



nº 12 • Revista de Auxiliares de Enfermería

- **SECRETO PROFESIONAL**
- **NEGLIGENCIAS SANITARIAS**
- **GUARDERÍA DE MAYORES**



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

SEGURO DE AUTOMÓVILES

EXCLUSIVO
EXCLUSIVO
EXCLUSIVO



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 Uribe

Colaboradores
Cecilia Dou Marcos
Carmen Cubero
Nieves Delgado
Soledad Belvis
Pilar Gutiérrez
Miguel Angel Aristu
Pilar Lozano
M.^a Angeles Quiñonero
María José Ruiz
Carmen Padilla
Celia Mora

Comité Científico
Antonio Díez
Francisco García Buendía

Edita
FAE (Fundación para la
Formación de Auxiliares de
Enfermería)

**Administración,
redacción y
servicios comerciales**
Alcántara, 5, 6.º izqda.
28006 Madrid
Tels. (91) 578 16 22/65/81/87
Fax 578 16 05

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

EN ESTE NÚMERO

4

CONTROL DE NATALIDAD

UNA HISTORIA QUE SE REMONTA AL AÑO 3000
ANTES DE CRISTO.



7



VIVIR CON HEMOFILIA

LOS HEMOFÍLICOS PADECEN UNA ENFERMEDAD
HEREDITARIA QUE TRANSMITEN LAS MUJERES A TRAVÉS
DEL CROMOSOMA X.

REVELACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARTICIPA
IGUALMENTE EN EL MANTENIMIENTO DEL
SECRETO PROFESIONAL.

10



INFECCIONES HOSPITALARIAS

EL 57% DE LAS BACTERIEMIAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL SE ADQUIRIERON
FUERA DE ÉL.

14

38

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

JOSÉ LUIS TEMES Y JESÚS GIL REDRADO
PRESENTARON UN LIBRO EN EL QUE SE
ANALIZA LA HISTORIA Y LA SITUACIÓN
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.



MEDICINA EN INTERNET

EL II CONGRESO NACIONAL
DE USUARIOS DE INTERNET EXPONE
LA RELACIÓN DE LA MEDICINA CON
INTERNET.



44



46

LISTA NEGRA DE LA SANIDAD

400 MÉDICOS TIENEN CAUSAS PENDIENTES
POR NEGLIGENCIAS SANITARIAS.



Editorial

L



La progresiva implantación de fundaciones con personalidad jurídica propia para gestionar los hospitales que se está imponiendo desde el Insalud supone una degradación absoluta de la sanidad pública española, en la que la garantía de la calidad asistencial es preocupante.

Entre los objetivos básicos y prioritarios de estas fundaciones se encuentra la búsqueda de la reducción, cada vez mayor, de los costes sanitarios. Por este motivo, se primarán sobre los niveles de calidad asistenciales los conceptos economicistas de reducción de estos costes, lo que hace que peligre de forma alarmante la calidad asistencial que se preste a los usuarios de estos centros sanitarios.

En este objetivo de reducción de costes se incluye y hace partícipe obligado a todos los implicados, incluidos los profesionales sanitarios. Para estos la implantación de este nuevo modelo de gestión supondrá la precarización del empleo dado que se premiará no al profesional que mejor trabaje sino al que consiga una reducción de costes que el patronato considere adecuados. Esta tendencia llevará a la creación de una cultura del ahorro indiscriminado.

Por otro lado, la implantación de estas fundaciones cuenta con el rechazo absoluto del ciudadano que se ha manifestado en contra de lo que en definitiva no es sino una privatización de la sanidad, en aquellas ciudades en las que ha comenzado a funcionar, o está prevista en los próximos meses.

Es evidente que la sanidad pública española necesita una reforma en profundidad, pero ésta ha de garantizar siempre el mantenimiento de un sistema público y equitativo, ha de alejarse de las fórmulas que suponen su paulatina degradación.

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.*



PERIS SEGUROS
sociedad anónima

winterthur



El término control de natalidad se debe a la neoyorkina Margaret Sanger, 1879 - 1966, ama de casa y enfermera. Sin embargo, el afán, la necesidad o el interés de las mujeres por evitar los embarazos es una historia que empezó hace más de 5.000 años y cuya historia tiene muchos capítulos antes de llegar a los compuestos químicos y la aceptación social actuales.

¿UN HIJO AHORA? NO, GRACIAS

En el año 3000 antes de Cristo las mujeres egipcias introducían pesarios de miel y excrementos de cocodrilo en sus vaginas como métodos anticonceptivos, por su parte las mujeres árabes utilizaban una mezcla de granadas, sal de gema y alumbre. Aristóteles recomendaba una mezcla de incienso, cedro y aceite de oliva con el mismo objetivo. Todos estos materiales habrán poseído una relativa efectividad ya que todos ellos incrementaban la acidez

en el interior de la vagina, resultando poco acogedora para los espermatozoides.

Sin embargo, durante la Edad Media los métodos anticonceptivos dieron marcha atrás, administrando brebajes a base de hierbas como medio anticonceptivo principal, aunque inefectivo. Habrá que esperar hasta el siglo XVI para un verdadero progreso que llega con el anatómico Gabriel Fallopio, quien inventó el condón de lino húmedo, aunque no precisamente como método anticonceptivo dado que su ma-

yor preocupación era la de proteger a los hombres de sífilis. Durante los siguientes siglos, el condón se asoció siempre con la prostitución y la enfermedad. Mientras tanto, los japoneses habían adquirido una cierta fama por el empleo de fundas de cuero, caparazón de tortuga o de piel de ciertos reptiles, mientras que, en Europa, lo último fueron las tripas de cordero, tratadas químicamente, suavizadas y disecadas.

Ya entonces, se emplearon distintos calificativos



durante la menstruación. En 1882, otro médico alemán, Hesse, que trabajaría con el seudónimo de Mensinga inventó el diafragma.

Durante el siglo XIX los medios anticonceptivos disponibles para la gran mayoría de la población seguían siendo un oscuro recurso y, en cierto modo, ilícito. Un médico de Nueva Inglaterra, Charles Knowlton, intentó sacarlos a la luz pública. En 1832, cuando anónimamente publicó su obra *Los frutos de la filosophía o el compañero reservado de las jóvenes parejas casadas* fue localizado y encarcelado por haber publicado obscenidades. Más tarde, cuando los libre pensadores Charles Bradlaugh y Annie Besant hicieron una reimpresión de la obra en 1877 también fueron arrestados bajo la acusación de editar literatura anticonceptiva (declarada obscena veinte años antes). Sin embargo, en un plazo de tres meses, se habían vendido ya ciento veinticinco mil ejemplares.

A pesar de todo, con el tiempo la sociedad fue aceptando el tópico sobre el control de la natalidad debido en gran parte a la obra de Thomas Malthus, economista inglés que expresó su temor a que la población creciera geométricamente y agotase los recursos alimenticios que crecían de forma aritmética.

El primer DIU moderno, conocido como el pesario de fibra de seda, no aparece hasta 1909 y

es invento de un médico alemán. Le sigue en 1920 el anillo de oro y plata de Graefenberg y después otros de plástico y de cobre en una amplia variedad de formas: el lazo de Lippes, el Cobre 7 y T, el aro de Birnberg y el escudo de Dalkon. Este último fue objeto de múltiples juicios que ponían en juego millones de dólares y que tuvieron lugar en los años 1970 y 1980 tras comprobar que era el culpable de incontables casos de infecciones pelvianas y abortos sépticos.

La anticoncepción oral

Los primeros experimentos realizados para averiguar si la ovulación de los mamíferos podía evitarse mediante la administración de hormonas, inyectando estrógenos, fueron llevados a cabo por el fisiólogo austríaco, Ludwig Haberlandt, durante las primeras décadas del siglo XX. Sin embargo, hasta 1940 no se pudo obtener la cantidad suficiente de sustancias hormonales para la investigación. Russell E. Marker logró producir progesterona pura —hormona sexual femenina— a partir de someter a la diosgenina, extraída de batatas silvestres de las selvas próximas a Veracruz, a diversos procesamiento químicos.


Marker fundó la compañía Suntex y dejó muy pronto las investigaciones que continuaron Carl Djerassi y George Rosenkrantz quienes sintetizaron la cortisona y la testosterona, es decir, la

hormona sexual masculina, procedentes de la misma batata mexicana. Más tarde, en 1951 Luis Miramontes logró modificar la progesterona de Marker para obtener el compuesto de la noresterona, mucho más efectiva en su forma oral que la progesterona humana. Posteriormente este compuesto fue enviado a cuatro científicos, entre ellos Gregory Pincus, que pudieron confirmar que esta sustancia evitaba la ovulación.

En un principio a Pincus no le interesaba descubrir un nuevo método para limitar la natalidad. Sin embargo, al verse cada vez más involucrado en su trabajo, Margaret Sanger promovió una ayuda económica para colaborar con Pincus y su equipo.

En agosto de 1953, Frank Colton, de la compañía farmacéutica Searle, registró la patente del Noretinodrel. Es sobre este compuesto sobre el que Pincus continúa sus estudios y que probó primero en un grupo de voluntarios de Boston aunque las condiciones de aplicación no eran las óptimas habida cuenta de que la anticoncepción continuó siendo ilegal en Massachusetts hasta 1967.

En 1955 volvió a intentarlo con un grupo de pobres en Río Piedras, Puerto Rico y los resultados de este estudio se publicaron en el Science Journal, en el año 1956. Un año más tarde la Administración de Alimentos y Fármacos de los



para denominarlo, por ejemplo en Francia era llamado "la gorra inglesa" mientras que el aventurero italiano Casanova en el siglo XVIII le llamaba "el abrigo inglés", y en Inglaterra durante el siglo XIX, fueron denominados "cartas francesas", ya que los productos, primero de goma y después de látex, se vendían envueltos en paquetes, llevando en el envoltorio un retrato de la reina Victoria, madre de nueve hijos.

No obstante, la primera autoprotección femenina consistió en unos dispositivos cervicales desarrollados en 1838 por el alemán Fredrick Adolphe Wilde quien primero fabricaba un molde de cera del cuello uterino para después reconstruirlo en látex y adaptarlo perfectamente a éste, de donde era extraído sólo



El control de la natalidad se convirtió en una auténtica cruzada para dos mujeres. Ambas tenían un gran interés en reducir la fertilidad entre las mujeres de la clase obrera, con el fin de mejorar lo que consideraba "la calidad de la raza". Asimismo, ambas consideraban el placer sexual no solamente como un derecho de cada esposa, sino también como un deber para conservar el matrimonio.

La neoyorkina Margaret Sanger (1879 - 1966) ama de casa, enfermera, y durante un breve tiempo, socialista radical, debió su conversión a una visita realizada a Francia en 1913, donde se sorprendió ante el hecho de la cantidad de cosas que las mujeres sabían acerca del sexo y de la anticoncepción. A su vuelta a Nueva York inventó el término "control de la natalidad" y escribió "La limitación de la familia", obra en la que recomendaba el uso del condón, de los pesarios y de lavados para las parejas de la clase obrera. Sanger alcanzó una gran fama cuando el gobierno federal la condenó por sus *obscenidades* (posteriormente los cargos fueron retirados). Sin embargo, en octubre de 1916 una vez que hubo inaugurado su primera clínica en Brownsville, Nueva York, fue acusada por comportamiento público indecente, y condenada a realizar trabajos forzados durante treinta días. De nuevo en libertad, fundó la *Liga Americana para el control de la natalidad*, antecesor de la *Federación Americana para la Maternidad Planificada*, que más tarde pasó a ser internacional, con sede en las oficinas de la Sociedad para la Eugenesia, en Londres.

Marie Stopes (1880-1958) fue la primera mujer inglesa que obtuvo el título de doctor en paleobotánica, mientras que sus conocimientos sobre la sexualidad humana le llegaron un poco tarde, necesitó un año para darse cuenta de que su marido era impotente. Impresionada por su propia ignorancia, empezó a investigar y escribió "El amor en el matrimonio" del cual se vendieron más de un millón de ejemplares.

Debido a sus propósitos para obtener la plenitud del placer conyugal, llegó a recibir miles de cartas de mujeres que le expresaban su temor a un posible embarazo. Como respuesta a estas cartas, Marie publicó su obra "La maternidad sabia", que incluía un diagrama de los órganos y aparatos reproductivos humanos, así como una descripción de los anticonceptivos disponibles en el mercado. A esta publicación, le siguió en 1921 la fundación de la Sociedad para el Control de la Natalidad y Progreso Racial y, en marzo de aquel mismo año, la inauguración de la Clínica Materna de Londres, respaldada por H.G. Wells, Bertrand Russell y Arnold Bennett.

más de 50 miligramos de estrógeno ya que, según se había podido comprobar dosis mayores provocaban tromboembolias y ataques cardíacos.

Desde entonces, los investigaciones han ido perfeccionando el producto y corrigiéndolo e incluso algunos estudios confirman que la píldora previene del cáncer de útero y de ovario, mejora el ciclo menstrual, previene de la enfermedad inflamatoria pélvica y resulta beneficiosa en la anemia.

Los últimos estudios sobre la fiabilidad de la píldora, realizados recientemente en España, aseguran que constituye el anticonceptivo más eficaz. Sin embargo, la media de error entre las adolescentes y mujeres desfavorecidas es de un 20% y de un 8% en el resto de la población femenina consumidora. Se ha comprobado que esta contradicción se debe a usos indebidos de la píldora, tales como los olvidos en la toma diaria, la inadecuación de las pausas entre ciclos y el abandono del tratamiento en un momento inoportuno. Estas son las primeras conclusiones de un estudio realizado por el equipo médico Daphne, en el que han participado más de 300 especialistas de ginecología y planificación y cuyo objetivo no es que la píldora se use más sino que se use mejor.

Estados Unidos autorizó la comercialización del noretinodrel como "regulador menstrual" y en 1959 como anticonceptivo oral.

Cuando Searle inició la producción de este compuesto en grandes cantidades, primero eliminó las impurezas del fármaco, obteniendo un progestágeno más puro, aunque originaba irregularidades menstruales, hemorragias anormales y en algunos

casos desafortunados, no impidió el embarazo. Rápidamente los investigadores de Searle buscaron la causa, descubriendo que el compuesto original contenía más de un 1% de sustancias del tipo estrógeno, al que denominaron mestranol y el cual se volvió a incluir, de inmediato, en su fórmula. De forma que la píldora anticonceptiva, basada en una combinación de estrógeno y progestágeno

fue descubierta accidentalmente.

En 1961 se informó sobre los efectos secundarios adversos causados por la píldora, inicialmente sólo se hablaba de tromboflebitis, aunque más adelante se descubrieron efectos como migrañas e ictericia. Después, en diciembre de 1969 se advirtió a los médicos que no prescribiesen anticonceptivos orales que contuviesen

BIBLIOGRAFÍA

CALBET CAMARASA, José M. y ESCUDÉ AIXELA, Manuel M.: *Historia de la Medicina. Desde la prehistoria hasta el año 2020*. Ed. Blume



La hemofilia es una enfermedad hereditaria y que transmiten las mujeres a través del cromosoma X. Se caracteriza por la ausencia de uno o más factores que intervienen en la coagulación de la sangre. Los pacientes con este trastorno no sangran más rápido, sino durante más tiempo y como su proceso de coagulación no es el adecuado, se exponen al riesgo de desangrarse si no se les administra el factor de coagulación deficitario. Esta enfermedad considerada milenaria, remonta sus primeras manifestaciones al Siglo II, más en concreto a las referencias en el libro judío del Talmud, con motivo de la costumbre de la circuncisión.

VIVIR CON HEMOFILIA

Cristina López

La hemofilia se manifiesta en forma de hemorragias, que pueden ser espontáneas o producidas por algún golpe o trauma. Las hemorragias internas, que pueden empezar de forma espontánea, sin causa aparente, si tardan en controlarse pueden dañar las articulaciones y los músculos, pudiendo llegar a ser más graves e invalidantes que las hemorragias que afloran al exterior, aunque éstas sean más llamativas.

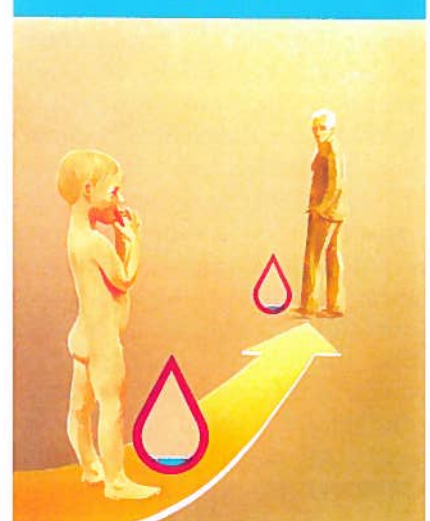
En la mayoría de los casos hay antecedentes hemofílicos conocidos en la familia, y los varones heredan la enfermedad de sus madres, aunque ellas, generalmente, ni la padecen ni saben que son portadoras. Los varones hemofílicos sí transmiten la enfermedad a sus hijas exclusivamente, las cuales no la pade-

cen, pero al ser portadoras la pueden transmitir al 50 por 100 de sus descendientes. La incidencia es aproximadamente de forma hereditaria en un 65 por 100 y por mutación de tipo genérico, es decir, sin antecedentes de la enfermedad en las familias, del 35 por 100. En general, uno de cada 1.500 nacidos nace con hemofilia.

El tratamiento de la hemofilia es a base de administrar continuamente el factor deficitario, a fin de alcanzar los niveles que permitan una buena coagulación de la sangre. Los concentrados de factores de la coagulación, se obtienen a partir del plasma de la sangre de los seres humanos. A pesar de no existir cura para la hemofilia, gracias a la moderna tecnología, existe un tratamiento correcto y eficaz.

FEDHEMO, la Federación Española de Hemofilia, nació en 1990 a raíz de la ya creada desde 1971 Asociación Española de

La Hemofilia es una enfermedad para toda la vida





Hemofilia, que tras ir recogiendo todas las aspiraciones de las asociaciones de hemofilia existentes en las distintas comunidades autónomas, se convirtió en la actual Federación.

Sus objetivos son variados pero están orientados a la mejora de la calidad de vida de todos los hemofílicos españoles. Se trata de promocionar y estimular servicios médicos para los afectados, facilitar al hemofílico la plena integración social llevada a cabo por su familia, la sociedad y por él mismo, y además se está intentando la creación de unidades de hemofilia en distintos centros a nivel nacional.

Enrique Martínez de Galinsoga Vega, actual secretario general de FEDHEMO, explica que "todas las gestiones se organizan, coordinan y realizan, desde la Secretaría General en colaboración con los distintos departamentos que componen el trabajo diario de la Federación".

"En la actualidad, ésta tiene su sede central en Madrid y está compuesta por 15 asociaciones y delegaciones de hemofilia, que atienden a los aproximadamente 2.300 hemofílicos del país. Los servicios son de distinta índole, atención social y laboral, con campañas de mentalización social, centros de formación permanente al afectado como "La charca", asesoramiento laboral y jurídico, etc. También se organizan todo tipo de actividades culturales, concursos, competiciones deportivas, albergues y convivencias, y otro tipo de actividades con fines científicos, congresos psicosociales, conferencias, cursos de autotratamiento para hemofílicos y familiares... todos destinados a la integración plena de los enfermos con el mínimo de secuelas" según afirma Enrique Martínez de Galinsoga.

De salvadores de vida a transmisores de muerte

En los quince últimos años ha habido grandes avances en la ciencia médica para el tratamiento de esta enfermedad, a través de la administración endovenosa de concentrados comerciales de coagulación de sangre humana. Sin embargo estos mismos medicamentos se han transformado de salvadores de vida en transmisores de muerte. Desgraciadamente, a muchos de los enfermos hemofílicos españoles, les ha sido transmitido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

A consecuencia de esta transmisión, nace la Real Fundación Victoria Eugenia, constituida el 14 de Febrero de 1989, muy rica en recursos humanos y con la intención de otorgar ayudas, subvenciones económicas y sociales y protección de la salud, intentando remediar las situaciones precarias de los enfermos de hemofilia afectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Así estas ayudas están destinadas a las familias de hemofílicos fallecidos por el SIDA, a los hemofílicos que lo desarrollen, a los infectados, a promocionar las investigaciones en hemofilia y el VIH y otras coagulopatías congénitas, a dotar becas de investigación sobre estas materias, y a promover la integración escolar, asistencial y laboral del hemofílico con VIH en la sociedad.

A raíz de esta masiva infección por el virus, la naturaleza del cuidado médico cambió drásticamente. El miedo y la tensión de los pacientes y familiares por el impacto de la epidemia hizo que muchos se negaran a someterse a tratamiento médico. "Esta fue una muy mala época para los hemofílicos, muchos padres se negaron a tra-

FICHA TÉCNICA

NOMBRE:

Federación Española de Hemofilia (FEDHEMO)

DIRECCIÓN:

Hospital La Paz.
Servicio de Donantes
Paseo de la Castellana, 261
28046 Madrid

TELÉFONO:

FEDHEMO 91/734 12 25

PUBLICACIONES:

Revista FEDHEMO

FICHA TÉCNICA

NOMBRE:

Real Fundación Victoria Eugenia

DIRECCIÓN:

Sinesio Delgado, 4
28029 Madrid

TELÉFONO:

Real Fundación
91/314 65 08
91/314 78 09

PUBLICACIONES:

Revista FEDHEMO

La misma probabilidad en cada embarazo



tar a sus hijos por miedo a la infección viral, y esto ha producido que nos encontremos con niños con problemas articulares (articulaciones anquilosadas). Pero hoy en día la infección viral es casi nula, y el tratamiento tiene seguridad al máximo" afirma Martínez de Galinsoga.

Asimismo la atención de los afectados de hemofilia, seropositivos o no, y sus familias, se realiza en dos contextos: en colaboración con el centro de hemofilia, del servicio de Hematología del hospital La Paz, y en la sede de la Real Fundación Victoria Eugenia, donde se atienden a las personas

que demandan atención psicológica.

La Real Fundación cuenta con la financiación principal de la Federación Española de Hemofilia, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los fondos que obtiene ésta de institutos públicos y privados, asociaciones, empresas o personas físicas.

La consecución de una vida totalmente normal para el hemofílico se constituye como fin último tanto de la Federación como de la Fundación, pues como sostiene Martínez de Galinsoga, "toda inversión en hemofilia, es recuperable para la sociedad".

CLASES DE HEMOFILIA

Existen tres tipos de hemofilia y varias enfermedades de coagulopatías congénitas:

Hemofilia "A" se caracteriza por la deficiencia del Factor VIII de la coagulación. Es la más frecuente, ya que representa, en general, el 85 por 100 de los casos censados tanto a nivel nacional como internacional.

Hemofilia "B" se caracteriza por la deficiencia del Factor IX de la coagulación, también conocida como la enfermedad de Christmas.

Hemofilia "C" más conocida como la enfermedad de Von Willebrand, se caracteriza por la deficiencia de varios factores de la coagulación.

CENSO DE AFECTADOS DE HEMOFILIA Y OTRAS COAGULOPATÍAS CONGÉNITAS

Afectados de hemofilia "A".....	2.172
Afectados de hemofilia "B"	339
Afectados de Von Willebrand	624
Otros déficits de Coagulación	210
Portadoras de hemofilia "A" y "B"	2.260

M^{ra} Dolores Calvo Sánchez

Abogada-visitadora del Insalud
Profesora asociada de la Universidad de Salamanca

REVELACIÓN

DEL SECRETO PROFESIONAL

El hombre gusta de su intimidad, pero la necesidad de acudir a otros para paliar sus deficiencias, como bien pudiera ser la enfermedad, hace que proteja sus intereses, a través de mecanismos garantes de sus derechos, así, el secreto profesional surge como imperante necesidad de preservar una

parcela de la persona, que debe ser reservada y que de vulnerarse, produciría un quebranto al interesado y/o a terceros (personas de buena fe con intereses legítimos).

Secreto es: "lo que cuidadosamente se tiene reservado y oculto". La cualificación del secreto como profesional y concretamente referido al ámbito sanitario, sería el deber que tienen los miembros de estas profesiones (médicos, diplomados universitarios en enfermería y auxiliares de enfermería), de no descubrir a otros, los hechos conocidos en el ejercicio de sus funciones.

La doctrina viene defendiendo mayoritariamente un concepto de secreto profesional médico, que bien pudiera ser asumido para el resto del colectivo sanitario, "la obligación debida a las confidencias que el médico recibe de sus clientes, como médico, realizadas con vista a obtener cualquier servicio de los que integran esta profesión", concepto emitido por el Prof. Gisbert Calabuig, válido desde un punto de vista obligacional, pero incompleto a nuestro juicio, al obviarse el secreto, como un derecho del paciente o cliente.

Así, se decantan autores como Bañón González cuando afirman "debe quedar claro, que el secreto profesional del médico es un derecho del enfermo y no una prerrogativa del médico".

Convenimos junto a Martí Mercadal cuando defiende que

"debe ser objeto de secreto no sólo la confidencia, aquello que el paciente dice al médico, sino cuanto el médico investiga, descubre o deduce, cuanto ve mientras está ejerciendo su arte". Quizás en este sentido, sea tan esencial el silencio de la enfermera y del auxiliar como el del médico, por el gran protagonis-



☞ **Porque una herida se venda, una injuria se perdona. Pero el que revela un secreto, no tiene esperanza** ☞

(Eclesiastés 27, 23 y 24)

El Auxiliar como colaborador de la enfermería, se ve vinculado junto a ella, no sólo en procurar la salud, sino en el deber jurídico de preservar el secreto profesional, hecho exigido a través de nuestra normativa vigente en el artículo 199.2 del nuevo Código Penal

mo que estos tienen, por el tiempo que dedican al paciente, máxime si éste se halla hospitalizado.

Parece bueno defender junto a Sanjuanbenito, que "desde un punto de vista del paciente, es

fundamental la seguridad de que los hechos de su vida que vaya a referir al médico, serán tratados con el más riguroso secreto y dentro de un clima de confidencialidad, de voluntario depósito en una determinada persona".

Por otra parte, Nuria Aguilera, con un exquisito pragmatismo describe la divulgación en el ámbito sanitario, como una práctica a la que pocos escapan, "...otra forma de menosprecio de los derechos del enfermo, es la frecuente actitud del personal sanitario de juzgar y comentar con otros miembros del personal lo que el enfermo les ha confiado o relatar, sin necesidad, lo que al enfermo le sucede".

Parece cierto que, aunque coincidimos en menospreciar esas conductas, suelen ser más frecuentes de lo que estamos dispuestos a reconocer, y que su erradicación depende en gran medida de la actitud que tomemos, todos los que conformamos el ámbito sanitario, ayudados en gran medida por el efecto coercitivo de la norma.

El Auxiliar como colaborador de la Enfermería, se ve vinculado junto a ella, no sólo en procurar la salud, sino en el deber jurídico de preservar el secreto profesional, hecho cierto y exigido a través de nuestra normativa vigente y más concretamente, a través del artículo 199.2 del nuevo Código Penal:

"El profesional que, con incumplimiento de sus obligaciones de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años".

Podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que el legislador sanciona duramente la revelación de la información que a través de la profesión hemos sabido y que estamos obligados ética y jurídicamente a guardar, quedando en manos de los jueces, profesores y sobre todo del propio profesional, asumir la importancia y relevancia del tema estudiado.



BENEFICIOS DE LA VITAMINA C EN CARDIOLOGÍA

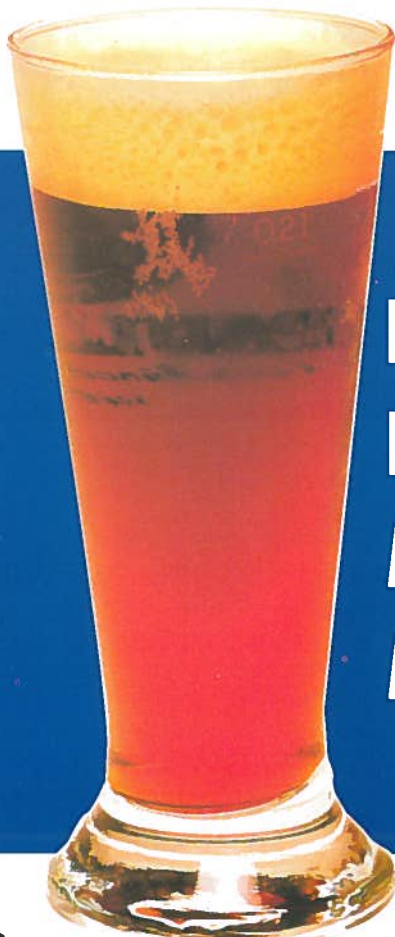
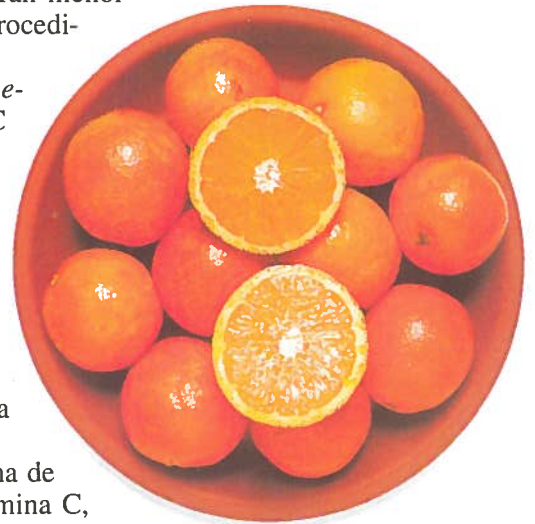
Aquellos enfermos con patología cardíaca, que se hayan sometido a la angioplastia, una dilatación coronaria mediante un cáterer, tendrán menor riesgo de sufrir complicaciones frecuentes debidas a este procedimiento, si ingieren al día 500 miligramos de vitamina C.

Según un estudio japonés publicado en el *Journal of American College of Cardiology*, el consumo diario de vitamina C en enfermos sometidos a una angioplastia y que son propensos a sufrir reestenosis coronaria disminuye en relación a otros pacientes que no ingieran esta vitamina.

En caso de confirmarse que se redujesen las complicaciones de las dilataciones coronarias, se habría realizado un importante avance en cardiología, ya que recientemente se ha incrementado el número de angioplastias en todo el mundo.

Además, una de las ventajas es que la vitamina C no tiene efectos secundarios, siempre que las cantidades ingeridas no sean superiores a los 1.000 miligramos diarios, sin contar su coste mínimo.

No obstante, no todos los expertos están seguros de que un problema de esta gravedad, se pueda reducir con algo tan simple como es la vitamina C, siendo más efectivo para estos pacientes la colocación de una malla metálica en el interior de la arteria.

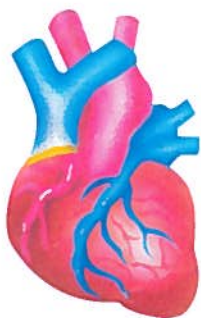


LAS INTOXICACIONES ETÍLICAS AFECTAN A LA MEMORIA

El reciente estudio sobre comportamiento, que publicó la revista *Molecular Psychiatry* ha llegado a la conclusión de que las personas que se excedan en el consumo de alcohol, pueden llegar a experimentar pequeñas lagunas en su memoria al día siguiente.

Este estudio, constituye una información novedosa de los efectos perturbadores del alcohol sobre las funciones cognitivas, ya que actúa bloqueando la capacidad del hipocampo, una estructura cerebral que se encarga de gober-

DISMINUYEN LOS RIESGOS DE INFARTO GRACIAS A IMPLANTES ELECTRÓNICOS



Las personas que padecen de taquicardia ventricular insostenible, propensas a sufrir ataques cardíacos y con daños significativos en el corazón, podrán reducir este riesgo mediante el uso de nuevos implantes electrónicos.

Según un estudio de cinco años publicado el mes pasado por el *New England Journal of Medicine*, gracias al uso de fibrilizadores en miniatura, que implantados en los pacientes sueltan descargas eléctricas para reactivar el ritmo cardíaco, se podrá reducir la tasa de mortalidad de estos enfermos en casi un 50 por ciento.

Estos aparatos, los cuales se ponen en marcha en cuanto de-

tectan un ritmo cardíaco anormal, han sido respaldados por la Administración Federal de Alimentos, sin embargo se ha criticado su alto coste y la manera de promocionar el aparato garantizándose como una alternativa mucho más eficaz a cualquier otro tratamiento. El coste medio de implantar uno de estos aparatos a un paciente con alguna lesión cardíaca, es aproximadamente superior a los ocho millones de pesetas.

No obstante, este tipo de enfermedad se cobra más de un 30 por ciento de personas, dos años después de haber sufrido una primera lesión cardíaca, por lo que el número de víctimas se reduciría considerablemente.

NUEVO FÁRMACO CONTRA UN TIPO DE DIABETES

La Agencia de Alimentos y Medicinas (FDA) estadounidense, adoptó el pasado mes de diciembre, la resolución de aprobar por el trámite de urgencia, la puesta en el mercado de un nuevo fármaco contra la diabetes (*Rizulín*), que disminuiría e incluso haría desaparecer las inyecciones de insulina de los diabéticos. Sin embargo, lo que no especificaron correctamente, fue que en caso de ser útil, serviría tan sólo a un pequeño porcentaje de diabéticos Tipo II, los adultos. La noticia provocó falsas expectativas entre los diabéticos jóvenes que padecen esta enfermedad y que carecen de producción pancreática de insulina. De momento, la acción del *Rizulín* parece efectiva entre el gran porcentaje (casi un 95%) de enfermos de diabetes del tipo II.

El problema de este tipo de diabéticos no es la falta de insulina, sino por el contrario, la resistencia de las células a la acción de las hormonas. Este nuevo fármaco actúa reconduciendo dicha resistencia, de forma que la hormona que circule por el plasma pueda actuar allí donde sea imprescindible. Son la obesidad y la falta de ejercicio, junto a los factores genéticos los determinantes que predisponen a padecer esta enfermedad, que por lo que respecta, ya ha encontrado un fármaco eficaz para combatirla.

nar la memoria y la orientación espacial y temporal.

Este efecto que provoca el alcohol en el cerebro ocurre cuanto mayor es la ingestión etílica. El estudio recomienda que sea moderado, pues incluso las dosis más pequeñas interfieren en el funcionamiento del hipocampo.

De momento se han realizado estudios en un grupo de ratas a las que se les administró una cantidad moderada de alcohol, equivalente a la que una persona ingeriría en tres o cuatro bebidas, y los resultados fueron los descritos.

**PRINCIPALES CONCLUSIONES DE UN ESTUDIO
SOBRE BACTERIEMIAS EN ESPAÑA** **SEPSIS DATA**

EL 57% DE LAS BACTERIEMIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SE ADQUIRIERON FUERA DE ÉL



Las bacteriemias representan una de las infecciones hospitalarias más frecuentes que provocan directamente un aumento no sólo de la mortalidad, sino también de salud. La mayor parte de las bacteriemias atendidas en el hospital se adquirieron fuera de él (57%). Procesos como neumonías y cuadros de infección urinaria contribuyeron a desarrollar la mayor parte de las bacterias, según se desprende de un estudio desarrollado en España sobre bacteriemias, presentado recientemente en Madrid.

Este estudio denominado SEPSIS DATA ha sido elaborado por el Grupo de Estudio de Infección Hospitalaria (SEIMC) con la colaboración de Glaxo Wellcome, con el objeto de dotar a los servicios sanitarios de una herramienta útil que permita mejorar la calidad asistencial del paciente. Su principal aportación es ahondar en el conocimiento de la bacteriemia. Para ello, se obtuvieron tres tipos de datos. Unos hacen referencia a la filiación del proceso clínico, otros de

tipo microbiológico y los terceros evolutivos. El aspecto más interesante es el relacionado con la distinta participación de los distintos microorganismos y cómo, dependiendo de la presencia de un tipo u otro, el aspecto evolutivo puede cambiar, como es el caso de las bacteriemias asociadas a *Pseudomona* y *Candida* que sistemáticamente comportan un aumento de la mortalidad.

Este estudio y los posteriores que se realicen permitirán, por un lado, conocer cuál es la evo-



R. N.

lución de este cuadro generalmente grave en relación a los muchos parámetros estudiados y, por otro, conocer las variaciones que coincidan en un posible cambio sobre el agente causal, lo que constituye la mayor contribución de este estudio a la comunidad.

El programa se repartió en 110 hospitales de toda España y se recibieron 4.143 casos de procesos bacteriémicos, de los que el 62% provenían de las áreas de Medicina, siendo un proceso más

frecuente en el hombre (60%) que en la mujer.

La estancia previa en el hospital se considera, asimismo, otro de los factores que intervienen en la frecuencia de aparición de las bacteriemias. En el estudio global, éstas se presentaban tras una media de nueve días de estancia hospitalaria, pero el 72% de los casos lo hacían en estancias inferiores a una semana. Esto se puede interpretar, según Cisterna, en que una parte de las bacteriemias se adquieren antes del ingreso en el hospital y que otras se presentan tras estancias muy prolongadas en el centro.

Las condiciones que con mayor frecuencia se presentaban en estos pacientes son las que aparecen reflejadas en varios estudios a nivel internacional. La presencia del catéter y la administración de antibióticos 48 horas antes de la aparición del cuadro, representaban las manifestaciones más frecuentes asociadas a la bacteriemia (44 y 27% respectivamente).

La manifestación sin foco de procedencia se observó en el 15% de los casos, siendo el resto bacteriemias asociadas a focos de infección de los que los más frecuentes fueron la infección urinaria y la respiratoria.

En cuanto a etiología del proceso, la búsqueda e identificación del agente causal fue imposible en el 82% de los casos, comprobando que en la mayoría de las ocasiones, el agente causal era único (93,5%) y sólo en el 5,3% los microorganismos identificados fueron dos. En menos de 48 horas fue posible la identificación microbiológica del cuadro. Existe un ligero aumento de los microorganismos gram positivos (47,6%) sobre los gram negativos (47,8%) constatando la presencia de hongos en el 3% de los casos. Estos datos revelan un comportamiento muy parecido a otras series del mundo, si bien el

porcentaje referido a hongos es inferior.

E. Coli sigue siendo la bacteria responsable del mayor número de bacteriemias (22,3%), siguiéndole *S. Aureus* y *S. Epidermis*, lo que refleja junto con la importante participación de enterococos y neumococos, el considerable avance que los gram positivos tienen en el desarrollo de las bacteriemias. No obstante, ha de prestarse una gran atención al hecho de que *P. Aeruginosa* y *K. Pneumoniae* siguen siendo un importante patógeno responsable de bacteriemias, fenómeno que debe tenerse en consideración por las importantes consecuencias derivadas de su peor pronóstico.

En cuanto a la evolución del proceso, los datos obtenidos reflejan la buena práctica asistencial de la bacteriemia, puesto que antes de las 12 horas de comenzar el cuadro clínico todos los pacientes estaban recibiendo antibióticos a los que el microorganismo responsable de la bacteriemia era sensible. Por lo tanto, la pronta administración del antibiótico en estos casos es un dato que merece la pena ser destacado. En el 41% de los casos se administró un sólo antibiótico y en un 33% se utilizaron dos antibióticos para cubrir el agente responsable del proceso. La duración media se estimó en 10,54 días. La mayor parte de los pacientes recibieron antibióticos betalactámicos, seguidos por antibióticos aminoglicósidos, quinolonas y glicopéptidos, que en general se corresponden con los agentes infecciosos responsables de las bacteremias.

En el 60% de los casos no se apreció ninguna complicación y cerca del 10% evolucionaron con shock séptico, complicación frecuente en algunos tipos de bacteriemias. La mortalidad general del proceso se estimó en un 20%.

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.



BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A *NOSOCOMIO*

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE

DIRECCIÓN POBLACIÓN

PROVINCIA C.P. TELÉFONO D.N.I.

DATOS BANCARIOS (*Cumplimentar sólo no afiliados*)

Muy Sres. míos:

Ruego a ustedes que en lo sucesivo y, hasta nueva orden, hagan efectivos los recibos que presente la Fundación de Auxiliares de Enfermería en concepto de suscripción a *NOSOCOMIO*.

APELLIDOS Y NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

TITULAR DE LA CUENTA

BANCO CAJA DE AHORROS

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

DIRECCIÓN

POBLACIÓN 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

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

- NO AFILIADOS
- AFILIADOS

SIDA

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Margarita Abas Vila
Auxiliar de Enfermería

INTRODUCCIÓN

Hasta no hace mucho, eran sólo cinco las enfermedades que se consideraban transmitidas sexualmente; en la actualidad, ya son cerca de 30, entre otras cosas porque las técnicas de diagnóstico microbiológico se han perfeccionado extraordinariamente. Las ETS, o enfermedades de transmisión sexual, incluyen infecciones producidas por gérmenes tan variados como las bacterias, los virus, los hongos, los protozoos e incluso los artrópodos. La última en añadirse a la lista es la tristemente conocida SIDA.

La prevención es el único medio de lucha contra la propagación del SIDA: siendo varias las estrategias preventivas, (según sea la forma de transmisión).

Esta enfermedad va ligada al comportamiento sexual y al uso compartido de agujas y jeringas. Sólo un cambio en estos comportamientos puede proteger y limitar la enfermedad, en espera de un tratamiento y una vacuna.

La administración de AZT, el medicamento antiviral más utilizado actualmente, a las madres gestantes infectadas reduce el riesgo de infección en el recién nacido. La mayoría de los casos de SIDA infantil se da en recién nacidos gestados por madres infectadas.

La OMS ha puesto en marcha un programa global contra el SIDA y pretende estimular a cada país para

que elabore su propio plan nacional, adaptado a sus necesidades específicas y con tres objetivos bien definidos y básicos: impedir la aparición de nuevas infecciones, aportar cuidado y apoyo a los ya infectados y coordinar los esfuerzos para luchar contra esta enfermedad infecciosa producida por un virus que destruye las defensas del organismo.

(VIH) VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

El SIDA es ocasionado por un virus perteneciente a la familia de los retrovirus; éstos se caracterizan porque poseen una hélice de RNA (ácido ribonucleico) donde porta su material genético; consta de un núcleo, un cápside que lo rodea y una envoltura que cubre el cápside. Tiene un tamaño que oscila entre los 80 y los 100 nm de diámetro.

El virus responsable del SIDA ha sido denominado "virus de la inmunodeficiencia humana" (VIH). Este virus, una vez dentro del organismo, ataca a una variedad de leucocitos que son los linfocitos T (timodependientes), llamados así porque es en el timo donde adquieren la capacidad de reaccionar frente a los antígenos. Estos linfocitos intervienen, desempeñando un papel muy importante en las defensas inmunitarias del organismo, por tanto, al actuar el virus infectando y destruyendo los linfocitos T provoca un estado de inmuno-

deficiencia adquirida en el individuo afectado, que le hace vulnerable a una serie de enfermedades, como infecciones oportunistas por hongos o virus.

El VIH se ha aislado a partir de: sangre, semen, saliva, lágrimas, leche materna, orina, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo y es probable que pueda ser aislado en otros fluidos orgánicos.

El mecanismo de transmisión es semejante al del virus B de la hepatitis, pudiéndose transmitir por:

— Sangre o tejidos contaminados: drogadictos que intercambian agujas y jeringuillas, transfusión de sangre y hemoderivados, transplantes de órganos, inseminación artificial, pinchazos accidentales, etc.

— A través de relaciones tanto homo como heterosexuales.

— Por transmisión vertical de madre infectada a hijo, durante el embarazo, el parto, en el período perinatal o la lactancia materna.

Tras una larga investigación sobre el efecto causal del SIDA, el 22 de mayo de 1986, el comité de taxonomía de los virus, decidió denominar al nuevo virus como (VIH).

CARACTERÍSTICAS DEL SIDA

El SIDA, (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), es la fase avanzada de una enfermedad infectocontagiosa crónica, cuyo agente etiológico es un retrovirus, conocido

como VIH, del que se conocen varios subtipos: VIH-1 y VIH-2.

El reservorio del virus es exclusivamente humano. Aunque se ha identificado un retrovirus con características antagónicas y biológicas similares en algunos primates africanos, no se ha demostrado su capacidad de infectar al hombre.

Desde que se produce la infección vírica hasta que comienzan los síntomas pueden transcurrir meses o años. Desde que se comenzó el estudio del SIDA hasta ahora, sólo aproximadamente un tercio de las personas infectadas por el virus VIH desarrollaron el síndrome; se desconoce si los dos tercios restantes llegarán a padecer el SIDA en algún momento de su vida o por el contrario permanecerán asintomáticos.

No hay síntomas bien definidos que identifiquen la enfermedad, pero muchos enfermos que padecen SIDA presentan: fiebre, malestar, anorexia, pérdida de peso, diarrea persistente, tos seca, adenopatías generalizadas o localizadas y aparición de manchas blancas en la boca (candidiasis oral). Estos síntomas o signos pueden durar varios meses hasta que aparece una sintomatología más severa. Presentando los enfermos infecciones por gérmenes oportunistas, que a veces puede ser la primera manifestación de la enfermedad. Estas enfermedades pueden ser producidas por: bacterias, virus, hongos (*Candida albicans*, protozoos ...).

El VIH causa un proceso continuo, que ocasiona un deterioro de la función inmune, especialmente de los linfocitos TH₄ del SNC, que conduce, después de la frecuente aparición de un síndrome linfadenopático o de un complejo relacionado con el SIDA, originados muy posiblemente por la asociación de infecciones víricas, a una fase en la que el deterioro de la función inmune es tan intenso que aparecen un conjunto de procesos causados por microorganismos, la mayoría de ellos oportunistas, y/o sín-

dromes encefalopáticos, que llevan a la muerte indefectible si antes no se ha descubierto un medicamento eficaz. Se calcula que cada año se enferman entre 2-15% de los infectados.

La enfermedad del SIDA presenta las siguientes etapas evolutivas:

1. Etapa de contagio o infección retrovítica. Hacia las 2-3 semanas después del contagio aparece en una proporción amplia de pacientes un cuadro clínico más común: es el de una mononucleosis infecciosa. Se trata de una fiebre de tres días a tres semanas de duración, que aparece súbitamente con sudoración, artralgias, mialgias, somnolencia, malestar general, anorexia, cefalea, frecuentes náuseas y vómitos, y menos veces diarrea. Durante este tiempo se puede aislar el virus en la sangre y, en el caso en que haya alteraciones en el SNC, en el LCR.

2. Etapa asintomática o fase de latencia. Después de la infección aguda con cuadro inicial o sin él se produce la seroconversión, que puede prolongarse muchos años sin síntomas. El virus está presente en los linfocitos y en las demás células diana, pudiéndose aislar con tanta más facilidad, cuanto más cerca del contagio se haga el análisis. La seroconversión tiene lugar de 15-56 días después del cuadro inicial o de 8-12 semanas después del contagio.

3. SIDA constituido. El SIDA es la fase final de la infección por el VIH, en la que los trastornos inmunarios han llegado a tal extremo que el paciente no sólo padecerá más infecciones de las que afectan a personas sanas, sino que un enorme número de agentes que ocasionarían infecciones, si las defensas naturales no existieran, ahora tienen la ocasión de hacerlo. Igualmente aparecen tumores debido a la disminución de la vigilancia inmunológica. El virus puede causar, además, otros cuadros, especialmente en el SNC.

No se dispone de datos de seguimiento suficientemente amplios como para poder establecer la duración del lapso entre el contagio y la aparición del SIDA. Indudablemente es muy variable y depende verosímilmente de la cantidad de virus ingresados en el contagio y sobre todo de las infecciones concurrentes que se vayan presentando. En el estado actual de los conocimientos parece establecido que prácticamente todos los infectados sufrirán SIDA y morirán si no se produce el probable descubrimiento de un antivírico eficaz antes de que haya ocurrido el contagio.

El diagnóstico se basa en la fase asintomática, en la demostración de la presencia de anticuerpos contra los diferentes antígenos virales con pruebas de confirmación mediante aislamiento y cultivo del VIH. La clínica, en las fases sintomáticas, es inconfundible. Existen diversos métodos para la detección de los anticuerpos anti VIH: ELISA, IFI (inmunofluorescencia indirecta), RIPA (radioinmunoprecipitación), Westernblot, etc. El más utilizado para la detección selectiva de casos, es el ELISA por su simplicidad y rapidez de acción.

EPIDEMIOLOGÍA

El hombre se infecta tanto más cantidad de virus contenga su sangre. Esto ocurre al comienzo de la infección, pues, cuando hay clínica del SIDA existen pocas células diana en las que el virus se pueda reproducir.

La inmensa mayoría de los seropositivos son ignorados hasta por ellos mismos y, por tanto, actúan como portadores. Actualmente hay en el mundo entre 5 y 10 millones de portadores, (según datos obtenidos en 1989) y esta cifra va en aumento.

El primer caso oficial en España fue diagnosticado en el último trimestre de 1981 en un homosexual y, el segundo, en 1982, en que se diagnosticó el primer caso en drogadictos.

Es importantísima la vigilancia epidemiológica que se determina mediante la investigación de los anticuerpos por las diferentes técnicas disponibles, pero cabe la posibilidad teórica de que una persona seropositiva no contuviera el virus, por haber desaparecido éste antes de que hayan tenido tiempo de hacerlo los anticuerpos. Más importante es saber que el contagio se puede producir en el llamado período ventana, durante el cual hay virus en la sangre y los anticuerpos aún no se han formado. La transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana se realiza a partir de la sangre, en la que se encuentran los linfocitos T4 y monocitos infectados y en menor cantidad en forma libre. A partir de la sangre, el virus libre, o bien dentro de los linfocitos, puede pasar a otros líquidos orgánicos, que tienen diversa importancia en la transmisión.

Se ha demostrado que el virus injertado en el genoma de la célula huésped puede permanecer en estado silente o mudo durante toda la vida de la célula, sin reproducirse ni expresar sus antígenos, de modo que no estimule el sistema inmunitario. Cuando las células se activan, bien por nitrogénos o bien en vivo, por la introducción de antígenos, que pueden ser reconocidos precisamente por las células infectadas, al mismo tiempo que se divide el linfocito lo hace el VIH. La liberación de los nuevos virus conduce a la infección de nuevas células diana, aumentando así el espectro de antígenos capaces de activar alguno de los linfocitos con el provirus. Los demás linfocitos, infectados, pero no activados, portan una o varias copias del VIH de modo silente, hasta que nuevos estímulos antigénicos expresen el VIH en su interior.

SITUACIÓN ACTUAL DEL SIDA

La OMS estima que hasta 1993 se habrían producido alrededor de 3.500.000 casos de SIDA en adul-

tos y casi 1.000.000 en niños menores de 13 años, y que el número total de infecciones por el VIH sería en la misma fecha de alrededor de 20 millones. Por otro lado, según diversas estimaciones, el número de personas infectadas en el año 2.000 podría superar los 80 millones.

En España, hasta septiembre de 1993 se habían identificado 20.398 casos de SIDA en adultos y 525 casos pediátricos, siendo el país europeo con la mayor tasa de incidencia de la enfermedad. Por otro lado, aunque sólo el 17,8% de todos los casos adultos declarados eran mujeres, este porcentaje ha ido aumentando constantemente en los últimos años. El SIDA en nuestro medio, precisamente por sus formas de transmisión, es una enfermedad característica de la población joven de las áreas urbanas, de forma que el 72,4% de los pacientes adultos se han diagnosticado entre 20 y 39 años de edad.

El pasado 8 de julio de 1996 se inauguró la undécima edición de la conferencia internacional sobre el SIDA que tuvo lugar en Vancouver (CANADÁ).

El director del programa de SIDA de Naciones Unidas, (Peter Piot), hizo un llamamiento al sector público y al privado en todo el mundo para que aúnen sus esfuerzos para encontrar nuevas formas de prevención. A menos que se reduzca esta epidemia a niveles más seguros, todo el mundo, en cualquier parte de la Tierra, seguirá viviendo un riesgo inaceptable. El doctor Piot subrayó la ironía que significa con 21 millones de personas infectadas por el virus o con el SIDA que muchos políticos e individuos, incluyendo médicos, sigan negando la importancia de esta epidemia.

En esta conferencia también se destacó que la prevención es la única medida de protección contra el SIDA aunque actualmente se

esté investigando sobre posibles combinaciones farmacológicas que detengan la enfermedad.

EL PERSONAL SANITARIO

El personal asistencial deberá seguir unas normas como estas que incluimos, dadas por la OMS, en 1987:

— Los objetos agudos (agujas, hojas de bisturí y otros instrumentos) deben considerarse como potencialmente infectantes.

— Debe tenerse extraordinario cuidado en evitar el contagio de las lesiones de piel abierta del personal sanitario con material (especialmente sangre) procedente de pacientes infectados con el VIH.

— La sangre y otras muestras de pacientes que se sabe o se sospecha que están infectadas por VIH deben etiquetarse con una advertencia especial.

— Las salpicaduras de sangre deberán limpiarse rápidamente con una solución desinfectante.

— Se utilizarán agujas y jeringas desechables.

— Generalmente no es necesario el aislamiento de los enfermos en habitaciones individuales, aunque en la medida de lo posible, es recomendable para los pacientes con superinfección, que presenten diarrea, incontinencia fecal, hemorragia incontrolada o conducta alterada.

Para evitar tener que efectuar la reanimación boca a boca, deben tenerse a mano y dispuestos para su uso inmediato pinzas bucales, bolsas de reanimación y otros aparatos de respiración.

Para el personal de laboratorio las normas a seguir serán aún más estrictas.

Las normas generalizadas para evitar el contagio ya son por todos sabidas, como el extremar las medidas siempre que nos pongamos en contacto con fluidos, mucosa y heridas de una persona.

EL PARTO PATOLÓGICO

M^{ra} Ángeles Díaz Pendón
Manuel Murillo Álvarez
Serafín Pintor Román

Auxiliares de Enfermería
Hospital Comarcal de la Axarquía

Con el siguiente trabajo hemos querido reflejar de una forma clara y escueta las anomalías que se producen en el parto. Para ello el trabajo está estructurado en tres puntos que creemos son importantes, el primer punto explica las anomalías en la duración del parto, que va desde el parto demasiado breve hasta el parto prolongado o detenido, seguido de las presentaciones patológicas en el curso del parto, es decir, la posición en la que se puede presentar el feto, terminando con las lesiones que se producen en el parto, aquí nos centramos principalmente en las lesiones cerebrales, ya que creemos son las que producen la mayoría de las deficiencias mentales, y las que peor pronóstico tienen para el feto, por ello es importante tomar todas las precauciones necesarias a la hora del parto y llevar un seguimiento del mismo lo más riguroso posible, para así evitar que se produzcan algún tipo de anomalías.

INTRODUCCIÓN

El parto patológico está asociado, ya sea directamente por el proceso del parto ya sea indirectamente por las intervenciones eventuales necesarias, con un riesgo claro tanto para la madre como para el feto.

1. ANOMALÍAS EN LA DURACIÓN DEL PARTO

A) Parto demasiado breve

Se habla de parto breve o rápido cuando la duración total del mismo, es decir el período de dilatación y el período de expulsión y alumbramiento, duran menos de tres horas.

Las causas del parto rápido son una resistencia de las partes blandas anormalmente escasa o bien una actividad contráctil del útero extremadamente intensa.

El parto anormalmente corto o breve, implica peligros tanto para la madre como para el feto. En la madre se producen extensos desgarros de la vagina y el perineo, hematomas y hemorragias secundarias, que pueden ser muy intensas y graves. En el feto los riesgos más destacados provienen de la posible anoxia en el curso de una actividad contráctil

uterina excesivamente intensa, o bien lesiones traumáticas del cerebro por falta de adaptación en los canales de la mujer.

Tratamiento. Cuando por la anamnesis sea conocida la tendencia a los partos precipitados, se hospitalizará a la paciente lo antes posible, preferentemente al observar los síntomas prodrómicos o bien cuando aparezcan las contracciones previas.

Se puede aplicar una infusión, intravenosa de oxitocina o una narcosis por inhalación (éter) para frenar la actividad uterina. En cambio, es erróneo y peligroso para el feto, querer contener violentamente la cabeza en el periodo de expulsión. Después de todo parto anormalmente rápido debe revisarse el conducto, en busca de lesiones.

B) Parto prolongado y parto detenido

No existe una noción estricta de cuando el curso del parto es anormalmente prolongado. Unos hablan de 18 a 48 horas para el comienzo del parto prolongado. Otros hablan de una prolongación ligera en la duración de unas 18 a 24 horas y, de una prolongación más considerable, cuando dura más de 24 horas.

La detención del parto es la forma extrema de retraso en el parto y puede producirse en cual-

quier fase del parto, después de un curso inicial normal o bien retardado.

Las causas pueden ser de naturaleza mecánica o funcional. Entre las primeras se distinguen las de carácter materno y fetal. También existe la posibilidad de combinación de ambos factores.

Entre las causas mecánicas están, las distocias por estrechez pelviana, distocias por alteración de las partes blandas maternas (retrasos por anomalías o enfermedades en los órganos genitales o de sus alrededores).

Entre las causas funcionales del parto citaremos los trastornos de las contracciones uterinas y una mayor resistencia a la distensión del cuello, entre otras.

Los trastornos del curso del parto pueden ser, también, consecuencias del tamaño excesivo del feto o de partes aisladas del mismo, de malformaciones o de anomalías de la presentación, posición y encaramiento fetales.

Tratamiento. El peligro para el feto aumenta cuando se prolonga el parto más allá de las 20 a 24 horas. La morbilidad aumenta en relación con la duración del parto y las medidas terapéuticas.

La conducción del parto, por tanto, exige una actuación inmediata pero una intervención precipitada puede llegar a ser más peligrosa que la espera.

El tratamiento estará determinado por las causas que han conducido al retraso o a la detención del parto y por el estado de la madre y del feto. Cuando el parto no se acerca a su término tras 16-18 horas de duración debe revisarse toda la situación. Tiene gran importancia la influencia psíquica (las palabras de consuelo, el estado de relajación de la madre, etc.). Se administrarán sedantes y analgésicos, así como cuidados generales. El

efecto psicológico de un parto prolongado, difícil y agotador es pernicioso para la madre. Para algunas mujeres esta vivencia, representa un trauma psíquico tal, que después permanecen voluntariamente estériles.

2. PRESENTACIONES PATOLÓGICAS EN EL CURSO DEL PARTO

La presentación normal en el parto es cabeza abajo, porque, entre otras muchas razones, la forma del útero es la que más se adapta a esa forma de presentación.

Pero, en ocasiones, el feto puede presentarse de otra forma, en otra posición. La situación normal es longitudinal, pero cuando es transversal, el parto no puede consumarse, ya que es de imposible evolución, salvo en casos muy excepcionales.

Dentro de las presentaciones hay varias formas, entre ellas podemos distinguir:

Presentación de vértice

Cuando la parte más baja que se presenta es la cabeza, pero sin la flexión normal, apareciendo la fontanela menor o lambda se denomina presentación de vértice.

Presentación de sincipucio

Se denomina así la presentación cefálica, pero con la cabeza sin flexionar, presentándose esté la sutura sincipial (la que une los dos huesos parietales entre sí). Es decir, se presenta la cabeza en su zona a media.

Presentación de frente

Siguiendo esta escala de presentaciones anormales, y tanto

más cuanto más deflexionada esté la cabeza, nos encontramos con la presentación de frente, en que la parte que conduce o se presenta es la frente en su sutura metópica o mediofrontal.

Presentación de cara

Ocurre cuando la cabeza está aún más deflexionada y se presenta la cara. También se conoce a esta presentación como presentación mentoniana.

Presentación de nalgas simple

Esta presentación pertenece ya a las variedades de presentaciones podálicas, se denomina de nalgas simple cuando la parte más inferior, o que tira del resto del feto, es la constituida por ambas nalgas, hallándose dirigidos los miembros inferiores hacia arriba.

Presentación de nalgas y pies

Cuando las extremidades inferiores se hallan flexionadas por las rodillas, pueden presentarse las nalgas y los pies simultáneamente. Puede ser completa o incompleta, según se presenten ambos pies o sólo uno de ellos.

Presentación de pies simple

Puede ocurrir que lo que se presenta sean los pies, en cuyo caso puede ser completa o incompleta, según sea uno sólo o ambos.

3. LESIONES EN EL PARTO

Para algunos autores ya el parto natural es una agresión brutal a la vida del niño, a la que sobrevive generalmente, pero casi siempre hay daño cerebral.

Para otros autores, por el contrario, la resistencia del sistema nervioso central es casi ilimitada.

En el curso del parto pueden presentarse lesiones del sistema nervioso central, como consecuencia del llamado "trauma obstétrico", que es una de las etiologías más debatidas, a pesar de que se viene estudiando desde hace muchos años.

Al hablar de trauma obstétrico puede hacer recaer toda la responsabilidad sobre el médico o la comadrona cuando hay algún problema posterior o anterior. El diagnóstico de la causa que provoca el síndrome es muy discutible, en ocasiones será, efectivamente, el parto el causante del mismo pero en otras puede no estar tan claro. El parto es, en efecto, una situación en la que el feto pasa de encontrarse en una situación de máxima seguridad en un medio líquido y protegido, a tener que poner en funcionamiento una serie de mecanismos propios, que, cuando menos, le producirán incomodidades. El paso por el canal del parto le somete a presiones y puede producirle daños. Por ello hay quien observa que el primer llanto del niño es "un grito de protesta".

Sin embargo, es evidente, que hay casos en los que el niño sufre un daño cerebral en el nacimiento y, por razones psicológicas es mejor hablar de lesiones en el parto más que de trauma obstétrico.

Los niños estadísticamente más expuestos a lesiones en el parto son los de primíparas y los de multíparas cuando se trata de embarazos posteriores al cuarto, los niños procedentes de madres que pertenecen a grupos económicos desfavorecidos, los procedentes de partos rápidos o prolongados, o bien, los que al nacer tienen un peso escaso o demasiado alto.

Teniendo en cuenta todas estas circunstancias, la prevención debe constituir en:

- Detección previa de madres en riesgo.
- Cuidados durante el embarazo.
- Asistencia obstétrica experta y cuidadosa.

3.1. Lesiones cerebrales

En la mayoría de los casos la causa del sufrimiento y de las anomalías posteriores está en la desproporción entre la cabeza del niño y el canal del parto. Cuando se emplean medios como los fórceps o el extractar de vacío se pueden ocasionar lesiones añadidas, si no se emplean adecuadamente.

En los partos traumáticos se encuentran huellas externas que consisten, por ejemplo, en las señales de fórceps o ventosa, hematomas de las partes blandas, desprendimiento y desgarro de la piel, hemorragias del oído o de la nariz, parálisis facial, fracturas craneanas, etc.

3.1.1. Hematoma subdural de la fosa craneana anterior

Puede producirse por diversas causas pero, en el recién nacido, el primer lugar lo ocupan las lesiones del parto. Se produce con mayor frecuencia en los niños grandes, tras un parto de presentación pélvica o tras partos en los que fue necesaria la aplicación de fórceps.

En el tratamiento se han empleado como terapia, punciones de las fontanelas durante dos o tres semanas para intentar el vaciamiento del derrame subdural. El pronóstico, si el niño no es operado, es fatal puesto que primero aparecerán lesiones psicomotoras permanentes y progresivas que acabarán con la vida del niño.

3.1.2. Hematoma subdural de la fosa posterior

La causa es siempre traumática. Se ha descrito tras las pre-

sentaciones de nalgas y tras la aplicación de fórceps. Al contrario que en el caso anterior, la evolución es muy aguda, con manifestaciones de hipertensión craneana, espasticidad y finalmente rigidez descerebrada. Si los niños viven algunos días, se notará el rápido crecimiento anormal de la cabeza, el tratamiento rápido evitará la muerte, aunque, en algunos casos ya operados, se puede desarrollar, con posterioridad, una hidrocefalia y, en otros, pueden quedar permanentemente lesionados.

3.1.3. Hemorragias

La hemorragia natal o posnatal, puede estar producida por una diátesis hemorrágica.

Las principales causas son:

- Trombocitopenia.
- Déficit de vitamina K.
- Incapacidad transitoria del hígado para elaborar factores de coagulación a causa de inmadurez, infección o hipoxia.
- Coagulopatías condicionadas genéticamente.

3.1.4. La asfixia neonatal

La asfixia neonatal, o anoxia (falta de oxígeno), puede ocurrir en el útero o después del nacimiento. Es la alteración que, estadísticamente, ocasiona el mayor número de alteraciones y deficiencias mentales y físicas. Las causas que pueden conducir a esta situación son:

- Graves enfermedades de la madre de origen cardíaco, circulatorio o pulmonares.
- Anomalías de la placenta o desprendimiento precoz de ésta.
- Complicaciones del cordón umbilical.
- Presentaciones anormales.
- Anemias.
- Contracciones uterinas prolongadas o excesivamente frecuentes.



Todo esto en cuanto a la asfixia que se puede producir antes del parto, es decir, en el útero. En cuanto al período posterior de salida del niño del canal del parto, se pueden distinguir las siguientes:

- Oclusión de las vías respiratorias.
- Insuficiencia cardíaca o respiratoria.
- Parálisis respiratoria central.

Concentrándonos en la asfixia neonatal, propiamente dicha, debemos considerar que ésta es debida a la adaptación incompleta de la respiración a las nuevas condiciones extrauterinas. Puede ocurrir cualquier grado de asfixia, desde el más leve (sin consecuencias), hasta el fallo completo de la respiración que sería incompatible con la vida.

La acidosis respiratoria presente en el nacimiento puede empeorar rápidamente instaurándose una acidez láctica debida a la hipoxia. El tejido cerebral, el más notable y delicado de todos, inadecuadamente irrigado y oxigenado, se afectará en grado variable, según sea la alteración, comenzando por las regiones con desarrollo más avanzado.

El recién nacido debe hacer movimientos respiratorios efectivos durante el primer minuto o, todo lo más tarde, durante el segundo minuto después del nacimiento, pues de no ser así habrá deterioro del tejido nervioso.

Diversos métodos han hecho posible comprobar el estado del niño durante los primeros minutos después del parto, en especial, la efectividad de la adaptación cardiorespiratoria. En caso de asfixia y paro cardíaco hay procedimientos de reanimación, pero, en todo caso, habrá que esperar alteraciones o complicaciones más específicas que serán:

- De naturaleza general. (Hemorragias, trastornos metabólicos, shock cardiocirculatorio, infecciones, escasas defensas, etc.).

- De naturaleza respiratoria. (Lesiones laringeas, neumotorax, neumomediastino, etc.).

- Complicaciones del sistema nervioso central. (Secuelas neurológicas permanentes).

El niño reanimado o "resucitado", entra en la categoría de alto riesgo y debe ser meticulosamente observado durante las primeras cuatro a seis horas después del parto para permitir la

detección precoz de anomalías y saber si son posibles su corrección o tratamiento.

Si el niño sobrevive se plantea la cuestión de las posibilidades de desarrollo psicomotor posterior. Las estadísticas de los distintos autores no concuerdan, ya que se trata de un problema extraordinariamente complejo. En este período de recién nacido los síntomas neurológicos tales como hiperexcitabilidad, rigidez, apatía, hipotonía, tienen determinadas significaciones. El estudio de los reflejos y la práctica de un E.E.G. pueden proporcionar indicaciones sobre el pronóstico.

Al ser esta la causa de la mayoría de las deficiencias mentales, toda precaución a la hora del parto estará bien tomada. Es importantísimo que se esté en un buen hospital y atendida por profesionales de confianza. Los análisis al neonato durante los primeros días de vida son esenciales para prevenir cualquier tipo de alteración, como por ejemplo, las enfermedades dismetabólicas que pueden causar deficiencia mental y que, si son detectadas con prontitud pueden solucionarse con el tratamiento adecuado. La detección precoz y el desarrollo de la medicina preventiva evitarán en el futuro muchas deficiencias.

BIBLIOGRAFÍA

— CRUZ, M. (1983).- *Tratado de Pediatría*, Ed. Científico Médica. BARCELONA.

— ILLIGWOTH, R.S. (1983).- *El desarrollo Infantil en sus primeras etapas, normal y patológica*, Ed. Médica y Técnica S.A. MADRID.

— VARIOS. (1982).- *La Salud, Fecundación, Embarazo y Parto*, Ed. Salvat S.A. de Ediciones. PAMPLONA. Tomo 6. Págs. 206 a 252.

EL TÉTANOS

LA IMPORTANCIA DE SU PREVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

M^{ra} Isabel Flores Sánchez
Luisa Díaz Calderón
Auxiliares de Enfermería

El tétanos es una enfermedad aguda caracterizada por la aparición de contracturas dolorosas musculares y rigidez, en la actualidad es un enfermedad de baja morbilidad y alta letalidad. La tasa de mortalidad en casos de tétanos no tratados oscila entre el 90% para tétanos neonatales y el 40% para el resto de la población. Con tratamientos de rutina estas cifras suelen disminuir considerablemente, esto nos da una idea del carácter de esta patología que "es más prevenible que curable". Por tanto, es en las labores de prevención donde el personal de atención primaria debe basar su lucha a través de campañas o programas sanitarios incidiendo principalmente en los grupos de riesgo pero haciéndose extensiva a toda la población.

ETIOLOGÍA

Enfermedad producida por el *Clostridium Tetani*, bacilo gran positivo, anaerobio esporulado.

Este agente causa la enfermedad por la producción de una potente neurotoxina (Tetanosospasmina), desde la puerta de entrada. Esta toxina es neurotóxica y potencialmente letal para el hombre. Su producción ocurre después de la germinación de microorganismos, y para que esto suceda es necesario que exista un puerta de entrada contaminada por esporas de *Clostridium Tetani*, y una baja tensión de oxígeno en ella lo que permite la aparición de formas vegetativas, su multiplicación consecuentemente la producción de la tetanosospasmina. Tales condiciones de anaerobiosis en la puerta de entrada se ven favorecidas por la aparición de tejidos

necróticos, cuerpos extraños, heridas de bordes fructuosos y profundas.

Las heridas producidas por objetos punzantes son las más peligrosas.

EPIDEMIOLOGÍA

A) Reservorio: Está constituido por el hombre y los animales, en cuyo intestino se encuentra el *Clostridium Tetani*, formando parte de la flora habitual, y por otra por el suelo (reservorio telúrico) contaminados por heces de animales y rara vez del hombre.

B) Mecanismo de transmisión: El contacto directo o indirecto con el suelo constituye la principal forma de contacto con la enfermedad.

Las puertas de entrada suelen ser heridas contaminadas con heces o tierra, quemaduras, cortes,

heridas del cordón umbilical (tétanos neonatal), es preciso tener en cuenta que dicha puerta de entrada no siempre se evidencia.

El tétanos afecta fundamentalmente a niños en edad escolar, ciertos profesionales como ganaderos, agricultores, mineros, militares, presentan una mayor incidencia de estas enfermedades.

DIAGNÓSTICO

Se basa fundamentalmente en la clínica. El período de incubación oscila entre seis y diez días y sus manifestaciones clínicas más importantes son:

— Trismus: espasmo doloroso de la musculatura de la masticación con dificultad para abrir la boca.

— Risa sardónica.

— Espasmos tetánicos de todos los grupos musculares.

PROFILAXIS DE TÉTANOS

ESTADO INMUNITARIO PREVIO (DOSIS)	HERIDAS PEQUEÑAS Y LIMPIAS		TODAS LAS DEMÁS	
	TOXOIDE TETÁNICO	GANMAGLOBULINA ANTITETÁNICA	TOXOIDE TETÁNICO	GANMAGLOBULINA ANTITETÁNICA
No se sabe	Si	No	Si	Si
0 y 1	Si	No	Si	Si
2	Si	No	Si	No
3 o más	No	No	No	No

1 MES	BCG	ANTITUBERCULOSA	OPCIONAL
3 MESES	DTP + PO	ANTIDIFTERIA-TETANO TOSFERINA	OBLIGATORIA
5 MESES	DTP + PO	ANTIPULIOMIELÁTICA I, II, III, TRIVALENTE	OBLIGATORIA
7 MESES	DTP + PO		OBLIGATORIA
9 MESES	Sa	ANTIRUBEOLICA	OBLIGATORIA EN NIÑOS DE RIESGO ESPECIAL
15 MESES	Sa + Ru + Pa	ANTIPAROTIDICA	OBLIGATORIA
18 MESES	DT + PO	ANTIDIFTERIA-TETANOS	OBLIGATORIA
20 MESES	VI	ANTIVARIOLICAS	OBLIGATORIA
6 AÑOS	T + PO	ANTITETÁNICA	OBLIGATORIA
11 AÑOS	Ru (+)	ANTIRRUBEOLICA EN NIÑAS	OBLIGATORIA EN NIÑAS
14 AÑOS	T& + PO	ANTIDIFTERIA-TETANOS PARA ADULTOS	OBLIGATORIA

- Hiperirritabilidad
- Reflejos hiperactivos

TRATAMIENTO

— Neutralización de la toxina mediante inmunoglobulina antitetáninmune.

— Excisión de la herida con, la eliminación de esfacelos, cuerpos extraños y desbridamiento quirúrgico de los abscesos, desfavoreciendo de este modo la anaerobiosis del medio.

— Control de los espasmos musculares.

— Prevención de las complicaciones respiratorias.

El tétanos no requiere ningún tipo de aislamiento aunque sí es necesaria la hospitalización del paciente preferiblemente en la UCI.

VACUNACIÓN

La inmunización activa de la población constituye la forma mejor y más efectiva para la prevención del tétanos. El toxoide se administra junto con la vacuna antidiférica y antipertussis como un triple antígeno (D.T.P.) a los tres, cinco, y siete meses de edad, una dosis de recuerdo (D.T.) a los dieciocho meses y dos dosis de recuerdo únicamente con toxoide antitetánico a los seis y catorce años.

En los adultos no vacunados previamente se administraron dos dosis separadas por un intervalo de uno a dos meses, y una dosis de refuerzo de seis a doce meses después.

La profilaxis neonatal se basa en la inmunización de todas las embarazadas, consistente en dos

dosis de toxoide tetánico con un intervalo entre ambas de un mes; la última dosis deberá administrarse un mes antes del parto.

La profilaxis activa frente a tétanos deberá ser realizada con la administración de nuevas dosis cada cinco o diez años.

Además de niños y embarazadas la vacunación está especialmente indicada en todos los trabajadores de contacto con animales, tierra, aguas residuales o basura.

INMUNIZACIÓN PASIVA

Se utiliza inmunoglobulina antitetánica. Normalmente es realizada conjuntamente con la vacunación.

Las dosis oscilan entre 250 ml. y 1.000 ml.

MEDIDAS PROFILÁCTICAS ENTRE LOS LESIONADOS

En todo paciente con heridas potencialmente tetahígenas se deberán tener en cuenta:

— No existe medida alguna excepto la vacunación, que garantiza la protección frente al tétanos.

— Cualquier herida potencialmente infectada deberá someterse a tratamiento quirúrgico y antibacteriano con penicilina G en el transcurso de las seis a ocho primeras horas y durante siete días.

— Las medidas anteriores no evitan el inicio inmediato de la vacunación del paciente, para ello deberá tenerse en cuenta tanto el tipo de herida como el estado inmunitario previo del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- *Auxiliar de clínica 2 y tecnología 2*, Ed. Editex.
- FARRERAS RUZMAN, *Medicina interna*, Edición 1985.
- PIEDROLA, *Medicina preventiva y salud pública*, Octava Edición.
- *Enfermería práctica*, Ed. Marín, 1985.
- VAQUERO PUERTA, *Salud Pública*, 1988.

LA DROGA

Isabel Gemma Manzanedo Mateo
Auxiliar de Enfermería

El uso de sustancias psicoactivas, es decir, con capacidad de modificar el estado de ánimo o el comportamiento, forma parte de la propia historia de la humanidad, la utilización de numerosas plantas con fines religiosos, hídricos o terapéuticos. Unos tres mil años antes de Cristo ya utilizaron un tipo de planta, el trichocereus o San Juan (una especie de hongo, el peyote), hasta nuestros días, la historia de la humanidad corre paralela al uso y al abuso de sustancias con capacidad de modificar conductas, de animar el espíritu, de provocar la euforia y de crear sensaciones extraordinarias y ajenas a la propia mente del que las percibe. Puede resultar sorprendentemente la constatación del protagonismo que desempeñan algunas de estas sustancias denominadas DROGAS.

DROGAS Y DROGADICCIÓN

¿Qué son las drogas?

Las drogas son sustancias químicas (naturales o sintéticas), cuyo uso por diferentes vías puede modificar las funciones psíquicas y orgánicas del sujeto que las toma.

¿Cómo actúan las drogas?

En la unión (las denominadas sinapsis) entre las células nerviosas, (las neuronas) existe una intensa actividad fisiológica: se trata de mensajes químicos de célula a célula. Los vehículos biológicos encargados de llevar estos mensajes se denominan neurotransmisores, que son enviados para su unión a determinadas estructuras específicas de la célula receptora del mensaje. El lugar

físico de la recepción se llama receptor celular. En resumen: una célula concreta (una neurona), libera un mensajero (el neurotransmisor), que llega al receptor de otra célula (neurona o célula muscular) y comunica el mensaje emitido, (por ejemplo, poner a punto todo el cuerpo). La frecuencia cardiaca adecuada, la respiración acelerada, la masa

muscular tensa, para reaccionar ante una situación de estrés o de miedo.

Los neurotransmisores (adrenalina, noradrenalina, serotonina, dopamina) son moléculas químicas de estructura y acción muy diferente entre si.

Los receptores celulares son también moléculas (proteínas), pero distintas a los neurotransmisores. Existe un tipo receptor llamado opiodes, denominados con letras del alfabeto griego: mu, delta, kappa, sigma y épsilon, algunas moléculas naturales del sistema central actúan sobre los receptores del opio. Tales sustancias se llaman "opioides endógenos" (son las eucefalinas y las dinorfinas).

Cuando el sujeto consume una droga psicoactiva, la droga se une a sus receptores específicos y modifica el normal funcionamiento de la unión celular.



Ej.: la heroína y otros opiáceos se unen fundamentalmente al receptor (mu).

La cocaína, receptor molecular la proteína libera un neurotransmisor específico (dopamina). Su efecto es causar sensación de placer.

CONCEPTOS

Tolerancia

Es un fenómeno de adaptación del cuerpo a la acción de la droga por el que se llega a la necesidad de consumir dosis de droga progresivamente mayores. El fenómeno de tolerancia hace que las dosis habitualmente consumidas no sean suficientes para lograr el efecto deseado y, por ello, es preciso aumentarla (la misma dosis no logra el mismo efecto).

Dependencia

Es la necesidad incontrolable de consumir droga. A la drogadicción se puede llegar por mera curiosidad (hecho muy frecuente) o por afán de conocer supuestos efectos placenteros de la droga. Pero la cruda realidad, desconocida por el futuro drogadicto, es que al cabo de cierto tiempo de consumir algunas drogas o sustancias adictivas (o con capacidad de crear adicción) de forma esporádica y posteriormente de forma habitual, se llega a un punto extremadamente peligroso de necesidad imperiosa de consumirla. El tiempo necesario para que aparezca la dependencia es variable, según los individuos, el tipo de droga y sustancias adulterantes. Cuando se alcanza este nivel de consumo es lo mismo que decir adicción, el usuario ocasional de drogas se ha convertido en adicto.

La dependencia puede y suele ocurrir en dos ámbitos diferentes: dependencia física y dependencia

psíquica. La dependencia física tiene un efecto negativo en el llamado síndrome de abstinencia.

Síndrome de abstinencia

Es un conjunto de síntomas (síntomas son las sensaciones subjetivas que nota el propio enfermo) y signos (signos son las manifestaciones de enfermedad que detecta el médico en la exploración clínica del paciente), provocados por la carencia de drogas, popularmente se conoce con el apelativo de "mono". El "mono" es un mito en el ya mítico mundo de la drogadicción (adicto a las drogas no el consumidor esporádico) que aún se halla en la 1ª etapa del difícil viaje necesita consumir drogas para evitar el síndrome de abstinencia.

DROGAS QUE SE USAN EN LA ACTUALIDAD

Sin duda, las drogas más utilizadas en el mundo occidental y desarrollado son el alcohol y el tabaco. Son drogas letales, institucionalizadas y muy firmemente enraizadas en nuestros hábitos culturales y de consumo (se cifran en millones los adictos a una o ambas drogas).

De uso esencialmente parenteral (por inyección intravenosa o ilícitas).

Hay dos muy utilizadas por los consumidores (esporádicos, habituales y adictos), se trata de la heroína y la cocaína.

La heroína

La heroína (su nombre químico es la diacetil-morfina) es un alcaloide derivado del opio, producido por una planta llamada adormidera. Otros derivados naturales del opio son la morfina y la codeína; y los productos sintéticos que actúan en los mismos receptores, opioides. Otras sustancias que actúan sobre los receptores opioides, como la morfina y la heroína, pero con distinta intensidad y duración, son la metadona (el famoso, entre los drogadictos, Metasedín) y la bupremorfina (el no menos famoso Buprex, entre otras).

La cocaína

Es un alcaloide derivado de la hoja de coca. Existen derivados de la hoja de coca que tienen propiedad de lograr adicción cuando se consume a menudo. Son: cocaína pura, clorhidrato de cocaína, la pasta base de cocaína (denominado "CRAK" en el mundo anglosajón, y base o basuco en castellano). La cocaína que se suele usar es el clorhidrato de cocaína (aunque ya se consume "basuco").

EN QUÉ PROPORCIÓN SE USAN LAS DROGAS

La heroína y la cocaína, aunque se utilizan frecuentemente por vía inhalatoria (fumadas o esnifadas), suelen ser utilizadas

ESTUDIO	HEROÍNA	COCAÍNA
PND	96,6%	2,4%
GTEID	84,0%	1,0%
CEDEX	98,4%	1,0%

— PND: Plan Nacional de Drogas.

— GTEID: Grupo de trabajo para estudio de infecciones en drogadictos.

— CEDEX: Centro de drogodependientes de Extremadura.

por vía intravenosa, según el P.N.D. el 96,6% de las personas que acuden por primera vez a la atención de toxicómanos son consumidores de la heroína, y el 2,4% de la cocaína.

Por otra parte, cuando se analizan los cadáveres de los sujetos fallecidos por drogas la más frecuente encontrada en la sangre y en la orina de éstos fallecidos es la heroína y muy distantes, las benzodiarepinas (ansiolítico o tranquilizantes menores), la cocaína, la codeína y el alcohol.

Por tanto, en la drogadicción intravenosa la heroína es, con notable diferencia, la droga más usada.

Siendo todo esto cierto, parece que podría cambiar en los próximos años. En las calles de Badajoz y provincia consumen una forma combinada de drogas, ya mezclada desde el propio vendedor (traficante o "camello"), mezcla que se denomina "speed-ball" (pelota rápida). Dicha mercancía cada vez más popular, consiste en una mezcla de heroína y cocaína, droga generalmente asociada a un cierto estatus social y económico (alta sociedad o jet set) se ha proletarizado y forma parte ya del normal economista de la drogadicción callejera. La droga no conoce clases sociales y los traficantes no se preocupan de indagar cuál es el origen del dinero y, mucho menos aún, cuál es la procedencia social de los consumidores de su preciada mercancía.

Es preciso destacar que el adicto a las drogas parenterales, por necesidad compulsiva, es decir, el toxicómano suele ser politoxicómano o de otro modo, usuario o consumidor de numerosas sustancias psicoactivas a la vez. Por ejemplo, heroína, cocaína, buprenorfina e hipnóticos (esencialmente flunitrazepan —el popular entre los adictos Rohipnol—) y/o

alcohol en cualquiera de sus formas de uso.

DROGAS DURAS Y DROGAS BLANDAS

La falsa distinción entre drogas duras y drogas blandas es un mito más. Desde el punto de vista farmacológico, o toxicológico no cabe hablar de dureza o blandura en lo referente a las distintas sustancias psicoactivas, esa falsedad no debe ser mantenida más tiempo. Los problemas psicológicos y orgánicos asociados al uso y abuso de drogas en sí, sino también de la vía utilizada para su consumo de la dosis habitual, de la frecuencia del uso, de la pureza o concentración de la droga propiamente dicha, de la calidad y la cantidad de las sustancias adulterantes, de los factores socioculturales, etc... Por tanto, al hablar de sustancias psicoactivas nos referimos y así debemos hacerlo a drogas sin distinguir.

¿TIENEN TODAS LAS DROGAS LA MISMA CALIDAD?

No, existe una notable diferencia farmacológica entre cada una de las drogas psicoactivas lo cual explica sus diferentes acciones. Además, drogas de cierta semejanza química actúan de modo muy diferente estructura química pueden tener efectos farmacológicos similares.

Ej.: la heroína, su calidad farmacológica y por tanto sus efectos son muy variables dependiendo de numerosos factores entre los que cabe destacar la zona geográfica de donde se vende y consume y, sobre todo, la intervención de los intermediarios (traficantes o camellos) quienes a medida que la venden, van modificando la composición al añadir adulte-

rantes y sustancias diversas como son metacoulona, papaverina, morfina y codeína o inocuas —cloruros—. En suma, la calidad de las drogas es muy variable, y la de una misma droga también.

En opinión de prestigiosos médicos y forenses, sólo raramente se encuentran estas sustancias como la famosa estriquina u otros venenos con fines criminales, a esto se le denomina sobredosis y también puede ocurrir que la concentración de la dosis mate al usuario si éste hace uso de la misma después de un tiempo de abstinencia.

¿POR QUÉ VÍAS SE UTILIZAN LAS DROGAS?

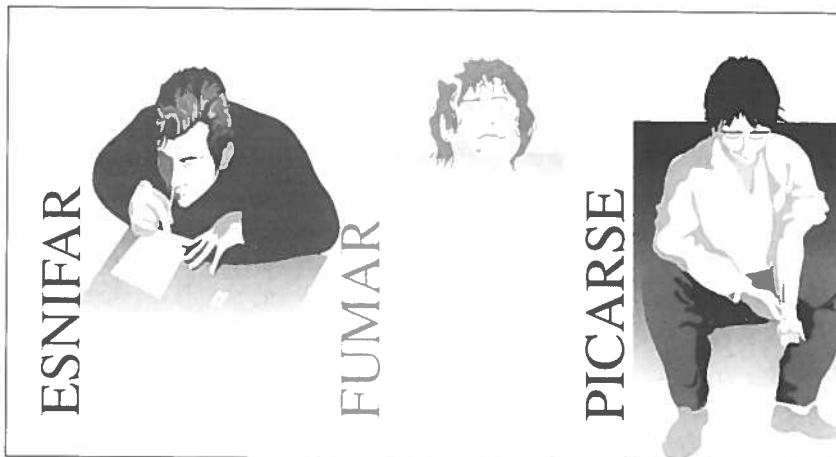
Se pueden administrar por cualquier vía:

- Oral
- Epidérmica
- Nasal
- Rectal (por el recto)
- Intramuscular (por inyección en el brazo, las nalgas o el muslo)
- Subcutánea (debajo de la piel)
- Intravenosa (en cualquier vena)
- Arterial (en una arteria)

¿QUÉ VÍAS DE ADMINISTRACIÓN SON LAS MÁS COMUNES?

Las vías más comunes de uso y abuso son la parenteral (por inyección intravenosa) y la inhalatoria (fumadas y/o inhaladas por vía nasal).

La administración intravenosa de drogas. En el uso de la vía intravenosa el enfermo utiliza cualquier vía asequible. Comienza por venas de la flexura de los codos más fácilmente pinchables. A medida que son utilizadas, estas venas se endurecen por la irritación provocada por las sustancias inyectadas y se trom-



bosan (tromboflebitis), para acabar convirtiéndose en duros cordones, en los que las inyecciones posteriores son muy difíciles o imposibles y se pueden reconocer en la inspección de los brazos. Cuando se alcanza este punto, el paciente recurre a otras venas (de los pies, pierna, ingles, cuello, base de la lengua, pene, labio mayores...), ocasionalmente a la vía arterial (de extremo peligro) y a veces por vía subcutánea (más frecuentemente en las mujeres, las denominadas "skin popper" que pueden autoinyectarse en la zona subcutánea del abdomen, en los michelines)

¿A QUÉ EDAD SUELE INICIARSE EL CONSUMO DE DROGAS?

Respecto a la edad media de inicio en el consumo está los 20 y 24 años.

COMPLICACIONES ORGÁNICAS QUE PUEDEN ORIGINAR LAS DROGAS

Numerosas y normalmente simultáneas o muy estrechamente relacionadas en el tiempo. Los órganos más afectados por las drogas, los adulterantes y los gérmenes que contaminan dependen de la vía utilizada normalmente para el consumo suelen afectarse,

los pulmones, el hígado, el corazón y el sistema nervioso central, además de la piel, el tejido celular subcutáneo y lógicamente, las venas por donde se inyectan. La drogadicción intravenosa es una enfermedad de todo el cuerpo y del espíritu.

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN LOS TOXICÓMANOS

Las enfermedades orgánicas (es decir, aquellas que afectan a los órganos y sistemas), secundarias al consumo de drogas intravenosas son numerosas y de gravedad variable. Las más frecuentes son: las infecciones, que se han incrementado notablemente en los últimos 10 años. Dentro de éstas, las más habituales y severas son las asociadas al hábito de compartir jeringuillas y/o agujas que, impregnadas de sangre con gérmenes, representan un magnífico vehículo conductor de algunas infecciones. Por ello, la hepatitis (inflamación del hígado) por virus (virus B, virus delta y virus C), son las más frecuentes. De menor incidencia pero muy importante, es la inyección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en su forma más grave, se acompaña de numerosas infecciones y/o tumores secundarios y se denomina sín-

dromes de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Otras infecciones asociadas a la adicción por vía parenteral son:

— Accesos cutáneos; en la piel.

— Endocarditis; infección de una o varias válvulas del corazón.

— Neumonías o pulmonías; infección de uno o dos pulmones.

— Tuberculosis; infección del pulmón o de cualquier otra parte de cuerpo, por una bacteria específica, el Mycobacterium Tuberculose o bacilo de Koch.

— Osteomielitis; infecciones de uno o varios huesos.

— Enfermedades venéreas y otras enfermedades de transmisión sexual; como más frecuentes a las uretritis (inflamación bacteriana de la uretra).

Sífilis, herpes genital, las micosis o infecciones por hongos, las infecciones por hongos, las infecciones por Trichomonas (tricomoniasis) y la infección por el VIH y el SIDA.

¿POR QUÉ PROBLEMAS ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS?

Los enfermos acuden a urgencias por numerosas razones: episodios de sobredosis, síndromes de abstinencia y fiebre, afecciones respiratorias, la difusión del virus VIH y sus complicaciones, neumonías y tuberculosis-pulmonares.

FACTORES QUE PUEDEN COLABORAR EN LA PRODUCCIÓN DE LAS COMPLICACIONES ORGÁNICAS E INFECCIOSAS

Los factores implicados en la génesis de las complicaciones orgánicas sobre todo infecciosas. De entre los primeros (factores psicológicos y sociales), cabe destacar:

A) El hábito de compartir utensilios utilizados en la drogadicción intravenosa, que permite la transmisión de diversos virus (hepatitis, SIDA...), bacterias (estafilococos, bacilos gramnegativos...), protozoos (paludismo) y *spiroquetas* (sífilis).

B) El uso de líquidos ácidos (jugo de limón, jugo de naranja, vinagre...) utilizados en la dilución de la droga de la calle (heroína manual) que puede favorecer la transmisión de un hongo, que provoca cuadros clínicos importantes (candidiasis sistémica).

C) El hábito de usar drogas en lugares con escasas condiciones higiénicas (galerías de chute, "shooting galleries" o picaderos).

D) Las relaciones sexuales sin ningún tipo de protección: con las parejas habituales, con parejas esporádicas, o por el ejercicio de la prostitución.

¿EXISTE TRATAMIENTO PARA LA DROGADICCIÓN Y PARA SUS COMPLICACIONES ASOCIADAS?

Indudablemente sí, se puede tratar y se trata la drogadicción, enfermedad en sí misma, así como las drogadicciones orgánicas que se asocian. Es posible atar los episodios agudos de intoxicación por ejemplo la sobredosis, el síndrome de abstinencia en cualquiera de sus grados y la adicción crónica. La sobredosis y síndrome de abstinencia suelen solucionarse en los servicios de urgencia de los hospitales y de los centros de salud. Respecto al tratamiento de la adicción crónica, existe un primer paso que trata de lograr la desintoxicación, se puede hacer en el hospital (con el enfermo ingresado) en el domicilio del enfermo o de forma ambulatoria (consulta externa).

La duración varía (para la heroína suele estar en torno a los 10

días). Las pautas de tratamiento son diferentes, pero es muy frecuente utilizar medicamentos como la metadona, la buprenorfina, la clonidina y la guanfacina.

Tras la desintoxicación, es preciso comenzar con la rehabilitación del paciente: puede hacerse en régimen ambulatorio en centros específicos, CEDEX en Extremadura (régimen abierto) o en granjas terapéuticas (régimen cerrado), cuya duración es muy variable. El paso final y muy importante. Tratar de alcanzar la integración familiar, laboral y social del enfermo.

En cuanto al tratamiento de las complicaciones es también muy importante, sobre todo las complicaciones infecciosas, la mayor parte de las cuales son reversibles con un tratamiento precoz y adecuado (con antimicrobianos, antifúngicos y antivíricos)

¿ES POSIBLE PREVENIR LA DROGADICCIÓN Y SUS COMPLICACIONES ASOCIADAS?

Sí, las medidas de prevención son muy complejas. Los expertos hablan de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Respecto a la complicación de las prevenciones asociadas, en cualquier caso, se pueden decir que numerosas infecciones asociadas a la drogadicción intravenosa pueden ser prevenidas con una correcta información y educación sanitaria (impartidas a los enfermos, familiares y grupos de apoyo) y con medidas como la quimioprofilaxis (prevención de la tuberculosis con isoniacida), la vacunación de la hepatitis B (al toxicómano, a la pareja sexual del paciente y a la familia que convive con él o con ella) o el uso de preservativos —así como no compartir los utensilios utilizados en la drogadicción—, para evitar el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otros gérmenes.

DIBUJOS

PND: Plan Nacional de Drogas

GTEID: Grupo de Trabajo para Estudio de Infecciones en Drogadictos

CEDEX: Centro de Drogodependientes de Extremadura



Ilustración basada en una viñeta de Planta aparecida en "Le Monde"

LA REFLEXIÓN Y LA OBSERVACIÓN EN LA PRÁCTICA DIARIA DE UNA AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Bárbara Pilar García
Auxiliar de Enfermería

Los Auxiliares de Enfermería, durante su jornada laboral han de realizar tareas y cuidados. Todas estas tareas son diferentes, pero no por ello, son menos importantes las unas que las otras.

Unas tareas son específicas, dentro del campo de trabajo de los Auxiliares, otras, las realizan en colaboración con: el paciente, la enfermera y el médico.

Ante las muchas tareas a realizar, es importante, no gastar innecesariamente las energías y a su vez, extraer el máximo partido al tiempo de trabajo y a los recursos, obteniendo resultados reales, sobre si el mismo trabajo, mejora y disminuye.

Para ello es necesario: planificar las tareas y cuidados, establecer prioridades, ejecutar el trabajo con criterio, establecer un orden fundamentado y sistematizar el trabajo día a día.

Con el fin de: mejorar la práctica diaria, obtener resultados comparativos, y continuar avanzando como profesión.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo, es fruto de la observación y la reflexión, en la práctica diaria, de una Auxiliar de Enfermería.

Surge ante las múltiples y variadas tareas y los distintos cuidados que hay que realizar durante la jornada laboral y la necesidad de ejecutar todo esto, con el menor esfuerzo posible.

Para ello es necesario:

- Incorporar una metodología.
- Planificar el trabajo diario.
- Priorizar, antes de ejecutar indistintamente, las tareas y los cuidados.
- Considerar que las tareas de los Auxiliares de Enfermería, definen su profesión.

MATERIAL Y MÉTODO

Exponíamos en la introducción, que son múltiples, distintas y variadas, las tareas y cuidados que los Auxiliares de Enfermería ejecutan durante un turno de trabajo.

La legislación vigente, especifica cuales son estas tareas y las agrupa de la forma siguiente:

● *Tareas específicas del contenido de trabajo de los Auxiliares de Enfermería:*

- Enviar la ropa sucia a la lavandería y recoger la limpia.
- Ordenar y colocar dicha ropa en la zona destinada a la lencería.
- Limpiar el mobiliario y aparataje, (Bombas de perfusión,

respiradores, carros de curas, etc.) reposición y colocación en el lugar adecuado.

- Limpiar y desinfectar el material fungible, (cuñas, palanganas, botellas, etc.) dejándolo en condiciones óptimas para su uso, así como, recogerlo y ponerlo en orden.
- Distribuir y colocar todos los recursos materiales existentes en la unidad.
- La comprobación de las dietas de los pacientes en la planilla adecuada, durante su distribución.

● *Tareas realizadas por los Auxiliares de Enfermería en la colaboración con los pacientes:*

Estas tareas se convierten en cuidados, cuando los pacientes necesitan ayuda total o parcial para cubrir sus necesidades básicas.

- Ayudarle a comer cuando lo precise.
- Ayudarle a realizar, o realizarle la higiene.
- Ayudarle a vestirse.
- Ayudarle a caminar.
- Ayudarle en todo aquello que necesite y no pueda realizar por sí mismo.

● *Tareas realizadas en colaboración o por delegación, de la enfermera o el médico, siempre que ambos expresen o deleguen la necesidad de hacerlo.*

- Tomar la temperatura a los pacientes, tantas veces esté establecido o sea necesario.

- Tomar otros datos clínicos cuando lo deleguen.
- Distribuir, dar y asegurar que el paciente toma la medicación oral, cuando esto ocurriera.
- Colaborar con la enfermera y el médico, cuando existan órdenes concretas.
- Observar y comunicar, aquellos signos y síntomas que llamen la atención de los Auxiliares de Enfermería.
- Colaborar en la recogida de datos del paciente y aquellos que sean útiles para el buen desarrollo y mantenimiento de la unidad.

El llevar a cabo todas las tareas que hay que realizar en un mismo turno, puede llegar a ser estresante y agobiante. Tanto es así, que a veces, se puede tener la sensación de no saber por donde empezar, y otras, se acaba el turno habiendo hecho tanto, que el mismo estrés sufrido, hace tener la sensación de no haber hecho nada en concreto.

Todo esto es debido a no planificar previamente las tareas y cuidados y a que la mayoría de veces, actuamos sin detenemos a pensar, qué es lo primero que vamos a hacer y qué se necesita para realizarlo. Como resultado de esto, tenemos que interrumpir lo iniciado, acudir al lugar por lo olvidado, y después, retomar lo iniciado...

¡Reflexionemos! ¿Ocurriría esto, si en las unidades de hospitalización, antes de iniciar una tarea o aplicar un determinado cuidado, estos se planificaran y se efectuaran en base a un método de actuación? ¿Es difícil planificarlos?

Pongamos por ejemplo, un servicio donde día a día, todo esto se planifica y se ejecuta en base a una metodología, "Quirófano": ¿Qué ocurre ante una intervención urgente o programada? Que se prepara antes todo lo necesario para la intervención. Si esto no fuera así, que se actuara a salto de mata y faltara algo de lo necesario,

¿se podría interrumpir la intervención y esperar a volver con lo olvidado? ¡Imposible! ¿verdad?

Pues del mismo modo que en el quirófano se actúa día a día en base a una planificación y metodología, se puede actuar en las diferentes unidades de hospitalización.

Partiendo de la base que planificar no es más que organizar como deben ejecutarse las diferentes tareas y cuidados, y que esto conlleva al profesional a tomar decisiones y a formularse preguntas, si se quieren obtener los resultados esperados, es necesario dar respuesta a las diferentes preguntas:

Nos encontramos en la unidad, acabamos de iniciar el turno.

● ¿Y ahora qué hacemos?

La respuesta es clara, lo primero, y siempre al inicio de un turno, la primera tarea a realizar es, dar, recibir e intercambiar la información, entre colegas, de lo ocurrido a los pacientes que previamente se habrán distribuido. Como también, informar de las tareas que quedan pendientes.

Esto es lo que generalmente conocemos como "el relevo".

Cuando se recogen y anotan los datos del relevo, estos nos permiten hacernos una idea rápida del estado en que se encuentran los pacientes y la unidad, y a partir de ahí, todo lo que ocurra en la unidad, será nuestra obligación, y sabremos qué es lo que hay que hacer.

● ¿Y cuándo lo hacemos?

Con la información que tenemos, valoraremos que es lo que urge más, o lo que es lo mismo, estableceremos un orden de prioridades.

Cuando no se priorizan las tareas, nos podemos encontrar, que al iniciar una de éstas al azar, tengamos que interrumpirla.

Pongamos por ejemplo, "el cambio de ropa limpia de las camas", y que con el esfuerzo que esto supone, tengamos que interrumpirla, bien

porque lleguen los desayunos de los pacientes y haya que distribuirlos, o porque la enfermera, nos comunique que un paciente está vomitado o necesita cualquier otra cosa que no puede esperar a que acabemos.

Esto se puede evitar, siempre, si al inicio del turno, se tiene un primer contacto con el paciente.

Este contacto con el paciente, lo podemos establecer en contestación a su llamada, o dando un paseo rápido por la unidad. De esta forma, podemos observar directamente al paciente, saber como se encuentra y detectar algún signo o síntoma nuevo, o datos que no conocíamos. También tendremos un control de los pacientes asignados y el número de ellos que van a necesitar la ayuda de los Auxiliares, total o parcial para cubrir sus necesidades básicas alteradas.

Hasta aquí, sabemos qué tareas tenemos que hacer y cuando hemos de hacer cada una de ellas (priorizando), pero no sirve de nada que esto lo hagan solamente algunos Auxiliares de Enfermería del equipo. Es necesaria la total coordinación de todo el equipo y el seguimiento estricto del método de trabajo por todos los miembros. Por eso, es necesario responder a...

● ¿Cómo lo hacemos?

Decíamos que son múltiples, distintas y variadas las tareas que deben realizar los Auxiliares de Enfermería, también, que no por ello es menos importante realizar unas u otras, y que no sirve de nada que en un grupo de Auxiliares de Enfermería, solo dos o tres, ejecuten estas tareas por igual.

Por esto es necesario, revisar los protocolos establecidos en cada unidad, para adecuarlos, en base a las necesidades reales de cada una, y que todos los Auxiliares ejecuten las tareas de un mismo modo y utilizando un mismo método.

El adecuar los protocolos, permite unificar criterios y mejorar la práctica diaria de todo el grupo, contribuyendo al buen funcionamiento de la unidad y a la mejora de la calidad del trabajo que en ella realizamos.

Hasta aquí, hemos hablado de:

- Las tareas específicas de los Auxiliares de Enfermería.
- Los cuidados que realizan los Auxiliares en colaboración con el paciente.
- Las tareas y cuidados que se realizan conjuntamente con la enfermera o por delegación de esta o del médico.

Para realizar esto bien, es muy importante, conocer al equipo profesional con el que trabajamos habitualmente, mantener una comunicación continua, sobre los cuidados que realizamos a los pacientes, transmitir toda la información referente a los pacientes, entre los distintos profesionales del equipo, al inicio, durante y al finalizar la jornada de trabajo.

Una vez que se hayan utilizado todos estos pasos al ejecutar el trabajo, y a diario, ya sabremos, qué es lo que tenemos que hacer, cuándo lo vamos a hacer y cómo lo vamos a hacer.

● ¿Dónde lo hacemos?

De todos los Auxiliares de Enfermería es sabido, que las tareas y cuidados no se hacen porque sí, ni en cualquier lugar, ni en el que más cerca esté.

En todas las unidades hay un lugar establecido para realizar cada tarea. Por ejemplo, las cuñas se lavan y desinfectan en la zona sucia de la unidad y la higiene del paciente dependiente se le realiza en la cama.

Forma parte del método de trabajo, seguir rigurosamente las indicaciones de dónde se realizan las tareas y cuidados. Lugares que previamente y con criterios unificados, se habrán protocolizado.

CONCLUSIONES

Si los Auxiliares de Enfermería, queremos obtener resultados reales y comparativos, sobre si el mismo trabajo, realizado a diario, en base a esta metodología, nos permite:

- Mantener el trabajo controlado durante el turno.
 - Ejecutar este, con menos esfuerzo y menos paseos innecesarios.
- Hemos de ejecutarlo:
- Planificando las tareas y cuidados.
 - Estableciendo un orden de prioridades.
 - Utilizando criterios unificados previamente.
 - Sistematizando el trabajo día a día.

Y si además, queremos mejorar nuestra práctica diaria, y continuar avanzando como profesión, es necesario, “reorganizar los saberes”, o sea, todo aquello que hemos aprendido adecuadamente, ya que todo avance, lleva implícito un cambio de actitud.

Y es opcional y personal, quedarnos atrás y continuar denominándonos las “cachas del hospital”, o por el contrario, avanzar como profesión, realizando el trabajo diario en base a esa metodología, ya que dicho método, cuando se fundamenta en conocimientos científicos, permite investigar y avanzar a otras profesiones.

Si otras profesiones consiguen mejorar su práctica diaria y obtener datos y resultados que les permiten investigar y avanzar, ¿porqué los Auxiliares de Enfermería, dentro de nuestro campo, “las tareas”, no lo hemos de lograr?

JUSTIFICACIÓN BIBLIOGRÁFICA

La Ordenanza Laboral del 25 de Noviembre de 1976, del Ministerio de Trabajo, dice literalmente, en su apartado 3.10. que los Auxiliares de Enfermería que realicen trabajos en los establecimientos de Hospitalización e Internamiento, tendrán como

contenido funcional, las siguientes tareas:

a) Preparar, distribuir y en su caso, administrar las comidas de los hospitalizados.

b) Ayudar a los enfermos en su higiene personal y en sus necesidades fisiológicas.

c) Hacer las camas y vigilar la limpieza de las habitaciones.

d) Recoger y enviar la ropa usada (sucias) a la lavandería.

e) Ayudar a la enfermera, cuando fuera preciso a la aplicación de medicamentos.

f) Realizar labores de preparación y limpieza de mobiliario, material y aparatos clínicos.

g) Podrá recoger los datos clínicos termométricos, y aquellos otros signos obtenidos por inspección no instrumental del enfermo. O en su caso, cuando haya recibido previamente, orden expresa de la enfermera o médico responsable.

h) Igualmente, comunicará a la enfermera o médico responsable, los signos que llamen su atención, o las espontáneas manifestaciones de los enfermos sobre sus síntomas.

En los establecimientos de asistencia y consultas sin internamiento (consultas externas), las tareas del auxiliar de enfermería serán:

a) La acogida y orientación de las personas que asistan a la consulta.

b) La recepción de volantes y documentos.

c) La distribución de los enfermos para la mejor ordenación en el horario de visitas.

d) La inscripción y registro de volantes y comprobantes... y en general, todas aquellas actividades, que sin tener un carácter profesional titulado, vienen a facilitar la función de médico o la enfermera.

Los Auxiliares de Enfermería adquirimos los conocimientos y la formación sobre esta base, en los centros adecuados, para una vez superado el periodo de formación, estar preparados para realizar nuestro trabajo, y este, ha de ser diario y repetido.

ANOREXIA y BULIMIA NERVIOSAS

Serafín Pintor Román
Auxiliar de Enfermería
Hospital Comarcal de la Axarquía

En nuestra sociedad actual la preocupación por el cuerpo y por la esbeltez ocupa un lugar clave. En esta cultura que da especial valor al culto del cuerpo, los trastornos de la alimentación parecen haber tenido un campo abonado.

Dentro de estos trastornos los que comparten el miedo intenso a coger peso se han convertido en las alteraciones psicopatológicas que más están afectando a la población femenina adolescente en los últimos años. Nos referimos a la anorexia y la bulimia nerviosa, dos trastornos mentales y del comportamiento caracterizados por una "fobia a engordar".

Debido al incremento alarmante de estas alteraciones en los últimos años, los estudiosos del tema coinciden en afirmar la enorme influencia que los factores socioculturales están teniendo en esta mayor incidencia actual.

ANOREXIA NERVIOSA

1. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICO

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por una negativa a alimentarse o un miedo desproporcionado a engordar acompañado de un pensamiento obsesivo acerca de la comida, las calorías, el cuerpo y todo lo que tenga relación con ello. Se añade una insatisfacción corporal que les lleva a una distorsión perceptiva de algunas partes de su cuerpo (especialmente muslos, cadera y barriga). En relación a su comportamiento es característico que desarrollen una gran actividad física así como almacenamiento de comida en sitios insospechados, colección de recetas de comida, atracones descontrolados o autoprovocación de vómitos. Como consecuencia apa-

recen una serie de alteraciones de las que hay que destacar la amenorrea o ausencia de menstruación, alteraciones en la piel y en el pelo, tensión baja, hipotermia, alteraciones del ritmo cardíaco y bajo deseo sexual.

La Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A.), en la última clasificación publicada en 1.994, DSM-IV (*Diagnóstico and Statical Manual of Mental Disorders*), establece cuatro criterios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa:

a) Un rechazo contundente a mantener el peso por encima del valor mínimo corporal considerando la edad y la talla. Ejemplo de ello sería una pérdida de peso de hasta un 15% por debajo del peso teórico.

b) Un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa, incluso estando por debajo del peso normal.

c) Una alteración en la forma de percibir el peso, talla o las silueta

corporal o una negación de la serie pérdida de peso.

d) En las mujeres, amenorrea primaria o secundaria. Esto es, la no aparición de la menarquia teniendo edad para ello o la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Asimismo hace una distinción entre dos formas de presentarse la alteración:

a) Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona no suele regularmente tener atracones de comida o conductas purgativas, tales como vómitos autoprovocados, utilización de laxantes, diuréticos o enemas.

b) Tipo bulímico: durante el episodio de anorexia nerviosa la persona tiene regularmente atracones de comida o conductas purgativas.

Existe otro tipo de clasificación, la de la Organización Mundial de la Salud, (O.M.S.) denominada ICD-10, donde se incluye de forma clara y manifiesta la posibilidad de

Anorexia Nerviosa en los varones, caracterizándose por la pérdida del interés y de la potencia sexual.

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Vamos a ver que tipos de alteraciones psicopatológicas se observan en este trastorno:

2.1. Trastornos de ansiedad

— **Fobias:** un miedo desproporcionado a engordar y la aversión a determinados alimentos. A diferencia de otros trastornos fóbicos en los que el sujeto que lo padece puede rebajar su ansiedad huyendo o evitando el estímulo fóbico en la anorexia nunca puede tener un escape total de la situación aversiva y nunca puede desaparecer la ansiedad del todo. La única manera que tiene de escapar del peso es pesando menos pero sigue sintiendo pavor al nuevo peso.

— **Obsesiones:** pensamiento intrusivo y persistente acerca de la comida, las calorías, el cuerpo y todo lo que tenga relación con ello. De nuevo nos encontramos con frecuencia como particularidad de la obsesión en la anorexia la falta de deseo de quitarse la idea de la cabeza y la no existencia de conciencia clara de absurdidad que suele acompañar a todo pensamiento obsesivo.

2.2. Trastornos del estado de ánimo

— **Síntomas depresivos,** aparecen trastornos del sueño, baja autoestima, llanto frecuente, sentimientos de soledad, reducción de intereses, retraimiento social y pérdida de la libido.

2.3. Alteraciones de la imagen corporal

Probablemente esta característica del trastorno anoréxico es la que

suscita más controversia y una definición clara de lo que realmente ocurre. La anoréxica dice estar más gorda de lo que realmente está. Investigaciones realizadas al respecto nos vienen a decir que la anoréxica tiene almacenada en su memoria diferentes tallas y medidas de su cuerpo relativas a distintos momentos de su vida. Al mismo tiempo tendrían una insatisfacción corporal que les haría en un momento determinado hacer un juicio erróneo acerca de sus medidas, sobreestimando éstas. Últimas investigaciones han llegado a la conclusión de que esta distorsión, no suele estar relacionada con la percepción global del cuerpo si no con partes específicas de éste tales como la barriga, las caderas y los muslos (Rosen, 1990).

2.4. Alteraciones del comportamiento

— **Hiperactividad:** es característico de las anoréxicas que conforme más peso van perdiendo mayor actividad física desarrollan. Parece estar relacionado con su deseo de quemar calorías, pero debemos saber también que la inanición produce hiperactividad.

— **Compulsiones:** esta característica tiene diversas formas de presentarse. Los episodios bulímicos o atracones descontrolados aparecen en un 50% de las anoréxicas. Con frecuencia esto supone después la autoprovocación de vómitos que les reduce momentáneamente la ansiedad generada. Almacenan comida en sitios insospechados, la desmenuzan en el plato o coleccionan recetas de diversos platos.

2.5. Alteraciones en las relaciones familiares

La preocupación por parte de los familiares ante la actitud de la hija en las comidas es normal, lo que suele provocar discusiones en todas las situaciones en las que la

comida sea el centro. La preocupación por la comida y el resto de los síntomas de la chica hace difícil la convivencia con ella y es frecuente que se dé un deterioro en las relaciones entre todos sus miembros.

2.6. Alteraciones escolares

Su preocupación por la comida no le deja concentrarse en los estudios al nivel que estaba acostumbrada pero al mismo tiempo como suelen ser personas perfeccionistas se sienten incapaces de seguir enfrentándose a los estudios a un nivel que no sea el de antes por lo que con frecuencia deciden dejar los estudios. Asimismo suelen perder el interés por las relaciones sociales por lo que las relaciones con sus compañeros disminuyen. No se siente comprendida ni por sus iguales.

2.7. Alteraciones somáticas

— **Amenorrea:** la desaparición de la menstruación es una característica considerada necesaria para el diagnóstico de la anorexia.

— **Alteraciones de la piel:** la piel está seca, áspera y fría. Las palmas de las manos y de los pies suelen ponerse amarillentas. Una capa de vello fino puede llegar a recubrir el cuerpo.

— **Tensión baja:** esto suele provocarles mareos y lipotimias cuando llevan mucho tiempo en pie.

— **Hipotermia:** la temperatura del cuerpo suele estar en 35°.

— **Alteraciones del ritmo cardíaco:** es frecuente que hay arritmias y/o bradicardias.

— **Alteraciones del deseo sexual:** el deseo sexual suele estar inhibido, tanto en la chica como en el chico.

3. EPIDEMIOLOGÍA

Todas las investigaciones coinciden en afirmar el aumento de la incidencia de la anorexia nerviosa

en las culturas occidentales. Se estima que en 100.000 habitantes, de 30 a 40 chicas comprendidas entre los 15 y 25 años van a padecerlas. En la actualidad se dice que una de cada 250 chicas adolescentes tienen anorexia nerviosa.

El trastorno aparece preferentemente en mujeres aunque cada vez nos encontramos con más casos de varones. Actualmente las proporciones más aceptadas van desde un 3% a un 10% sobre las mujeres.

El que el trastorno no se conozca en el mundo subdesarrollado y el que su mayor incidencia sea precisamente en aquellos lugares en los que más arraigado está el modelo de belleza de patrones estéticos corporales de delgadez nos hace reflexionar acerca de lo que nuestra cultura occidental influye y exige a aquellas personas que se apartan del modelo, especialmente en una edad en la que los cambios corporales son obvios y la autoestima y seguridad en sí mismo muy ligada a lo que creen que los demás esperan de ellos o ellas.

BULIMIA NERVIOSA

1.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La bulimia nerviosa se caracteriza por un apetito voraz que obliga al que la padece, a comer en exceso en episodios recurrentes. Los alimentos que ingieren en esos ataques de voracidad con frecuencia tienen un alto contenido calórico y suelen tomarlos a escondidas para no ser descubiertos por otras personas. Posteriormente sienten tal ansiedad y malestar físico por haber ingerido tanta comida que no pueden evitar el tratar de contrarrestar el posible aumento de peso autoprovocándose vómitos.

Los criterios diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A.), en su última publicación DSM-IV (1994) son:

a) Episodios recurrentes de ingesta voraz. Un episodio bulímico se caracteriza por:

— Ingesta en un período de tiempo de una cantidad de comida mayor de la que la mayoría de la gente tomaría en el mismo período de tiempo y bajo las mismas circunstancias.

— Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.

b) La persona se provoca regularmente el vómito, utiliza fármacos laxantes y diuréticos, practica dietas estrictas o ayunos o hace mucho ejercicio para prevenir el aumento de peso.

c) Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses.

d) Preocupación persistente por la silueta y el peso.

e) El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de una Anorexia Nerviosa.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA

El conocimiento epidemiológico exacto de este trastorno es difícil como consecuencia de la ocultación que suele acompañarlo por parte de quien lo padece. A pesar de ello se sabe que la mayor prevalencia es en chicas adolescentes escolares y adultas jóvenes. Al igual que en la anorexia nerviosa las proporciones entre hombres y mujeres más aceptadas están alrededor del 3 al 10% a favor de las mujeres. Los límites de edad, en este caso, suelen ser más altos que en la anorexia nerviosa, pudiendo aparecer el cuadro de bulimia nerviosa en edades superiores.

1.3. PREVENCIÓN

La enorme importancia dada por todos los autores que han estudiado este trastorno, hace tomar una postura reflexiva al respecto y plantear la posibilidad de prevenir este trastorno desde los centros educativos, que podría suponer, entre otras cosas, una información adecuada a los jóvenes sobre la nutrición y cambios corporales. En este sentido, Luka (1988) propone organizar en el marco escolar unos cursos sobre los datos alimentarios y pondero-estaturales para impedir la fijación en los jóvenes de un peso ideal subjetivo aberrante. Guillemot y Laxenaire (1994) sugieren como objetivo conseguir de los medios de comunicación y de la industria de la moda que dejen de promocionar exclusivamente el cuerpo delgado. Probablemente estas medidas serían insuficientes frente a la complejidad psicopatológica de la anorexia y la bulimia. Sin embargo, el innegable papel del ideal de delgadez de nuestra cultura parece legitimar este tipo de prevención como medida que evitará contribuir a la difusión de un modelo patológico.

BIBLIOGRAFÍA

- GAVINO, A.: *Problemas de alimentación en el niño: Manual práctico para su prevención y tratamiento*, Ed. Pirámide, Madrid, 1995.
- GRADILLAS, Vicente: *Psicopatologías: Signos y Síntomas*, Secretariado de Publicaciones, Universidad de Málaga, Málaga.
- JIMÉNEZ, M.: *Psicopatología infantil*, Ediciones Aljibe, Málaga, 1994.
- VARIOS AUTORES: *Diccionario enciclopédico de Educación Especial*, Tomo I, Aula Santillana, Madrid, 1985.



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



LOS VERICUETOS DEL

José Luis Temes Montes, antiguo Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo y Jesús Gil Redrado, ex-asesor del Ministerio de Sanidad, presentaron recientemente en Madrid su libro *Sistema Nacional de Salud*. En 204 páginas se analizan los datos más relevantes que caracterizan la situación actual del sistema nacional de salud y su evolución, la legislación vigente, los antecedentes de interés y, en su caso, las referencias o comparaciones con los sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea.

La información y los datos recogidos en la obra hacen referencia, fundamentalmente, al período 1975- 1995 y para su elab-

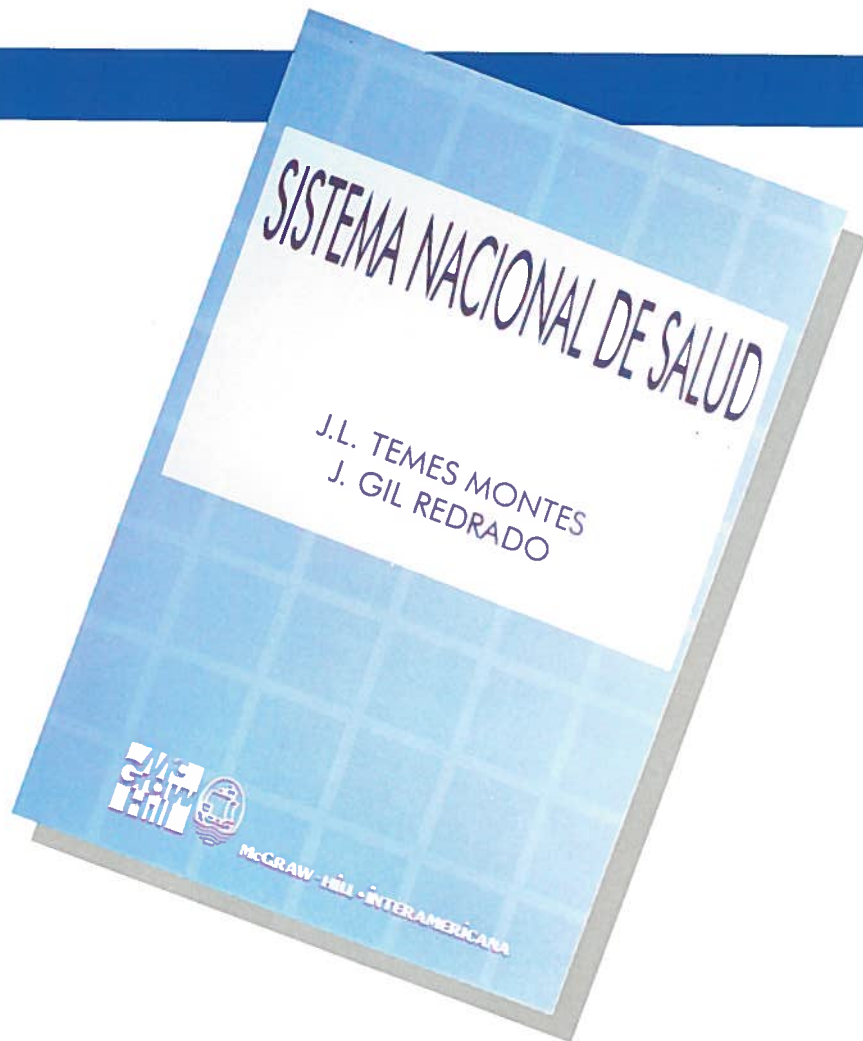
boración ha contado con la colaboración de un gran número de profesionales.

La Ley General de Sanidad ha sido el soporte básico para la reforma de la asistencia sanitaria desarrollada en nuestro país en los últimos diez años, posibilitando la creación de un Sistema Nacional de Salud que se articula en torno a las Comunidades Autónomas en el que se han integrado los distintos subsistemas sanitarios existentes. A lo largo de este tiempo se han sucedido una serie de hechos relevantes que encuentran su más fiel reflejo en datos de actividad, indicadores de salud o de recursos empleados y que convenientemente estructu-

rados y ordenados, permiten aproximarnos a la realidad del sistema sanitario español.

Sistema Nacional de Salud contiene una sucinta descripción del devenir del sistema sanitario desde el siglo pasado hasta 1986, año en que se publica la Ley General de Sanidad. Se centra en el S.N.S en general y en su organización territorial, en el proceso de transferencias sanitarias a la Comunidades Autónomas, la creación de los Servicios de Salud territoriales y su coordinación a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La segunda parte de la obra está dedicada a analizar las pres-



JOSÉ LUIS TEMES MONTES

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA. HA SIDO GERENTE DE LOS HOSPITALES DE NUESTRA SEÑORA DEL CRISTAL (ORENSE) MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER), LA PAZ Y LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, (MADRID) ADEMÁS DE DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD Y SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. EN LA ACTUALIDAD ES DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA).

JESÚS GIL REDRADO

ESPECIALISTA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA Y MÉDICO DE SANIDAD NACIONAL. HA DESARROLLADO SU TRABAJO COMO ADJUNTO AL DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD, ASESOR DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y JEFE DE GABINETE DEL SUBSECRETARIO DE DICHO MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. DEL QUE ACTUALMENTE ES CONSEJERO TÉCNICO.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Montse García

taciones del sistema, la evaluación de las tecnologías, la asistencia sanitaria, la prestación farmacéutica, así como el aspecto de los recursos humanos y la formación en la sanidad. El último capítulo del libro hace referencia a todo lo que concierne a la investigación científica y tecnológica.

Entre otros, se reflejan datos sobre el porcentaje del gasto sanitario, 6,6% sobre el PIB, lo

que nos sitúa entre los porcentajes más bajos de la C.E. igual que ocurre con otros parámetros como el porcentaje del gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total o el gasto per cápita en salud. En España, el gasto sanitario público supone el 78,6% del gasto sanitario total, habiendo experimentado un importante incremento desde el año 1970 en el que representó el 65,4%.



Dolor de cara

La doctora Mónica Dintrans Villaverde analiza una situación, que cada vez es más frecuente en la clínica dental que dirige, protagonizada por pacientes que acuden tras una peregrinación por distintos especialistas para solucionar un problema denominado bruxismo y que supone una descarga nerviosa sobre la dentadura que llega a provocar distintos síntomas (dolor de cabeza, de cuello, hombros e incluso sordera...) Para la doctora Dintrans esta situación es fruto de la sociedad actual y las tensiones que acumula el ciudadano y realiza un paralelismo gráfico afirmando que el bruxismo se produce cuando nos comemos las broncas y apretamos fuertemente los dientes, la descarga continua produce múltiples y continuos síntomas que llevan a un peregrinaje por distintos especialistas.

E

n ocasiones un dolor de cabeza, de hombros o de oídos tiene su origen no en éstos sino en la boca, concretamente en una mala relación que se establece entre los maxilares. De hecho los expertos de la Sociedad de Disfunción Mandibular aseguraron en un reciente estudio que el 50% de los dolores de cabeza son debidos a esta relación maxilar.

Se produce una sobrecarga de los músculos faciales originada por el estrés, la fatiga, los problemas laborales, problemas sociales y como resultado de estas situaciones el sujeto tiende a presionar con fuerza e involuntariamente las mandíbulas. Esta situación se repite incluso durante las horas de la noche por lo que la sobrecarga llega a ser continua.

Finalmente el paciente llega a la consulta afirmando sentir distintos síntomas como dolor en la cara, cansancio al levantarse e incluso problemas de sueño. Normalmente se agrega dolor en los maxila-

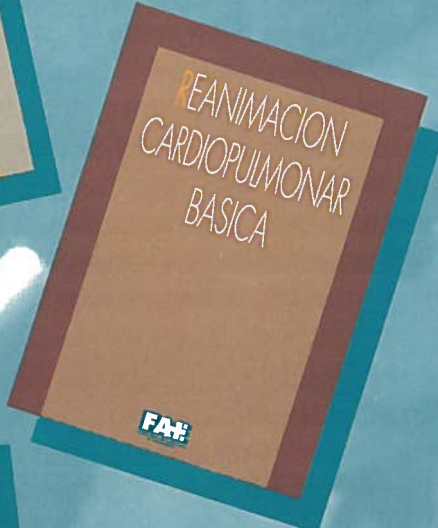
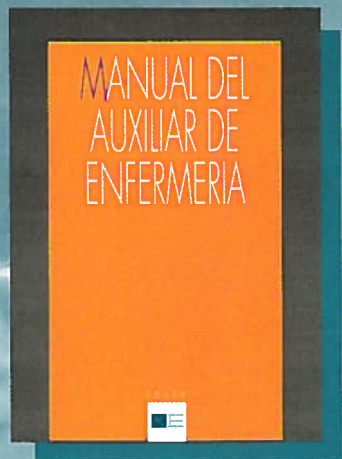
res, dolor de cabeza y de espalda, dolor de oídos (que incluso en casos avanzados se convierten en sordera). Es lo que técnicamente se denomina bruxismo y que, como consecuencia de la sociedad actual, cada vez es más frecuente.

El problema no siempre se descubre con la premura necesaria dado que raramente el paciente relaciona su dolor de hombros con su boca y previa a la consulta al odontólogo ha visitado la de varios especialistas. Sin embargo, el tratamiento consiste en la colocación de una férula de plástico en los dientes de forma que se relaja la musculatura y evita la fricción. De esta forma, se consigue una mejor adaptación de los maxilares y un apoyo adecuado de las piezas.

No obstante, es necesaria una revisión periódica dado que ha de haber un ajuste progresivo a los cambios bucales y en los casos más avanzados son necesarios ortodoncias si los dientes no encajan convenientemente, o prótesis cuando el problema es una falta de piezas y no se distribuye la fuerza de la masticación equitativamente en toda la boca.

En definitiva, en la boca se encierra el origen de una variedad de problemas que si son solucionadas a tiempo evitarán problemas mayores.

ESTOS LIBROS TE INTERESAN...



FUNDACION DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

Valverde, 1 - 28004 Madrid - Tel.: 521 52 24
Fax 521 53 83

RUEGO ME ENVIEN CONTRA REEMBOLSO LOS SIGUIENTES TITULOS:

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
(Por favor, indiquenos su Comunidad Autónoma.....
.....
P.V.P. 590 pts.
(afiliados 490 pts.)

REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA
P.V.P. 1.850 pts.
(afiliados 1.500 pts.)

LOS CUIDADOS DEL ENFERMO TRASPLANTADO
P.V.P. 1.850 pts.
(afiliados 1.500 pts.)

OBRA COMPLETA PARA EL CONCURSO-OPOSICION (los tres volúmenes): MANUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA, CUESTIONARIO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERIA, ANEXO PARA SERVICIOS REGIONALES DE SALUD.
P.V.P. 6.500 pts.
(afiliados 5.300 pts.)*
(Por favor, indiquenos su Comunidad Autónoma).....

Nombre y apellidos.....

Afiliado a SAE: Sí No

Nº de afiliación

Dirección.....

Provincia.....

Población..... C. P.....

Teléfono.....

* Todos los precios incluyen IVA

De viva voz



A la salud de los trabajadores

Cumplido más de un año de la publicación de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales deben comenzar a verse los frutos de su aplicación en los centros de trabajo. La citada Ley establece el marco regulador de las condiciones de trabajo, protegiendo a los trabajadores de los riesgos derivados de su trabajo. La Ley aborda la cuestión específica pero esencial de la protección de la vida y de la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo frente a los riesgos que la realización del mismo conlleva.

En el caso concreto de los Auxiliares de Enfermería son muchos y variados los riesgos a los que se enfrentan en el desarrollo de la profesión y muchas las ocasiones en los que se han visto obligados a interponer denuncias o solicitar inspecciones de trabajo ante la falta de seguridad existente en el centro de trabajo en servicios considerados de alto riesgo y en el que también desarrollan los Auxiliares de Enfermería su profesión.

La Ley pretende prevenir los riesgos, evitar su aparición, y no sólo proteger contra los existentes, y reparar los daños. Es el principio fundamental, promoción de la salud mediante la prevención. Igualmente fija responsabilidades y no sólo de

los empresarios sino también de los poderes públicos y la implicación de los trabajadores en el cumplimiento de la norma se consigue a través de una estrecha participación en éste.

Los principios sobre los que se basa la Ley —prevención, responsabilidad y participación— constituyen una terna fundamental de forma que los trabajadores se sientan realmente protegidos en el desarrollo de sus funciones diarias y el estar expuestos a gases o enfermedades infecciosas no sea un riesgo constante para la salud sino un papel más a desempeñar con las suficientes garantías ofrecidas por el empresario.

Las constantes modificaciones a la citada Ley y el retraso con el que ésta entra en vigor han permitido que por parte de algunos empresarios el cumplimiento de las normativas de salud laboral fuera incompleto, favoreciendo situaciones en las que la salud del trabajador peligraba aún más. Es de suponer que, en adelante, se ponga fin a estas situaciones, máxime cuando ahora existe una protección penal de la salud en el trabajo.

Penélope Pastor

La medicina

El II Congreso Nacional de Usuarios de Internet e Infovía, celebrado recientemente en Madrid, dedicó algunas de sus ponencias al impulso y progresivo desarrollo del uso médico de las telecomunicaciones en el próximo siglo. En un futuro muy cercano, cuando las redes de comunicaciones y los módems alcancen las velocidades de transmisión de información necesarias, será posible la video-conferencia o la consulta médica a distancia e incluso la generalización de sofisticados sistemas de telediagnósticos y telecirugía. El medio actual en el que se están gestando estos cambios en la medicina es Internet.

José Feyjoo, que pronunció una conferencia sobre la importancia de Internet en medicina, cree que el denso entramado de información médica que se ha establecido a través de Internet en los últimos años ofrece ya una inmensa base de datos, que aunque bastante caótica por su crecimiento continuo, cuenta con cómodas posibilidades de acceso desde cualquier ordenador personal con una línea telefónica. "Las oportunidades abiertas actualmente a través de estos sistemas al trabajo en equipo y a compartir los cuidados de los pacientes, no tienen precedente en la historia de la medicina, ya no se puede concebir el progreso de la medicina sin tener presente esta tecnología" asegura José Feyjoo.

Además de estas expectativas, lo que más da que hablar ante la llegada de Internet a la medicina son algunos de sus revolucionarios usos potenciales. No parece haber dificultades insalvables en la transferencia de cualquier tipo de información en diversos formatos (texto, sonido, imagen) de un ordenador a otro donde quiera que esté, si ambos están conectados a través de Internet y sólo las limitaciones en cuanto a la infraestructura de cableado y ancho de banda impiden disponer ya de sesiones clínicas o mesas redon-

das a través de sistemas de videoconferencia.

Actualmente ya han empezado a aparecer desarrollos que permiten disponer de opiniones expertas en diversos temas ante problemas que se plantean a muchos kilómetros de distancia. La experiencia de los expertos en cada especialidad podrá ser distribuida a cualquier punto del planeta donde se solicite a través de Internet, conocido como la red.

El uso de Internet ha aumentado considerablemente entre los médicos y la prueba firme de ello es que ya hay decenas de sistemas de teleenseñanza en medicina, existen médicos que pasan sus consulta a

través de Internet, han aparecido sistemas de telediagnóstico en radiología y no hace muchos meses se empezaban a realizar las primeras intervenciones quirúrgicas a distancia.

En el caso del correo electrónico, los campos más desarrollados son las listas de Correo o de distribución y los grupos de discusión. Hay aproximadamente trescientas listas sobre temas médicos y el número está en ascenso. Es como si se hiciese una pregunta a trescientos médicos de todo el mundo sobre el diagnóstico de un paciente, y se recibiera la respuesta de todos ellos en unos minutos.



en Mundo Internet'97

C. López

Asimismo, hay que señalar, que los efectos negativos han provocado profundas y serias reflexiones a los médicos, antes de aceptar la presencia de la informática en el cuidado de los pacientes. En todo caso, es indudable la realidad de algunos obstáculos que dificultan el acercamiento a esta tecnología de la inmensa mayoría de los médicos españoles: la escasez de infraestructuras adecuadas en la tecnología, la penuria informática de las facultades de medicina, y el desordenado y confuso mercado de los servicios Internet en España. Estos y otros factores han contribuido al muro que separa la medicina española de quizás uno de los más importantes y baratos apoyos tecnológicos de toda la historia de la medicina.

En el congreso se trataron otros temas. Es el caso de la ponencia ofrecida por los médicos Manuel Sánchez García y Antonio Bellido, que se centró en el proyecto Eurowin-médico y la formación continuada del médico a través de Internet. Partiendo de la idea de que el médico es el motor, el gestor de su ámbito de influencia y motor de la evolución de su entorno, para que se produzca una evolución de la sanidad, es necesario que éste se relacione con las nuevas tecnologías de la información (NTI). El hecho de usar, aplicar y combinar es-

tas nuevas tecnologías permite trabajar en equipo entre las distintas especialidades, lo que a su vez conlleva, un cambio cultural.

Las NTI exigen metodologías estándares y normativas que puedan generar un sistema de transferencia de conocimientos e información. Estos conocimientos, que son la base de la documentación del médico, han de ser muy concretos. Después, en una fase posterior del proyecto Eurowin-médico, esta documentación será complementada con fichas técnicas. Pero además, el médico debe disponer de una experiencia que se recogerá en una base de casos, donde se extrae dicha experiencia y es depositada formalmente. No obstante, la información depositada en el sistema, será siempre supervisada por un comité científico, encargado de concretar lo que se acepta y lo que no.

Para todo este proceso lo imprescindible y lo que más trabajo ha de suponer es disponer de la infraestructura necesaria, sin contar el cambio estructural que el personal debe asumir para adaptarse a esta nueva era de la medicina.

Un punto común para los conferenciantes fue la importancia de estar conectado a Internet y sólo usándolo se puede comprender su potencia. "Un médico con acceso a



Internet podrá ser pronto mucho más eficaz que otro no conectado. Y además puede contribuir directamente al progreso de nuestro conocimiento sobre patología humana, con las aportaciones de su propia actividad profesional. Cualquier médico conectado, por muy en solitario que trabaje, siempre tendrá a su disposición la misma información que si lo hiciese en el hospital más avanzado, y podrá establecer fácilmente comunicación con los mejores especialistas en las distintas áreas. No debemos olvidar que, en todo caso, el objetivo final es ofrecer a nuestros pacientes los mejores cuidados médicos posibles en el estado actual de nuestro conocimiento", afirman.

LA LISTA NEGRA

400 MÉDICOS CON CAUSAS PENDIENTES POR NEGLIGENCIA

Carlos falleció en 1987 en el Hospital de Móstoles porque se cortó mal una uña. Con haberla extraído a tiempo se hubiera solucionado el problema, pero se le abandonó y se le produjo una gangrena gaseosa que acabó con su vida. Los familiares de Carlos han ganado la demanda civil pero el médico sigue trabajando y ni siquiera fue inhabilitado. Tampoco ha sido inhabilitado el facultativo que desentubó antes de tiempo a Antonio quien quiso arreglar estéticamente su nariz pero que ahora está en coma vegetativo como consecuencia de aquella acción. Sólo son dos ejemplos de los 1.500 casos de negligencias médicas que en dos años ha registrado AVINESA, Asociación de Víctimas por Negligencias Sanitarias, y cuyos integrantes, familiares de afectados por las negligencias reclaman de la justicia acciones como la inhabilitación profesional de los médicos acusados de negligencias, que han aplicado defectuosamente sus conocimientos o han realizado una mala práctica de los mismos.

Avinesa dispone una lista de más de 400 médicos españoles que han sido acusados de negligencia profesional y tienen juicios pendientes por estas causas. Algunos de ellos incluso acumulan cinco y seis denuncias pero siguen practicando en el mismo centro, en las mismas condiciones... Traumatología, ginecología y neurología son las especialidades que más demandas acumulan aunque éstas están aumentando progresivamente en cirugía estética y en odontología.

El mayor número de denuncias se concentra en Cataluña, Andalucía y la Comunidad Valenciana. La Comunidad de Madrid presenta asimismo un gran por-

centaje de denuncias destacando especialmente, según AVINESA, el Hospital de Móstoles al ser el centro que mayor número de denuncias acumula en todos los servicios sanitarios, excepción hecha de cirugía. Igualmente, según los datos proporcionados por Avinesa, en Navarra y en el País Vasco, es donde la práctica médica se lleva a cabo con mayor rigor de acuerdo a la escasez de denuncias presentadas por los pacientes.

Asimismo, las imprudencias y negligencias no son patrimonio de la sanidad pública y tanto en ésta como en los centros de asistencia privada se han dado multitud de casos que demuestran que es un problema del médico

y no de la modalidad sanitaria para la que trabaja.

La Asociación de Víctimas de Negligencias Sanitarias considera fundamental la creación de Juntas de Arbitraje constituidas por los médicos y los afectados de posibles negligencias, como solución a la lentitud de la burocracia, y la aprobación de la Ley del Jurado. Asimismo, han solicitado en varias ocasiones la modificación en cuanto a la elaboración y registro de las historias clínicas que, a su juicio, deberán ser impresas en libros foliados sin posibilidad de manipulación y con acceso restringido.

No obstante, su objetivo fundamental es la inhabilitación

DE LA SANIDAD

Montse García

profesional de los médicos acusados de negligencias, que han aplicado defectuosamente sus conocimientos o han realizado una mala práctica de los mismos, ya que "ésta es la única forma de que no se vuelvan a repetir los casos".

El Código Penal, reformado recientemente, establece una pena de cuatro años de cárcel cuando se produce la muerte de un paciente por imprudencia grave y preve inhabilitaciones de entre tres y seis años por imprudencias profesionales. Además, con la nueva normativa, la Administración responderá subsidiariamente a las indemnizaciones por delitos dolosos y culposos, pero no por las faltas, que deberá pagar el propio médico condenado.

La portavoz nacional de Avinesa, Carmen Flores afirma que "algunas personas se han dirigido a Avinesa buscando una posible negligencia en su caso y hemos tenido que convencerles que no había tal imprudencia, que no era un caso de negligencia. El médico no es infalible, ni un Dios que tenga en sus manos la solución a todas las enfermedades, pero algunos han demostrado su incapacidad para desarrollar su profesión y no queremos que esto vuelva a ocurrir".

Algunos profesionales de la medicina les acusan de obligarles a ejercer una medicina defensiva y de buscar fines exclusivamente económicos en sus reinvin-



dicaciones. Carmen Flores manifiesta al respecto que "la indemnización que acompaña a la demanda cuando ésta se gana sólo paga una parte de proceso judicial. Además, en muchas

ocasiones las condiciones en las que quedan las víctimas nos obliga a solicitar pensiones vitalicias para que puedan subsistir. No es vergonzoso para la asociación pedir dinero para nues-



tros hijos. Por otro lado, la justicia nos está demostrando que el responsable únicamente va a pagar con dinero ante la ausencia de otro tipo de penas por su actuación"

Avinesa se fundó oficialmente en 1987 y desde entonces se han presentado 1500 denuncias aunque muchas de ellas se han ganado civilmente. Han publicado una *Guía práctica para la defensa del usuario de la sanidad* en la que se explican los fundamentos básicos de la Ley General de Sanidad, el nuevo Código Penal y se indican las vías adecuadas para iniciar medidas judiciales.

DECÁLOGO DEL USUARIO DE LA SANIDAD

- Al amparo de la Ley General de Sanidad el usuario tiene derecho a recibir información verbal y escrita de todo su proceso clínico, incluido el diagnóstico y el pronóstico.
- Nunca se debe firmar documentación clínica u otros documentos que no se entiendan.
- No se debe extraviar ni tirar ningún documento: todos son importantes.
- En el caso de acudir a urgencias de cualquier centro sanitario, se debe exigir el correspondiente informe clínico.
- Si el usuario se encuentra pendiente de una intervención quirúrgica o alguna prueba clínica, en lista de espera, deberá informarse si en ese período de tiempo puede producirse un agravamiento de la enfermedad. Si se considera excesiva la espera, deberá ser denunciado en la Oficina de Atención al Paciente y en la Dirección General de Sanidad
- Al recibir el alta en un centro hospitalario, se debe leer pausadamente el informe clínico (que todos tienen derecho a recibir) y comprobar la veracidad del mismo. También se puede solicitar información adicional, conforme a lo establecido en la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986 y el Real decreto 63/1995 de 20 de enero.
- Cualquier irregularidad sanitaria que se sufra, por pequeña que sea, debe ser denunciada en el Servicio de Atención al Paciente. Si se considera una negligencia o una irregularidad grave, deberá acudir a un abogado especialista.
- Existe una póliza de responsabilidad civil suscrita por el INSALUD con una aseguradora privada. Si se sufre una negligencia, error o irregularidad sanitaria, cabe la posibilidad de acudir al Servicio de Atención al Paciente, al gerente del Hospital o a la Dirección General de Sanidad e informarse sobre las competencias económicas.
- Es recomendable mostrar agradecimiento a los facultativos que sean profesionales y correctos en el trato.
- Seguir estas recomendaciones es clave para la defensa del usuario de la Sanidad, así como para demandar responsabilidades si fuera necesario.



María Wolff da nombre a un Centro de Día situado en un céntrico barrio madrileño en el que, con una nueva filosofía respecto a la enfermedad y sus pacientes, presta atención a éstos dándoles apoyo psicológico y procurando disminuir la ansiedad y el estrés que la pérdida de la memoria o de ciertas habilidades provoca en los pacientes. La familia, los otros afectados por la enfermedad, también reciben apoyo en María Wolff que, aunque no funciona como un gabinete de psicología, ofrece pautas de actuación específicas ante problemas concretos que reducen el estrés que padece la familia.



Nina Morillas, directora de María Wolff, explica que “al Centro de Día acuden pacientes con distintos niveles de evolución en su enfermedad, la mayor parte de ellos son pacientes con un grado de demencia leve o moderado que toda-

GUARDERÍA de MAYORES

Montse García

“El enfermo de Alzheimer ha perdido muchas de sus habilidades pero no es un niño y, aunque con algunas variaciones, mantiene su personalidad. A pesar de todas las dificultades hay que aprovechar lo bueno que cada uno de ellos encierra en sí mismo”

vía pueden trabajar en el mantenimiento de sus habilidades, y por tanto de su calidad de vida dado que aquellos pacientes con un avanzado estado de la enfermedad requieren cuidados asistenciales más exigentes y continuos que las propias características del centro impiden que se puedan proporcionar en él”.

El grupo de profesionales de María Wolff lo componen terapeutas ocupacionales, auxiliares geriátricos y un neurólogo que prestan asistencia a las catorce personas que actualmente acuden al centro. Estos profesionales plantean un objetivo mensual general y sobre éste se establecen los talleres y las actividades concretas que

cada uno, en función de su situación personal, desarrolla.

“Fundamentalmente estas terapias se basan en ejercicios cognitivos a un nivel muy básico y de habilidades a nivel funcional, trabajando sobre aquellos aspectos que cada uno tiene más deteriorados. Los talleres ocupacionales se adaptan a la situación de cada paciente. Asimismo se planifican de forma periódica salidas al exterior o actividades concretas como puede ser la celebración de un fiesta de cumpleaños”, explica la directora del centro.

Para Nina Morillas “lo más importante es desdramatizar la situación y buscar las soluciones al problema planteado. El



enfermo de Alzheimer ha perdido muchas de sus habilidades pero no es un niño y, aunque con algunas variaciones, mantiene su personalidad. A pesar de todas las dificultades hay que aprovechar lo bueno que cada uno de ellos encierra en sí mismo y hay que disfrutar de ellos. El enfermo de Alzheimer puede desarrollar muchas actividades y hay que ayudarlo a mantener sus habilidades en la medida de la posible”.

“El Auxiliar de Enfermería debería ser pluridisciplinar, de forma que junto a los conocimientos y habilidades puramente asistenciales o de enfermería se formaran en cuestiones como las terapias ocupacionales, terapias de grupo, técnicas de comunicación o apoyo psicológico.”

En cuanto a la familia, en ocasiones muestran una gran impaciencia ante los resultados buscando que estos sean inmediatos. Ante esta imposibilidad hay quien prima el aspecto económico, dado que se trata de un centro privado sin ninguna subvención, y no mantiene una



continuidad de asistencia del enfermo al centro.

Sin embargo, María Wolff mantiene que la actitud del familiar que lleva a un paciente de Alzheimer a un centro de día es radicalmente distinta a la de aquellos que les llevan a una residencia debido a que, por lo general, en estos centros la atención es menos personalizada y el tratamiento tiene un carácter más asistencial que de integración en el ambiente familiar.

Por otro lado, la directora del centro María Wolff considera que la formación del Auxiliar de Enfermería debería ser pluridisciplinar, de forma que junto a los conocimientos y habilidades puramente asistenciales o de enfermería se formaran en cuestiones como las terapias ocupacionales, terapias de grupo, técnicas de comunicación o apoyo psicológico. Hay que entender los problemas sanitarios, y concretamente el Alzheimer, con una visión más global.

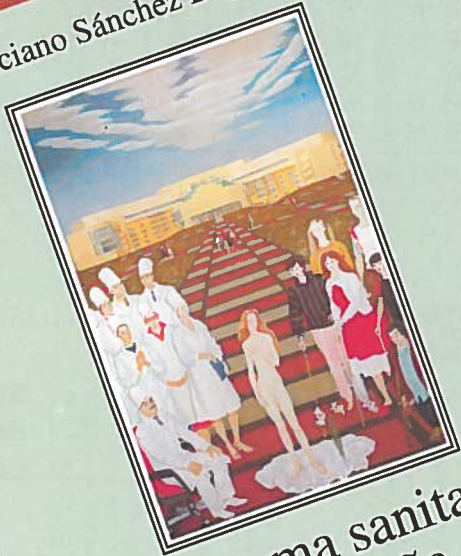
EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

EVOLUCIÓN, SITUACIÓN ACTUAL, PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS

Este libro demuestra que los problemas de la **SANIDAD** no pueden entenderse aislados de los de las sociedades en que ésta se desenvuelve.

Evidencia también que el futuro del Estado de Bienestar, está íntimamente ligado al futuro de los sistemas sanitarios.

Marciano Sánchez Bayle (ed.)



El sistema sanitario en España
Evolución, situación actual, problemas y perspectivas



Ruego me envíen contra reembolso el libro

EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

Nombre y apellidos
Afiliados a SAE Sí No Nº de afiliación

Dirección

Población

Teléfono

C. P.

Enviar cupón de pedido a:
Tf. 91 521 52 24
P.V.P.: 1.700
AFILIADOS AL S.A.E. 1.500





SABÍAS QUE...

- El cisne puede llegar a vivir 102 años.
- La saliba que nuestra boca produce a diario equivale a cuatro tazas.
- El mono uistití debe su nombre al peculiar sonido que emite.
- Las pirámides de Egipto fueron construídas con piedra caliza.
- Un cráter es el agujero hecho por un meteorito cuando golpea la superficie de un planeta o en la Luna.
- El leopardo es el mejor trepador de árboles.
- Las plumas estabilizan las flechas de tiro con arco cuando van por el aire.
- Algunos tiburones pueden vivir en lagos.

SOPA DE LETRAS A



Localiza las ocho enfermedades cutáneas de etiología viral.

SOLUCIONES



Sopa de Letras A

SOPA DE LETRAS B

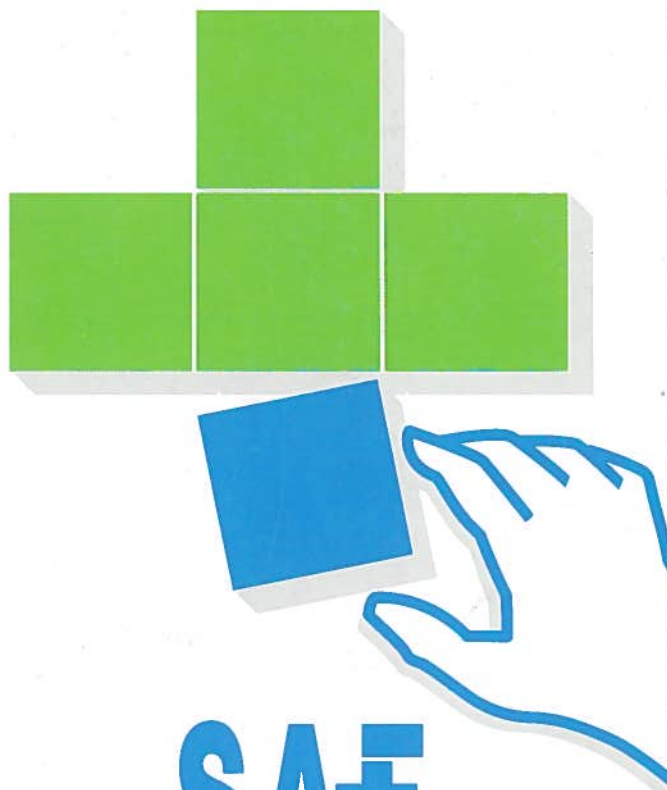


Localiza siete componentes del pabellón auricular.

Sopa de Letras B



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



S.A.E

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

**Auxiliares:
La Base de la Sanidad**