

Nº 9 JULIO - AGOSTO - SEPTIEMBRE 1989



ALYDIA

REVISTA CIENTÍFICA DEL ILUSTRE COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. DE SEVILLA

-DIAGNÓSTICO DE LA ALERGIA A MEDICAMENTOS.

-EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN GRUPOS.

-CATARSIS, INFORMACIÓN Y DIÁLOGO EN EL
TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA.

Le interesa conocer
las excepcionales condiciones
concertadas con el colectivo de A.T.S.
y D.E. de Sevilla.



Nuevo Alfa 33.

Un vehículo confortable, versátil, brillante,
con destacadas características deportivas,
disponible en cinco versiones.



Información en:

CASTELLANO MOTORS, S.L.

NUESTRA VOCACION: SERVICIO AL CLIENTE

Exposición: S.Francisco Javier, 23 - Tel. 465 92 50

Servicio Técnico: Carlos Serra, 3 - Tel. 451 15 26

EDITORIAL

NUESTRO PROPÓSITO

A la hora de abrir este número de la Revista Hygia, sería conveniente dar a conocer, tratándose de una época donde el verano quedó atrás y se abre de par en par, un nuevo curso, dar a conocer, decimos, cuáles son los propósitos que nos animan para que el ejercicio 1989-90 sea la continuidad mejorada de una labor iniciada.

Todo Curso que se precie, y el nuestro por supuesto también, debe contar con un programa de actividades que nos lleve hasta las calores del 90 con una serie de cometidos surgidos del Colegio Oficial y capaces de alentar y fomentar un espíritu indeclinable: hacer de nuestra institución colegial un foro permanente de enseñanzas donde el ATS/DE sevillano encuentre cauce para su formación, nunca mejor dicho, continuada.

Por todo este preámbulo, se impone decir que los objetivos para el periodo 89-90 podemos resumirlos en dos grandes contenidos: Uno. Abarcar todas las áreas de Enfermería y, Dos. Intentar algo tan importante como es dar paso a los propios profesionales de Enfermería para que entre ellos, entre nosotros mismos, se logre el proceso de formación al ser los propios Enfermeros/as quienes impartan tanto clases teóricas como prácticas.

Son, como se aprecia, importantes objetivos que, sin duda, estarán a nuestro alcance para dar cobertura al Curso que ya se inicia. Y para que tal cosa suceda, es necesario hacer un llamamiento, aquí y ahora, a todo el colectivo de ATS/ DE sevillanos. Un llamamiento simple y único llamado participación; o con mayúsculas si lo prefieren: PARTICIPACIÓN. Para que las tareas docentes que emprende nuestro Colegio estén rodeadas del mayor consenso posible del que, lógicamente, se desprenderán los mayores beneficios. Y que esa participación no se limite a la asistencia física a nuestros Cursos, sino que esté presente en una faceta necesitada de urgente consolidación cual es la investigadora, facilitada por las becas que el Colegio pone a disposición de los profesionales y todos los trabajos publicados en la Revista HYGIA que ahora tienes en las manos.

Con este rumbo vamos a inaugurar el Curso que acabará en el año 1990. Si renovarse o morir es el axioma, desde aquí lo hacemos propio con un propósito a cumplir: que los colegiados, nuestros profesionales sevillanos, tomen conciencia de la importancia, para ellos mismos y para la actividad que ellos desarrollan, de embarcarse en las labores docentes, discentes e investigadoras que el Colegio Oficial de ATS/DE de Sevilla pone a disposición de todo su colectivo. Las puertas están abiertas, las inquietudes nos constan en todos y cada uno de nosotros y sólo hay que apelar, una vez más, a que la pasividad deje sitio a la participación porque de ella sólo obtendremos beneficios en todos los sentidos. Con este norte empezamos. ¿La respuesta? Estamos convencidos que será reconfortante.



HYGIA

EDITA:

Ite. Colegio Oficial de
Ayudantes Técnicos Sanitarios y
Diplomados en Enfermería
de Sevilla

DIRECTOR:

José M^o. Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCIÓN TÉCNICA:

José Antonio Cervera López
Miguel Angel Alcántara González

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Carmelo Gallardo Moraleda
Juan Vicente Romero Lluch
Amelia Lerma Soriano
Antonio Hernández Díaz
Alejandro A. García Nieto
Alfonso Álvarez González
M^o. Carmen Fernández Zamudio
Hipólito Gallardo Reyes

DIAGRAMA:

Rodolfo E. Aller

IMPRIME:

Gráficas Mirte, S.A.



DEPÓSITO LEGAL:

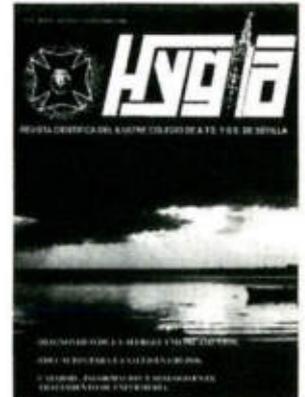
SE - 470 - 1987

Publicación autorizada por el
Ministerio de Sanidad y Consumo
con referencia S.V. 88032 R.

Sumario

— EDITORIAL	3
— CATARSIS INFORMACION y DIÁLOGO ES EL TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA	5
— EL PRACTICANTE SEVILLANO	9
— CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA SOBRE LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA URÉMICA EN EL ENFERMO RENAL.....	12
— ANÁLISIS A LA BUROCRACIA	17
— DIAGNÓSTICO DE LA ALERGIA A MEDICAMENTOS	25
— IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN ENFERMERÍA PACIENTE	30
— ENSAYO CLÍNICO: "EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN GRUPOS"	33
— PREMIOS NOBEL DE MEDICINA: 1904.....	37
— CURSOS - JORNADAS - CONGRESOS. BECAS	38
— CONCURSO FOTOGRAFICO	40
— BECAS DE ESTUDIO	41
— CONSIDERACIONES SOBRE FORMACIÓN CONTINUADA.....	42

El equipo de redacción no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los diferentes artículos, siendo la responsabilidad de los mismos, exclusiva del que los escribe.



Oscuro atardecer
Autor:
Begoña Rodríguez Rios.

CATARSIS

INFORMACIÓN

Y DIÁLOGO

ES EL TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA

Autor: **Antonio Navarro Carmona**
A.T.S.- D.E. del Hospital Infantil Sevilla

INTRODUCCIÓN

Recuerdo el cambio de impresiones que teníamos mi amigo Juan José y yo. Me gusta oírle hablar porque... (tranquillo que no os voy a aburrir con la historia de enfermería de otro niño, pues éste del que hablo ya vino de la mili). Bueno, es simplemente que un día le prometí dedicarle a su atención un artículo —con el permiso de vosotros claro— para animarle a que siga trabajando. Se trata de un compañero que está colaborando mucho con la enfermería de nuestro pequeño hospital pero que no termina de encontrar lo que busca. Me gustaría leer cosas suyas en la revista. Creo que todo esfuerzo tiene un valor y cuando además la finalidad es contribuir a clarificar el futuro de nuestra profesión, el valor es incalculable. Como él hay muchos que se resisten a darnos su saber. Quizás teman que descubramos lo de bueno que llevan dentro. Sin embargo eso es lo que falta en el mundo, lo bueno de cada uno. Me gustaría leer cosas de estas personas.

LA CATARSIS



Psiquiatría. En uno de los temas, se exponía cómo la estancia demasiado prolongada en el hospital ocasiona influencias desfavorables, no sólo al enfermo sino también a la familia de éste y a la economía pública.

Al finalizar el trabajo hay dos buenas razones que hacen interesante su divulgación a los profesionales de enfermería: De un lado el descubrir que los psiquiatras, al tomar conciencia de que la medicina tecnológica, burocrática y socializada actual se olvida del ser humano; transmiten a todos los médicos el mensaje de hacer una medicina más humanizada. De otro, el aprender que es muy beneficioso para el paciente lo que en psiquiatría se llama CATARSIS: Dejar que el enfermo se desahogue, escucharle atentamente, dialogar, permitir la transferencia. Ésto y la conclusión final pueden ser el caballo de batalla que solucione muchos conflictos de nuestro quehacer diario en los hospitales.

DESCRIPCIÓN

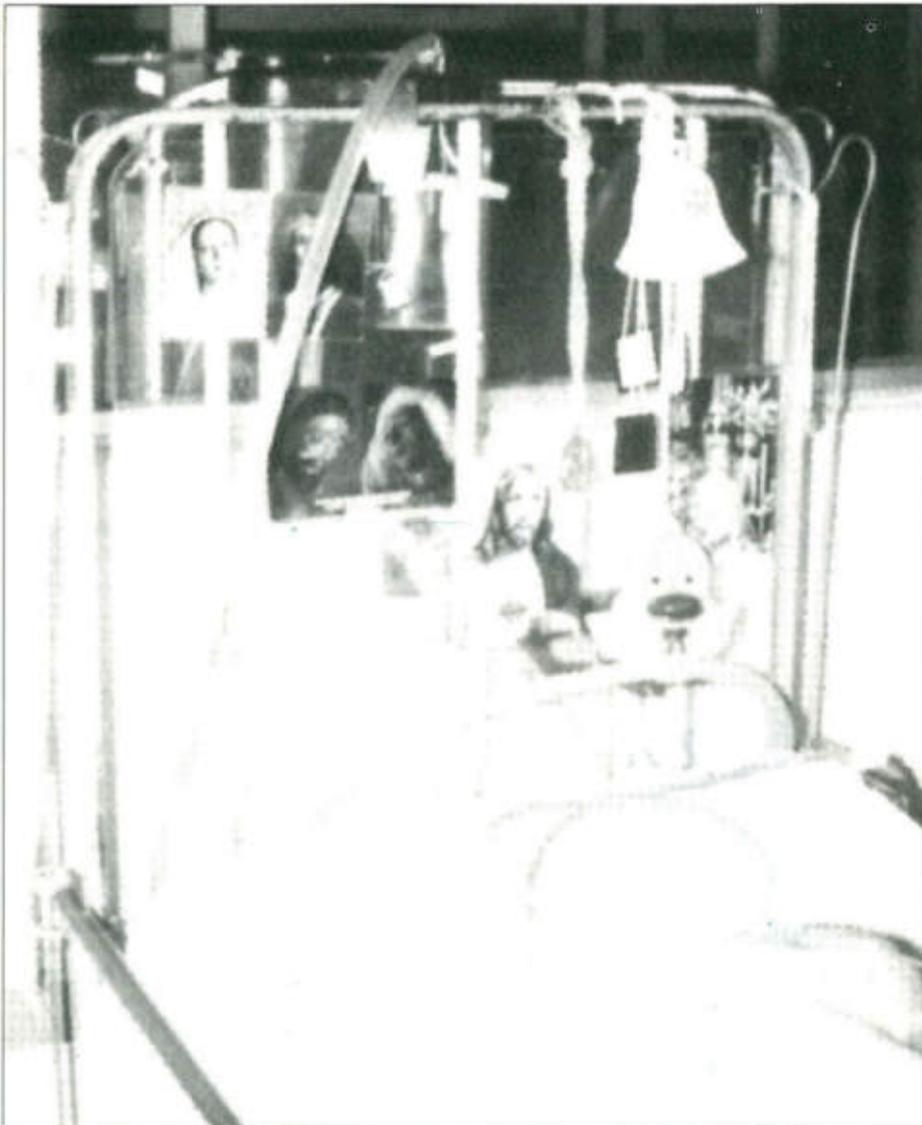
Este estudio se realiza en una sala de niños hospitalizados, lactantes todos ellos y divididos en cuatro entidades patológicas diferentes. A los padres se les permite estar junto a ellos todo el día y la noche excepto de 7.30 a 13 horas. Indistintamente pueden permanecer el padre o la madre pero no los dos simultáneamente. En ocasiones, y previa valoración de las circunstancias, en lugar de los padres se autoriza la permanencia a otro familiar que habitualmente es el que suele cuidar al niño en su casa.

Los objetivos del trabajo son la conducta y el estado emocional de los padres durante la hospitalización de su hijo: modificar las conductas anómalas y ayudarles en el equilibrio de su afectividad. El programa de trabajo consiste sólo en la observación y en el diálogo para obtener conclusiones.

Desde hace tiempo vengo observando el sufrimiento de los padres de niños que tienen que permanecer hospitalizados por causa de su enfermedad. Los padres sufren por sus hijos enfermos estén o no ingresados en centros sanitarios. Siempre me he preguntado cómo podría contribuir a disminuir ese dolor en estas personas. Pensé que quizás fuese bueno intentar acercarme a ellos con algo de lo que escasea en los hospitales: Tiempo y Conversación. Escucharles más que hablarles.

Cuál no sería mi sorpresa al descubrir la verdadera causa de unas conductas, que algunos padres manifestaban y que yo creía debido a ese sufrimiento. Sin embargo, no pude encontrar su verdadera forma y comprensión hasta que tuve la oportunidad de leer algo de





VIVENCIAS

En una primera impresión de conjunto, se distingue un comportamiento distinto en los padres según la enfermedad del niño. De entrada, los padres de niños afectados de cardiopatías congénitas manifiestan preocupación y miedo ante la incógnita que descubrirá el estudio de su hijo. Una vez confirmado el diagnóstico hay unos padres que entran en una fase de desesperación para pasar luego a una aceptación condicionada de la enfermedad de su hijo: Condicionada en el sentido de aferrarse a algo. Algo como, una intervención, el buen aspecto físico del niño, el que coma bien, etc... Esta postura les lleva a minimizar el problema, a olvidar un poco la verdadera situación interna del niño. Esto implica que vivencien la enfermedad del niño con la esperanza y la fe de que su hijo es un niño normal como los demás y su vida no corre peligro. Es el mecanismo de defensa en esos momentos para que sus vidas tenga sentido.

Otros padres, debido a su incultura o a

la falta de información completa sobre el problema de su hijo, al déficit de afectividad o al hijo no deseado; viven la enfermedad del niño como un hecho pasajero: como un no querer tener nada que ver con él, porque le van a tomar cariño y como el pobrecito se va a morir... Como un más vale que lo recoja Dios. No se plantean nunca que su hijo puede vivir algunos años y tiene que hacerlo con ellos y ellos tienen que cuidarle.

También hay padres -los menos- que ocultan la enfermedad del niño al resto de la familia.

RESPONSABILIDAD

Pasados estos primeros momentos referentes al planteamiento de la enfermedad del niño, se pone de manifiesto la responsabilidad de los padres. Se diferencian dos grupos: Los responsables que permanecen cerca del niño noche y día, y los irresponsables que aparecen de vez en cuando a ver a su hijo y nunca están enterados de nada -incluso al médico le cuesta

trabajo dar con ellos para hablarles-. También por suerte son los menos.

Los padres de niños cardiopatas presentan unas características de comportamiento comunes -hay que tener en cuenta que las causas que motivan esta conducta con similares-. En general viven una tragedia que les sume en una gran pena, desgracia, desolación; que manifiestan en forma de tristeza, depresión, euforia, dinamismo, etc. Colaboran con el personal sanitario en los cuidados del niño. Algunos padres se turnan, unas veces el padre y otras la madre para poder descansar, pero otros permanece la madre noche y día hasta el alta, el padre no colabora nada ni tiene intención de colaborar, ni siquiera a la hora de la visita manifiestan interés. Esto traduce cómo unos padres vivencian la enfermedad de su hijo unidos y otros en cambio, es sólo la madre quien afronta toda la problemática. Colaboran también en el cumplimiento de las normas del hospital sin insistirles excesivamente.

HOSPITALISMO

Pasada la fase de aceptación de la enfermedad de su hijo y cuando la hospitalización se prolonga demasiado, aparece un factor muy importante que va a influir mucho en la conducta de los padres: La falta de información adecuada y el gran tecnicismo de la escasa información obtenida. Esto hace que unos familiares -sobre todo los de nivel cultural medio y alto- comiencen a comprar libros y a leer. Preguntan sobre la enfermedad del niño a todo el mundo y comienzan a utilizar las comparaciones en las respuestas del personal médico-sanitario buscando posibles engaños, incompetencias, irresponsabilidades, fallos, etc. Esta mala y errónea información libresco complementaria que ellos se buscan, la utilizan como un arma contra el personal que atiende a su hijo durante todo el tiempo que dura la hospitalización. Así: aparecen ideas obsesivas; están pendientes de cada acción ejecutada por el personal al enfermo; revisan todo lo que se le ofrece al paciente de medicación y alimentos; critican continuamente cualquier iniciativa y utilizarán el clásico "pues su compañero dijo lo otro". Incluso llegan a la agresividad.

Otro grupo de padres que también leen y consultan y buscan la información libresco, se caracteriza por su corrección y amabilidad y sólo se observa en ellos un afán continuo de preguntar para aclarar las dudas, pero no referente a la enfermedad que padece su hijo sino a las conclusiones erróneas de la lectura de estos libros médicos. Por otro lado supervisan en silencio todo el trabajo llevado a cabo por el personal, comentando los fallos no con la persona en concreto sino con otros compañeros con los que han simpatizado algo.

Pero la mayoría de los padres no buscan información en los libros, éstos manifiestan una intensa angustia ante las dudas que se les plantean. Cuando tienen la mínima ocasión se desahogan llorando y manifestando que nadie les aclara nada de su hijo.

En alguna ocasión se ha observado cómo un mal planteamiento en la incorporación de la madre al programa de trabajo para los cuidados del enfermo, ha dado lugar a una conducta neurótica —reforzada también por la larga estancia hospitalaria— que llegó por circunstancias concretas a contagiar al resto de las madres que permanecían en la habitación —la habitación o box tiene capacidad para tres enfermos—. Se le había inculcado a una madre de un niño cardiópata traqueostomizado la máxima asepsia en los cuidados de su hijo. Hasta tal punto vivenciaba esta madre la limpieza, que una noche quedó en el box una cama libre y fue ingresado un niño con gastroenteritis aguda que sólo permaneció un par de horas, las que tardó el personal sanitario en buscar un nuevo alojamiento al paciente ya que toda lógica aconseja que en boxes de Cardiología no permanezcan procesos contagiosos. Inmediatamente que salió del box dicho enfermo, la madre antes mencionada se puso a fregar el box entero desde el suelo hasta el techo. Curiosamente se observó como la otra madre que permanecía también en la habitación se puso también a fregar —a ésta no se le había mentalizado sobre la asepsia—. Lo que pasó fue que vivenciaron el ingreso de este niño como un factor que ponía en peligro la vida de sus hijos.

CREENCIAS RELIGIOSAS

Desde el punto de vista religioso todos los padres independientemente del nivel cultural que tengan, mantienen por igual que sus hijos están en las manos de Dios y por ello tienen Fe en la ayuda del Señor —no les queda más remedio dado el panorama tan negro y dramático que les plantea el médico—. Sin embargo, la vivencia religiosa sí difiere de unos a otros. Siempre es manifestada más por la madre y dejan entrever influencias de la educación escolar que recibieron.

La observación es bien distinta de la realidad. Para estudiar este punto hay que conversar con ellos. Así tenemos: que los padres de mayor nivel cultural no ponen en la cabecera de la cuna de su hijo estampas de imágenes religiosas, pero sí le traen un manto de una Virgen que es muy milagrosa y se lo ponen debajo de las sábanas o a los pies de la cuna —éstos son un grupo reducido de padres, ya que estas prendas no se encuentran al alcance de



cualquier persona pues son prestadas por párrocos y otros sacerdotes amigos de la familia—. Otras veces es un frasco con agua de Lourdes que unos amigos le traen y con la que rocían al niño la frente.

Los padres de nivel cultural más elemental, llenan las mesillas o las cunas de imágenes y/o estampas religiosas. Los Santos son innumerables: desde Cristos en su Pasión hasta el tradicional escapulario, pasando por Resucitados Gloriosos, Niños Jesús, Santos, Santas, Religiosos, Religiosas, etc.

De toda esta manifestación externa, ésta es la realidad: Los padres tienen creencia en un único Ser. Creen en Dios, en la Virgen o en un Santo; a quien piden por su hijo enfermo y de quien tienen presente una estampa, imagen o fotografía en la cuna del niño. Algunos además, por su fe más honda van a los lugares de culto y ofrecen novenas, oración y sacrificios.

Entonces ¿por qué esta diferencia entre lo subjetivo y lo objetivo? pues muy sencillo: aún persiste la superstición y el miedo que los hace incapaces de rechazar estos objetos que familiares y conocidos en sus creencias religiosas les regalan, con la recomendación de que se encomienden a ellos pues son muy milagrosos. Así es que ante el conflicto interno que supondría

tirarlos optan por colgarlos en la cuna de su hijo.

OTRAS CONDUCTAS

Cuando observamos a los padres de niños neurológicos, vemos que el comportamiento no difiere mucho del anterior grupo estudiado porque los factores que motivan dichas conductas son similares.

No es así en áreas de niños afectados de patología respiratoria por una razón bien sencilla; estos niños tienen una enfermedad en general más alagüeña, a veces incluso banal. El tiempo de hospitalización salvo algún caso excepcional es corto. Por ello, las conductas que manifiestan estos padres son las propias que acompañan a su nivel cultural, que por lo general es muy bajo: La falta de respeto, el no saber estar en los sitios, el creerse que se encuentran en un hotel y con derecho a ser servidos, la falta de colaboración, agresividad, insultos, etc.

Sin embargo en estos grupos cuando el nivel cultural y educativo es mayor, la manifestación que se observa es sólo la angustia de los padres frente a la falta de información de todo aquello que concierne a su hijo.

Por último otras conductas observadas que van a necesitar de nuestra actuación —aquí se hace realidad el concepto de que nuestra actividad no se limita sólo al cui-

dado del enfermo sino que van apareciendo unas funciones secundarias en función del medio familiar del paciente, que nos obliga o debería obligarnos a atenderlas también— son las ideas obsesivas de persecución en enfermos mentales que no toman su tratamiento psiquiátrico, el alcohólico que en plena embriaguez se queda a dormir junto a su hijo, robos, peleas, etc.

CONCLUSIONES

Después de llevar a cabo un programa de trabajo cuya línea principal fue el diálogo, la información detallada de la enfermedad de su hijo y la aclaración de todas las dudas, el interés por todo lo referente al enfermo y una dedicación más intensa desde el punto de vista sanitario, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Mayor colaboración de los padres en los cuidados de su hijo.
- Mayor confianza y tranquilidad con la presencia del A.T.S.-D.E.
- Mayor seguridad en la atención médica.
- Desapareció la angustia y aumentó la esperanza sin perder de vista la importancia del problema del niño.
- Desaparecieron las ideas obsesivas.
- Desapareció la duda y la incertidumbre y con ella la fuente del conflicto.
- Se hicieron un nuevo planteamiento más lógico de la enfermedad de su hijo.

RESUMIENDO

La hospitalización prolongada del niño enfermo y la falta de información a los padres, son dos factores que influyen enormemente en la aparición de conductas anómalas en estos últimos. Estas conductas desaparecen o no se presentan cuando se mantiene una información completa y puntual y por supuesto, cuando la hospitalización no es muy prolongada.

ESTRIBILLO

Por desgracia sólo en muy pocas áreas de hospitalización puede llevarse a cabo esta labor, porque ello requiere un mínimo de personal adecuado. Mínimo que todavía están lejos de alcanzar nuestros hospitales. Esto me lleva a acordarme de mis colegas que trabajan en ese mastodonte inhumano de hospital general.

Por desgracia también, todavía, la rentabilidad prima sobre la salud aunque al mismo tiempo se derroche en otros tantos conceptos que no producen nada. Tengo la esperanza de que algún día se logrará, porque los que tienen la responsabilidad de ello terminarán comprendiendo que ese mínimo necesario para que Enfermería desarrolle su labor dignamente no va a suponer otra cosa que rentabilidad, calidad, educación sanitaria y salud.

Teléfono Hospital Infantil:

461 00 00



PRAXIS

ESCUELA DE QUIROMASAJE

CURSOS DE MASAJE TERAPÉUTICO

Y

DRENAJE LINFÁTICO

Prácticas en grupos de 15 alumnos

MATRÍCULA ABIERTA

Información e inscripción en:

Praxis, escuela de quiromasaje.

Avda. Alcalde Juan Fernández, nº7 - 1º D

Teléfono 465 - 80 - 63 Horario de 5 a 8 de la tarde
SEVILLA

EL PRACTICANTE MILITANO

EL BACILO ROBADO

Revisando entre los libros de Medicina y Cirugía Auxiliar del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios de España, en el número de Abril de 1962 figura un artículo titulado "EL BACILO ROBADO" de H.G. Wells, conocido escritor de Ciencia Ficción. Por lo inusitado de dicho artículo es por lo que hemos creído conveniente su publicación.

A. GARCIA NIETO

—Ésto —dijo el bacteriólogo deslizando una laminilla de vidrio debajo del microscopio— es una preparación del célebre bacilo del cólera.

El hombre de la cara pálida aplicó el ojo al aparato. Era evidente que no estaba acostumbrado a tales cosas, porque se puso la mano —una mano blanca y escuálida— sobre el otro ojo, diciendo:

—Veo mal.

—Mueva ese tornillo —le indicó el sabio—, acaso el microscopio esté mal enfocado para su vista. Varía tanto en las personas...

Hágalo girar un poquito...

—¡Ah! Ahora veo bien —exclamó el visitante—; aunque, verdaderamente, no hay mucho que ver. Rayitas y tiritas coloreadas... nada más. Y, sin embargo, estas partículas diminutas, estos simples átomos pueden multiplicarse y devorar a una ciudad. ¡Es asombroso!

Se irguió y sacando la laminilla de vidrio la levantó con dos dedos y se puso a mirarla a la luz, cerca de la ventana.

—No se ven casi —dijo acercándola más a los ojos. Y vaciló un momento antes de preguntar—: ¿Están... vivos? ¿Son peligrosos todavía?

—No —declaró el sabio—. Éstos han sido teñidos y están muertos. ¡Ojalá pudiéramos teñir y matar a todos los que existen en el mundo!

—Supongo —observó el hombre pálido con una sonrisa— que ustedes no se interesarán mucho en tener cerca estas cosas en estado animado..., vivo...

—Por el contrario —repuso el bacteriólogo—; necesitamos tenerlos. Aquí, por ejemplo... —atravesó el laboratorio para ir a tomar uno, entre varios tubos sellados—, aquí tenemos un microbio vivo.

Este es un cultivo de bacteria infecciosa, viva y activa... —y agregó, después de una ligera pausa—: Cólera embotellado, por decirlo así.

Un relámpago de alegría iluminó por un instante el rostro del hombre pálido:

—Es una cosa terrible lo que tiene usted entre las manos —dijo devorando el tubo con los ojos.

El bacteriólogo observaba, con cierta satisfacción orgullosa, el placer mórbido que animaba la fisonomía del visitante. Desde el primer momento le había sido simpático este desconocido que llegó aquella tarde con una carta de presentación de un amigo.

Sus cabellos negros y lacios, sus ojos grises y profundos, su expresión azorada y sus maneras nerviosas, así como el interés caprichoso, pero intenso, que demostraba por todas aquellas cuestiones, eran para él una cosa muy distinta al semblante austero y a las reflexiones sabias de los hombres de ciencia con quienes se trataba casi exclusivamente.

Con un oyente así, tan manifiestamente sensible a la naturaleza del tema, era natural que el bacteriólogo tratara de presentarlo bajo su aspecto más impresionante. De modo que levantando el tubo adoptó una expresión abstraída y murmuró:

—Sí, aquí está encerrada la terrible epidemia. Basta romper este tubito dentro de un poco de agua corriente y decir a estas diminutas partículas: "Andad, creed y multiplicaos; poblad las aguas", para que la muerte, la muerte misteriosa, insospechada; la muerte rápida, indigna y dolorosa, caiga sobre esta ciudad y corra de aquí para allá cazando víctimas... Se meterá en las cañerías y recorrerá las calles, eligiendo y flagelando una casa aquí y otra más allá; arrebatando hoy un marido a su mujer; mañana un hijo a su madre; luego un funcionario a los deberes de su cargo; más tarde a un obrero... Se introducirá en los surtidores de aguas minerales, se asentará en las verduras, se dormirá en el hielo... Acechará a los caballos en el abrevadero y a los niños en las fuentes públicas... Se infiltrará en el suelo para reaparecer en los manantiales y en los pozos, a grandes distancias y en mil puntos distintos... Para todo esto bastaría con echar la muerte que tengo entre mis dedos dentro de ese poco de agua corriente... Porque antes que pudiéramos aislarla, habría diezmado a la población...

El bacteriólogo se detuvo bruscamente recordando que más de una vez le habían dicho que su flaco era la retórica.

—Pero aquí —agregó— la plaga está segura; completamente segura.

El hombre de la cara pálida hizo un ademán afirmativo con la cabeza. Sus ojos



brillaban. Aclaró la voz.

—Los anarquistas —dijo— son unos locos; locos de remate. Emplean bombas cuando tienen ello al alcance de la mano. Me parece...

Un golpe suave, un golpe apenas dado con las uñas, se oyó en la puerta. El bacteriólogo fue a abrir.

—Un momento, querido —dijo una voz de mujer.

Cuando volvió al laboratorio encontró a su visitante con el reloj en la mano.

—No sospechaba —dijo que le había hecho perder una hora.

Son las cuatro menos doce. Debía haberme marchado a las tres y media; pero sus explicaciones son realmente interesantes... Sin embargo, no puedo detenerme más tiempo. Tengo una cita a las cuatro.

Y salió, expresando una vez más su agradecimiento al bacteriólogo. Éste le acompañó hasta la puerta y volvió pensativo al laboratorio. Iba tratando de comprender al extraño visitante. Evidentemente, no era, a juzgar por su tipo, ni sajón ni latino.

—Mucho me temo que sea un producto mórbido, —pensaba el sabio—; ¡Cómo miraba el cultivo de bacilos infecciosos!

De pronto le asaltó una idea inquietante. Entró en el laboratorio y buscó algo sobre la mesa de trabajo. Nada... Corrió al escritorio, volvió a la mesa. En seguida se palpó nerviosamente los bolsillos y recorriendo con la mirada toda la sala se precipitó a la puerta.

"Tal vez lo haya dejado en la mesita del

vestíbulo", pensó. Y desde aquél empezó a llamar:

—¡María! ¡María!

—¿Qué ocurre? preguntó una voz dulce y lejana.

—¿Tenía yo algo en la mano cuando te hablé un momento?

—No, querido; no tenías nada; porque recuerdo...

—¡Maldición! —gritó el bacteriólogo.

Y abriendo la puerta violentamente se precipitó escaleras abajo.

Alarmada la dama al oír el portazo, corrió a la ventana y pudo ver, a cierta distancia, a un hombre alto y delgado que subía a un coche; y vio también a su marido que, sin sombrero y en zapatillas, corría hacia aquél gesticulando como un poseído.

—¡Ay, Dios mío; se ha vuelto loco! —exclamó asustada la mujer—. Esa ciencia infame tiene la culpa.

El hombre del coche asomó su cabeza por la ventanilla, observando la persecución del bacteriólogo, y gritó algo al cochero. Éste chasqueó el látigo y el caballo emprendió una veloz carrera. Un instante después desaparecía el coche perseguido siempre por el doctor.

La esposa se separó de la ventana, inspirada por una idea repentina, y, tomando en el vestíbulo el sombrero y el abrigo de su marido, salió a la calle, donde tomó apresuradamente un coche diciendo al auriga:

—Vea usted si puede alcanzar a un caballo que, con cabeza descubierta, se dirige en este instante por Havelock Crescent.

—Muy bien, señora —dijo el cochero como si fuera para él la cosa más natural del mundo una orden semejante.

—Sin abrigo ni sombrero... —y fustigó duramente al caballo.

Al doblar la esquina pudo ver al señor indicado —destacado y a cuerpo— encaramándose en un coche.

—¡Sígale, por Dios! —gritó la señora.

Y los dos carruajes emprendieron una desesperada carrera por la ancha calle, persiguiendo al tercero que ya les llevaba mucha ventaja.

Entre tanto, el hombre delgado y pálido, acurrucado en su coche, con los brazos cruzados y las manos fuertemente apretadas contra el pecho —como si tratara de defender el mortífero tubo que tenía entre sus crispados dedos— pasaba por una extraña crisis nerviosa mezcla de temor y de alegría.

Temblaba al pensar que le pudieran detener antes que hiciera realidad sus propósitos.

A este temor se agregaba otro menos vivo, pero más intenso: el que le inspiraba el horrendo crimen que iba a cometer. Pero con ser grandes sus temores, era mayor su alegría. Ningún anarquista concibió nunca su idea genial. Ni remotamente se les había ocurrido aquello. Rabachol, Vailaut..., todos quedarían oscurecidos por su gloria. La cuestión se reducía a llegar a los depósitos del agua y romper el tubo en ellos. Todos los detalles de su plan estaban bien estudiados. La carta que había servido para introducirle en el laboratorio, primer ardid puesto en juego, le había servido para conseguir el valioso germen destructor...

¡Ah, si se pudiera librar de su perseguidor! Iba a decirle al mundo quién era él... ¡Cómo se habrían de arrepentir los que, despreciándole, le abandonaron!

Asomó la cabeza por la ventanilla y vio al bacteriólogo en otro coche, con todo el cuerpo fuera y dando terribles gritos. Se ocultó rápidamente y sacando de su bolsillo media libra esterlina se la ofreció al cochero diciéndole:

—Tendrás otro tanto si logras despistar al que nos sigue.

El cochero cogió la moneda, alzó el látigo con furia y el coche dio un tumbó terrible.

El anarquista, perdido el equilibrio, apoyó bruscamente las manos en la portezuela y el tubo se hizo añicos entre sus dedos.

El hombre soltó una maldición y se dejó caer en el asiento mirando fijamente sus manos. Estaban ensangrentadas y húmedas. Las gotas brotaban al lado de las partículas de vidrio. Se estremeció pensando:

"¿Seré la primera víctima?" Pero al momento se dijo en voz alta:

—¡Bah! Seré un mártir por lo menos y eso ya es algo.

Se limpió la mano en el paño del asiento y cediendo a una idea repentina, buscó a tientas algo en el piso del coche, entre sus pies.

Alcanzó un trozo del tubo y vio que en él habían quedado unas gotas del cultivo. Se las echó a la boca, hiriéndose en los labios.

—Con esto puedo estar seguro —se dijo.

Para los que sufren de
Cólicos Hepáticos
Cólicos Nefríticos
Estreñimiento habitual
y muy indicado en las
enfermedades del
estómago.

Gran FRASCO, 4 ptas.

Se venden
En Farmacias y Droguerías

Inmediatamente pensó que no tenía necesidad de huir del bacteriólogo y mandó parar, descendiendo del carruaje. Despidió al cochero con un ademán despreciativo, y cruzándose de brazos en medio de la calle esperó a su perseguidor con una sonrisa irónica en los labios.

—¡Se lo ha bebido! —gritó consternado el bacteriólogo sin bajar de su coche —. ¡Un anarquista! —y le miró con curiosidad a través de sus anteojos.

Pero al instante una sonrisa dilató sus labios. Fue a decir algo, pero se contuvo. El anarquista, al ver que el sabio descendía del coche, echó hacia atrás el busto levantando cuanto pudo la cabeza, extendió un brazo y, con la mano, hizo un trágico ademán de despedida. Seguidamente dio media vuelta y, adoptando una expresión altiva y un poco majestuosa, se dirigió al puente de Waterloo.

Aborto en la contemplación de aquella extravagante figura que se perdía entre el gentío, el sabio no se sorprendió al ver llegar a su mujer con su abrigo, su sombrero, sus botas y hasta sus botines.

—Mejor estarías ahí dentro —le dijo, señalándole el coche sin dejar de mirar al anarquista.

Convencida de que su marido había perdido la razón, le hizo sentar a su lado y dio las señas al cochero. El sabio quedó un momento pensativo; pero en seguida soltó una carcajada.

—Mejor será que te pongas el abrigo y las botas —contestó un poco severamente la esposa que ya se estaba encargando de colocale el sombrero.

—Te advierto —le dijo el bacteriólogo sin escucharla siquiera— que ese hombre es un anarquista. No, no vayas a desmayarte, querida mía, porque entonces me veré privado de poderte contar lo ocurrido. Pues bien: como ignoraba sus ideas, quise impresionarle y mostrándole un cultivo de esa nueva bacteria de que ya te he hablado, bacteria que en mi opinión es la que provoca esas manchas azules que se observan en ciertas especies de monos, le dije que era un cultivo de cólera asiático. Y él se apoderó del tubo, ¡Dios sabe con qué siniestras intenciones! Pero parece que no ha hecho más que beberse su contenido... ¡Ja, Ja, Ja!... Por supuesto, yo no sé lo que va a suceder, pero ya recordarás que ese bacilo fue el que puso completamente azul al gato y a los tres perritos y, también, al gorrión... Lo malo es que ahora voy a perder mucho tiempo y bastante dinero en preparar un nuevo cultivo.

Es una LECHE SECA pulverizada en calidad insuperable

La riqueza en sustancias proteínicas y «VITAMINAS» que como elemento fundamental tiene la leche marca DRYCO han hecho que los señores Médicos den preferencia a este producto.

DRYCO es el alimento más adecuado para niños, ancianos, convalecientes y enfermos.

THE DRY MILK COMPANY

15 PARK ROW

NEW YORK, N. Y.

CITROËN BX GTI 16 VALVULAS

PRIMERA POTENCIA

Tecnología punta. Ingeniería avanzada. Materiales de alto rendimiento. Visión de futuro.

Así es el Citroën BX GTI 16 válvulas. Con 4 válvulas por cilindro, se aprovecha toda la fuerza que dan 160 caballos de potencia. Toda la potencia para acelerar de 0 a 100 Km/h en sólo 7,9 segundos. Toda la aceleración para alcanzar 218 Km/hora, con la seguridad que le proporciona la suspensión hidroneumática garantizada durante 100.000 Kms o dos años (el primer límite que se alcance).

El BX GTI 16 válvulas es producto de la aplicación tecnológica más avanzada.

Dispone de un sistema Motronic

que gestiona el encendido y la inyección de gasolina, con un dispositivo de autodiagnóstico incorporado.

El resultado es una combinación óptima de potencia, fiabilidad y consumo a la que se une la cualidad más destacada en los BX: su seguridad más un sistema de frenos antibloqueo (ABS) de serie, segunda generación.

El ABS es, en síntesis, un sistema de frenado controlado por ordenador. El ordenador compensa la intensidad de frenado de cada rueda en función

de la superficie sobre la que está rodando. De este modo, es imposible perder el control de la dirección ni aun frenando en las peores condiciones.

Caracter deportivo y equipamiento completo caracterizan al BX GTI 16 válvulas:

Cierre centralizado con control remoto por infrarrojos, elevalunas eléctrico a las cuatro ventanillas, faros anti-niebla, limpia-luneta trasera, asientos envolventes, acabado en terciopelo, dirección asistida, llantas de aleación y pintura metalizada de serie.



Citroën BX. La Fuerza de la Tecnología.

VDA. DE MARIANO TERRY, S.A.

POLIG. CARRETERA AMARILLA 172
SEVILLA - Teléfono: 51 45 11



CONSIDERACIONES DE *ENFERMERIA* SOBRE LA NEUROPATIA PERIFERICA UREMICA, EN EL *ENFERMO RENAL*.

Autor: **Angel Calvo Calvo**
D.E. Especialista en Neurología
Centro Periférico de Diálisis
" Puerta de Córdoba "

1) INTRODUCCIÓN:

La Neuropatía Periférica Urémica (N.P.U.), es una patología del Sistema Nervioso Periférico (S.N.P.), que afecta a los nervios periféricos básicamente. Es una complicación tardía y de las más graves, que frecuentemente presentan los enfermos con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (I.R.C.T.), tratados mediante hemodiálisis.

La N.P.U. se conoce desde Charcot, aunque hasta 1965 y por Thenckof, no se comienza a estudiar en serio. Ocurre que el conocimiento de esta patología, no tuvo aplicación práctica, hasta que empezó a utilizarse en orden creciente la hemodiálisis, al inicio de la década de los sesenta. Esto sucedió así, porque la N.P.U. es un cuadro que puede aparecer al cabo de meses e incluso años de iniciada la Insuficiencia Renal (I.R.).

Antes de que apareciera la hemodiálisis como tratamiento de la I.R.C.T. el enfermo con esta patología, estaba abocado a la muerte a corto plazo, no dando tiempo este tan corto plazo, a que se instaurase la N.P.U. Tras la aparición de la hemodiálisis como tratamiento de dicha I.R.C.T., las expectativas de vida para estos enfermos renales mejoran y lo hacen de tal manera, que estos ya no están abocados a la muerte casi inmediata tras la aparición de la I.R., es más, se produce un incremento de la vida media de estos enfermos de manera espectacular. Esto conlleva que el enfermo renal, pueda vivir una serie de años tras la instauración de la I.R.C.T. gracias a la hemodiálisis, siendo este intervalo de tiempo que transcurre a partir del inicio de la I.R. cuando la N.P.U. va a aparecer, casi con toda seguridad, como complicación tardía de la I.R.C.T. tratada mediante hemodiálisis. En concreto la N.P.U., se observa aproximadamente en los dos tercios de los pacientes en programa de hemodiálisis.

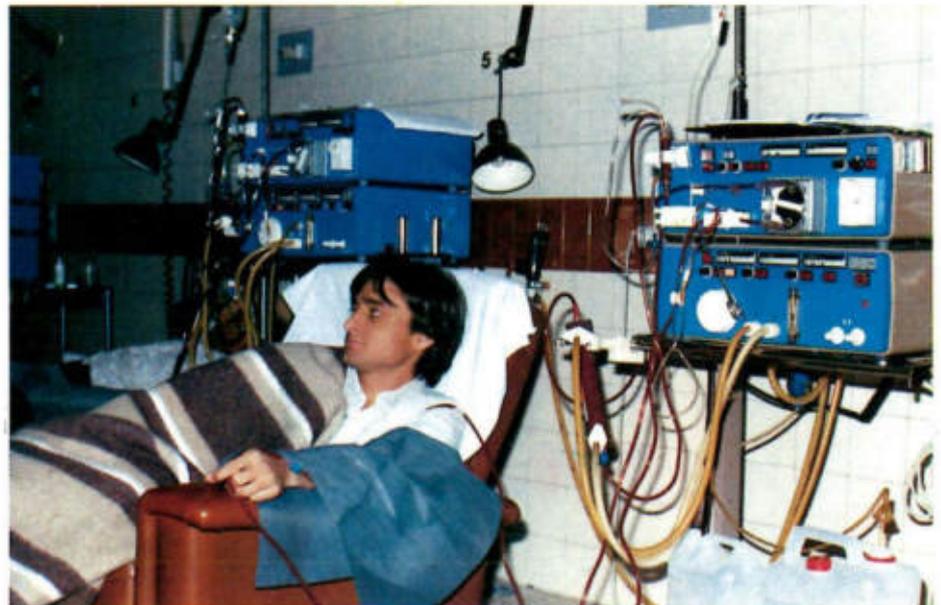
2) EL ROL DE ENFERMERÍA EN LA N.P.U.:

En la actualidad, ocurren entre otros muchos, dos hechos o circunstancias esenciales, para poder prever la futura incidencia sobre la población de la N.P.U.:

- Hay tendencia al aumento del número de pacientes con I.R.C.T. que necesitan la hemodiálisis como tratamiento.
- Los nuevos avances en las técnicas de tratamiento de la I.R.C.T. elevan y mejoran en mucho la calidad de vida de los enfermos renales y por tanto tienden a aumentar la vida media de estos enfermos.

Una de las muchas conclusiones que seguro podemos extraer de estas dos circunstancias, es que hoy ya, y a medida que transcurran los años, nos vamos a encontrar con un mayor número de enfermos renales, siendo a su vez dicha población más vieja.

Teniendo en cuenta esta conclusión y lo expuesto anteriormente, de que la N.P.U. es una complicación tardía, que puede aparecer a los meses o años de instaurada la I.R.C. podremos sentenciar, que estamos ante una patología en auge, con una mayor posibilidad de incidir sobre una más numerosa y vieja población de enfermos renales, si no tomamos las medidas correctoras, tendientes a evitar en la medida de lo posible la aparición de la N.P.U.



No cabe duda, que el Diplomado en Enfermería de la Unidad de Hemodiálisis, de otras Unidades del Servicio de Nefrología y de otros Servicios relacionados con la atención directa o indirecta a enfermos renales, debe conocer la N.P.U. para tratar por todos los medios a su alcance de

prevenir la aparición y si ya ha aparecido ésta, debe el Enfermero iniciar acciones propias de Enfermería encaminadas a:

- Que remitan y desaparezcan las alteraciones asociadas a la N.P.U. ó
- Que se estabilicen dichas alteraciones en el mejor nivel posible, donde la calidad de

vida del paciente sea aceptable, si es imposible una remisión total de los trastornos que produce dicha N.P.U.

Por todo lo expuesto anteriormente, no es difícil deducir como conclusión, que la N.P.U. está en auge y por ello el Enfermero tiene que asumir en su prevención un rol propio de Enfermería, que no debe abandonar a manos de otras disciplinas de la salud, y por tanto debe iniciar acciones propias de Enfermería contra dicha patología.

Es por ello, que mediante el presente trabajo, se persigue transmitir los conocimientos básicos sobre la N.P.U. haciendo una propuesta del Proceso de Atención en Enfermería, para tratarla desde el arte de la Enfermería y sobre todo cultivar el interés por los problemas y trastornos que produce esta patología en los enfermos renales.

3) CONSIDERACIONES ANATÓMICAS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO:

Antes de pasar a describir la anatomía patológica de N.P.U., consideremos al S.N.P. en condiciones de normalidad.

La neurona o célula nerviosa, es la unidad anatómica del S.N. y sus partes fundamentales son:

- cuerpo neuronal o soma: con el núcleo celular en su interior.

- prolongaciones celulares o fibras: parten del cuerpo de la neurona y pueden ser de dos tipos:

- dentrítas: son prolongaciones cortas. Pueden ser únicas o varias.

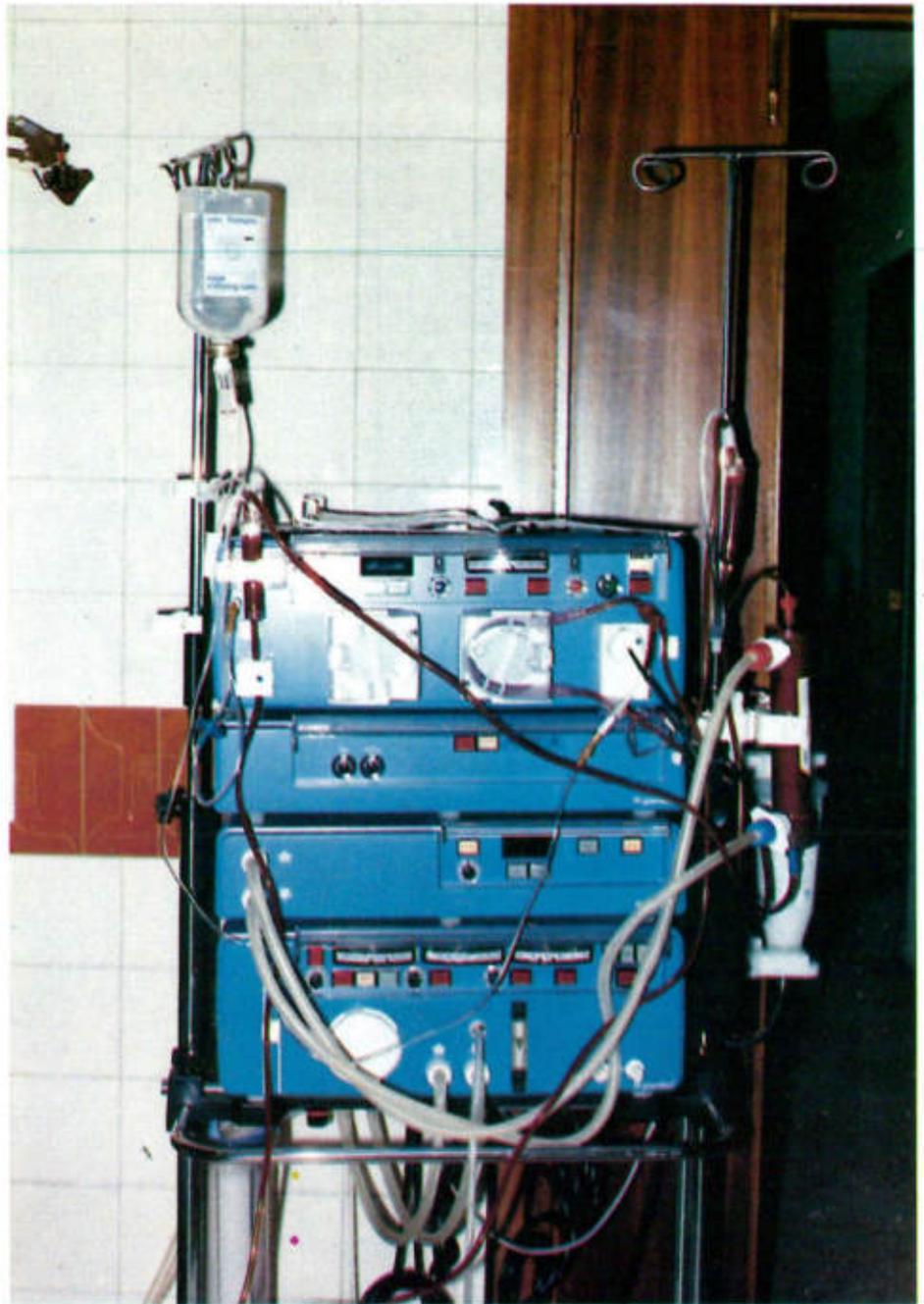
- axón o cilindro-eje: son prolongaciones largas. Suele ser única.

El nervio periférico, está formado básicamente por tres grupos de fibras nerviosas funcionalmente diferentes: fibras motoras, sensitivas y vegetativas. Esta agrupación de fibras, está envuelta por el epineuro (tejido conectivo), donde los axones están agrupados en fascículos y envueltos por otro tejido conectivo, el perineuro y a su vez, cada axón está envuelto por una vaina de mielina, que se la forman las membranas de las células de Schwann. Esta vaina de mielina, está interrumpida por un nódulo de Ranvier, por cada milímetro aproximadamente a lo largo del axón.

Estas fibras nerviosas con envuelta de mielina, se conocen como fibras mielínicas, a diferencia de las fibras que no poseen esta envuelta y se las conocen como fibras amielínicas.

El S.N.P. está constituido por las estructuras neurológicas a partir de su salida aparente del Sistema Nervioso Central (médula y encéfalo) y por tanto comprende los pares de nervios craneales y las raíces raquídeas a partir de su salida de encéfalo y médula espinal respectivamente.

La N.P.U. va a afectar casi siempre a las raíces raquídeas y de éstas, más frecuentemente a las que inervan a las extremidades y más a las inferiores que a las superiores.



El nervio periférico, básicamente va a funcionar transmitiendo los impulsos nerviosos en forma de:

- Órdenes motoras: elaboradas por el S.N.C. transmitiéndolas hacia el músculo que inerva dicha raíz nerviosa.

- Información sensitiva: se transmite desde el dermatomo correspondiente hasta el S.N.C. donde esta información será integrada y si procede será elaborada como respuesta a esta información, una orden motora.

4) CONSIDERACIONES ANATOMOPATOLÓGICAS SOBRE LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA DEL URÉMICO:

Una vez considerada la anatomía del

S.N. en condiciones de normalidad, abordamos las lesiones ocurridas en el nervio periférico por determinadas enfermedades que producen las polineuropatías periféricas:

4.1.- Lesiones en el tejido intersticial: ocurre en las poliartritis nodosas.

4.2.- Neuropatías por afectación de las células de Schwann: ocurre una desmielinización segmentaria. Consiste en una degeneración de la vaina de mielina que envuelve al axón, conservándose éste íntegro. Ocurre en ciertas neuropatías, como las producidas por la difteria.

4.3.- Neuropatías por afectación primaria del axón: se da una degeneración axonal. Ocurre primero la lesión del axón, desintegrándose más tarde la mielina secundaria-

mente. La degeneración axonal es característica de la Neuropatía Periférica que presentan los enfermos con I.R.C.T. tratados mediante hemodiálisis, siendo por tanto éste el caso de neuropatía que nos ocupa.

5) CONSECUENCIA IMPORTANTE DE LA DEGENERACIÓN AXONAL EN LA N.P.U.:

Considerábamos en el apartado tres, la existencia de fibras nerviosas mielínicas, rodeadas por una vaina de mielina, interrumpida ésta por nódulos de Ranvier, y de fibras nerviosas amielínicas.

Ocurre que la superficie más externa del axón, la cual está por dentro de la vaina de mielina, es la verdadera membrana conductora de los impulsos nerviosos, mientras que la vaina de mielina es una excelente membrana aislante, la cual interrumpe la propiedad conductora que posee la superficie más externa del axón. Debido a esto, la transmisión de los impulsos nerviosos en las fibras mielínicas se hace saltando de nódulo a nódulo de Ranvier, denominándose este hecho "Conducción Saltatoria" de los impulsos nerviosos. Este mecanismo de conducción saltatoria, aumenta en mucho la Velocidad de Conducción Nerviosa (V.C.N.) en la fibra mielínica, con respecto a la fibra amielínica.

Si la N.P.U. es producida por una degeneración axonal, obtenemos como conclusión, que estas lesiones de la fibra nerviosa, producen una muy acusada disminución de la velocidad de conducción nerviosa debido a

- Lesión primaria del axón: La capa más externa del axón es la esencialmente conductora, por lo que esta lesión produce dificultad en la continuidad de la transmisión de los impulsos nerviosos, por lo que se da una disminución de la V.C.N. e incluso si la lesión del axón es total, se puede dar la anulación de la transmisión del impulso nervioso.

- Destrucción secundaria de la vaina de mielina: si esta vaina de mielina da a las fibras mielínicas, la propiedad de aumentar en mucho la V.C.N. gracias a su papel aislante, la destrucción de dicha vaina mielínica, acentúa más si cabe, la ya disminuida V.C.N. por la lesión del axón.

Esta disminución de la V.C.N. por la degeneración axonal, causante de la N.P.U., puede aparecer ya muy marcada antes de que aparezcan los primeros síntomas y signos de la I.R.

Los valores normales de la V.C.N. oscilan desde 0.5 m/s. en fibras muy delgadas a 130 m/s. en fibras muy voluminosas, no obstante, podemos tomar como parámetros normales de la V.C.N. en los enfermos con I.R.C.T. los comprendidos entre 40-50 m/s.

Por ello, se procura que los enfermos renales, presenten unos valores de V.C.N. comprendidos en el intervalo anterior o superiores.

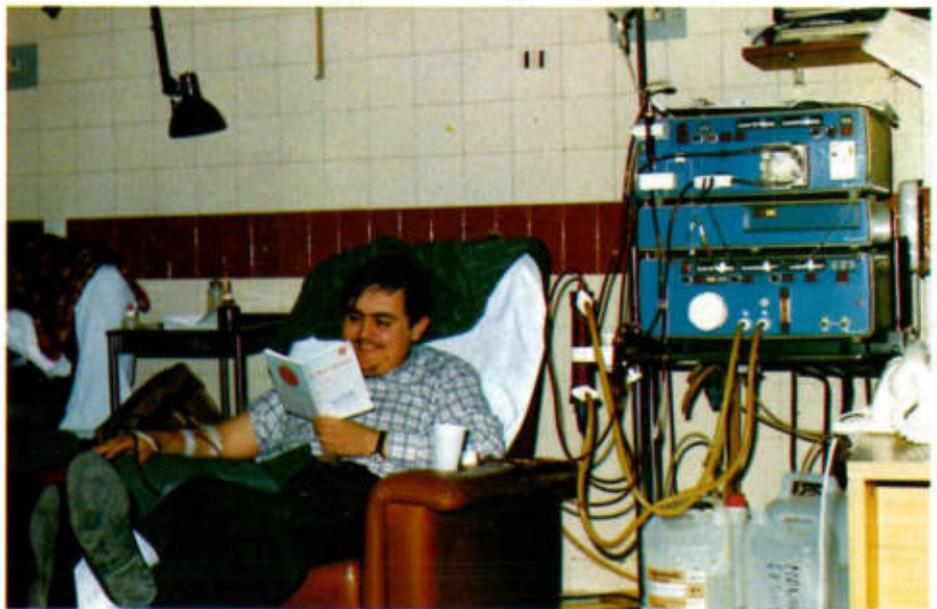
Los casos de parámetros inferiores a 20 m/s. son muy difíciles de recuperar, siendo esta recuperación en la degeneración axonal muy lenta, con frecuencia de meses e incluso de años, ya que la cierta regeneración que debe darse en el axón para que se reestablezca la función normal es muy lenta.

La V.C.N. nos la mide el Electroneurograma (E.N.G.), el cual registra habitualmente los valores de las velocidades de conducción motora, sensitiva y sensitiva-motora o mixta, en los siguientes nervios y niveles:

- Conducción motora: se puede registrar en:
 - Nervio mediano derecho o izquierdo: el nivel de detección puede ser el músculo abductor corto del pulgar.
 - Nervio peroneal derecho o izquierdo: el nivel habitual de detección es el pedio
 - Conducción sensitiva: estímulo aplicado a nivel del III dedo, por ejemplo.
- La determinación de la V.C.N. no es un método adecuado para la evaluación frecuente de la N.P.U. debido a las variaciones inherentes de la técnica, pero sí para un control a largo plazo de la evolución de la enfermedad.

Interrogamos al paciente y éste nos comunica problemas o síntomas que sólo él puede experimentar. El enfermo renal con N.P.U. presenta síntomas y signos localizados en las regiones distales de las extremidades y más en las inferiores que en las superiores, por lo cual se dice que la N.P.U. sigue una distribución en "guante" o en "calcetín", por afectar sobre todo a pies y manos. En la N.P.U. el paciente puede o no expresar los siguientes síntomas:

- a) Síntomas por trastornos sensitivos:
 - Hormigueo y dolor quemante (parestias).
 - Entumecimiento.
 - Calambres.
 - Temblor de tipo postural.
 - Sensación de piernas inquietas: extraño malestar en tobillos y pies, que aparece principalmente por las noches y que se alivia al deambular.
- b) Síntomas por trastornos motores: debilidad y fatiga o cansancio muscular.
- c) Síntomas por trastornos vegetativos: anhidrosis, impotencia sexual, hipotensión ortostática, trastornos gastrointestinales (diarrea nocturna).



II) PROPUESTA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA NEUROPATÍA DEL URÉMICO:

A continuación se expone el guión y líneas maestras de lo que podría ser el proceso de atención de enfermería en la N.P.U.

1) VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE:

1.1.- RECOGIDA DE DATOS:

Reunimos información acerca del paciente y su situación, mediante la historia de enfermería, el examen físico, hallazgos de laboratorio y otras pruebas complementarias.

1.1.1.- Datos subjetivos o síntomas:

1.1.2.- Datos objetivos o signos:

Son los signos que el enfermero puede percibir a través de sus sentidos o por medio del examen físico, mediante la observación, percusión, palpación, auscultación, etc.

Los signos que se pueden o no presentar en la N.P.U. son:

a) Disminución de las modalidades de sensibilidad en regiones distales de las extremidades:

- Pérdida de sensibilidad vibratoria (sensibilidad profunda).
- Conservación de la sensibilidad táctil y dolorosa (sensibilidad superficial).
- Alteración global de la sensibilidad en estadios más posteriores de la enfermedad.

b) Alteración de la función motora, en estadios avanzados de la enfermedad.

- Atrofia muscular distal, e incluso parálisis motoras.

- Disminución de los reflejos osteotendinosos o profundos.

c) Electroneurograma: disminución por debajo de los valores normales, de las distintas V.C.N. (sensitiva, motora, mixta).

d) Electromiograma: nos muestra un trazoado o patrón de tipo neurógeno, indicándonos que la alteración motora si la hay, es de tipo neurógeno y no miógeno.

1.2. NECESIDADES NO CUBIERTAS: (PROBLEMAS)

Las alteraciones asociadas a la N.P.U. ya descritas, producen en el paciente unas necesidades que pueden estar o no cubiertas. Identificamos en este apartado las necesidades no cubiertas o problemas que pueden presentar, que a modo de ejemplo pueden ser entre otras muchas:

1.2.1.- Necesidades Fisiológicas no cubiertas por alteraciones asociadas a la N.P.U.:

- Necesidad de estabilizar la función neurofisiológica por alteración de ésta.

- Necesidad de corregir el déficit de bienestar aparecido por presencia de dolor y falta de sueño, reposo y relajación.

- Necesidad de normalizar la ejecución de habilidades, actividades y ejercicios físicos, que se han visto disminuidos.

1.2.2.- Necesidades de seguridad física no cubiertas:

Necesidad de recuperar la seguridad física y autoconfianza perdida por alteración de la normal función motora y sensitiva, sobre todo en las extremidades y aparición de dolor, relacionado todo ello con la N.P.U.

1.2.3.- Necesidades de seguridad psicológica no cubiertas:

Aparece una marcada inseguridad psicológica por:

- No aceptar las limitaciones, sobre todo físicas, causadas por trastornos asociados a la N.P.U.

- No aceptarse el paciente a sí mismo, por padecer dichas limitaciones.

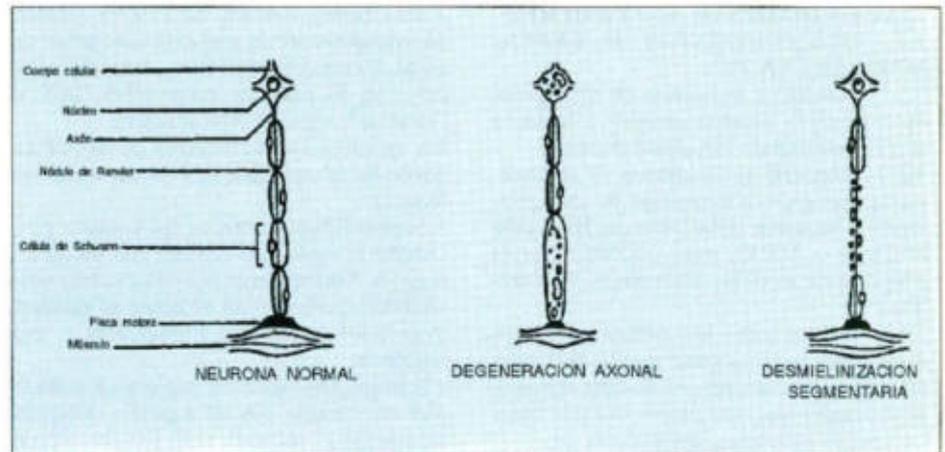
- Disminución parcial o total del sentido de utilidad y pérdida de autoconfianza, causado por las limitaciones que presenta.

1.3.- ANÁLISIS DE LOS DATOS:

En este apartado, mediante el análisis de los datos recogidos, el enfermero puede llegar a la conclusión de que el paciente con I.R.C. valorado, presenta una ALTERACIÓN PERIFÉRICA DE LA FUNCIÓN NEUROMUSCULAR, pues el paciente presenta síntomas y signos de alteraciones a niveles periféricos del sistema neuromuscular, que nos indican la existencia de trastornos fisiológicos en la función de los nervios periféricos y las correspondientes musculaturas inervadas por éstos.

1.4.- ETIOLOGÍA HABITUAL: (desencadenantes)

Por etiología entendemos la causa que origina un problema. Todo problema es origi-



nado por una causa (agente causal o desencadenante).

1.4.1.- El desencadenante de la N:P.U.: es la I.R.C. ó I.R.C.T. tratada mediante hemodiálisis.

1.4.2.- Factores fisiopatológicos causantes del problema:

Los trastornos que pueden ocasionar las alteraciones asociadas a la N.P.U. van desde trastornos de la sensibilidad general, hasta alteraciones de la función motora en casos más avanzados. Las lesiones causales asientan en los nervios periféricos, concretamente en los axones de las neuronas componentes de dicho nervio. Estas lesiones, en forma de degeneración axonal y desmielinización, son consecuencia de anomalías metabólicas, que comprometen el transporte neuronal.

La hipótesis más aceptada, acerca de la causa de esta degeneración axonal, es la que postula, que esta degeneración está asociada a la acumulación en el organismo del enfermo renal, de moléculas de desecho, procedentes del metabolismo, que deben ser desechadas y eliminadas mediante hemodiálisis y sin embargo no lo son, quedando retenidas en el organismo. Son las moléculas difícilmente dializables, de un tamaño medio y por ello llamadas "moléculas medias", teniendo la característica de no atravesar la membrana de los capilares del dializador en la hemodiálisis o de hacerlo, lo hacen mucho

más lentamente que las moléculas de tamaño pequeño como la urea, iones, etc.

Estas moléculas medias, atraviesan con facilidad la membrana peritoneal, por lo que la N.P.U. no se observa generalmente en la I.R.C. tratadas mediante diálisis peritoneal siendo como hemos dicho muy frecuente en pacientes tratados mediante hemodiálisis.

2) OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

Identificamos y fijamos los objetivos que el enfermero debe tratar de conseguir a corto, medio o largo plazo; que entre otros pueden ser:

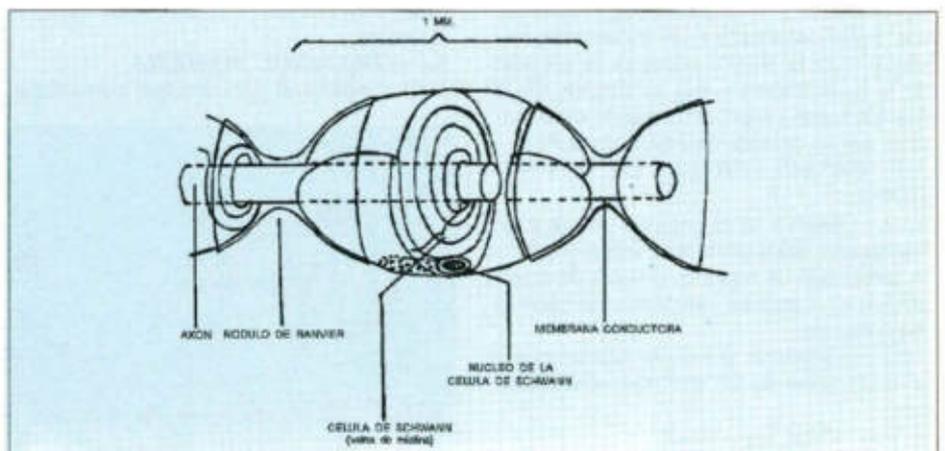
2.1.- Identificar los signos y síntomas y alteraciones propias de la N.P.U.

2.2.- Detectar con prontitud los cambios de síntomas y signos o aparición de otros nuevos, que puedan dar lugar a pensar, que la enfermedad evoluciona a estadios más avanzados.

2.3.- Iniciar las actividades de enfermería, para tratar que las alteraciones de la función neuromuscular remitan y/o se estabilicen en el mejor nivel posible.

2.4.- Intentar dar respuesta a los problemas o necesidades no cubiertas, identificadas previamente.

2.5.- Tratar de realizar una adecuada observación y evaluación de enfermería continuada acerca del estado del paciente, por si es necesario un reajuste o puesta al día del presente P.A.E.



3) ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

3.1.- PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LA N.P.U.:

3.1.1.- Actualizar la historia de enfermería, obteniendo la historia anterior a la fecha actual y realizando la historia presente.

3.1.2.- Registrar en la historia de enfermería la aparición o evolución de cualquier signo o síntoma indicativo de alteración asociada a N.P.U. para poder iniciar la adopción de medidas preventivas y/o curativas.

3.1.3.- Utilizar todos los medios y recursos disponibles para asegurar que la N.P. establecida en un paciente, es de tipo urémico, descartando que sea producida por otras causas como diabetes, amiloidosis, etc.

3.1.4.- Fomentar el reposo alternándolo con la actividad. Recomendar limitar la actividad innecesaria y espaciar la actividad necesaria con períodos de reposo, para prevenir el cansancio y la fatiga muscular.

3.1.5.- Ante la sensación de piernas inquietas:

- Hacer deambular a la persona.
- Aplicar calor local en las zonas de miembros afectados.
- Evitar el uso de ligaduras en las piernas, que intensifiquen las molestias.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura.

3.1.6.- Tranquilizar verbalmente al paciente, explicándole las posibilidades reales de éxito, para que las alteraciones asociadas a la N.P.U. que padece, remitan y puedan adquirir un modo de vida con mayor grado de bienestar y menos limitaciones, ayudándole de esta manera a superar los déficits aparecidos en forma de necesidades de seguridad física y psíquica.

3.2.- PROCEDIMIENTOS MÉDICOS REALIZADOS POR ENFERMEROS:

- Administrar los fármacos prescritos.

- Aumentar el tiempo de hemodiálisis y/o cambiar a un dializador con mayor capacidad para eliminar moléculas de tamaño medio, por indicación del médico.

Con ello intentamos conseguir una diálisis con una mayor capacidad para eliminar las moléculas de tamaño medio, difíciles de dializar y que su retención se cree la causante de la N.P.U. estando comprobado que una diálisis adecuada, es el tratamiento más efectivo de la N.P.U. mientras se necesite de la hemodiálisis como sustitución de la función renal, ya que el trasplante renal exitoso, mejora considerablemente la N.P.U.

3.3.- OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA:

3.3.1.- Observar si el enfermo se queja de hormigueo, dolor quemante, entumecimiento sobre todo en regiones distales de extremidades, si padece sensación de piernas inquietas, etc.

3.3.2.- Comprobar si existen alteraciones a la exploración de las distintas sensibilidades:

a) Sensibilidad Superficial:

- Sensibilidad térmica: Se explora tocando alternativamente la piel con dos tubos de ensayo, uno con agua fría y otro con agua caliente. El paciente responderá "frío" o "caliente", según el tubo aplicado.

En estadios evolucionados de la N.P.U. puede haber una hipoestesia o una anestesia térmica.

- Sensibilidad dolorosa: Se explora pinchando la superficie cutánea con un alfiler o aguja. Normalmente se conserva esta sensibilidad, pudiendo no obstante en estadios avanzados haber una hipoalgesia o una analgesia.

- Sensibilidad táctil: Se explora tocando la piel suavemente con un algodón, debiendo manifestar el paciente si lo percibe. Puede darse una hipoestesia o una anestesia táctil en estadios avanzados.

b) Sensibilidad Profunda: Exploraremos la vibratoria principalmente: Se explora con un diapason percutiéndolo apoyado sobre una base ósea, como maleolos, cresta tibial, olécranon. El explorado debe sentir como una "corriente". Los afectos de N.P.U. desde el primer momento adquieren una hipoestesia o una anestesia vibratoria.

3.3.3.- Comprobar si existe alteración a la exploración de la función motora:

a) Explorar los reflejos osteotendinosos o profundos: se realiza mediante la exploración del reflejo tricipital, rotuliano, aquileo, etc. Suelen estar disminuidos en la N.P.U.

b) Comprobar el grado de fuerza muscular y motora, empleando la prueba de empuje palmar para miembros superiores y la de la pierna extendida para los miembros inferiores.

c) Comprobar si existe alteración en la gama de movimientos completos.

3.3.4.- Registrar en la historia de enfermería los valores de la velocidad de conducción nerviosa que muestre el E.N.G. y así poder evaluar en el tiempo el curso de la N.P.U.

3.3.5.- Registrar igualmente el tipo de patrón o trazado que muestra el E.M.G. que en la N.P.U. ha de ser del tipo neurogénico.

3.3.6.- Observar si existe en el paciente problemas, dificultades o limitaciones para la realización de la actividad diaria, relacionadas con la N.P.U. y cómo evolucionan en el tiempo.

3.4.- EDUCACIÓN SANITARIA:

3.4.1.- Indicar al paciente que comunique

inmediatamente cualquier síntoma que pueda relacionarse con la N.P.U. como entumecimiento, hormigueo, dolor quemante, calambres, síndrome de piernas inquietas, etc.

3.4.2.- Indicar al paciente, en qué medida debe alternar el reposo y la actividad. Explicar que con ello tratamos de prevenir el cansancio y la fatiga muscular.

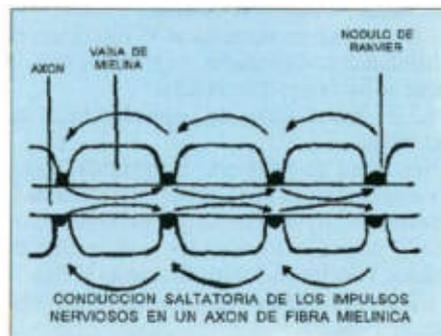
3.4.3.- Explicar que la sensación de piernas inquietas, puede ser paliada sintomáticamente mediante la deambulación y aplicación de calor local.

3.4.4.- Explicar las razones de la observación y vigilancia sobre el curso de la enfermedad y el efecto que esperamos obtener mediante el desarrollo de las actividades de enfermería.

4) EVALUACIÓN:

Consiste en registrar los resultados y efectos obtenidos, tras la puesta en marcha y aplicación de Proceso de Enfermería, comparándolos con los objetivos de enfermería propuestos en dicho Proceso.

Si no hemos obtenido todos o algunos de los objetivos propuestos es el momento de introducir las variaciones oportunas en el Proceso de Enfermería.



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- "Cuidados de enfermería. Tendencias y conceptos actuales".
Colección "Roll" de enfermería.
Autor: Rosette Poletti.
Ediciones Rol s.a. (Barcelona). Edición mayo 1980.
- "Tratado de Enfermería. Diagnósticos y métodos".
Autor: Claire Campbell.
Ediciones Doyma, S.A. Edición española 1987.



EXPLORACION DE LOS REFLEJOS AQUILEO, ROTULIANO Y TRICIPITAL.



EL EXITO EN EL CUMPLIMIENTO FOMENTA LA RECOMPENSA ESTABLE

ANÁLISIS a la BUROCRACIA

Autor: Gregorio Martínez Morán

I.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

Advertir la etimología y antecedentes históricos.

Discernir y desglosar las partes de la organización burocrática hasta llegar a entender sus fundamentos.

Especificar las principales características.

Conocer las apariencias cardinales en la función.

Asumir su importancia dentro del comportamiento socio laboral.

II - INTRODUCCIÓN:

Podemos estimar que el formidable proceso de expansión y tecnificación del sistema social es la verdadera revolución de nuestra época, donde la progresión burocrática es paralela, como modelo organizacional de resolutivas victorias en el pasado y de cualidades racionales recurridas a menudo en virtud del punto de referencia por estadistas, sociólogos y politólogos.

A fin de patente en ordenación jerárquica, es un requisito existente, de continuo uso por el organismo estatal y sus ramificaciones ejecutivas, la industria, el comercio, el mercado, la iglesia y otras formaciones e instituciones sociales, aún, sin haber padecido cambios sustanciales en sus maneras primitivas y poseer una connotación un tanto peyorativa.

La burocracia no está completa todavía y asiduamente pena como la vida humana misma, con grandes picos de euforia o con instantes profundos depresivos, errores y desvíos, incluso derrotas, no sólo en el ideal abstracto de las concepciones, sino también en la praxis de las relaciones.

"En ciencias naturales la exactitud consiste en la identificación $a = a$.

En ciencias humanas, el criterio de exactitud no sirve para el conocimiento, el ser no coincide jamás consigo mismo.



Por ello, las interpretaciones del sentido de los actos de las personas son inagotables."

MARTA PORTAL.

III - DEFINICIÓN:

Consolidar y enunciar con fidelidad y claridad la acepción de este término, ha representado una disputa por autoridad legítima en la aprehensión intelectual por campo abarcable y ordenable de relaciones, objetos y contenido de sentidos.

El sociólogo, filósofo y economista MAX WEBER (1864-1920) fue el primero en dedicarse con rigor intelectual, definiendo y determinando, para centrar su interés en la burocracia de índole pública a partir de análisis doctrinales a saber:

- **HEGELIANISMO:** Disciplina filosófica de GEORG WILHELM FRIEDRICH HEGEL (1770-1831) y sus discípulos; extrayendo conclusiones sobre la sociedad civil (Hegelianismo de izquier-

das) y el estado (Hegelianismo nuevo).

- **MARXISMO:** Conjunto de enseñanzas de KARL MARX (1818-1883) y FRIEDRICH ENGELS (1820-1895); Sacando deducciones del materialismo, el economicismo y el socialismo.

Según todo esto, WEBER concibió la burocracia en tipo ideal, la tercera base del liderato en las organizaciones, en respuesta a las necesidades del medio y como instrumento más efectivo para la administración de grandes organizaciones complejas en una sociedad industrial, con básico punto de vista de la autoridad legal y racional, es decir: El derecho de ejercer la autoridad por una posición, donde la obediencia es resultado del orden impersonal establecido por ley.

En su obra esencial *Economía y Sociedad* (1920) transcribe: ".... la administración burocrática es, desde un punto de vista técnico formal, la más racional. Es absolutamente indispensable para las necesidades de la administración masiva de nuestros días, es completamente indispensable. En el campo de la administración la alternativa es únicamente entre burocracia y diletantismo."

El economista LUDWIG MISES (1881), defensor implacable del capitalismo liberal y FRIEDRICH AUGUST VON HAYEK (1899-1965), premio Nóbel de Economía, dictaminaron a la burocracia en causa de errónea política intervencionista por parte de los gobiernos en el sistema de la libre competencia.

El sociólogo ALAIN TOURAINE (1925), próximo a la tradicional sociología del trabajo declaró conjunto de transcurso a través de los cuales un sistema de medios puestos al servicio de la racionalización, se reconoce con la burocracia.

PRECISIONES:

- **OBJETIVA:** Constitución de la totalidad de los instrumentos estatales a los que se



deposita la ejecución de la actividad pública y la administrativa con individuos seleccionados y vinculados profesionalmente.

- **SUBJETIVA:** Conjunto de personas retribuidas para la ejecución administrativa.

- **LITERAL:** "Influencia excesiva de los empleados públicos en la administración" (El gran diccionario Larousse, 1867).

"Interferencia abusiva de los funcionarios en asuntos extraños a la competencia estatal" (Enciclopedia Británica).

"Influencia excesiva de los empleados públicos en los negocios del estado" (Real Academia Española, 1984).

"Influencia excesiva de la administración" (Gran diccionario Larousse, 1977).

"Clase social que forman los empleados públicos" (Diccionario Everest de la Lengua Española, 1988).

- **CIENTÍFICA:** FRIEDRICH explica por ser notas esenciales: Funcionalidad.

Profesionalidad.
Organización y disciplina.

Metodología, precisión y continuidad.
Uso de la discrecionalidad.

(Constitutional government and democracy.)

APPLEBY reflexionó en la equivalencia del fenómeno de interacción sistemática

entre varias personas ligadas en términos comunes y complejos (Bureaucracy and the future, 1954).

- **SOCIOLOGICA:** Forma de organización jerárquica en la que cada funcionario es responsable ante la superioridad.

- **DERIVADA:** Conjunto de las funciones de tramitación y ejecución de las decisiones políticas y el elemento humano encargado de cumplir esas mismas funciones (Unesco, 1987).

- **COLOQUIAL:** Empleo corriente desfavorable por minimizar al elemento humano.

"Opinión es cualquier perspectiva desde la que alguien considera cierto aspecto de la realidad."

FERNANDO SAVATER.

IV - ETIMOLOGÍA:

Esta palabra, burocracia, goza de larga trayectoria en el tiempo con intrómita evolución y origen dual: Por un lado, del vocablo francés "bureau" denotamos manera de buré, tela gruesa de color de buriel que solía cubrir las mesas de escritorio. Por costumbre, se denominó a los locales donde se juntaban estas mesas para las tareas administrativas. Posteriormente, incluso por boga recibió el

mismo apelativo las funciones y los trabajos ejecutados en los gabinetes, así como los empleados "garçons de bureau".

Por otra lado, la raíz griega "kratos", poder, designa estar capacitado en la facultad de hacer algo.

En España, esta voz no tuvo cabida en el primer diccionario general etimológico de la Lengua Española de 1880.

"La inquietud, actividad y reformas alcanzó a la cultura."

FRANCISCO MORALES PADRÓN.

V - HISTORIA:

Para el político FRANZ MEHRING (1846-1919) un gran período histórico nunca muere tan rápidamente como acostumbra a esperar sus herederos ni tampoco, quizá, como necesariamente han de esperarlo para poder arremeter contra él con el empuje requerido.

La manifestación burocrática se hizo realidad más allá del "rerum gestarum scriptor" de los asentamientos estatales centralizados modernos occidentales, estando de pleno acuerdo con los postulados de WEBER, ya que los antecedentes hay que advertirlos en:

- **NUEVO IMPERIO EGIPCIO:** Desde 1552 a. J.C. con el rey restaurador AHMOSIS o AHMES (1552-1527 a. J.C.) de la XVIII dinastía, según el historiador MANETON DE SEBENNITOS (siglo III a. J.C.), hasta el 1070 a. J.C. con la asunción de las prerrogativas reales del gran sacerdote HERIHOR; por sucesión de actos de poder en coerción, protocolización, emisión de informes oficiales, jerarquía con altos dignatarios, comercialización externa y tributación bajo el control de una administración central energética.

- **DINASTIA CHINA TS'IN:** Iniciada con SHE HUANG TI (siglo III a. J.C.), al implantar un gobierno burócrata centralizado, superviviente a todas las corrientes políticas y cambios de familias rectoras.

- **PRINCEPS ROMANI:** Papel determinante y esencial en la existencia política romana desde CAYO JULIO CESAR OCTAVIO -CAESAR AUGUSTUS- (43 a. J.C.-14 d. J.C.) hasta el siglo II d. J.C.

- **IMPERIO BIZANTINO** o Imperio Romano de Oriente: Desde el 330 al erigir por incisión CONSTANTINO I EL GRANDE (288-337) hasta la caída en 1453 a consecuencia de las luchas por los enemigos de la Unión de las iglesias que mantuvo CONSTANTINO XI PALEOLOGO o DRAGASES (1405-1453); por sostener un absoluto y nutrido fausto burocrático, donde toda función pública o privada estaba íntimamente ligada al rango palatino.

- **ORIGINUM SIVE ETYMOLOGIARUM, LIBRI V** (Etimologías), obra enciclopédica de SAN ISIDORO DE SEVI-

LLA (570-636) que en su quinto libro trata del conjunto de leyes, preceptos y reglas a que están sometidos los hombres en el manifiesto social.

- **IGLESIA CATÓLICA:** GIOVANNI LOTARIO, CONDE DE SEgni -INOCENCIO III- (1160-1216), Papa (1198-1216) según listado del Liber Pontificalis, instruyó la autoridad pontificia jerárquica con unicidad, causalidad y complejidad, tanto a los soberanos como a los clérigos para ejercer en los estados pontificios con poder temporal y autoridad política por emanación de Dios.

- **PROMULGACION EN 1417 DEL NUEVO REGLAMENTO DEL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ DE BARCELONA:** Detrás de la redacción del anterior (1400) de énfasis filosófico religioso se alojaron situaciones comprometidas por descomedimiento en el trabajo, cuentas y facturas sin justificar, falsificaciones, derroche, descontento y deudas. Se hizo necesaria la entrada en vigor de la nueva reglamentación que aportó los asientos de la moderna organización hospitalaria española en general y de la enfermería en particular con precisa formulación de elementos, funciones y responsabilidades.

- **EMPRESA CAPITALISTA:** La economía clásica supone al empresario al idéntico movimiento capitalista, figura correspondiente a los albores de la economía industrial y comercial donde la primera fase de su desarrollo aconteció en el siglo XVI, a la llegada a España de los cargamentos de metales preciosos procedentes del Nuevo Mundo, desencadenando la revolución de los mercados por los precios con notable inflación de los beneficios de los empresarios según la tesis de EARL JEFFERSON HAMILTON (1899), al investigar la historia de los precios españoles en tres libros: Dinero, precios y salarios en Valencia, Aragón y Navarra, 1351-1500 (1936).

El tesoro americano y la revolución de los precios en España, 1501-1650 (1943). Guerra y precios en España, 1651-1800 (1947).

- **DINASTÍA GERMÁNICA HABSBURGO:** En el siglo XVIII institucionalizó y exportó a la Europa occidental el arquetipo del estamento funcional con retención de los poderes fácticos estatales.

HONORE DE BALZAC (1799-1850) años después sentenció: "En Francia se redactan un millón de informes al año; por ello impera aquí la burocracia."

- **EL IDEALISMO:** A finales del siglo XVIII, la filosofía alemana se hallaba en saturado esfuerzo por superar las lindes impuestas por la filosofía de INMÁNUEL KANT (1724-1804), con la distinción entre el fenómeno y la cosa en sí, la oposición necesidad-libertad y la separación entre moral y ciencia, suponiendo una copiosa paralización en el desarrollo

burocrático en la ideología abstencionista del estado liberal.

"El pensamiento y la actuación política se han venido abandonando al capricho de una burocracia tiránica."

ALPHONSE DE LAMARTINE.

VI - FUNDAMENTOS:

Las razones principales con las que se ha afianzado y asegurado a través del tiempo, corrientes del pensamiento, modos sociales y la continua atracción de gran parte de las personas que en el gobierno, la industria y el comercio se dedican a administrar son:

- **CIENCIA:** Asignada ante el aluvión de críticas con tinte demagógico en ocasiones. A partir de MAX WEBER, las actividades burocráticas precisas afloraron por la consecución de metas de los órganos, la distribución estricta y estabilizada de la autoridad y la profesionalidad, con fecundos resultados sobre todo en los análisis estadounidenses de teoría del gobierno y ciencia de la administración, a pesar de atributos de momentos de racionalidad, división laboral, mecanización y rutina.

La Gerencia científica estableció el primer credo administrativo, encarnando un idealismo utópico con proyectos prácticos, surgiendo entonces la Administra-

ción científica para resolución del conflicto entre la élite gerencial y el dominio popular.

En el esquema evolutivo, esta administración dominó un ciclo del pensamiento administrativo coprendido desde 1900 hasta 1960.

- **POLÍTICA:** J.F. FUEYO en la Morfología del poder político y la burocracia afirmó: "La burocracia no ha sido tan sólo un instrumento eficaz que ha dotado al estado de una organización funcional adecuada sino, sobre todo, el elemento que de modo más decisivo ha contribuido a formar el carácter objetivo de sus instancias de poder y de autoridad."

La facilidad de artefacto ejecutivo, tiende a apoderarse de los medios del poder. La llegada del intervencionismo estatal en las libertades individuales y en la economía privada, reforzó la concepción de poder otorgado a la burocracia, en primer lugar por delegación al ejecutivo por verificar el crecido número de tareas encomendadas y después, como nuevo imperio de técnicas, donde la irresponsabilidad de los burócratas era asumida por los políticos. Inglaterra sintió agudamente la crisis de sus instituciones ante la tecnificación de la acción estatal y la diferenciación administrativa ante la capitulación del electorado y los parlamentarios.



BUROCRACIA, TERCERA FASE DEL LIDERATO EN LAS ORGANIZACIONES CON AUTORIDAD LEGAL Y RACIONAL.

- **SOCIAL:** En una sociedad expeditiva una organización simple es incapaz de mantener sus objetivos con una pureza original sin arriesgar, pero si es compleja de gran escala, requiere esfuerzo cooperativo.

El auge actual de estudios sociales sobre el tema, no debe llevar a concluir que la crítica peyorativa ha desaparecido, lo que ocurre es que a la contra, favorece todas causas de aumento en la distancia entre la decisión y el sistema organizacional.

La sucesión de creciente burocratización de la sociedad industrial tanto capitalista como socialista, se reflejó también en la ideología del movimiento crítico del mayo parisino del 68.

DRUCKER en 1946 comentó: "Si la organización se ha vuelto demasiado burocrática, también los dirigentes habrán perdido flexibilidad, en el mismo sentido en que la seca podredumbre burocrática se extendió a todo el ejército francés en 1939."

Para MORSE y LORSCH, el modelo jerárquico sigue marchando con efectividad y provecho en las organizaciones con necesidades de alto ras ejecutivo en la función y productividad.

"..... una vez formadas las organizaciones, adquieren sus propias necesidades, en ocasiones éstas se convierten en los amos de la organización."

AMITAI ETZIONI.

VII - EL HOMBRE BUROCRÁTICO:

El sistema de valores sociales incide en la imaginación y la independencia como detonantes del éxito en la vida particular y en el mundo empresarial.

El economista y sociólogo VILFREDO FEDERIGO SAMASO, MARQUES DE PARETO (1848-1923) en su tratado de la Sociología general (1917), en el apartado de la Clase de residuos, discriminó la élite como primera categoría y pueblo a la segunda. En todas las ramas de la actividad humana, se da a cada integrante un índice de sus capacidades, en el seno de la élite se puede distinguir a la dirigente que posee las palancas del mando y componiéndose esencialmente por burócratas, técnicos, empresarios, militares, clero y políticos.

El sociólogo DAVID RIESMAN (1906) en la Multitud solitaria (1950) observa la evolución de la vida organizacional con tres estados peculiares motivados a la prevalencia de determinadas instituciones de los individuos que confieren el carácter colectivo: Hombre dirigido por la tradición: Modelado por el entorno familiar y con preocupación por el destino personal y descendencia.

Hombre autodirigido: Emergido por las mutaciones sociales, exalta el sistema de valores personales internos y desarro-



LA ANTESALA (EQUIPO CRONICA, 1968)

lla la organización con prosopopeya en la creatividad.

Hombre heterodirigido o dirigido por otros: Preponderancia del dominio de las expectativas de otros y el desarrollo del papel basado en la influencia externa con valoración del tiempo libre e implicado en la conformidad y comportamiento servil para "verse bien".

PORTER y LAWLER establecen que las organizaciones no sólo toleran, sino inclusive recompensan el pensamiento y la conducta autodirigida, pero es menos tolerada en la pequeña o mediana empresa.

Para los "alarmistas" RIESMAN y WHYTE el hombre burocrático es el dirigido por otros, ya que los ejecutivos estimulan a los subordinados con características similares a las propias.

FREMONT E. KAST y JAMES E. ROSENZWEIG en su libro Administración en las organizaciones (1985) dan a entender que el molde de comportamiento más ajustado al progreso de las organizaciones de gran envergadura puede ser el individualismo y la creatividad con descentralización de la toma de decisiones y la profesionalización funcional dentro de una coordinación real.

Tradicionalmente se había representado al burócrata en aras del interés por optimizar el bien social, sin embargo, la realidad nos enseña a éste en persona común tratante en dimensionar su satisfacción personal.

"El mito opera sobre la conciencia de

los hombres a través de relatos repetidos."

MANUEL ALVAR.

VIII - MODELOS:

El despliegue progresivo de la economía capitalista fue desde sus comienzos un proceso lleno de retrocesos. La energía decisiva de la producción social toleró al principio deducir las causas de la penuria económica por la inestabilidad natural.

La economía política constituida al compás de los sistemas productores privados y la libertad del mercado, vino a ser la incautación ideal y la exposición de la fabricación de mercancías beneficiosas.

Ocho son los modelos más divulgados por la literatura competente:

- **WEBERIANO:** Representó el tercer pilar fundamental en el despliegue de los conceptos clásicos con efecto entre los pensadores especializados al sugerir que la burocracia es la herramienta más eficiente de conducción a gran escala, que jamás se haya puesto en marcha, al caracterizarse por:

Organización consolidada por normativa escrita.

División sistemática del trabajo. Cargos según el principio jerárquico. Normas y medidas técnicas en cada cargo.

Reclutamiento de personal en base al mérito.

Administración y propiedad separadas.

Liberación de control externo.
Titularidad no monopolizada, en cuanto a la posición.

Profesionalización de los miembros:
"El burócrata profesional", calificado en determinación hacia: Salario.
Especialización.

Cargo en preferente actividad.
Nombramiento en graduación.
Mandato.

Trayectoria.
Fidelidad.

Tendencia al control.

Sensibilidad comportamental.

- **NEORRACIONALISTA**: Intenta desarrollar el comportamiento organizativo tal como se genera en la realidad, incidiendo en el enlace del miembro con su organización.

- **EMPRESARIAL**: Está correspondido con la teoría organizacional, principalmente en la conducta empresarial, ya que el modelo competitivo ideal influye fuertemente en el pensamiento y acción administrativa, proporcionando el cimiento racional para la operatividad empresarial.

Es una teoría normativa donde la acción del empresario es prescrita hacia el logro de la maximización de las utilidades.

- **HELBERT SIMON**: Premio Nóbel de Economía en 1978, categoriza en cuatro apartados su estructura lógica en realidad psicobiológica y administrativa en representación simplificada pero completa de informaciones relativas a un sistema económico que expresa las relaciones existentes entre diversas magnitudes:

Individuo: Concepto de racionalidad.
Conducta humana instrumentalmente racional.

Individuo intencionalmente racional.

Organización en instrumento para hacer relativamente superables los límites de racionalidad.

Decisión: Es un proceso.

La ejecución es un momento.

Comprendiendo el proceso de formación y de elaboración de las decisiones, se obtiene la explicación del comportamiento organizativo.

En el vértice organizativo se alojan las premisas de valor, que son de carácter ético y personal.

En el basamento organizativo se aposentan las premisas de hecho, que son las proposiciones ciertas y verificables.

Influencias: La división del trabajo.

La diferenciación de la autoridad garantiza la capacidad y experiencia con una coordinación.

El desarrollo de técnicas y procedimientos estandarizados.

Adiestramiento y socialización.

Mecanismos internos: Criterio de eficiencia.

Identificación.

Participación y cooperación con la organización.

- **NO JERÁRQUICO** o más allá de la burocracia: En años recientes, son muchos los estudiosos de la situación humanista que han criticado la conducta organizacional con excesiva conexión entre la burocracia y el conocimiento cuantitativo de las magnitudes económicas (Econometric, 1930) de WILLIAM PETTY, GREGORY KING, INVING FISHER, etc.; Presentando un modelo alternativo socio laboral gravitado en el comportamiento, valores y creencias por los siguientes perfiles: Poder compartido. Libertad de razón.

Eliminación jerárquica.

Actividad individual.

Información compartida.

Ejercicio de la cultura construida.

- **BENNIS Y FORRESTER**: Componen un sistema donde la actividad futura está relacionada con el momento presente, asegurando que la contextura social de la organización de mañana será adaptativa y cambiante; Proponiendo: Eliminación de la relación superior - subordinado Favorecer las múltiples necesidades humanas.

Participación.

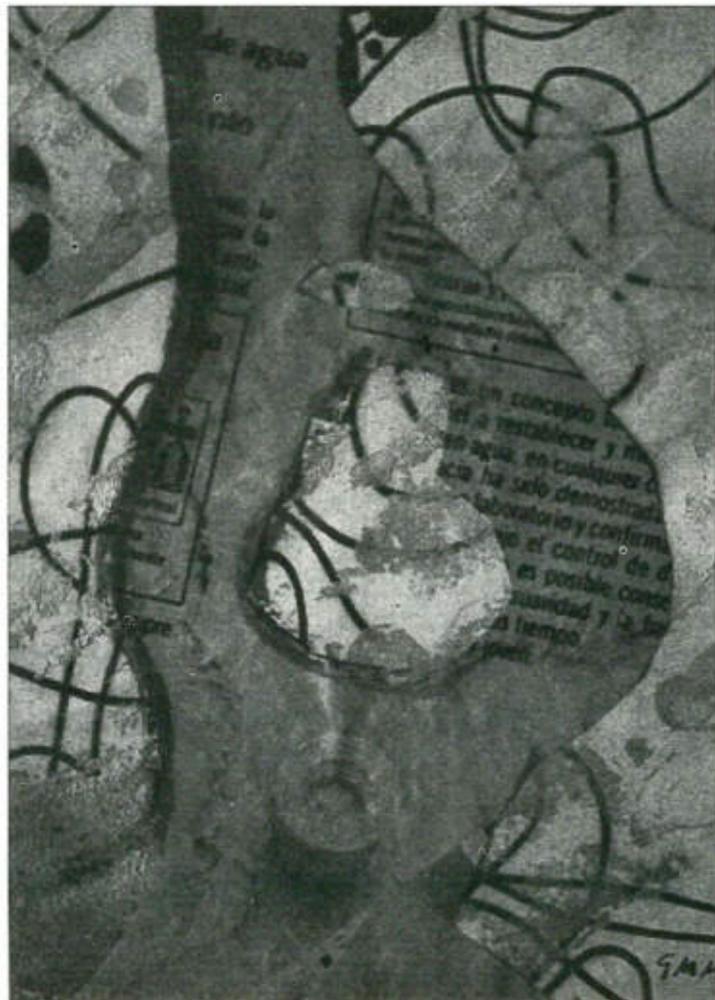
- **GERENCIA EUPSÍQUIANA**: ABRAHAM MASLOW proporciona un modelo

no jerárquico de aceptación al Sistema utópico flexible, es decir: Plan ideal de gobierno en un conjunto de relaciones estructurales básicas, técnicas, institucionales y sociales, dispuestas a acomodarse fácilmente a las necesidades intrínsecas de los miembros, en concreto, la autorregulación.

- **ECONÓMICO**: Iniciado por ANTOINE AUGUSTIN COURNOT (1801-1877) y ALFRED MARSHALL (1842-1924) y continuado por FRISCH, Comisión COWLES, EZEQUIEL, MOORE, KLEIN, LANGE, etc, está conformado en relaciones de funciones y definiciones con expresión de identidades cuantitativas entre magnitudes económicas limitadas por la elección de las variables significativas.

Para acercarse a la realidad, la confección del modelo se hace cada vez más problemática al ser su validación dependiente de la interpretación y verificación.

En la actualidad no es genuino precisar que el crecimiento del gasto público dentro de las economías mixtas (ejemplo España), representa un fenómeno estudiado insistentemente por doquier, sin soluciones evitadoras del desenlace, culpándose a la burocracia, pero hay que acep-



tar que no sólo es ella sino todos. Los planteamientos nucleares de este modelo en la utilización de los recursos sociales por el sector público se deben a: Ausencia de competencia. Situación de monopolio. Ineficacia de los sistemas de control. "Nada hay más difícil de realizar, ni de más dudoso éxito, ni de manejo más peligroso que el inicio de un nuevo orden de cosas."

NICCOLO MACHIAVELLI

IX - PERSPECTIVA ORGANIZACIONAL:

Las organizaciones burocráticas tienen un potencial superior en los objetivos organizacionales, caracterizándose en:

- **AUTONOMÍA:** Los burócratas son emancipados en sus capacidades por la competencia técnica, siendo expertos reconocidos y rara vez sus decisiones son puestas en duda.

- **ESPECIALIDAD:** La habilidad y preponderancia teórico práctica y no la lealtad son condicionantes del empleo.

En las ofertas de empleo, el común denominador lo integran: Edad.

Especialidad.
Curriculum Vitae.
Experiencia.
Capacidad.
Dedicación.
Relaciones.

- **ESTABILIDAD:** El éxito en el cumplimiento fomenta la recompensa estable, salario regular, autoridad, promoción esperanzada, seguridad e ingresos garantizados en la jubilación.

- **IMPERSONALIDAD:** Por la persistente dependencia de la reglamentación y categoría.

- **PROFESIONALIDAD:** El énfasis recae en la habilidad en el desempeño y no en la posición.

Las dependencias son cubiertas por funcionarios a tiempo completo, otorgándose el empleo y medido el funcionamiento por procedimientos formales e impersonales.

- **RACIONALIDAD:** Las áreas oficiales están determinadas así como las dependencias con claridad, mientras que los puestos se describen al detalle en cuanto a responsabilidad, autoridad, deberes y lugar jerárquico.

CHINOY en su obra *La sociedad* (1966) comprime en: Cargos y empleos definidos esmeradamente.

Orden jerárquico.
Personal seleccionado por calificaciones profesionales y técnicas.
Reglamentos.
Seguridad.
Posibilidad de carrera.
"Siempre intento tomar en conside-

ración todos los elementos posibles."

JOSE M. BROTO.

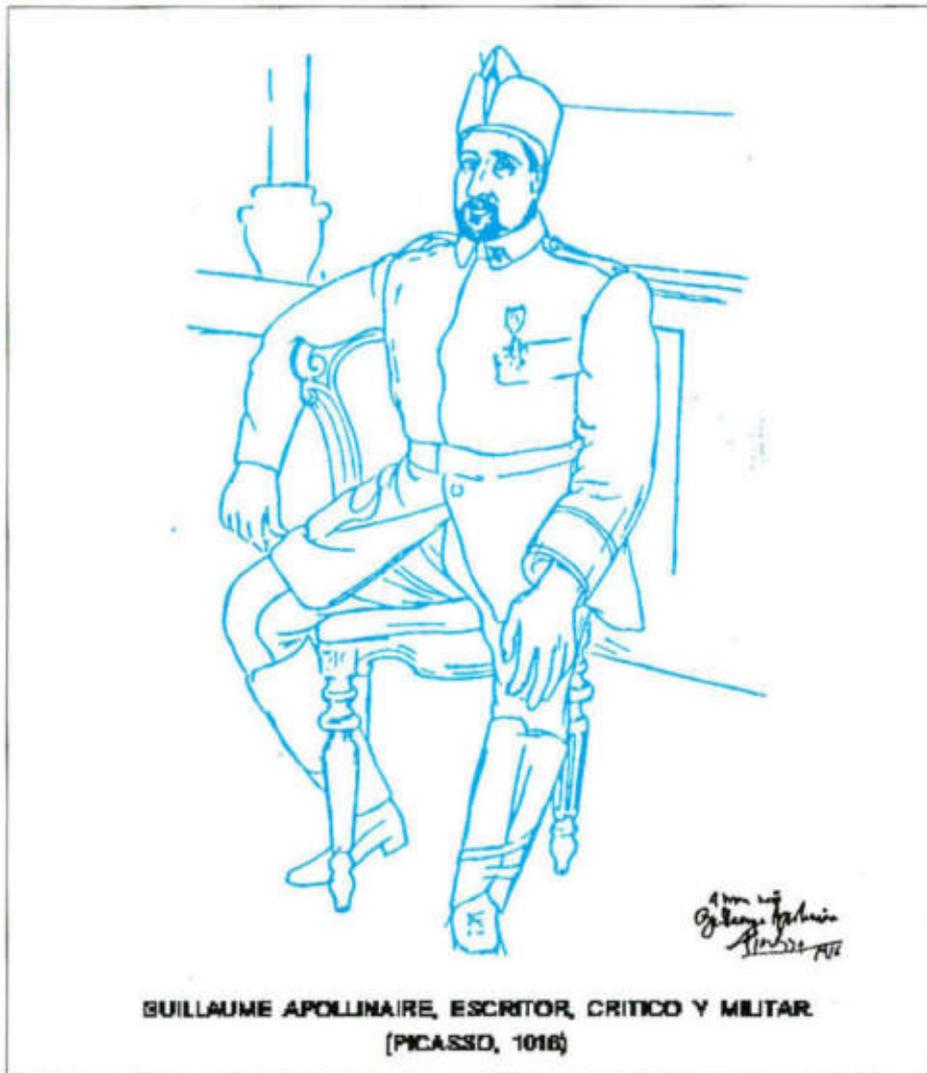
X - COMPORTAMIENTO:

La burocracia puede proporcionar la perpetuación de la organización a través de la línea sucesoria y la ordenada transferencia de poder en dos conductas proyectivas:

- **FUNCIONAL:** Asunción de la responsabilidad, donde la letra de los reglamentos junto a su espíritu e intenciones se con-

un valor en si mismo.

- **DISFUNCIONAL:** Cierta comportamiento es neutro si no ayuda o estorba el logro de los objetivos propuestos, sin embargo, es negativo si hay tendencia a entorpecer la consecución de los mismos; tanto uno como otro son considerados comportamientos disfuncionales: Evasión de la responsabilidad por no arriesgarse y emplear técnicas de papeleo y tretas evasivas en la contemplación de la letra de los reglamentos con olvido intencionado



GUILLAUME APOLLINAIRE, ESCRITOR, CRITICO Y MILITAR
(PICASSO, 1916)

vierten en argumentos para la toma de decisiones, aún de aceptar el riesgo.

Conferencia, consulta y acuerdo ante enfrentamientos de dificultades generales que requieren la opinión de expertos. Distribución de la autoridad, en donde no hay menosprecio de la competencia y habilidad para la toma de decisiones.

Decisión sin demora, ya que una dilación puede acarrear efecto pernicioso en otra parte.

Confiabilidad y conformidad: La estricta observancia de las reglas se convierte en

del espíritu e intenciones, dándose tres tipos conductuales: El transferidor: Quien actúa con el reglamento en la mano asiduamente.

El avestruz: Quien rehúsa la toma de decisión en situaciones precisas.

El escalador: Quien ignora el problema con pleno conocimiento de la dimensión y consecuencias posibles.

Difusión de la responsabilidad en la ocultación de la misma, asignada en cuerpo impersonal.

Acaparamiento de la autoridad, donde

este típico comportamiento denota ansia de probar la competencia y habilidad con menosprecio de los niveles jerárquicos y subordinados, surtiendo entonces dos pautas de operaciones:

Tapar el hueco en la compensación de deficiencias.

Formación hegemónica en el reconocimiento de la importancia de un puesto por estatus, poder y pago.

Decisión con demora, por la rigidez burocrática ante complejidad.

Formación y ritualismo: El sociólogo ROBERT K MERTON señaló: "Cuando una burocracia se apega a reglas, reglamentos y procedimientos formales por un largo período, los resultados finales son que las reglas llegan a predominar sobre los objetivos."

Sabotaje, es más sutil que arrojar tierra a un engranaje, en una organización, donde perjudicar de propósito los intereses, entra de rutina en la mala práctica hacia la superioridad por parte de los subordinados.

Estancamiento, por inclinación obsoleta y tozuda en la falta de ajuste.

Con estos comportamientos disfuncionales la decadencia de una burocracia puede llegar en seis pasos: Requerimiento de respuestas predecibles y obediencia a reglas.

El obedecer la regla se convierte en un fin.

Los problemas especiales no cubiertos por reglas no resultan adecuados para su manejo.

Las reglas que fueron diseñadas para promover la eficiencia, llegan representar obstáculos.

Convertimiento en especie de sociedad cerrada en donde los leales y los fieles son promovidos sin importar el desempeño.

Actuación de los burócratas en provecho propio con oportunidad de llegar a ser con el tiempo ineficaces.

"Hay personas que siempre cometen los mismos errores y a éste, lo llaman experiencia."

MICHAELE DE BAKEY.

XI - CONSECUENCIAS:

La consecuencia es la necesidad puramente lógica con que un juicio se impone, siendo la conclusión de un razonamiento deductivo a saber:

Consideración del personalismo sin valor absoluto en el desarrollo de la acción.

Sujeción voluntaria por acuerdo con lo oficialmente establecido.

Superioridad técnica en la administración al estar integrado en el poder ejecutivo.



CAPRICHOS 57. LA FILIACION (GOYA, 1797-98)

Concentración de los medios administrativos.

Instituir un sistema de autoridad indiscutible. Expresiones lógicas con incompatibilidad aparente tales como: Componente democrático.

Tendencias antidemocráticas.

Tensiones internas.

Argumentaciones que parten de suposiciones para llegar a conclusiones, con silogismos disyuntivos y condicionales.

"Habla conforme a sus lecturas y al saber del siglo que tuvo a dicha albergarle."

MIGUEL DE UNAMUNO.

XII - VALORACION CRÍTICA:

Bajo dos aspectos complementarios, factores de referencia a elementos de carácter analítico y a juicio valorativo fundado en apreciaciones:

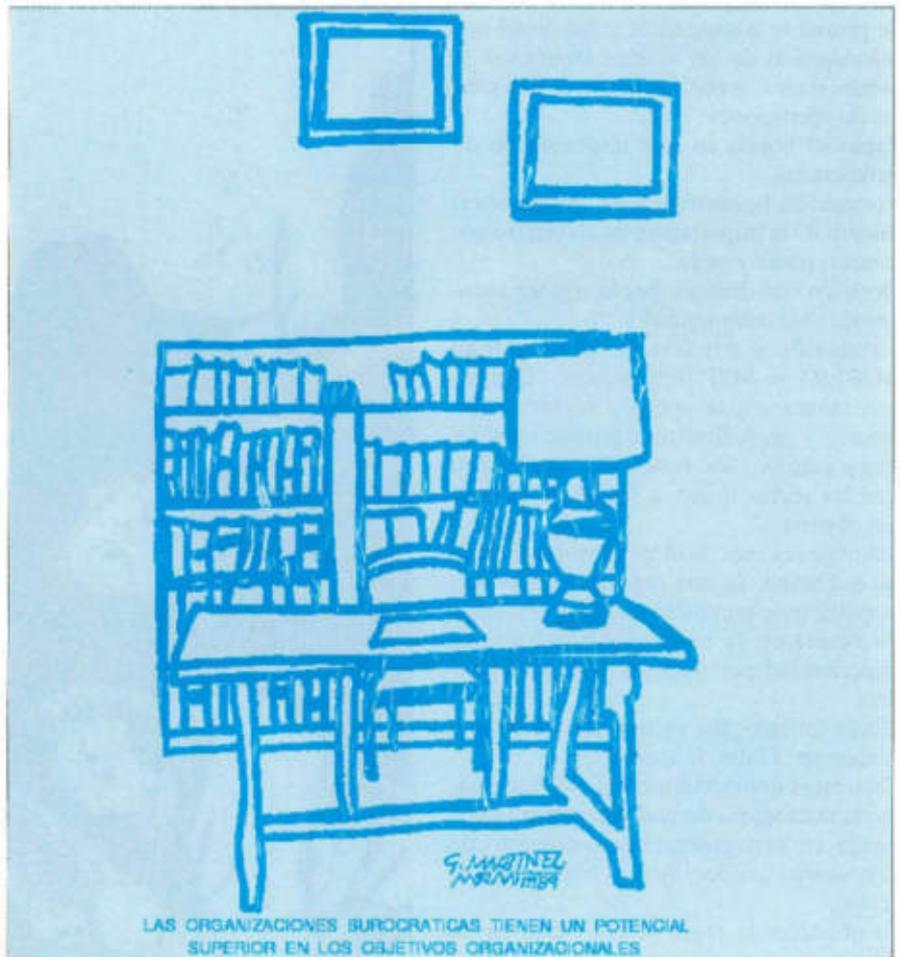
- Concepción de la estabilidad de la organización con supeditación rígida y estática.
- Escasa atención a los subsistemas de la organización.

- Limitación en la noción de muchos tipos de intercambio con el ambiente.

- Desconocimiento de las estructuras informales existentes en la organización formal.

"En general, todo posicionamiento crítico, sobre cualquier cosa, conlleva necesariamente un marco de referencia."

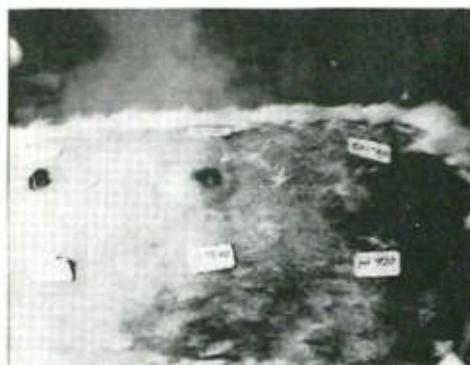
MANUEL ORTIGUEIRA BOUZADA.



XIII - BIBLIOGRAFÍA:

- ALBERDI CASTELL, ROSA MARIA ET AL.: ADMINISTRACION, CURSO DE NIVELACION DE A.T.S. UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACION A DISTANCIA - MADRID, 1984.
- ALVAR, MANUEL: OTRA VEZ MORFEO. BLANCO Y NEGRO Nº 3.620. PRENSA ESPAÑOLA, S.A. - MADRID, 1988.
- BAECHLER, JEAN: LOS FENOMENOS REVOLUCIONARIOS. EDICIONES PENINSULA - BARCELONA, 1974.
- BARCIA, ROQUE: PRIMER DICCIONARIO GENERAL ETIMOLOGICO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. TOMO I. F. SEIX EDITOR - BARCELONA, 1880.
- BAUDRILLARD, JEAN: LA SOCIEDAD DE CONSUMO, SUS MITOS, SUS ESTRUCTURAS. PLAZA Y JANES, S.A. EDITORES - BARCELONA, 1974.
- BROTO, JOSE MANUEL. BLANCO Y NEGRO Nº 3596. PRENSA ESPAÑOLA, S.A. - MADRID, 1988.
- CORONA RAMOS, J.F.: FACTORES ESTRUCTURALES Y CRECIMIENTO DEL GASTO PUBLICO, UNA SOLUCION CONSTITUCIONAL. UNIVERSIDAD DE BARCELONA.
- DICCIONARIO EVEREST. CUMBRE. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. EDITORIAL EVEREST, S.A. - LEON 1988.
- DICCIONARIO UNESCO DE CIENCIAS SOCIALES. TOMO I. EDITORIAL PLANETA DE AGOSTINI, S.A. - BARCELONA, 1987.
- DOMINGUEZ ALCON ET AL.: SOCIOLOGIA Y ENFERMERIA. EDITORIAL PIRAMIDE, S.A. - MADRID, 1983.
- ESEVERRI CHAVERRI, CECILIO: HISTORIA DE LA ENFERMERIA ESPAÑOLA E HISPANOAMERICANA. SALVAT EDITORES, S.A. - BARCELONA, 1984.
- GABOR, DENNIS: LA SOCIEDAD MADURA. PLAZA Y JANES S.A. EDITORES - BARCELONA, 1974.
- GRAN ENCICLOPEDIA LAROUSSE. EDITORIAL PLANETA, S.A. - BARCELONA, 1977.
- HICKS, HERBERT G.: ADMINISTRACION DE ORGANIZACIONES DESDE UN PUNTO DE VISTA DE SISTEMAS Y RECURSOS HUMANOS. COMPAÑIA EDITORIAL CONTINENTAL, S.A. - MEXICO, 1977.
- JUN, JONGS Y STORM WILLIAM B.: LAS ORGANIZACIONES DEL MAÑANA, DESAFIOS Y ESTRATEGIAS. EDITORIAL TRILLAS - MEXICO, 1980.
- KAST, FREMONT E. Y ROSENZWEIG JAMES E.: ADMINISTRACION EN LAS ORGANIZACIONES, UN ENFOQUE DE SISTEMAS. MCGRAW HILL MEXICO, 1985.
- KATZ, DANIEL Y CAHN, ROBERT L.: PSICOLOGIA SOCIAL DE LAS ORGANIZACIONES. EDITORIAL TRILLAS - MEXICO, 1983.
- LECLANT, JEAN: EL MUNDO EGIPCIO. HISTORIA UNIVERSAL. TOMO I. SALVAT EDITORES, S.A. - BARCELONA, 1980.
- MATTICK, PAUL: CRISIS Y TEORIA DE LA CRISIS. EDICIONES PENINSULA - BARCELONA 1977.
- MORALES PADRON, FRANCISCO: LA SEVILLA POSIBLE DE CARLOS III. ABC Nº 26.671. PRENSA ESPAÑOLA, S.A. - SEVILLA, 1988.
- ORTIGUEIRA BOUZADA, MANUEL. ABC Nº 26.736. PRENSA ESPAÑOLA, S.A. - SEVILLA, 1988.
- PEREÑA, FRANCISCO: LAS GRANDES CORRIENTES DEL PENSAMIENTO. HISTORIA UNIVERSAL. TOMO VIII. SALVAT EDITORES, S.A. - BARCELONA 1980.
- PORTAL, MARTA: SU VIDA JOVEN. ABC Nº 26.684. PRENSA ESPAÑOLA, S.A. - SEVILLA, 1988.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. TOMO I. EDITORIAL ESPASA CALPE, S.A. - MADRID, 1984.
- ROA BASTOS, AUGUSTO: DEMOCRACIA Y LIBERTAD DE EXPRESION (I). ABC Nº 26.842. PRENSA ESPAÑOLA, S.A. - SEVILLA, 1989.
- SAVATER, FERNANDO. EL PAIS SEMANAL Nº 609. PROMOTORA DE INFORMACIONES, S.A. - MADRID, 1988.
- TEJEDOR, MARTIN: APUNTES DE CLASE DEL AREA DE ORGANIZACION, MODULO IV. IV CURSO DE SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION SANITARIA, ESPECIALIDAD GESTION HOSPITALARIA. ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA - GRANADA, 1989.

DIAGNÓSTICO DE LA ALERGIA A MEDICAMENTOS



Autor: **Dr. José Conde Hernández**

*Prof. Titular de Patología General y Propedéutica Clínica
Jefe del Servicio Regional de Inmunología y Alergia
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*

Se define la alergia a medicamentos como la reacción adversa que se produce tras la administración de un medicamento y que está mediada por un mecanismo inmunológico. (1, 2, 3)

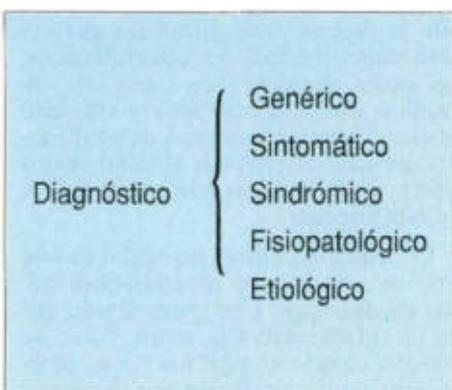
El polimorfismo clínico y los distintos mecanismos inmunológicos que justifican la Fisiopatología de la alergia a medicamentos, hacen que no exista ninguna prueba, que por sí sola permita llegar a un diagnóstico de certeza de esta entidad.

La gravedad y el incremento de ciertos cuadros de hipersensibilidad a medicamentos implican que en la mayoría de los casos exista por parte del médico un cierto temor a la prescripción de medicamentos en algunos enfermos y que éstos muestren una gran desconfianza hacia los fármacos. Por este motivo, es lógico que ambos colectivos demanden la existencia de algún test, que practicado, proporcione tranquilidad al médico que prescribe un medicamento y al enfermo que ha de emplearlo. Este hecho ha determinado una sobrecarga asistencial importante de los servicios especializados de alergia, los cuales reciben cada año, gran número de peticiones de consulta, para diagnóstico de alergia a medicamentos.

El primer problema que se plantea ante una posible alergia a medicamentos, es el de determinar si debemos aceptar o no al sujeto que nos llega como posible enfermo, o descartar la existencia de esta posibilidad y para ello debemos de seguir las distintas etapas del diagnóstico establecidas en Patología

General.

En este sentido es de gran valor la siguiente clasificación:



Siguiendo esta metódica, podremos establecer si el individuo que acude a la consulta, debe de ser considerado, o no, como enfermo. Cuál es el síntoma capital y cuáles son los asociados, para establecer a continuación cuál es el síndrome que presenta (hematológico, renal, sistémico, respiratorio, cardiocirculatorio, cutáneo, etc.)

El paso siguiente es el de intentar buscar los mecanismos etiopatogénicos que expliquen las distintas manifestaciones clínicas, para poder establecer si son de origen inmunológico o por otra circunstancia que pueda determinar la aparición de una reacción adversa a medicamentos. Es la etapa del diagnóstico fisiopato-

lógico, la cual ha de permitir además el identificar, en el caso de aceptar como mecanismo el inmunológico, cuál es la reacción de hipersensibilidad que pone en marcha el cuadro clínico.

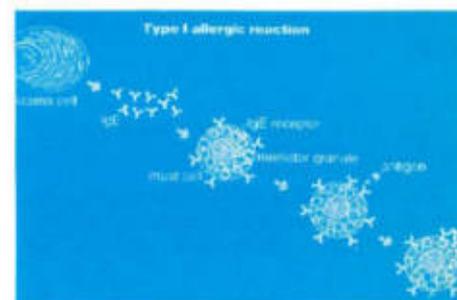
Las reacciones adversas a medicamentos que hemos de identificar en esta etapa del diagnóstico, son las siguientes: (Ver Tabla I)

Conviene que recordemos someramente las reacciones de hipersensibilidad, que son la base por las que se median las reacciones alérgicas a medicamentos.

REACCIONES DE TIPO INMEDIATO.

Reacción tipo I o anafiláctica.

Están mediadas por anticuerpos citófilos: IgE o IgG4, los cuales se unen a receptores existentes en las células que se comportan como diana de la reacción y que son los mastocitos y basófilos. (2,3)

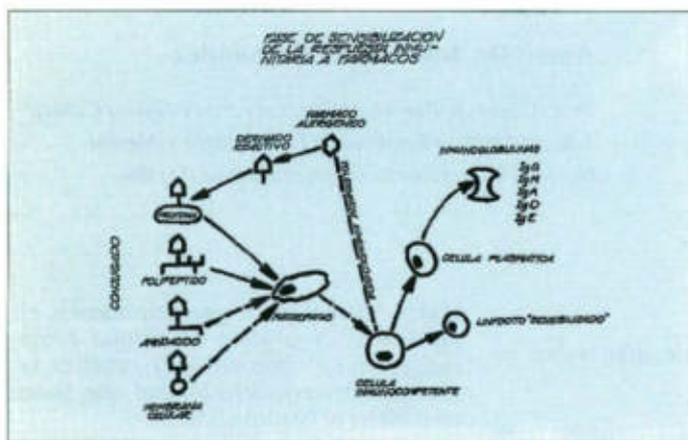


Estas células liberan mediadores vaso-activos existentes en el interior de sus gránulos y posteriormente otros mediadores que se sintetizan, tras la estimulación celular, cuando los anticuerpos específicos adosados a los receptores de la membrana de superficie se copulan con los antígenos.

Los cuadros clínicos a que dan lugar los mediadores liberados, tras actuar en distintos órganos y tejidos, son: el Shock anafiláctico, el edema angioneurótico, la urticaria, la rinitis, y el asma, entre otros.

Diagnóstico sindrómico	}	Sobresensibilización	I	
		Intolerancia		
		Efecto colateral		
		Efecto secundario		
		Efecto paradójico		
		Idiosincrasia		Tipo I
		Hipersensibilidad		Tipo II
		Tipo III		
		Tipo IV		

TABLA I



REACCIONES SEMITARDIAS

Reacción tipo II o citolítica, citotóxica.

Las reacciones tipo II, están mediadas por anticuerpos no citófilos, de las clases IgG, IgM, o IgA, que están dirigidos contra antígenos integrantes de las superficies celulares o de membranas basales de ciertos parénquimas. Estas células, se van a comportar como órganos de choque de la reacción y por lo tanto van a ser lesionadas o destruidas como consecuencia de ella. El efecto de esta reacción consiste en un fenómeno de ataque a las membranas con la participación del complemento.

Los cuadros clínicos que se determinan mediante este tipo de fenómeno de hipersensibilidad, son anemias hemolíticas, trombocitopenias, granulocitopenias y glomerulonefritis rápidamente progresivas.

Reacción tipo III o mediada por complejos inmunes

Esta reacción se desarrolla cuando los complejos inmunes formados por antígenos y anticuerpos (inmunocomplejos), se depositan en los tejidos, y activan el complemento y como consecuencia de

ello se liberan unas sustancias que actúan como mediadores quimiotácticos, los cuales atraen al foco a una serie de células, que son activadas y tras ello liberan asimismo una serie de mediadores capaces de producir el daño en los tejidos y por tanto las lesiones derivadas de esta reacción.

Los cuadros clínicos derivados de este tipo de reacción de hipersensibilidad, son de dos tipos. Uno generalizado que es la enfermedad del suero y que se observa cuando se inyectan sueros heterólogos y otro localizado que se conoce como fenómeno de Arthur, que es el responsable de vasculitis por hipersensibilidad, glomerulonefritis, y neumopatías intersticiales como el pulmón del granjero.

Todas estas reacciones descritas hasta ahora, tienen de común el de estar mediadas por anticuerpos.

REACCIONES TARDIAS.

Reacción tipo IV, reacción retardada de inmunidad celular o tuberculínica.

La característica fundamental de esta reacción es de no estar mediada por anticuerpos, sino por células, linfocitos T sensibilizados específicamente frente a

antígenos intracelulares. Cuando estos linfocitos se ponen en contacto con el antígeno, son estimulados y segregan unas sustancias denominadas linfocinas. Estas linfocinas inducen reacciones inflamatorias atrayendo y activando a otras células, como los macrófagos, los cuales producen daño tisular mediante la acción de los mediadores que liberan.

Los cuadros clínicos mediados por este tipo de reacción son el eczema de contacto, ciertos fenómenos de fotoalergias, el rechazo de los injertos de tejidos, las granulomatosis pulmonares y la reacción de tuberculina.

Hay que tener presente, que esta diferenciación no es tan esquemática en la práctica, sino que las líneas frontera entre unas y otras son muy difíciles de establecer.

Las reacciones de hipersensibilidad están estrechamente relacionadas y forman un conjunto que tiene como consecuencia final, la reacción inmuneinflamatoria y que el paso de una a otra va a depender de la intensidad y persistencia del medicamento que actúa como antígeno.

Para poder explorar la posible existencia de hipersensibilidad a medicamentos, dada la complejidad de los mecanismos patogénicos que pueden mediarla es

lógico que no puedan concretarse a un solo tipo de prueba sino que han de arbitrarse una serie de métodos, los cuales en conjunto puedan esclarecer la incógnita que se plantea.

Los distintos métodos empleados en el diagnóstico de Alergia a medicamentos pueden dividirse en dos grandes grupos atendiendo a que sean utilizados directamente en el enfermo, métodos "in vivo" o indirectamente mediante la manipulación de suero o células sanguíneas. (4)

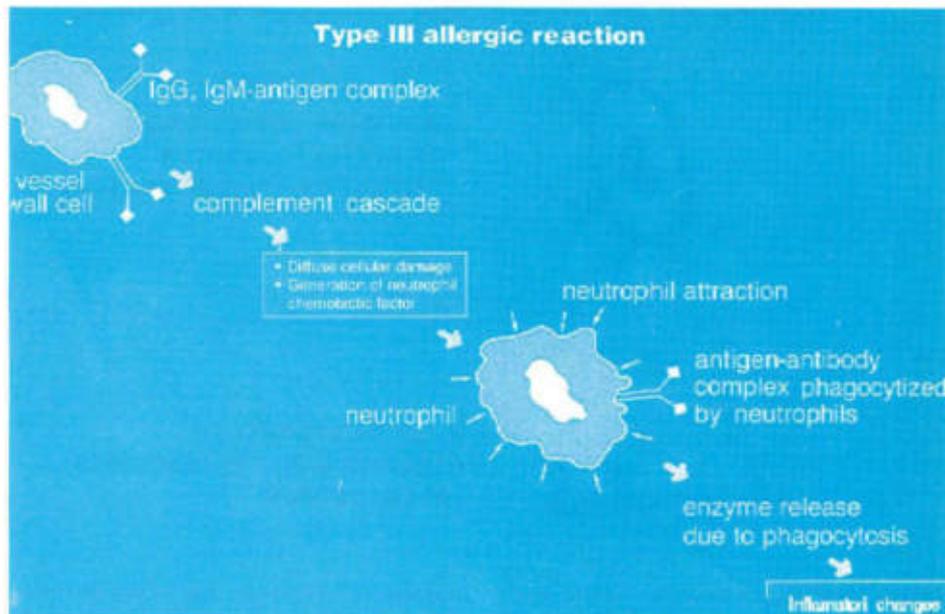
Los métodos "in vivo" son los siguientes:

- Anamnesis.
- Prick test
- Escarificación.
- Intradermoreacción.
- Test de transmisión pasiva de anticuerpos (P-K, Kennedy)
- Test de Fotosensibilidad.
- Prueba conjuntival.
- Test de Provocación Controlada.

Entre los métodos "In vitro" destacamos los siguientes:

- Determinación de IgE específica.
- Degranulación de basófilos.
- Hemaglutinación.
- Lisis plaquetaria.
- Test de transformación linfoblástica.

Analicemos a continuación las ventajas e inconvenientes de las distintas técnicas, así como su base inmunológica.



El método de diagnóstico fundamental e insustituible es la anamnesis, el cual tiene todas las ventajas y puede ser realizado en cualquier medio. Mediante él se puede obtener la información necesaria, para establecer el cuadro clínico, valorar su gravedad, clasificar patogénicamente la sintomatología del enfermo, sospechar el agente etiológico y plantear la estrategia de diagnóstico, mediante la elección de las exploraciones adecuadas para cada caso. Su costo es bajo, no representa peligro para el enfermo y por tanto no hay ninguna justificación para no realizarlo.

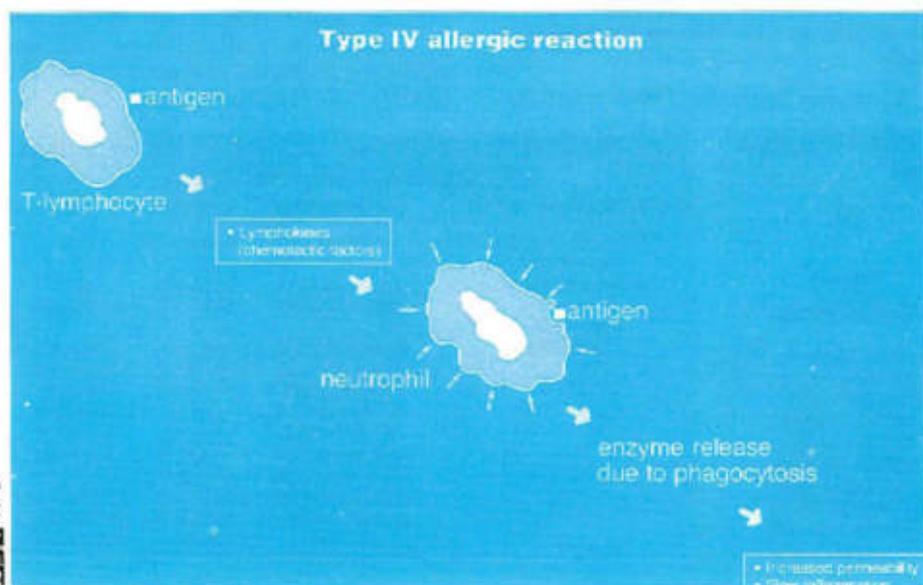
El Prick test, la escarificación y la intradermoreacción tienen como base inmunológica la búsqueda de anticuerpos Citófilos IgE o IgG, adosados a mastocitos cutáneos los cuales al unirse al medicamento que se comporta como antígeno, estimulan la secreción de mediadores, los

cuales provocarán una vasodilatación capilar que se hará visible en la piel. Vasodilatación que será tanto más intensa, cuanto más mediadores se hayan liberado. El test tiene bajo costo, no precisa de complicada tecnología para su realización, pero tiene una serie de inconvenientes, que por lo generalizado del uso de estas técnicas conviene conocer, (5)

En primer lugar hay que tener presente la peligrosidad potencial que entraña su realización, ya que pueden dar lugar a cuadros tan graves como shock anafilácticos con fatal desenlace cuando se practican en individuos altamente sensibilizados. Otro de los problemas es el planteado por la interpretación de los resultados, ya que cuando se realizan las pruebas con los medicamentos a las concentraciones terapéuticas, éstas no son toleradas por la piel y dan lugar a reacciones vasoactivas inespecíficas que pueden ser interpretadas como positivas. En este sentido hay que tener presente que muchos antibióticos tienen un pH inadecuado para ser inyectados en la piel, por ser muy ácidos o muy alcalinos, e inducen por ello una reacción falsamente positiva. Cada medicamento por tanto debe de ser empleado a la concentración adecuada para la realización de estas pruebas. (6)

El test de transmisión pasiva o técnica de P-K, consiste en separar el suero del enfermo e inyectarlo en la piel de un sujeto sano que va a servir como testigo. Posteriormente en ese mismo lugar se inyectará por vía intradérmica o subcutánea el medicamento problema, observándose la reacción consecuente, que será igual a la que presentaría el enfermo. (7)

El fundamento de esta prueba consiste en que en el suero del enfermo, debe de



REACCIÓN DE TIPO II (tipo citotóxico o citolítico)



EJEMPLOS

- Anemias hemolíticas
- Granulocitopenias
- Púrpuras trombopénicas

- S. de Goodpasture
- Algunas G.N. rápidamente progresivas

haber anticuerpos citófilos frente a un medicamento determinado, los cuales al ser inyectados en la piel de un sujeto sano, se unirán a los receptores que para ellos hay en los mastocitos de la piel. Posteriormente al inyectar en ese mismo lugar el medicamento, se unirá a los anticuerpos adosados a los mastocitos y como consecuencia de ello se pondrá en marcha la reacción. La ventaja fundamental de este método es la de obviar las reacciones sistémicas que pueda presentar el enfermo y por tanto la de evitar los peligros de las pruebas anteriores, pero plantea como inconvenientes, la de poder transmitir enfermedades al testigo (hepatitis, sífilis, sida, etc.) y la de la limitación temporal del test. La posibilidad de transmisión de enfermedades a través del suero, obliga a practicar previamente la determinación de Antígeno Australia, anticuerpos antiviral del sida, etc. y por otra parte sólo puede ser realizada entre un mes y medio después del accidente que tuvo el enfermo y un año después, que es el tiempo de vida media en los anticuerpos circulantes.

Una variante de esta prueba es el Test de Kennedy, que consiste en la adminis-

tración al testigo del medicamento por vía oral, después de una fase preparatoria de la piel, similar a la anterior. Tiene pues, las mismas ventajas e inconvenientes de la anterior, y su indicación está reservada para aquellos medicamentos, que no pueden ser inyectados.

El test de fotosensibilidad, la prueba conjuntival y el test de provocación controlada, pretenden reproducir en el enfermo el cuadro clínico determinado por el medicamento, si bien a pequeña escala, con el fin de poder determinar la responsabilidad de éste como agente causal del problema.

En el primero de ellos, se somete la piel del enfermo a distintas longitudes de onda lumínica, después de haberse administrado el medicamento. El fin es demostrar que el medicamento produce un cuadro clínico de naturaleza inmunológica, bajo la influencia de una intensidad lumínica determinada. Los inconvenientes vienen dados por la necesidad de disponer de una batería de lámparas, para explorar las distintas longitudes de onda.

La prueba conjuntival tiene como fun-

damento inmunológico la búsqueda de anticuerpos citófilos IgE o IgG4 adosados a los mastocitos de la conjuntiva ocular. Consiste técnicamente en depositar gotas del medicamento a concentraciones progresivas en el saco conjuntival y observar los fenómenos de vasodilatación que se van produciendo en la conjuntiva. La prueba es bastante objetiva, exige un control en el otro ojo, que debe de ser estimulado con el disolvente que se haya empleado para hacer las diluciones del medicamento y tiene los inconvenientes de las pruebas cutáneas expuestos anteriormente.

El test de provocación controlada, tiene como finalidad la de reproducir el cuadro clínico inducido por la medicación en el enfermo, el cual está sometido a un riguroso control de constantes vitales, para poder detener la prueba ante el inicio del cuadro y controlar la sintomatología, con medicación adecuada en caso necesario. Dentro del contexto de la exploración con fines diagnósticos de la alergia a medicamentos, es la prueba más fiable, pero tiene el inconveniente de su peligrosidad potencial y bajo el punto de vista técnico tiene como servidumbres la exigencia de un gabinete con material de reanimación, así como la permanencia de un ATS o Diplomado en Enfermería y un Médico durante las tres horas de su realización. (3)

El test se realiza empezando por diluciones altas del medicamento, las cuales se administran de forma progresiva, empezando por un prick, posteriormente una escarificación para pasar a una intradermoreacción, aplicación por vía subcutánea y por último la administración del medicamento por vía intramuscular. Una variante del test consiste en la administración progresiva de medicamentos por vía oral.

Los métodos "in vitro" tienen como ventaja sobre los anteriores, la de no entrañar ningún peligro para el enfermo ya que para su realización se manejan productos biológicos exclusivamente. El fundamento inmunológico es la objeti-

TEST DE PROVOCACIÓN PROGRESIVA CONTROLADA DE MATHOV CON PENICILINA

EXAMEN CLÍNICO	DOSIS	VIA
TOMAR TENSIÓN Y PULSO		
OBSERVAR CONJUNTIVA	1 U ml	OCULAR
" "	100 U ml.	OCULAR
" "	1.000 U ml.	ESCARIFICACIÓN
TOMAR TENSIÓN Y PULSO		
OBSERVAR PAPULA	0,0001 U ml	INTRADÉRMICA
" "	0,01 U ml.,	INTRADÉRMICA
" "	1 U ml	INTRADÉRMICA
" "	100 U ml	INTRADÉRMICA
" "	100 U ML	SUBCUTÁNEA
" "	100 U ml	INTRAMUSCULAR
" "	1.000 U ml	INTRAMUSCULAR
" "	10.000 U ml	INTRAMUSCULAR
" "	DE1-5M U	INTRAMUSCULAR

PAUTA EMPLEADA EN HISTORIAS SOSPECHOSAS DE ALERGIA A PENICILINA Y DERIVADOS (SERVICIO DE INMUNOLOGÍA Y ALERGIA - SEVILLA)

PARÁMETROS A CONTROLAR	CONCENTRACIÓN	DOSIS	VIA
TOMAR TENSIÓN Y PULSO A LOS 15'	1 U en 10 ml SUERO	2 gotas (5.10 ⁴ U)	NASAL
TOMAR TENSIÓN Y PULSO			
OBSERVAR MUCOSA NASAL A LOS 15'	100 U en 10 ml SUERO	2 gotas (0,5 U)	NASAL
" "	1.000 U en 10 ml SUERO	2 gotas (5 U)	ESCARIFICACIÓN
TOMAR TENSIÓN Y PULSO			
OBSERVAR PAPULA	0,0001 U en 10 ml SUERO	0,3 ml (3.10 ⁴ U)	INTRADÉRMICA
" "	0,01 U en 10 ml SUERO	0,3 ml (3.10 ⁵ U)	INTRADÉRMICA
" "	1 U en 10 ml SUERO	0,3 ml (3.10 ⁶ U)	INTRADÉRMICA
" "	100 U EN 10 ml SUERO	0,3 ml (3U)	INTRADÉRMICA
" "	100 U en 10 ml SUERO	0,5 ml (5U)	SUBCUTÁNEA
" "	1.000 U en 10 ml SUERO	0,5 ml (50 U)	SUBCUTÁNEA
" "	10.000 U. en 10 ml SUERO	0,5 ml (500 U)	SUBCUTÁNEA
" "	10.000 U en 10 ml SUERO	1 ml (1.000 U)	INTRAMUSCULAR
" "	100.000 U en 10 ml SUERO	1 ml (10.000 U)	INTRAMUSCULAR
" "	CONCENTRADA	de 1-5 M U	INTRAMUSCULAR

vación de anticuerpos específicos frente al antígeno, la exploración de reacciones inmunológicas mediadas por estos anticuerpos o la objetivación de reacciones mediadas por células específicas, sin participación de anticuerpos.

Los anticuerpos IgE específicos circulantes en la sangre del enfermo, y por tanto no ligados a células, pueden ser determinados en el suero mediante técnicas de radioinmunoensayo o enzaimunoensayo. Tiene como inconvenientes fundamentales la limitación del tiempo, ya que sólo se puede determinar entre un mes y un año y medio aproximadamente después del accidente, la escasez de antígenos disponibles para diagnóstico, (sólo es válida para determinar anticuerpos frente a antígenos de la penicilina) y la necesidad de disponer de un laboratorio de isótopos. (8, 9, 10)

Las técnicas de degranulación de basófilos, la de hemaglutinación y la de lisis plaquetaria, tienen como fundamento la determinación de anticuerpos adosados a superficies celulares y detectan tanto anticuerpos de alta afinidad como los de baja afinidad, y pueden ser empleadas para el estudio de anticuerpos de diversas clases, pero tienen como inconveniente su baja rentabilidad, por la discordancia entre los resultados obtenidos y los esperados. (11, 12, 13)

Por último el test de transformación linfoblástica, tiene como fundamento, el que cuando los linfocitos sensibilizados para un antígeno, se ponen en contacto con éste, sufren una transformación a linfoblastos y posteriormente se dividen y multiplican. La técnica consiste en separar y aislar los linfocitos de la sangre del enfermo, cultivarlos en cámaras adecuadas e incorporar a los distintos cultivos, los diferentes medicamentos a

estudiar. Al cabo de unos días se visualizan las preparaciones y se cuantifican las células que se han transformado en linfoblastos, o bien se adiciona a los cultivos un isótopo radioactivo (timidina tritiada) que se incorpora al núcleo de las células que se están transformando y mediante la cuantificación de las radiaciones emitidas se calcula la cantidad de células en transformación. (14, 15, 16, 17)

Las expectativas puestas en este test no han sido correspondidas con los resultados, dada su baja rentabilidad independientemente de lo engorroso de la prueba y de su elevado costo, no justificándose su empleo más que en casos muy seleccionados. Existen variaciones entre los distintos medicamentos, así como variaciones intraprueba y entre un mismo enfermo, siendo por tanto actualmente, muy cuestionable su práctica.

Se puede deducir que el diagnóstico

de la alergia a medicamentos es un proceso complejo, no disponiéndose de ninguna prueba, que aisladamente sirva como elemento de diagnóstico para todas las posibilidades que puedan presentarse. Por el contrario, se hace necesario un estudio global del enfermo, que empezando por la anamnesis sea completado con la batería de pruebas adecuadas para poner de manifiesto; por una parte, la existencia de un cuadro alérgico y por otra, la responsabilidad del medicamento como agente etiológico que lo desencadena.

Como todo proceder diagnóstico, que entraña la responsabilidad de tomar la determinación de autorizar el empleo de un medicamento, que puede tener como consecuencia la aparición de cuadros clínicos graves, su ejecución ha de recaer en personal cualificado científica y legalmente, por lo que en la actualidad debe de realizarse exclusivamente en unidades especializadas.

**EJEMPLO DE TEST DE PROVOCACIÓN CONTROLADA CON MEDICAMENTO POR VIA ORAL
TILITRATE (CLORHIDRATO DE TILIDINE)
DOSIS: 50 mgr.**

(SERVICIO DE INMUNOLOGÍA Y ALERGIA - SEVILLA)

PARÁMETROS A CONTROLAR

CONCENTRACIÓN

TENSIÓN Y PULSO a los 30'	2,5 mgr.1 gota en 5 ml
TENSIÓN Y PULSO a los 30'	7,5 mgr.3 gotas en 5 ml
TENSIÓN Y PULSO a los 30'	12,5 mgr.5 gotas en 5 ml
TENSIÓN Y PULSO a los 30'	12,5 mgr.5 gotas en 5 ml
TENSIÓN Y PULSO a los 30'	15 mgr.6 gotas en 5 ml

BIBLIOGRAFÍA

- BROWN, E.A.: Problems in drug allergy. *J. Amer. Med.* 157, 814, (1955).
- AMOS, H. E.: Reacciones alérgicas a medicamentos. Formación de medicamentos antígenos. Cap. 4. Ed. Manual Moderno, 63-85. (1978).
- MATHOV, E.: Alergia a drogas. Ed. Paidós. Buenos Aires. (1977).
- THEOBALD-SEGALIN; BENVENISTE, J.: Despiçage de l'allergie medicamenteuse. *La Nou. Press. medical.* 11, nº 28. 2119-2120, (1982).
- SULLIVAN, T.J.; WEDNER, H. J.; SHATS, G.S.; YECLLES, L.D.; PARKER, C.W.: Sking testing to detect penicillin allergy. *J. All. Immunol.* 68, 171-180. (1981).
- CONDE HERNANDEZ, J. Et Al.: Valor del pH en las soluciones de medicamentos en el diagnóstico cutáneo de alergia a drogas. XIII Cong. Soc. Esp. Alerg. e Inm. Clin. Libro de Ponencias. Sevilla. 586-588 (1983).
- PRAUTNITZ, C.; KÜESTNER, H.: Studies on supersensitivity zbl. *Bakt. I. Abt. Orig.* 86, 160 (1921).
- KRAFT, D.; ROTH, A.; MISCHKE, P.; PICHLER, H.; EBWER, D.: Specific an total serum IgE measurements in the diagnosis of penicillin allergy. An long term follow study. *Clin. Allergy.* 7, 21-28. (1977).
- BOOTELLO, A.; Et Al.: Detección de anticuerpos antipenicilina. Correlaciones entre la técnica del RAST y el enzaimunoanálisis a doble paso. *Allerg. Immunop. Supl.* 44, 297-300. (1980).
- CORRALES TORES, J.L.: Valor del RAST a penicilina en combinación con los test cutáneos para el diagnóstico de la alergia a penicilina en nuestro medio. *Allerg. Immunop. Supl.* VII: 294-296. (1980).
- SHELEY, W.E.; JHULIN, L.: A new test for detecting anaphylactic sensitivity- the basophyl reaction. *Nature.* 191, 1056. (1961).
- BENVENISTE, J.: Test de degranulation "in vitro" des basophiles. Les applications actuelles et futures. *Quest Medical.* 8, 467-569 (1977).
- BENVENISTE, J.: The human basophyl degranulation test and vitro method for the diagnosis of allergy. 1, 1-11. (1981).
- CARON, G.A.; SARKANY, I.: Linfoblast transformation in sulfonamide sensitivity. *Brit. J. Derm.* 77, 556 (1965).
- SCHELEEKENS, P.; TH, A.; EIJSSVOOGEL, V.P.: Linfocyte transformation in vitro I. Tissue culture conditions and quantitative measurements. *Clin. Exp. Immunol.* 3, 571. (1968).
- LING, N.R.: In vitro lymphocyte transformation, standarization of culture methods. In: *New concepts in allergy and clinical immunology.* Ed. by: U. Serafini; A.W. Franckland; Masala nad Jamar. Amsterdam. (1971).
- LAPORTE, J.: Farmococinética del antibiótico. Monograf. de la Acad. Cienc. Med. de Catal. Bal. nº 20. (1980).

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN ENFERMERÍA / PACIENTE

Autores: D.E. Manuel Silva Perejón
D.E. Julián Asenjo Jiménez
Hosp. Univ. " Virgen del Rocío "

INTRODUCCIÓN. - Una de las peculiaridades de la Enfermería es el constante establecimiento de relaciones con otras personas. Según R. Foletti, relaciones interpersonales "son las interacciones de dos o más individuos en un momento existencial y dirigidas hacia un fin determinado". Ahora bien, estas relaciones interpersonales pueden ser establecidas por cualesquiera personas o grupos. Pero si a estas relaciones interpersonales les sumamos el objetivo de la Enfermería, "proporcionar la ayuda que requiere un paciente con objeto de que se solucionen sus necesidades" (I.J. Orlando), nos encontramos con el tipo de relación que debe ser característico de la Enfermería, la RELACION DE SERVICIO. Lucien Auger define la Relación de Servicio como "aquella que consiste en proceder de tal forma que, durante un encuentro interpersonal, el ayudado sea capaz de vivir más plenamente que antes". Este tipo de relación es la adecuada para que los/as enfermeros/as podamos proporcionar cuidados de calidad a los pacientes.

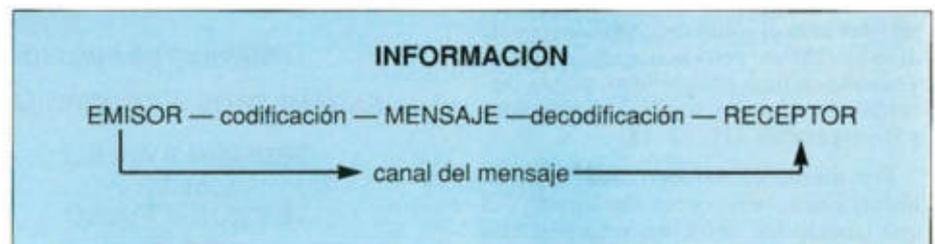
1. COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN.

A la hora de entablar esta Relación de Servicio, es fundamental tener muy presente el proceso de la COMUNICACIÓN. A este respecto, es interesante conocer opiniones como las de Leonard, Skipper y Wooldridge que dicen que "el cuidado del paciente, con independencia de su curación, se puede definir como un proceso de comunicación"; y la de J.A. Peitchinis: "la eficacia terapéutica de la relación entre profesionales y usuarios depende de la calidad de la comunicación en que se base esta relación". Con estas opiniones queda reflejada la importancia que hoy día tiene a nivel mundial la Comunicación en la relación Enfermera/paciente.

La Comunicación entre el personal sanitario y los pacientes "es la capacidad de trabajadores y consumidores para transmitir, percibir y utilizar los mensajes de forma precisa y productiva", (J.A. Peitchinis). Es preciso que los enfermeros diferenciamos claramente el Proceso de la Comunicación de la simple transmisión de información. A través del proceso de la COMUNICACIÓN podemos dar INFORMACIÓN, pero sólo con emitir Información no podemos establecer Comunicación.

Si reflexionamos un momento sobre el proceso de Transmisión de la Información como posible instrumento de la Relación Enfermera/paciente, podríamos hacernos las siguientes preguntas:

- ¿Recibió el receptor el mensaje?
- ¿Sabe el emisor si el receptor comprendió el mensaje, en caso de haberlo recibido?



• ¿Dispone el receptor de datos que deban hacer variar nuestro mensaje?

Evidentemente, con el proceso de la Transmisión de Información no podemos respon-

es el elemento que diferencia a estos dos importantes procesos, Comunicación e Información. Gracias a la Retroalimentación los mensajes pueden circular en los dos sentidos Emisor-Receptor-Emisor.



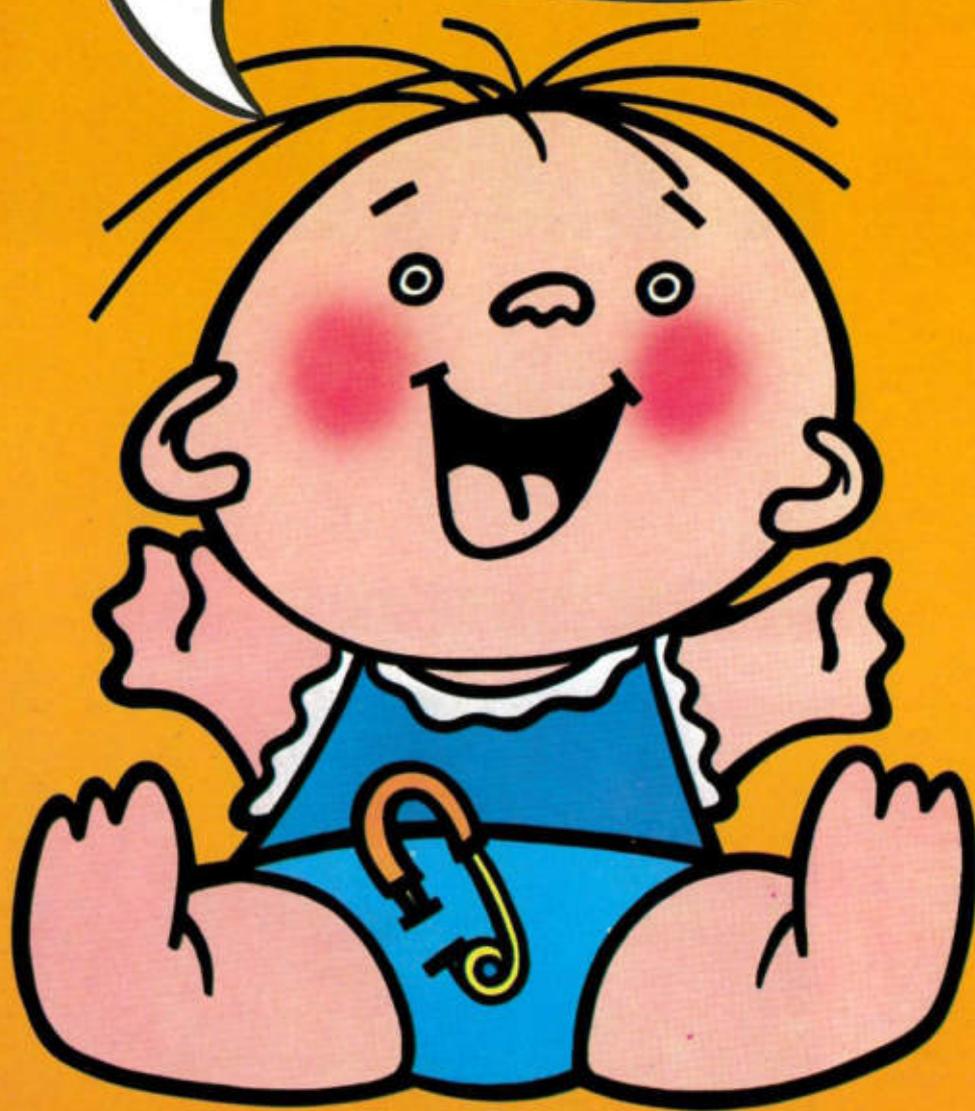
der a estas preguntas, ya que el mensaje se mueve en una sola dirección, del emisor al receptor. Siendo así, este proceso no nos sirve como instrumento para relacionarnos con nuestros pacientes.

La RETROALIMENTACIÓN o "feed-back"

2. LA EMPATÍA.

Para que la Comunicación pueda realizarse con la garantía de que realmente sea terapéutica, es fundamental que los enfermeros desarrollemos esa habilidad llamada EMPATÍA. Según J.A.

*¡Tómate la leche
a pecho!*



**NATURALMENTE
LECHE MATERNA**



JUNTA DE ANDALUCÍA



Consejería de Salud

ENSAYO CLÍNICO

EDUCACION PARA LA SALUD EN GRUPOS

Autor: **Manuel Lopéz Morales**
 Enfermero - Centro de salud
 Torreblanca (Sevilla)

INTRODUCCIÓN

Los enfermeros vivimos actualmente una redefinición de nuestros papeles, profesionalmente hablando. Entre ellos se halla el de agente educador. Como parte del cuidar, enseñar es un verbo de afinidad suprema a la profesión de Enfermería.

Nuevos campos de actuación, nuevas metodologías y corta experiencia nos obligan a ensayar, investigar e ir creando las bases de nuestro cuerpo de conocimientos específico dentro de la Salud.

Con la reforma de la Atención Primaria se trabaja más con los sanos, se potencia el papel preventivo, la participación del individuo como responsable último de su cuidado.

Nosotros, los enfermeros, somos un recurso técnico de los individuos que afrontan su autocuidado como la mejor forma de curarse. Ahí es donde se introduce nuestra responsabilidad educadora.

El presente trabajo, realizado en el Centro de Salud de Torreblanca (Sevilla) desde el mes de febrero a octubre de 1987, pre-

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los diabéticos a los que se les ha sometido a un proceso educativo en grupo, presentan mejor nivel de compensación metabólica que aquellos a los que sólo se les ha instruido individualmente en consulta.

POBLACIÓN

NÚMERO. Invitados por correo 42 diabéticos de una misma consulta de Enfermería se inscribieron en el curso 21. Fueron divididos aleatoriamente -según orden de inscripción, los números impares se definieron como grupo de control (G.C.), y los pares como grupo de estudio (G.E.)-

Desde el comienzo al final del experimento hubo 3 casos descartados. Dos de ellos, del grupo C, cambiaron de domicilio fuera de la zona Básica de Salud de Torreblanca. Un tercero, del grupo E, de avanzada edad, asistió sólo a la primera clase y no apareció más por el Centro de Salud por impedimentos físicos.

Por lo tanto quedaron ambos grupos con nueve miembros.

CARACTERÍSTICAS.

EDAD. Grupo C: 59,7 con desviación estándar (d.s.)= 10,2 años

Grupo E: 65,8 d.s. = 13,1 años

SEXO. Grupo C: 8 mujeres, 1 varón

Grupo E: 7 mujeres, 2 varones.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

Grupo C: analfabetos: 55,5%

sin estudios: 44,4%

Grupo E: analfabetos: 66,6%

sin estudios: 33,3%

tende, con las limitaciones obvias del tamaño de la población estudiada, comparar la eficacia de dos metodologías de educación para la Salud: la realizada individualmente, en la consulta de Enfermería, como método tradicional; y por otra parte la realizada en grupos, introduciendo elementos técnicos y metodológicos menos ensayados.

NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Todas las familias muy modestas -Torreblanca es un barrio periférico, marginal y socioeconómicamente muy deprimido-

TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO.

Grupo C: insulina 22,2%

antiadiabético oral, 66,6%

sólo dieta, 11,1%

Grupo E: insulina, 33,3%

antiadiabético oral, 55,5%

sólo dieta, 11,1%

OCUPACIÓN.

Grupo C: trabajador activo, 11,1%

jubilado o sus labores, 88,8%

Grupo E: trabajador activo, 11,1%

jubilado o sus labores, 88,8%

CONDUCCIÓN

Dividida la población en dos grupos aleatoriamente, y comprobado que sus características se mantienen homogéneas, se las imparte a un grupo, el grupo E, un cursillo de 15 horas de duración durante once semanas, una hora y media aproximadamente, un día a la semana. Al otro grupo, el C, se le continúa igual que hasta ahora en la Consulta de Enfermería.

METODOLOGÍA Grupo E:

- exposiciones apoyadas con diapositivas, folletos, carteles, revistas, 30 minutos

- coloquio 30 minutos

- práctica 30 minutos

Contenido del curso:

- 1ª clase: presentación, obtención de muestras, pasar cuestionario

- 2ª clase: generalidades sobre la diabetes
 práctica: intervenciones individuales explicando



como le apareció su diabetes y sus experiencias personales.

- 3ª clase: autocontrol de glucemias y glucosurias
práctica: realización de autocontrol de glucemia
- 4ª clase: complicaciones de la Diabetes
práctica: autocontrol
- 5ª clase: dieta I
práctica: uso del peso con fruta, arroz, pan...
- 6ª clase: dieta II
práctica: elaboración de menús
- 7ª clase: higiene. Cuidado de los pies
práctica: corte de uñas
- 8ª clase: ejercicio físico
práctica: autocontrol de glucemias
- 9ª clase: tratamiento con insulina y antidiabético oral (ADO)
práctica: autoinyección
- 10ª clase: práctica sobre elaboración de menús
- 11ª clase: repaso teórico
práctica: autocontrol de glucemias.

METODOLOGÍA Grupo C:

- educación individual en consulta
- apoyo con gráficos espontáneos en papel
- media de dedicación por individuo de 13 minutos
- reparto de folletos y revistas
- integrada en el proceso de atención general del paciente.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Al inicio y al final del ensayo se determinaron los siguientes parámetros a ambos grupos: Hemoglobina glucosilada (Hb_{A1C}), número de respuestas acertadas del cuestionario y capacidad de autocontrol de glucemias. La capacidad de autoinyección no se tuvo en cuenta dado que todos los que se trababan con insulina se pinchaban ellos.

El curso duró de febrero a mayo. La primera evaluación tuvo lugar en febrero y la segunda en octubre.

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA. La Hb_{A1C} se sintetiza irreversiblemente a lo largo de la vida del hematíe y su porcentaje con respecto a la hemoglobina



total está en relación directa con la glucemia mantenida en las semanas anteriores.

Consiste en la ocupación del lugar reactivo del 2-3-difosfoglicerato por la glucosa.

Está ampliamente reconocido a todos los niveles como el mejor parámetro para medir la calidad del control metabólico en los diabéticos.

Dado que la vida media del hematíe se sitúa entre 3-4 meses, éste es el período que debemos dejar transcurrir para observar las variaciones significativas.

Tomamos como patrón la siguiente clasificación:

- | | |
|-----------------|--------------------|
| - menos del 7% | control excelente |
| - entre 7 - 8% | control bueno |
| - entre 8 - 9% | control suficiente |
| - entre 9 - 10% | control regular |
| - más del 10% | control malo |

CUESTIONARIO.

Constaba de 20 preguntas tipo test con tres posibles respuestas: a) verdadero b) Falso c) No lo sé. Sólo una es válida.

Mantiene redacción simple y entendible por los pacientes.

Variaron las preguntas del cuestionario inicial al cuestionario final, pero fueron las mismas para todos. Se reconoce que el segundo cuestionario tenía un nivel algo superior.

Preguntaba sobre temas como: dieta, higiene, autocontrol, ejercicio, generalidades, complicaciones y tratamiento médico.

A todos les fueron leídas las preguntas individualmente por la misma persona, sin interpretaciones ni gesticulaciones, limitándose a repetir lo escrito cuando no se entendía la primera vez.

AUTOCONTROL.

Capacidad de determinación de la glucemia por punción capilar y lectura visual en tira reactiva.

EVALUACIÓN METODOLÓGICA.

A través de un observador —un estudiante de Enfermería— que recogía los datos de asistencia, número de intervenciones y autor de las mismas, tiempo dedicado a teoría y a práctica, anomalías u observaciones significativas (alteración del horario, problemas técnicos, interrupciones...), actitudes de los pacientes (reservados, abiertos, charlatanes, etc...).

RECURSOS

HUMANOS:

- Un enfermero, apoyado a veces de un estudiante de Enfermería.
- Dieciocho diabéticos.

MATERIALES:

- Audiovisuales (diapositivas, folletos, pizarra...)
- Laboratorio (reactivos, agujas, reflectómetro...)
- Oficina (Máquina de escribir, papel...)



- Infraestructura (sala de Educación Sanitaria y su material).

RESULTADOS

Observamos según la tabla Nº 1 que todos los parámetros se decantan favorablemente y con un grado de significa-

a) Se creó un círculo de amigos que se apoyaban mutuamente. Se tomaban la asistencia al cursillo "como quien va a misa", según palabras textuales, bien arregladas y cara maquillada en más de una abuela.

b) El docente, obligado a modificar sus expresiones técnicas y transcribirlas a un lenguaje asequible, al revisar bibliografía y prepararse las clases, aprendió más sobre la diabetes que con todos los cursos monográficos que hubiera realizado.

	\bar{X} EDAD	SEXO		\bar{X} % RESPUESTAS ACERTADAS	Δ RESPUESTAS ACERTADAS	\bar{X} Hba1c	Δ Hba1c	Nº de pacientes que se autocontrolan	Δ AUTOCONTROL
GRUPO ESTUDIO	65,8 d.s. = 13,1	7 ♀ 2 ♂	INICIAL	63,3 d.s. = 17,6		9,6 % d.s. = 1,4		33,3 %	
			FINAL	79,4 d.s. = 14,9	+ 16,1	7,3 % d.s. = 1,1	- 2,3 %	88,8 %	+ 55,5 %
GRUPO CONTROL	59,7 d.s. = 10,2	8 ♀ 1 ♂	INICIAL	58,8 d.s. = 19,1		10,8 % d.s. = 2,1		11,1 %	
			FINAL	61,6 d.s. =	+ 2,8	10,2 % d.s. = 1,2	- 0,6 %	33,3 %	+ 22,2 %

ción suficiente hacia la metodología grupal.

El grupo E tuvo un incremento de respuesta acertadas del cuestionario de 16,1 contra un 2,8 del grupo de control, lo que supone casi 6 veces más.

Con respecto a la HbA_{1c} hubo una notable mejoría en el grupo Estudio frente al Control. Su relación es de 2,3/0,6 = 3,8/1, casi cuatro veces más.

La capacidad de autocontrol fue significativamente superior al final del experimento en el grupo E. Todos excepto una abuelita de cierta edad, el paciente E-1, llegaron a dominar la técnica de autocontrol; mientras que en el grupo control permanecieron seis pacientes sin autocontrolarse.

Metodológicamente se cumplieron las previsiones; la participación de los diabéticos fue amplia y en algunas ocasiones hubo de reconducir o cortar el diálogo por pasarnos del tiempo.

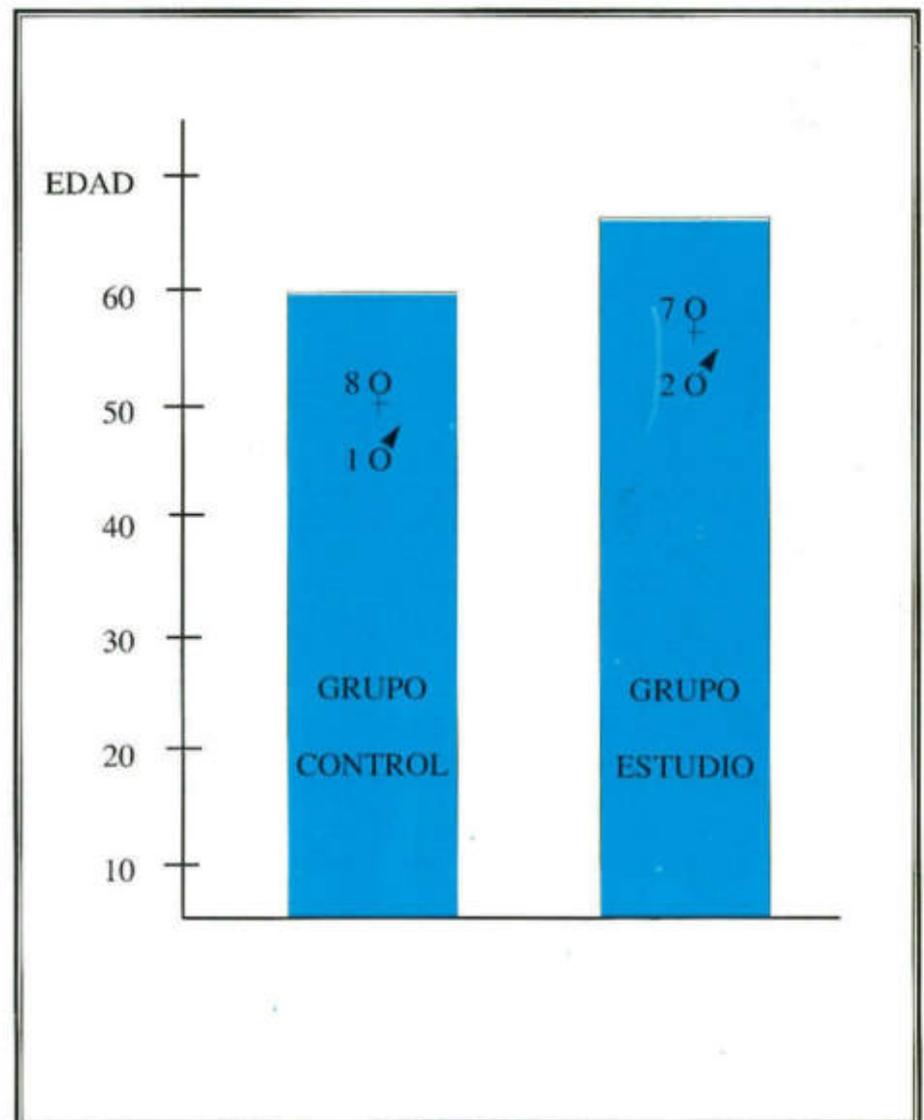
La asistencia media a las clases fue de 8,1 d.s. 1,2.

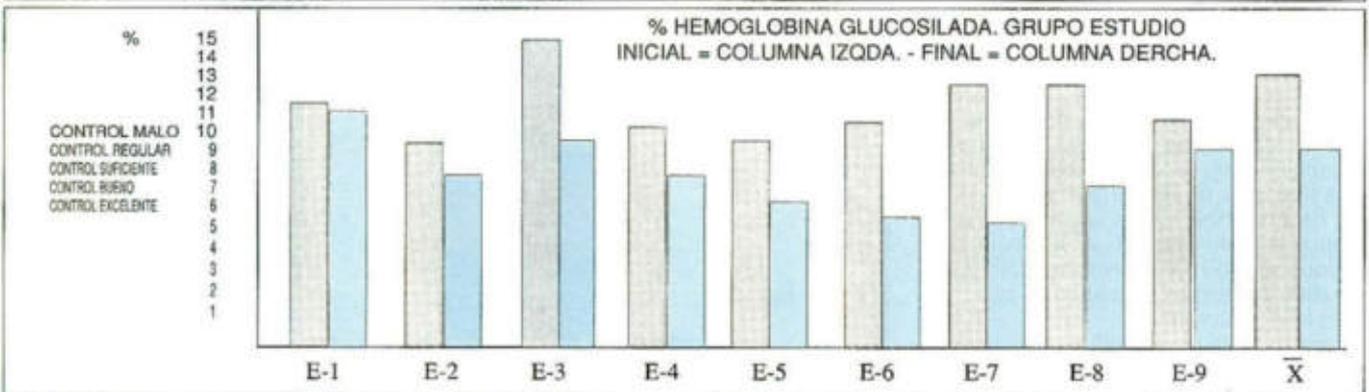
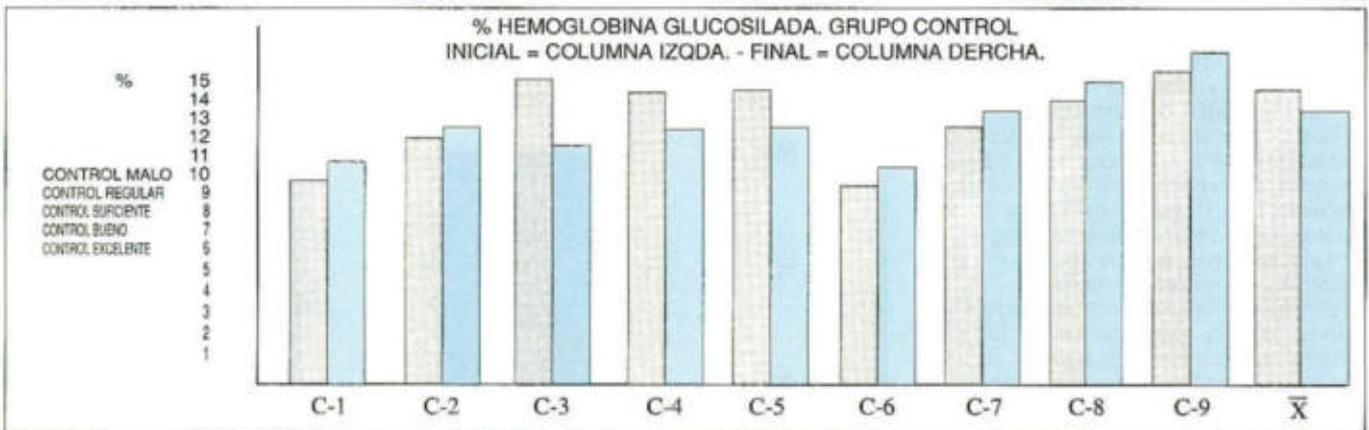
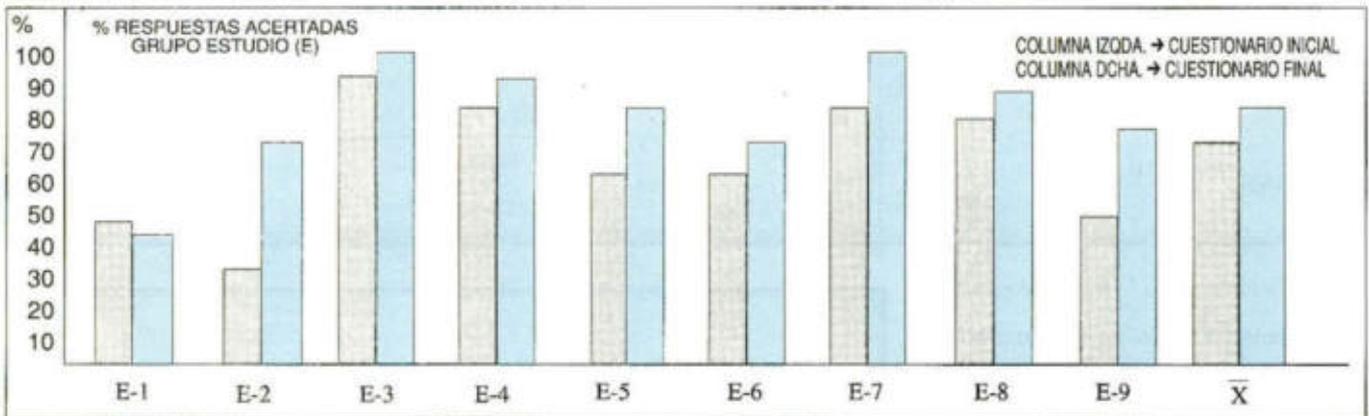
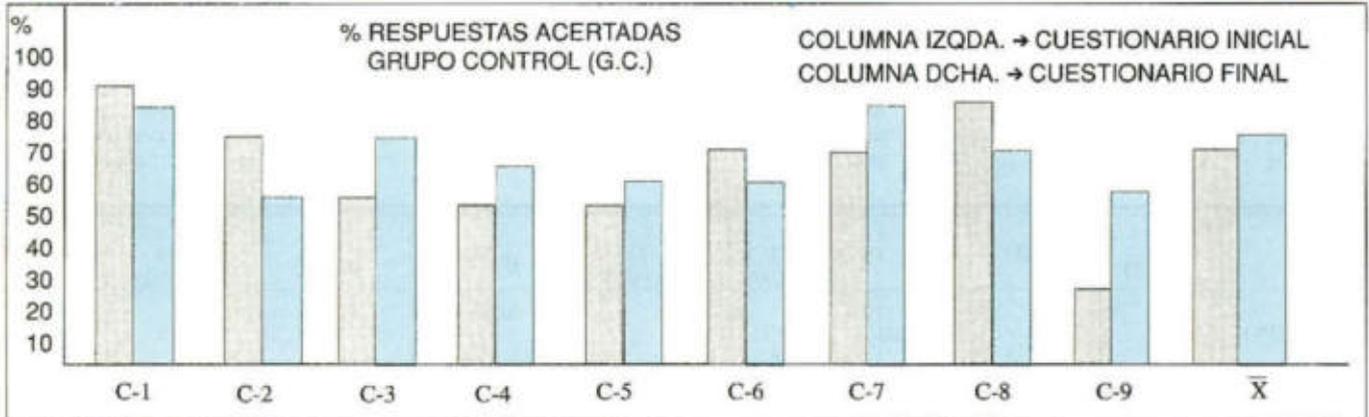
La edad y la pluripatología de los pacientes determinaron algunas faltas de asistencia al coincidirle la cita con el especialista con el horario de clases. De ello se desprende que para facilitar la asistencia sería recomendable programar este tipo de actividades por la tarde.

Es preferible que sean realizadas al menos por dos profesionales para que cuando alguno falle (enfermedad, asistencia a congresos, vacaciones, etc...) la actividad se continúe.

En el caso de pacientes muy dependientes de la familia, es a estos familiares a quienes hay que educar, ya que ellos son quienes le cuidan.

Aparte de los objetivos cumplidos con respecto a la compensación metabólica, se obtuvieron resultados gratamente sorprendentes en los pacientes y en el propio docente:





BIBLIOGRAFÍA

- R.H. Williams: Tratado de Endocrinología. Interamericana Madrid, 1984
- Cooper: Nutrición y Dieta. Interamericana. México 1985

- M.I. Drury: Diabetes Mellitus. Panamericana. Madrid, 1987.
Luis Salleras: Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Díaz de Santos. Madrid 1985

PREMIOS

NOBEL



DE MEDICINA 1904

IVAN PETROVICH PAVLOV

Iván Petrovich Pavlov nació en Eíazan (Rusia) el 26 de septiembre de 1849. Su vocación por las ciencias naturales le lleva a abandonar los estudios religiosos, que había iniciado, ingresando en 1870 en la Academia Médica Militar de San Petesburgo; en ella tuvo por maestros a Mendeleev y Butlerov. Tras conseguir su graduación en 1879, trabajó en la Clínica de Medicina Interna, con Botkin, y en la Academia Médico Quirúrgica de San Petesburgo, donde lleva a cabo sus primeras investigaciones fisiológicas. En 1884 sale de Rusia para completar estudios en Alemania con Carl Ludwig (Leipzig) y Rudolf Heidenhain (Breslau). Dos años más tarde se encuentra de nuevo en San Petesburgo. En 1891 asume la jefatura del Servicio de Fisiología del Instituto de Medicina Experimental, centro que estuvo por completo bajo su dirección a partir de 1913; regentó la cátedra de Fisiología de la Academia Médico Quirúrgica desde 1895 hasta 1924. El Gobierno soviético promulgó un decreto (1921) que aseguró la continuidad de la labor científica de Pavlov en un centro de investigación biológica erigido en las proximidades de Leningrado. Murió el 27 de febrero de 1936.

En la formación científica de Pavlov, en su labor como investigador, influyeron decisivamente Iván Mihailovich Sechenov, creador de la escuela fisiológica rusa, y Cyon, sucesor de Sechenov en la cátedra de la Academia Médico Quirúrgica de San Petesburgo; el ideario de Sechenov, su obra *Reflejos del cerebro* (1863), tiene en cierto modo conti-

nuación en la labor de Pavlov, quien a su vez aprendió de Cyon sus técnicas de cirugía experimental. Los primeros trabajos de Pavlov versaron sobre fisiología cardiocirculatoria. En 1888 descubre los nervios secretores del páncreas y al siguiente año expone los primeros resultados de sus investigaciones sobre el proceso de la digestión, llevadas a cabo utilizando una original técnica, basada en la práctica de operaciones (fístula de Pavlov), que le permitieron estudiar la actividad del aparato digestivo sobre animales sanos y en períodos temporales prolongados.

La Exposición de tales investigaciones y las conclusiones que de ellas dedujo, la realizó Pavlov, en 1897, en sus famosas conferencias sobre la función de las glándulas del aparato digestivo, obra que, en su versión alemana, se publicó en 1898 con el título *Die Arbeit der Verdauungsdrüsen*; la edición francesa apareció en 1901, y la inglesa, al siguiente año. En 1904 Iván Petrovich Pavlov recibe el Premio Nóbel, que se le concede por esta contribución suya al conocimiento de la función digestiva. Los procedimientos puestos en práctica por Pavlov en sus investigaciones le condujeron a un hallazgo trascendental: el de un nuevo tipo de reacción o reflejo, distinto del que explicó Sherrington al exponer su teoría sobre la actividad del sistema nervioso, y al cual el fisiólogo ruso denominará "reflejo condicionado". El estudio de este tipo de respuesta a los estímulos, que iba a ocupar por entero la segunda etapa de la vida científica de Pavlov, ha tenido excepcional resonan-

cia en el campo biológico y también en la psicología. Las conclusiones deducidas por el propio Pavlov de su descubrimiento aparecen expuestas en la obra *Reflejos condicionados* (1923), hoy traducida a todos los idiomas.

Las investigaciones de Pavlov sobre el proceso digestivo está relacionadas con los estudios que en este capítulo de la fisiología se llevaron a cabo en los decenios finales de la pasada centuria y primeros años de nuestro siglo; conviene recordar a este respecto la aportación de Ludwig y Heidenhain, ambos maestros de Pavlov, respectivamente sobre regulación nerviosa de la secreción salivar e histofisiología de las glándulas salivares. El quimismo de la función gástrica fue investigado primero por Bidder y Schmidt, posteriormente por Georg Meissner y de modo particularmente fructífero por W.Kühne y K.G.Lehmann, por Olof Hammarsten y Fr. Volhard; en esta línea ha de situarse el descubrimiento de la enteroquinasa por Pavlov y Chepovalnikov (1898); el de la erepsina, por Cohnheim-Kestner (1901), y finalmente el de la secretina, por Bayliss y Starling (1902). Históricamente la obra de Pavlov adquiere un superior significado, equiparada a la de los fisiólogos nombrados, por el hecho de que su contribución, importante por sí misma, hasta el punto de merecer ser premiada con el máximo galardón científico, es a la vez capítulo inicial de un nuevo saber acerca del comportamiento humano, pues tal es el significado que hoy ha de conferirse a la teoría pavloviana del "reflejo condicionado".

JORNADAS INTERNACIONALES

Respuesta de la Sociedad Frente a las Drogas

Organizado por la Asociación para la prevención del alcoholismo, otras toxicomanías y para la reinserción social. Asociación de ayuda e información al toxicómano. BARCELONA
Fechas de celebración: 8 al 10 de Octubre de 1989

III GONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Organizado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. BILBAO
Fechas de celebración: 25 al 28 de Octubre de 1989

JORNADAS DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS DOCENTES

Organizado por la Dirección de Atención Primaria y Promoción de la Salud, Dirección de Renovación Pedagógica y Reforma y la Consejería de Educación. TORREMOLINOS (MÁLAGA)
Fechas de celebración: 9 a 11 de Octubre de 1989

IV CONGRESO ESTATAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Organizado por la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía, la Federación Española de Planificación Familiar y la Asociación Andaluza de Planificación Familiar. SEVILLA
Fechas de celebración: 2 al 4 de Noviembre de 1989.

RECOLECCIÓN DE SECRECIONES EN ENFERMOS DE RIESGOS PROCEDENTES DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS-ASPIRACIONES

Organizado por el Colegio de Enfermería de Madrid. MADRID
Fechas de celebración: Antes del 31 de Octubre de 1989

II JORNADAS ARAGONESAS DE ENFERMERÍA

Organizado por el Hospital de San Jorge. Divis. Enfermería. HUESCA
Fechas de celebración: 26 al 28 de Octubre de 1989

III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ANESTESIA-REANIMACIÓN

Organizado por la Asociación Española de enfermería en Anestesia-Reanimación. MADRID
Fechas de celebración: 9 al 11 de Octubre de 1989

IV JORNADAS ASTURIANAS DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Organizado por la Dirección de Enfermería. Formac. Continuada. Area pediátrica. AVILÉS
Fechas de celebración: 27 al 28 de Octubre de 1989

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA SALUD PÚBLICA

Organizado por el Colegio de A.T.S. de Alicante. ALICANTE
Fechas de celebración: 23 al 24 de Noviembre de 1989

IV CURSO DE EXPERTOS EN ESTOMATERAPIA PARA ENFERMERÍA

Organizado por la Escuela de la Universidad Complutense. MADRID
Fechas de celebración: 28 de Octubre al 1 de Diciembre de 1989

CURSOS - JORNADAS

CONGRESOS

IV JORNADAS ANDALUZAS DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Organizado por la Delegación Radiológica de Huelva y el Colegio de A.T.S./D.E.
Fechas de celebración: 15 al 16 de Diciembre de 1989.

VI JORNADAS NACIONALES DE HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA PARA ENFERMERÍA

Organizado por el Servicio de Hematología de la Seguridad Social. CÁDIZ
Fechas de celebración: 8 al 11 de Noviembre de 1989

I CURSO SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Organizado por el Iltr. Colegio Oficial de ATS/DE de Sevilla.
Fechas de celebración 16 de Octubre al 20 de Diciembre de 1989
Plazo de preinscripción del 18 de Septiembre al 4 de Octubre de 1989

IV CURSO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Organizado por el Iltr. Colegio Oficial de ATS/DE de Sevilla
Fechas de celebración 17 de Octubre al 19 de Diciembre de 1989
Plazo de preinscripción del 28 de Agosto al 28 de Septiembre de 1989

III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Organiza. Asociación Valenciana de Enfermería Radiológica.
Fecha de celebración 9, 10 y 11 de Noviembre de 1989. Valencia.

III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS "ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO"

Secretaría: Iltr. Colegio Oficial de ATS/DE de VALENCIA
Fechas de celebración 24, 25 y 26 de Noviembre de 1989. VALENCIA

I CURSO SOBRE SEXUALIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Organiza: Iltr. Colegio Oficial de ATS/DE de Sevilla, Área de Sanidad, Servicios Sociales de la Diputación Provincial de Sevilla.
Fechas de celebración del 17 de Octubre al 19 de Diciembre de 1989.
Plazo de preinscripción del 28 de Agosto al 28 de Septiembre de 1989.

BECAS

Beca de Investigación de Enfermería.

Organiza. Comisión Docencia e Investigación.
Colabora. ABBOT LABORATORIES, S.A.
Lugar. Colegio de Enfermería de Madrid (Comisión de Docencia e Investigación)
Avda. Menéndez Pelayo, 93
28007 MADRID
Fecha. Antes del 31 de octubre de 1989.

Premios ENFERMERÍA 2000.

Organiza. Iltr. Colegio Oficial de ATS/DE de Zaragoza.
Premios. 1.- Primer Premio de 200.000 Ptas.
3.- Accésit de 50.000 Ptas cada uno.
El Plazo de envío de los trabajos finalizará a las 14 horas del día 28 de Octubre de 1989. Los trabajos enviados por correo, deberán llevar el matasellos con fecha límite de 29 de Octubre de 1989 e ir certificados.

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA Nº 9

Debido al retraso que se ha producido en la edición de nuestro anterior número (8), y ante la incapacidad de poder entregar los trabajos antes de la fecha marcada como límite (30 de Agosto de 1989), nos hemos visto en la necesidad de prorrogar dicho plazo hasta el 30 de Octubre de 1989. A tal efecto quedan admitidas todas las fotos que se presenten desde la publicación de la revista Hygia nº 8 hasta dicha fecha.

CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. TEMA: EL MUNDO DE LOS NIÑOS TRIMESTRE 3º AÑO 89 (JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE)

El plazo de presentación finalizará el próximo 30 de Octubre de 1989.

BASES:

Premios: 1º Premio: 50.000 Pts.

2º Premio: 25.000 Pts.

3º Premio: 10.000 Pts.

Formato: 20x25 cm., color, enmarcada en cartulina blanca de 2 cm. de margen (24X29 con marco)

Cada participante sólo podrá presentar **2 fotografías como máximo**. Cada una de las cuales irá en sobre cerrado e identificadas en su reverso con el título de la composición. En sobre aparte, cerrado, irá el nombre y el número de

colegiado, máquina con la que se ha realizado la fotografía y negativo, figurando solamente en el exterior de éste el título de la composición a fin de mantenerse en anonimato el nombre del autor de la misma.

Las fotografías presentadas pasarán a ser propiedad del Colegio que podrá hacer uso de ellas, sin carácter lucrativo y especificando el autor de la misma.

Los autores de las fotografías no ganadoras podrán recoger sus negativos a los 90 días de transcurrido el fallo, mientras que en los ganadores, el negativo pasará a ser propiedad del Colegio. El tema para el 4º trimestre '89 será PUEBLOS DE SEVILLA.

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA Nº 10

CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. TEMA: PUEBLOS DE SEVILLA TRIMESTRE 4º AÑO 89 (OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE)

El plazo de presentación finalizará el próximo 30 de Noviembre de 1989.

BASES:

Premios: 1er Premio: 50.000 Pts.

2º Premio: 25.000 Pts.

3er Premio: 10.000 Pts.

Formato: 20x25 cm. color, enmarcada en cartulina blanca de 2 cm. de margen (24x29 con marco)

Cada participante sólo podrá presentar **2 fotografías como máximo**. Cada una de las cuales irá en sobre cerrado e identificadas en su reverso con el título de la composición. En sobre aparte, cerrado, irá el nombre y el número de cole-

giado, máquina con la que se ha realizado la fotografía y negativo, figurando solamente en el exterior de éste el título de la composición a fin de mantenerse en anonimato el nombre del autor de la misma.

Las fotografías presentadas pasarán a ser propiedad del Colegio que podrá hacer uso de ellas, sin carácter lucrativo y especificando el autor de la misma.

Los autores de las fotografías no ganadoras podrán recoger sus negativos a los 90 días de transcurrido el fallo, mientras que en los ganadores, el negativo pasará a ser propiedad del Colegio. El tema para el 1º trimestre '90 será MONUMENTOS DE SEVILLA Y PROVINCIA.

BECAS DE ESTUDIO

El Ilustre Colegio Oficial de ATS y DE de Sevilla convoca BECAS DE ESTUDIO para el presente año 1989, de acuerdo con lo aprobado en la Junta de Gobierno del día 21 de Abril del presente año.

El objeto de estas Becas es doble, primero premiar el esfuerzo de quienes presenten algún trabajo, comunicación, ponencia o publicación de trabajos inéditos y segundo la de obtener de los mismos un avance para la Profesión y reconocimiento de este Colegio a la labor realizada.

Todos los trabajos premiados quedarán a disposición del Colegio, que podrá hacer de ellos el uso que crea conveniente. No será premiado bajo ningún concepto la simple asistencia a unas Jornadas o Congreso.

La solicitud debe ir acompañada de una copia del trabajo por el cual es solicitada. Deberá indicarse claramente el acto a celebrar, lugar, localidad, publicación, fecha y tiempo de duración.

La petición deberá hacerse con un margen de veinte días posteriores o anteriores a la celebración o publicación del trabajo. La concesión de la Beca estará supeditada de forma inexcusable a la justificación documentada de haberse realizado o notificación de la inclusión del trabajo en el desarrollo del evento de que se trate.

Para la valoración de las Becas se crea una Comisión integrada por los tres miembros que componen la Vocalía de Formación y Especialidades. En su caso, esta Comisión podrá pedir Asesoramiento Científico a quien estime oportuno. Los trabajos premiados serán aprobados en la Junta de Gobierno posterior a la presentación de los trabajos, en su sesión ordinaria.

Serán excluidos de estas Becas los trabajos presentados por Colegiados que no se encuentren al corriente en el pago de las Cuotas Colegiales. Este punto será de aplicación a cada uno de los autores del trabajo.

Quedan excluidos de estas Becas los trabajos publicados en la Revista HYGIA, Revista Científica de este Ilustre Colegio.

Como norma general se tendrá en cuenta el Baremo que a continuación pasamos a enumerar.

Quedan excluidos los trabajos realizados como consecuencia de un destino laboral retribuido en el ámbito profesional que tuviese el interesado. Igualmente quedan excluidos todos los trabajos realizados como actividad de Cursos y similares organizados por el Colegio, así mismo se establece un máximo de tres Becas por colegiado y año.

Los trabajos realizados con ocasión de Programas de Formación Continuada de los distintos Centros no serán considerados a efectos de la concesión de Becas.

BAREMOS PARA LA VALORACIÓN DE BECAS.

Contenido: de 0 a 5 puntos.

(Aplicación de Método Científico: de 0 a 1 punto).

(Estructura del trabajo: de 0 a 1 punto).

(Interés de la materia estudiada: de 0 a 3 puntos).

Utilidad: de 0 a 2 puntos.

Originalidad: de 0 a 2 puntos.

Presentación: de 0 a 1 punto.

Todas aquellas Becas que no alcancen un mínimo de 2,5 puntos, serán desestimadas por la Comisión.

Cada 0,1 punto obtenidos de la valoración de cada trabajo será multiplicado por 350 pesetas, que es la cantidad que la Junta de Gobierno ha estimado para el presente año, sin perjuicio de que esta cantidad se pueda aumentar o disminuir según lo estime oportuno dicha Junta.

Los trabajos que se realicen en el ámbito Regional llevarán un incremento fijo de 3.000 pesetas.

Los trabajos que se realicen en el ámbito Nacional llevarán un incremento fijo de 5.000 pesetas.

Los trabajos que se realicen en el ámbito Internacional llevarán un incremento fijo de 10.000 pesetas.

Con carácter extraordinario se establecen DOS BECAS anuales de hasta un máximo de CIENTO CINCUENTA MIL pesetas (150.000

pesetas) cada una ampliación de estudios post-básicos de Enfermería en España o en el Extranjero.

Para la concesión de dichas Becas se exigirá una memoria explicativa sobre actividades, presupuestos, etc., de los estudios a realizar, que será valorada por la Comisión de Becas instituida en este Colegio.

Podrán optar a estas Becas todos los que tengan previsto la realización de dichos estudios durante el presente año.

La aprobación o denegación les será comunicada a los interesados en el menor plazo posible.

Serán requisitos indispensables el justificante del Centro donde se van a realizar los estudios y el estar al corriente en el pago de las Cuotas Colegiales.

Con carácter extraordinario se establece la cantidad de 250.000 pesetas (DOSCIENTAS CINCUENTA MIL PESETAS) como ayuda a la Investigación. Esta cantidad podrá ser administrada por la Comisión de Becas como lo estime oportuno. Estas Becas contribuyen a suministrar a los Colegiados la cantidad económica o los materiales necesarios para la realización de los estudios de investigación.

Para optar a esta modalidad de Becas será condición inexcusable la presentación de una memoria sobre el trabajo propuesto para la investigación. Cada mes a partir de la concesión de la Beca será necesario por parte del solicitante el comunicar oralmente y por escrito los avances del trabajo a los miembros de la Vocalía de Formación y Especialidades.

Será condición necesaria para optar a la concesión de Beca la de encontrarse al corriente en el pago de Cuotas Colegiales.

La retirada de este tipo de ayuda así como la concesión de las mismas serán concedidas por la Comisión de Becas y aprobadas por la Junta de Gobierno del Colegio en sesión ordinaria.

Las presentes normas entrarán en vigor a partir del 1 de Junio de 1988.

Sevilla, 21 de Abril de 1988.

BECAS CONCEDIDAS

TITULO	AUTOR	CUANTIA
* Estudio de diversos factores preoperatorios que intervienen en la estancia en U.C.I. tras la cirugía Valvular (C.C.V.)	D ^a . Elisa Rico Maestre	11.750 Pts.
* Niveles Sericos de proteínas de Fase aguda en adictos a drogas por vía parenteral	D. Fernando J. Parra Pelaez	19.700 Pts.
* Formación Continuada. Implantación y desarrollo en las unidades de Laboratorio	D.Luis Miguel González Flores	18.650 Pts.
* Hiperuricemias y Artropatías Metabólicas, Diagnóstico diferencial en líquido sinovial, análisis de orina y Ph	D.Domingo Morón Romero	13.750 Pts.
* Adscripción de los Laboratorios Clínicos de A.P.S. a las Unidades Centrales Hospitalarias del S.A.S.	D.Domingo Morón Romero	20.400 Pts.
* Valoración de Hemolisis en Válvula Mecánica	D.Antonio Perea González	19.700 Pts.
* Efectos de los tratamientos con compuestos de Litio, a pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas abdominales y sus repercusiones en el E.A.B	D. Emilio Domínguez-Palacios Gómez	19.000 Pts.
* Importancia del valor de la Cloremia y su interrelación con el estado ácido-básico Parámetro a incluir en los laboratorios de urgencias	D. José Joaquín Guilmain Contreras	19.700 Pts.
* Desarrollo de un Programa de Formación Continuada sobre el Aprendizaje del P.A.E.	D ^a . Marina Illanes Moreno	17.550 Pts.



CONSIDERACIONES SOBRE FORMACIÓN CONTINUADA

Autores: Antonio Luna
Manuel Girón
Enfermeros

Como últimamente venimos observando en distintas publicaciones, la Formación Continuada es un tema de actualidad, prueba fehaciente de la inquietud que este tema suscita, son sin duda la Editorial del número 4 de esta revista Hygia, así como el artículo del número 5 de la misma, titulado "SOBRE LA CRISIS DE FORMACIÓN CONTINUADA".

Desde nuestra condición de profesionales, no hemos podido resistirnos a lanzar al resto de compañeros nuestras propias ideas sobre la Formación Continuada, sin otra pretensión que promover una actitud analítica en el colectivo profesional. Para ello a través del presente artículo queremos hacer un recorrido simple y claro sobre la Formación Continuada y sus distintas modalidades.

Entendemos por Formación Continuada a toda actividad formativa, que engrosa de alguna forma los conocimientos profesionales del individuo.

Partiendo de esta definición nos hemos de plantear distintos tipos de Formación Continuada, según quien programe la actividad:

F.C. AUTOPROGRAMADA:

Es aquella que nace del estudio y la investigación particular de cada profesional, sin obedecer a ningún programa externo y que pretende objetivos distintos y personales en cada caso. Podemos también afirmar, que es la formación más rudimentaria, aunque no por ello se

pueda asegurar que menos eficaz; más bien su eficacia depende de la motivación de cada profesional, entre otros factores que serían objeto de un análisis más extenso y profundo que en el que ahora nos ocupa.

F.C. PROGRAMADA POR ENTIDADES PROFESIONALES.:

Sin duda debe ser la más ambiciosa respecto a la investigación; está promovida por cualquier tipo de entidad, que aglutine a un colectivo profesional, como promotora de dicha profesión dentro de la sociedad.

Habitualmente han sido algunos Colegios y Asociaciones profesionales los que de una forma clara han capitalizado este tipo de formación. Ahora parece que los Sindicatos en general también se sienten atraídos por el tema y comienzan su andadura en este campo.

F.C. PROGRAMADA POR LA EMPRESA.:

Tiende a ser una formación sujeta a programas específicos prefijados, en razón de los objetivos de gestión de la propia empresa, que no obstante debe desarrollarse de modo autónomo dentro de cada área, aunque con un marco común fijado de antemano, dentro de un programa global lo suficientemente elástico, para no ahogar las iniciativas particulares de cada área.

Debe promoverse tanto en la empresa pública como en la privada, en base a un objetivo tan contundentemente claro como es "la adecuación del profesional

al puesto de trabajo que desarrolla"; dicho de otro modo podemos afirmar, que pretende la rentabilidad para la empresa a corto o medio plazo, de los recursos empleados por la misma en esta actividad.

Estos tres tipos de formación deben converger en el profesional sin interferirse ya que buscan distintos objetivos, individuales, de promoción profesional colectiva y de rentabilidad laboral respectivamente; aunque indudablemente son complementarios entre sí.

Sin lugar a dudas el día en que los profesionales diferenciamos claramente estas distintas acciones formativas y seamos capaces de obtener de cada una de ellas aquello que nos oferta, podremos asegurar que la Formación Continuada es algo sólido y real que nos permite un mayor desarrollo profesional, sin quedar sometida a esa situación de continua crisis que se le achaca.

Aseguramos por tanto como hacen los autores del artículo "Sobre la crisis de Formación Continuada" que "la actualización constante de conocimientos" es objetivo de la Formación Continuada, pero nosotros lo catalogamos como un objetivo primario, que planteado desde tres vertientes distintas, da lugar a tres distintos modelos de Formación Continuada compatibles, necesarios y complementarios, cuya eficacia se logrará en razón de la no interferencia de ellos entre sí.

Hasta el

10'38^{*}
%

La Cuenta Integral del Banco del Comercio es un producto especialmente diseñado para Vd.



Al Nivel de los más exigentes.

Su elevada rentabilidad, obtenida mediante la aplicación de una escala gradual de intereses según saldos medios, desde la primera peseta y sin ningún tipo de penalización; su funcionalidad, que permite la realización de todas las operaciones bancarias habituales, y su total liquidez, la sitúan al nivel de los más exigentes.

Además, con la Cuenta Integral Vd. podrá obtener una amplia gama de productos y servicios en condiciones preferentes, disfrutando, en todo momento, de un asesoramiento personalizado para cualquier tipo de operación.

Tenga en cuenta todas estas ventajas y considere que, por su nivel, el ser titular de una Cuenta Integral dice mucho de Vd.

Si precisa ampliar esta información, llámenos gratuitamente al



900 125 125



AREA MEDICO QUIRURGICA	O	N	D	E	F	M	A	M	J
* I Curso Enfermería de urgencias	■	■	■						
* I Taller para diabéticos adultos		■							
* I Taller sobre inmovilizaciones		■			■				
AREA DE CIENCIAS BASICAS	O	N	D	E	F	M	A	M	J
* Informática para Enfermería						■			
AREA DE GERIATRIA	O	N	D	E	F	M	A	M	J
* I Curso de Enfermería geriátrica							■	■	■
AREA DE ENFERMERIA BASICA	O	N	D	E	F	M	A	M	J
* Conceptos de Enfermería. Cuidados				■	■	■			
* VIII Curso de supervisión			■						
AREA MATERNO INFANTIL	O	N	D	E	F	M	A	M	J
* I Curso de Enfermería pediátrica							■	■	■
AREA DE SALUD COMUNITARIA	O	N	D	E	F	M	A	M	J
* IV Curso Atención Primaria de salud	■	■	■						
AREA DE PSIQUIATRIA	O	N	D	E	F	M	A	M	J
* I Curso de Enfermería psiquiátrica				■	■	■			
AREA COMPLEMENTARIA	O	N	D	E	F	M	A	M	J
* I Curso de Inglés	■	■	■	■	■	■	■	■	■
* I Curso sobre fotografía				■	■	■			
OTRAS ACTIVIDADES	O	N	D	E	F	M	A	M	J
* I Encuentro Nacional de Enfermería A. P. S.						■			
* Día Internacional de la Enfermería								■	

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE DOCENCIA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ATS/DE DE SEVILLA

—SATISFACER LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

—UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN EN ENFERMERÍA QUE CONLLEVEN A LA ELABORACIÓN DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS.

—DESARROLLAR LA APTITUD DOCENTE Y EDUCADORA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

—CAPACITAR AL PROFESIONAL PARA EL DESARROLLO DE NUEVAS RESPONSABILIDADES.

—PROMOVER LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS, PUBLICACIONES, ETC.

—ADAPTAR AL PROFESIONAL A LAS NUEVAS INSTITUCIONES Y TÉCNICAS, ASÍ COMO A LA TERMINOLOGÍA ACTUAL DE ENFERMERÍA.

—OFRECER A LOS COLEGIADOS A TRAVÉS DE NUEVOS CONOCIMIENTOS LA POSIBILIDAD DE MEJORAR LA ATENCIÓN, INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA PARA VIVIR LA SALUD.