanza especializada. Por eso el término “mudo” ha sido eliminado de la cabecera de la Asociación, porque denota una incapacidad de habla que en absoluto tiene que ver con la realidad. A partir de esta aceptación la lucha se centra, dentro de la Asociación, en ir derribando las barreras de comunicación con las que los sordos se encuentran día a día en su vida cotidiana. Es necesario que la sociedad tome conciencia de que con un poco de esfuerzo es posible que los sordos disfruten de las cosas que a los oyentes nos parecen insignificantes pero que para ellos tienen gran valor, porque les están vedadas.

La Asociación de Sordos de Madrid tiene su origen a principios de siglo. En 1905 un pequeño grupo de personas sordas que frecuentaba el Café Levante comenzó a hacer sus reuniones con periodicidad y allí surgió la idea de organizarse como asociación. Su intención era reunir a personas con minusvalía



auditiva para tratar de dar solución a sus problemas dentro de un marco comunitario donde poder encontrar apoyo. Así fueron pasando por diferentes sedes y aumentando su infraestructura hasta la actualidad, donde ya existen federaciones autonómicas de aso-



CONTENTO



ENFADADO



ENFERMO



TRISTE

ciaciones de sordos al igual que una Confederación Nacional donde se encuentran enmarcadas.

Actualmente la Asociación de Sordos de Madrid posee una amplia sede en la calle Santa María de la Cabeza con unas instalaciones adecuadas para desarrollar sus actividades. Aunque hasta la fecha cuentan con un total de 1069 asociados se calcula que el número de personas sordas a nivel nacional ronda el millón. Sin duda, un número muy significativo de personas que justifica sobradamente la existencia de estas asociaciones que canalizan sus esfuerzos hacia la integración plena de este colectivo en la sociedad. Una sociedad que en su evolución no ha tenido en cuenta a tantas personas que padecen minusvalías físicas y a las que los adelantos tecnológicos les ha supuesto más barreras que mejoras en su calidad de vida.

Uno de los campos a los que va dirigido un gran volumen de trabajo es el dedicado a las actividades culturales y formativas para la comunidad sorda. En cierta forma se trata de cubrir el vacío formativo que padecen estas personas e impartirles una enseñanza especializada. Aunque en la actualidad existen planes de integración en centros de enseñanza públicos todavía se considera insuficiente ya que funcionan con ciertas irregularidades propias de la falta de experiencia, ya que en España se trata de algo muy nuevo en comparación con otros países europeos donde los planes de integración llevan mucho tiempo funcionando.

En la Asociación existen diferentes departamentos que cubren áreas específicas de trabajo. Así existe la sección de juventud, de tercera edad, de trabajo social... cada una de ellas organizando actividades tales como campamentos, excursiones, grupos de gimnasia, sin olvidar los temas culturales impartidos mediante conferencias, jornadas, simposiums, cursos o proyecciones de vídeo. Es interesante saber que ofertan cursos dirigidos al público en general para el aprendizaje del lenguaje de signos así como otros muchos dirigidos al colectivo sordo que van desde la alfabetización y rehabilitación gramatical hasta los cursos de informática. Tampoco se olvida el aspecto práctico en el sentido de la ayuda al sordo a desenvolverse en nuestra compleja sociedad. Mediante el departamento de trabajo social se mantiene abierta una bolsa de trabajo en la que aquellas empresas interesadas en contratar a personas con minusvalía física pueden realizar sus ofertas.

Asimismo, desde la Asociación se asesora y se ayuda en cuestiones relacionadas con contratación, adquisición de vivienda, pensiones o ayudas para la adquisición de aparatos específicos, lo que ha supuesto que gracias a las gestiones de las diferentes juntas directivas, a las personas que trabajan en la Asociación y, como no, a los asociados, una considerable mejora de las condiciones de vida de las personas sordas. Se ha logrado acabar con el grave problema de falta de información que padecían estas personas, a la vez que se les ayuda en el acceso al mundo laboral.

No obstante, como indica Isabel Calleja, aún queda mucho por hacer. Un ejemplo ilustrativo de lo que queda por conquistar lo tenemos en los medios de comunicación, más específicamente en la televisión. Las personas sordas no pueden entender la actualidad informativa reflejada en el telediario si no se subtitula o se traduce simultáneamente mediante un intérprete. En la actualidad la única consideración hacia los minusválidos auditivos en los medios audiovisuales se reduce a dos películas subtituladas al mes.

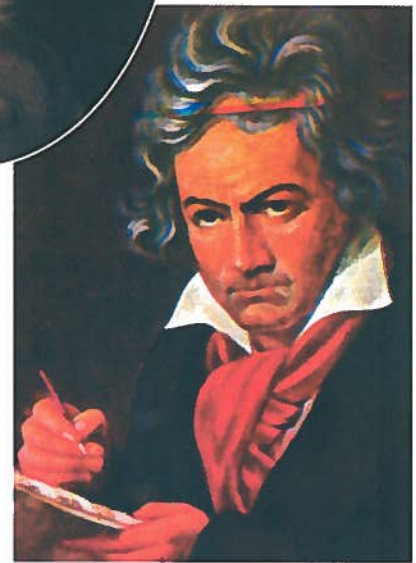
Para paliar el gran problema que supone la existencia de barreras de comunicación la Asociación exige que se disponga de intérpretes en todos los organismos públicos y en centros de enseñanza. Algo fundamental, ya que para un sordo el simple hecho de ir a un ministerio a resolver un trámite puede convertirse en algo exasperante.

Otra de las dificultades más comunes con las que se encuentran es a la hora de solicitar un puesto de trabajo. En este aspecto es donde más rechazo se encuentran ya que su titulación o experiencia no suelen primar sobre el hecho de ser sordos y son descartados ante otras personas oyentes menos preparadas. Es evidente que hay ciertos tipos de empleos que no

La Asociación de Sordos ofrece cursos dirigidos al público en general para el aprendizaje del lenguaje de signos así como otros muchos dirigidos al colectivo sordo que van desde la alfabetización y rehabilitación gramatical hasta los cursos de informática. Esta no es sino una forma de luchar contra la incomunicación a la que se somete a estas personas.



Goya, a través de su pintura creo un sistema de comunicación perdurable y eterno



Además de su genialidad todos conocemos la sordera de Beethoven

pueden ejercer pero también hay otros muchos en los que el hecho de ser sordos no supondría limitación alguna. Sin embargo, como señala Isabel Calleja, no se trata de un problema de discriminación, sino más bien de falta de sensibilización por parte de la sociedad en general.

La educación es otro de los puntos fuertes a los que la Asociación dedica sus esfuerzos. Por una parte se dedica a orientar acerca de los centros especializados que existen y los que cuentan con planes de integración, así como asesorar de las ventajas que ofrecen cada uno. En el aspecto educativo se ha adelantado mucho ya que antes el nivel superior al que llegaba una persona sorda era la educación primaria, mientras que hoy en día hay muchos con formación universitaria. Un punto de referencia para la Asociación es el caso de la ciudad de Washington, donde existe una universidad exclusivamente para sordos en continuo contacto con otras universidades del país tanto a nivel docente como a nivel relacional con los alumnos.

Desde la Asociación se atiende el aspecto formativo mediante la organización de cursos o proyectos

educativos que abarcan diferentes áreas y con los que se pretende dar la necesaria cobertura académica a los minusválidos auditivos. También cuentan con la colaboración de otras asociaciones, como la ONCE, con las que colaboran y suman esfuerzos en la lucha por la erradicación de las barreras con las que se enfrentan las personas con minusvalías físicas. Por otra parte las ayudas que reciben del ministerio son las normales, ni más ni menos de las que reciben otras asociaciones similares, aunque con el recorte presupuestario hay muchos proyectos presentados que no pueden salir adelante.

En definitiva estamos ante una Asociación que se preocupa por un colectivo muy representativo a los que no se puede olvidar ni desde las instituciones, ni desde nuestras actuaciones personales. Se merecen nuestra atención y nuestro esfuerzo ya que cada pequeña ayuda que reciban de nosotros a ellos les supone un gran paso adelante. Desde la Asociación de sordos de Madrid se nos invita a colaborar y a ejercer un papel más representativo de cara a la integración de las personas con esta minusvalía.



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

SABIAS QUE...

- La Vitamina C es también llamada ácido ascórbico.
- La mayoría de las estrellas que se ven por la noche son más jóvenes que el Sol.
- Las escamas de la piel de una serpiente de cascabel son de queratina como las uñas humanas.
- Los árboles de madera blanda crecen más deprisa que los de madera dura.
- Los antiguos egipcios ya usaban imperdibles para sujetarse las túnicas.
- El castor tiene cinco uñas en cada pata.
- Algunas ranas utilizan los globos de los ojos para ayudarse a empujar la comida por la garganta.
- El Yo-Yo antes de un juguete había sido un arma.
- La jirafa tiene el corazón más grande de todos los animales terrestres.
- El esqueleto de un gato tiene 244 huesos.

SOPA DE LETRAS B

EDPQPQXSEDEAQA R I ÑONN
 SFÑIRUEASKUÑO DCAÑANM
 THZUOHRFJDRD I CMKKNDD
 OUAQSERMHKPKA FDCAFHM
 MOLITRUBRTUFDHMKMDVC
 APFUAOAMI BOGLJSVDHCJ
 GÑKFTDDQDPANCREASGYQ
 ONUNA JHPLNSZVYDAGYSU
 DVGAEFSTFDA IOCKKUTAA
 IAUNURAPKFDGXVVDBIQN
 ADTDREFMAAEXDSIKHULC
 UGUCMULAGIJEVAQVAASU
 FHBVVTDUCFDVHEDCNKGG
 NYUNHOFAASFCCCTMZTDTU
 CEDAASAUSAHIVADCOLON

Localiza ocho vísceras torácicas y abdominales

SOPA DE LETRAS A

ADYQEQXSEDEAQA MQLHAA
 DFUIJUEASKUÑO XCAÑANE
 CHGURHRFJDRD I IMKKNDD
 FUUQEERMHKPKALDCAFHI
 HOLIRRUBSAFENAMKMDVO
 JPAUOOAMIHOGLRSVDHCM
 YÑRFSDDQDGPJFYKJIGYG
 QNUNJJESPLENICAGYSI
 CVGADFSTFDA IKCKKUTAS
 VAUNLRAPKFDUXVVDBIQA
 PDTDVEFMAALXDSIKHULN
 OGUCNULVDDVNHAQVAASC
 RHBVATDUKFDVCEDCNKGU
 TYUNÑOFAASFVCTMZTDTQ
 ACILOCAUSASUBCLAVIAU

Localiza ocho venas humanas

SOLUCIONES

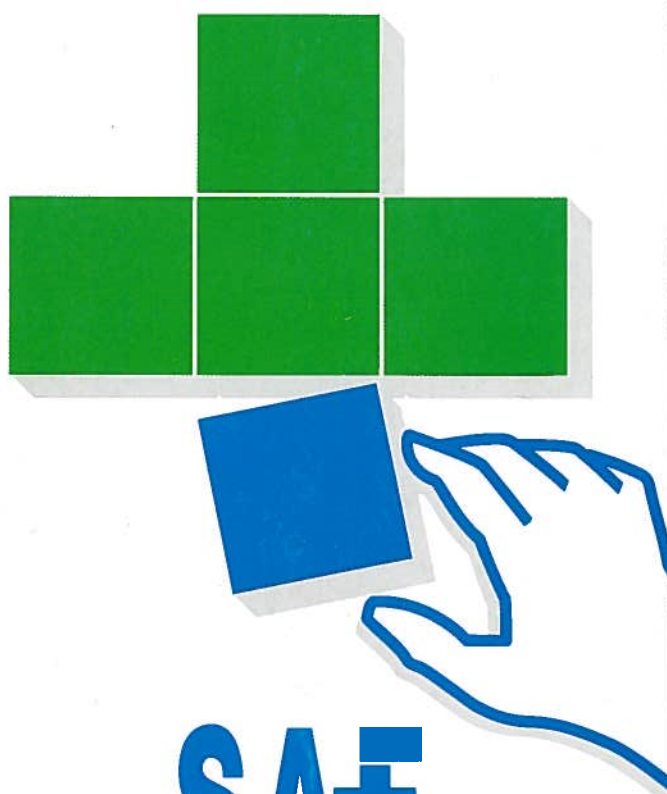
ADYQEQXSEDEAQA MQLHAA
 DFUIJUEASKUÑO XCAÑANE
 CHGURHRFJDRD I IMKKNDD
 FUUQEERMHKPKALDCAFHI
 HOLIRRUBSAFENAMKMDVO
 JPAUOOAMIHOGLRSVDHCM
 YÑRFSDDQDGPJFYKJIGYG
 QNUNJJESPLENICAGYSI
 CVGADFSTFDA IKCKKUTAS
 VAUNLRAPKFDUXVVDBIQA
 PDTDVEFMAALXDSIKHULN
 OGUCNULVDDVNHAQVAASC
 RHBVATDUKFDVCEDCNKGU
 TYUNÑOFAASFVCTMZTDTQ
 ACILOCAUSASUBCLAVIAU

Sopa de Letras A

Sopa de Letras B

EDPQPQXSEDEAQA R I ÑONN
 SFÑIRUEASKUÑO DCAÑANM
 THZUOHRFJDRD I CMKKNDD
 OUAQSERMHKPKA FDCAFHM
 MOLITRUBRTUFDHMKMDVC
 APFUAOAMI BOGLJSVDHCJ
 GÑKFTDDQDPANCREASGYQ
 ONUNA JHPLNSZVYDAGYSU
 DVGAEFSTFDA IOCKKUTAA
 IAUNURAPKFDGXVVDBIQN
 ADTDREFMAAEXDSIKHULC
 UGUCMULAGIJEVAQVAASU
 FHBVVTDUCFDVHEDCNKGG
 NYUNHOFAASFCCCTMZTDTU
 CEDAASAUSAHIVADCOLON

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



S.A.E

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

**Auxiliares:
La Base de la Sanidad**