TÚ CUIDAS

Ulceras Por Presión (primera entrega firmada por la GNEAUPP) - Artículo de opinión "la enfermería inminente" - Transporte intrahospitalario en UCI - El duelo, un acercamiento al dolor por la pérdida - Asesoría Jurídica "la jurisdicción competente del personal estatutario al servicio de las instituciones Sanitarias de la Seguridad Social" - Noticias de salud y más secciones para que disfrutes y participes

Primera entrega: Úlceras Por Presión

Normas de publicación

Los autores ceden los derechos de publicación a la revista científica de Enfermería TÚ CUIDAS desde el momento del envío voluntario de sus trabajos, a los cuales acompañará una fotocopia del DNI y una declaración expresa sobre la titularidad del texto e imágenes que acompañen al mismo. Sería deseable, aunque no imprescindible, disponer de una fotografía del autor o autora, para ilustrar el final del artículo.

Serán publicados aquellos trabajos enviados directamente a la dirección editorial de TÚ CUIDAS redaccion@laenfermeria.es y aceptados por el comité editorial.

Formato de envío de los artículos:
Formato Word, fuente Arial, tamaño 11, interlineado sencillo, máximo 5 páginas. Se pueden incluir imágenes / gráficos y/o tablas ilustrativas (referenciar el orden en el texto). Abstenerse de insertar notas a pie de páginas; la corrección alfabética y de estilo a cargo de los autores.

El envío de trabajos a TÚ CUIDAS implica la aceptación de las normas de presentación.

Estructura de presentación trabajo / artículo científico:

1. Título y autor o autores:
Título completo del trabajo escrito en forma clara y precisa, seguido de la lista de autores con sus nombres y apellidos completos en el orden en que deberán figurar en la publicación. A cada autor se le especificarán sus títulos académicos y el nombre completo del centro de trabajo si desean referenciarlo. E-mail de contacto autor principal para la publicación.

2. Resumen y palabras clave:
Se presentará un resumen con un máximo de 50 palabras. El resumen debe incluir el objetivo del trabajo, los materiales y métodos utilizados, los principales hallazgos / resultados y una aproximación a las conclusiones a las que se han llegado o plantear una discusión. Es necesario destacar de tres a seis palabras clave que permitan identificar el tema del artículo.

3. Metodología:
Se recomienda seguir la estructura de la escritura científica:

• Introducción: Debe incluir el propósito del trabajo y algunos antecedentes que fundamenten el trabajo presentado.

• Material y métodos: En esta sección se incluirán los procedimientos de selección de los recursos utilizados (R. Humanos y / o R. Materiales). Deben describirse los métodos, equipo y procedimientos con suficiente detalle. Los fármacos y productos químicos utilizados, deben ser referenciados incluyendo sus nombres genéricos, dosis y vías de administración.

• Resultados: Los resultados se presentarán siguiendo una secuencia lógica tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Los datos consignados en los cuadros y figuras no deberán repetirse en el texto. En el texto sólo se comentarán o resumirán las observaciones más importantes. El número total de cuadros y figuras no deberá exceder del 50% del número de páginas del texto.

• Discusión: En esta sección se hace énfasis en los aspectos más novedosos e importantes del trabajo y se presentan las conclusiones. Los datos ya presentados en la sección de resultados deben comentarse aquí en forma resumida. Los resultados suelen compararse aquí con resultados de otros trabajos similares. Deben evitarse afirmaciones y conclusiones no fundamentadas.

• Agradecimientos: Los agradecimientos sólo deben aplicarse a aquellas personas que hayan hecho contribuciones sustanciales al trabajo presentado.

• Referencias bibliográficas: Se presentarán al final del trabajo y se ordenarán numéricamente de acuerdo con la secuenciade aparición en el texto. En éste sólo se incluirá el número arábigo de la referencia correspondiente impreso en forma de exponente. Las referencias deberán ajustarse a las normas adoptadas por la U.S. National Library y por el Index Medicus.(1, 5, 6). Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con el estilo utilizado por Index Medicus.

Se autoriza la libre distribución de la revista TÚ CUIDAS en formato digital, así como de su contenido, siempre y cuando se cite la fuente original del enlace permanente http://www.laenfermeria.es/revista.html y al autor o autores de los artículos citados; se puede contactar con el autor o autores de los artículos directamente, mediante correo electrónico.

Dirección:
Dina Inmaculada Peirona Henríquez
Julián Peyrolón Jiménez

Edita:
laenfermeria.es

Comité Asesor y Colaboradores:
Dina Inmaculada Peirona Henríquez
Fernando Carrión Álvarez
Francisco José Celada Cajal
José Alonso Rodríguez Tapia
Manuel Gago Fornells
Marisa de la Rica Escuín

Redacción, envío de artículos y contacto para información:
Profesor Peraza de Ayala nº3 5ºD
38001 S/C de Tenerife
redaccion@laenfermeria.es

Tfn-Fax:
+34 630754596

Maquetación:
laenfermeria.es
http://www.laenfermeria.es

Impresión:
Procesado digital PDFcreator

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN:
Distribución gratuita

INFORMACIÓN PUBLICIDAD:
http://www.laenfermeria.es
Tfn: +34 630754596
E-mail: publicidad@laenfermeria.es

TÚ CUIDAS no se hace responsable de las opiniones vertidas por sus colaboradores, ni se identifica necesariamente con ellas; esto es extensible a los textos, ilustraciones e imágenes aportadas, de las que se declaran autores y libres de derecho a terceros.

Si desea distribuir TÚ CUIDAS a través de un sitio Web u otro medio, puede hacerlo con total libertad, siempre y cuando el lector reciba la publicación de forma gratuita y no modifique el formato.

“La salud es un bien que consiste en proporción y armonía de cosas diferentes, y es como una música concertada que hacen entre sí los humores del cuerpo.”
Fray Luís de león
Poeta español
(1527-1591)

“Por recuperar mi juventud sería capaz de casi cualquier cosa, excepto de hacer ejercicio, acostarme temprano o volverme respetable.”
Oscar Wilde
Escritor irlandés
(1854-1900)

“El problema de la belleza es que es como nacer rica e ir empobreciendo.”
Joan Collins
Actriz estadounidense
(n.1933)

“Te das cuenta de que te haces viejo cuando las velas cuestan más que la tarta.”
Bob Hope
Actor estadounidense
(1903-2003)

“Come poco y cena menos, que la salud de todo el cuerpo se fragua en la cocina del estómago.”
Miguel de Cervantes
Escritor español
(1547-1616)

Contenidos nº1

marzo 2007

Bienvenidos a nuestro primer número

Hace ya algunos meses que cargamos la mochila con el proyecto de sacar adelante una revista de temática sanitaria, cuyo eje principal sería la enfermería.

Creíamos entonces y confirmamos ahora, que los temas a tratar, serán siempre fruto de las inquietudes de aquellos a quienes va destinada, por lo que renovamos nuestra invitación a todos para que os suméis al proyecto, aportando aquel material y sugerencias que consideréis de interés para el colectivo en general, y para la publicación en particular.

Para este primer número, no podíamos aspirar a contar con mejores compañeros de viaje que los que nos han brindado de manera desinteresada, las siguentes entidades y personas: la GNEAUPP en general, y Manuel Gago Fornells en particular, por su excelente disposición a preparar un monográfico en cuatro entregas sobre las UPP; Marisa de la Rica, quien ya cuenta con una dilatada experiencia colaborando en otras publicaciones, y que no deja de sorprender por su fantástica capacidad de trabajo y por sacar tiempo de donde no lo hay, para compartir con nosotros en esta ocasión, su visión sobre "el duelo"; José Alonso Rodríguez, quien nos ofrece su documentada visión sobre el futuro de la Enfermería; Francisco José Celada Cajal, otro incansable que nos ha aportado cantidad de material y fotografías (como la que ilustra el artículo sobre las UPP, debidamente "photoshopeada"); Fernando Carrión Álvarez, conductor de la sección "Asesoría Jurídica", y también es de justicia citar a los amigos de enfermania.net, quienes amablemente se han ofrecido a facilitar productos específicos de su catálogo, para obsequiar a nuestros lectores.

A todos ellos, muchas gracias por su tiempo y disposición, y a todos los que también están detrás ayudando, quizás menos visibles, pero sin cuya callada labor esta publicación tampoco sería posible, renovar también mi gratitud y mis mejores deseos.

Julián Peyrolón Jiménez

5 Proyectos en curso
Iniciativas ya implementadas o en fase de desarrollo en la web de laenfermeria.es; tu colaboración es importante.

7 Artículo de opinión
"La enfermería inminente", documentada visión en la que se analiza el presente y el futuro de la profesión.

10 El Duelo
Un acercamiento al proceso del duelo.

13 Rincón del ocio
Un pequeño rincón para el esparcimiento.

14 El rincón de los peques
Ellos también tienen su espacio en la revista.

15 Úlceras Por Presión
Primera entrega de los cuatro artículos dedicados a las UPP, firmados por la GNEAUPP.

20 Transporte intrahospitalario en UCI
Protocolo de transporte intrahospitalario para pacientes ingresados en UCI.

22 Asesoría jurídica
Consultorio legal para los lectores; en este número, "la jurisdicción competencial".

26 Noticias de salud
Noticias relevantes del mundo sanitario.

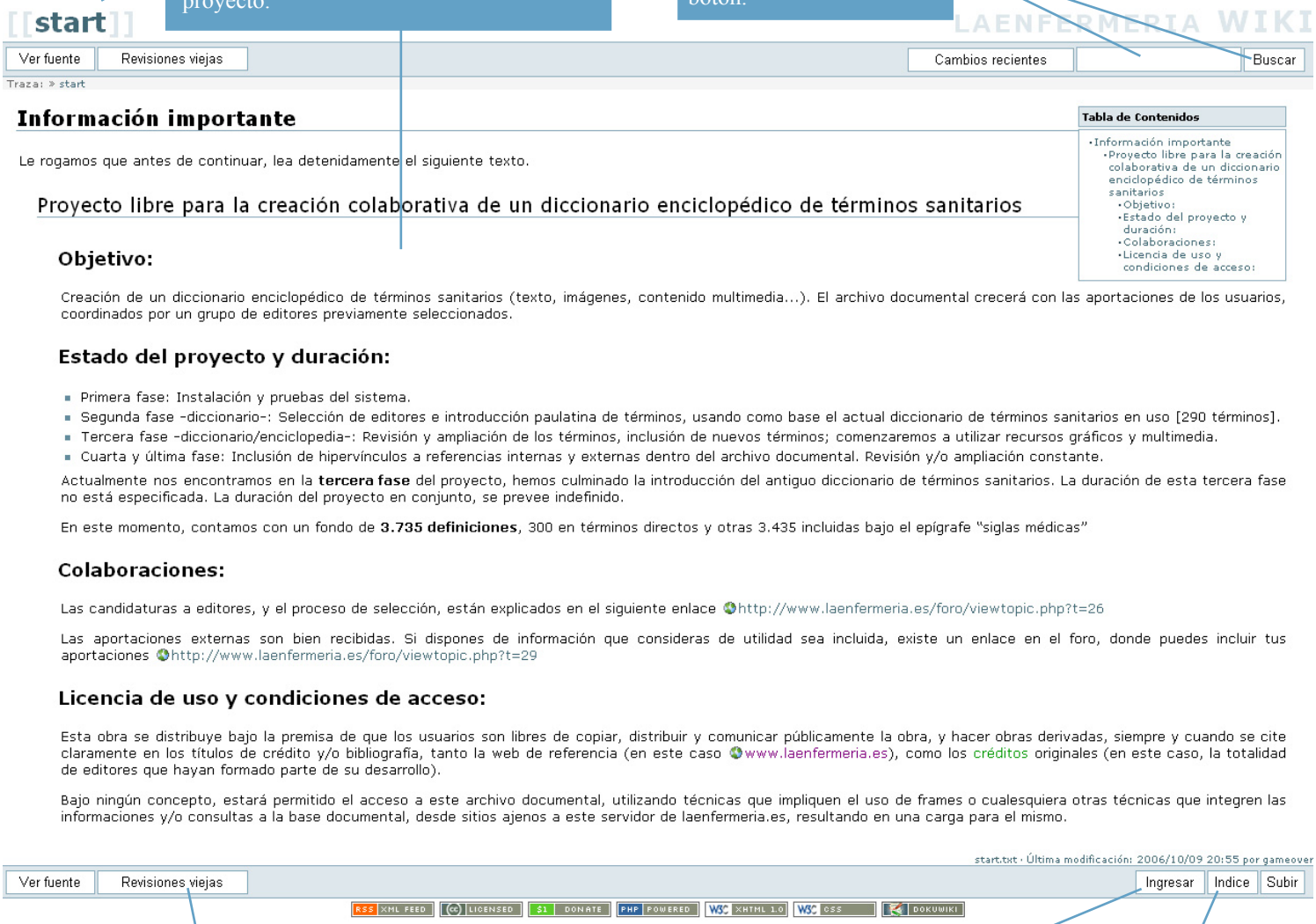
Proyectos en curso (I)

Para todos aquellos que ya estéis familiarizados con internet, consultar fuentes como la enciclopedia wikipedia será algo natural.
El que hoy por hoy es posiblemente el mayor archivo documental de la red, ha sido posible gracias a la colaboración de usuarios, quienes han ido incrementando los contenidos, siempre siguiendo los criterios de exactitud y calidad de los editores que velan por los contenidos.
Hoy os presentamos un proyecto similar, pero que persigue un grado de especialización mayor, un diccionario/enciclopedia de términos sanitarios, que pensamos ir construyendo y ampliando poco a poco, y que confiamos en que llegue el momento en el que sea una referencia tanto por la variedad y exactitud de la información, como por la demostración de que las pequeñas aportaciones, pueden sumarse y servir como punto de referencia para consultas tanto de estudiantes, como de profesionales de la salud.
Os invitamos a conocer el proyecto y a colaborar en él: http://www.laenfermeria.es/docuwiki.

Los interesados podéis solicitar entrar a formar parte del equipo de editores utilizando el formulario de contacto, indicando nombre y apellidos, grado de formación académica, destino actual, teléfono, email, url (si dispones de página web), una contraseña, así como una breve explicación sobre tu interés en formar parte del equipo de editores.

Esta es la página de inicio, aquí dispones de información actualizada sobre el estado del proyecto.

Iníciate rápidamente, introduce la palabra o frase a buscar y pica en el botón.



Si quieres consultar las versiones más antiguas del documento que estás visionando, pica aquí.

Si eres editor y ya dispones de usuario y contraseña, aquí podrás validarte y empezar a introducir o modificar definiciones.

Picando aquí, podrás consultar la lista de todas las definiciones incluidas en el fondo documental.

Proyectos en curso (II)

1 Próximamente contaremos en la web y en la revista, con un espacio dedicado exclusivamente a las fotografías de temática sanitaria y social que queráis aportar.

Nuestra intención es ofreceros un escaparate para que podáis mostrar vuestra creatividad y, en el futuro, mediante el patrocinio, organizar algún concurso en el que podáis contar con un premio en metálico por vuestras aportaciones.

2

En tanto en cuanto se concrete patrocinador, con la colaboración de los amigos de www.enfermania.es, os ofreceremos algunos productos de merchandaising (camisetas, etc); para acceder a ellos, no olvides hacernos llegar tus imágenes y/o aportaciones. Se premiarán los mejores trabajos.

Publicidad para patrocinadores

La enfermería inminente

Aun a costa de que la lectura de este artículo no pase de este punto, voy a aventurar una hipótesis que a algunos escandalizará: la profesión enfermera en España, lejos de estar en crisis, se enfrenta a un prometedor y espléndido futuro. Todo indica que nos hallamos a las puertas de una auténtica revolución en la forma en que hoy por hoy la concebimos. Los párrafos siguientes intentarán argumentar esta afirmación.

En primer lugar, resulta obligado empezar por el hecho más descollante y que sin duda determinará más que ningún otro factor el futuro de la profesión enfermera: la consecución de la tan ansiada licenciatura, cuya fecha de inicio está prevista para el año 2008.

Hay que señalar, no obstante, que el proceso de renovación de nuestras titulaciones universitarias para hacerlas converger con las europeas –iniciado con el Acuerdo de Bolonia y que culminará con la creación de un espacio único europeo de educación superior en 2011- obliga a ciertas adaptaciones tanto de terminología como más propiamente conceptuales.

Así, por ejemplo, las licenciaturas pasarán a denominarse “grado universitario”; su duración será de cuatro años y el programa de estudios se basará en el crédito europeo o, mejor dicho, en el sistema europeo de transferencia y acumulación de créditos (ects), que permite la comparabilidad, movilidad y el reconocimiento académico mutuo entre todas las universidades europeas.

En esas condiciones, no hay duda del espectacular salto que la obtención del grado universitario supone para la enfermería: con él se incrementa notablemente la calidad de la formación recibida hasta equipararla a los más prestigiosos programas formativos del mundo en esta materia, se abren las puertas para la investigación mediante la realización de postgrados, masters o doctorados, y se hace posible el acceso a todas las opciones profesionales que brinda una titulación universitaria del más alto rango, no sólo en su vertiente asistencial, que es la más obvia, sino también en la docente, en la de gestión o en la ya citada actividad investigadora. En definitiva, el grado universitario garantizará enfermeros con la más alta preparación académica y profesional que pueda brindar el programa más exigente conocido.

Otro ítem de gran trascendencia para la enfermería española lo constituye la nueva regulación de las especialidades enfermeras, contenidas en el Real Decreto 450/2005, de 12 de abril. Si bien es cierto que dicho texto legal adolece de importantes carencias, siendo por ello blanco de críticas más o menos fundamentadas (no se entiende, por ejemplo, la ausencia de especialidades tan patentemente necesarias como las de cuidados críticos o urgencias), no se puede negar que la regulación de las especialidades enfermeras obedece a la necesidad cada vez más acuciante de contar con profesionales con conocimientos específicos y punteros en campos muy definidos. El futuro de una profesión que necesita imperiosamente definir su ámbito de actuación en un amplio espectro de materias, incrementando la calidad de sus intervenciones en la medida en que las acota a campos muy concretos, pasa sin ninguna duda por la formación de especialistas que se encarguen en exclusiva de la parcela de la enfermería para la que se han formado; ya no es posible que un mismo enfermero posea competencia suficiente para desenvolverse con soltura en todas y cada una de las áreas propias de la enfermería actual.

La figura del enfermero generalista, por tal razón, tenderá a ir quedando relegada a áreas cada vez más periféricas y secundarias a medida que las diversas áreas de actividad enfermera vayan siendo ocupadas por profesionales más y mejor preparados.

nuestra generación dispondrá de la profesión que soñaron nuestros padres

Ahora bien, dicho lo anterior, ¿por qué no se han desarrollado todavía las especialidades enfermeras en la forma prevista en el Real Decreto que las crea?; la Disposición Transitoria Primera establece un plazo de tres meses desde la entrada en vigor de la norma para la constitución de las comisiones nacionales de todas las especialidades. Estas instituciones son las encargadas de, entre otras cosas, elaborar el programa de formación y la duración de cada especialidad, por lo tanto, resultan imprescindibles para que empiecen su andadura. El plazo de tres meses concluyó el 7 de agosto de 2005 y aun hoy no se perciben intenciones en el ministerio de constituirlas. ¿Cuál es la razón de esta inexplicable dilación? Sin querer entrar en detalles que escaparían a las pretensiones de este artículo y sorteando por ahora la posibilidad de que la causa del retraso se deba a simple desidia mi-

nisterial, avanzaré una posible interpretación de este hecho que, por mor del espacio disponible, quedará en simple esbozo: las especialidades de enfermería tal y como se regulan en el RD 450/2005 están concebidas como formación adicional a una diplomatura; es decir, se corresponden con una realidad que quedará en breve superada tras la creación del grado universitario de enfermería. Si se mantuvieran las especialidades en su concepción actual se llegaría a la paradójica circunstancia de que la formación que en el futuro se exigirá a un enfermero generalista podría ser superior y más intensa que la que ahora tendría un especialista. Parece pues sensato que las especialidades de enfermería se articulen como opciones de formación adicional tras la terminación del grado universitario, encajándolas en los estudios de postgrado que hoy por hoy están vacíos de contenido.

la sobrecarga de trabajo en las distintas unidades, primer factor de desmotivación en la actividad profesional y fuente de innumerables conflictos en el ámbito laboral

El cuadro así presentado gana en coherencia y en solidez académica, las especialidades se establecerían entonces como módulos formativos de diferente duración que prepararían al enfermero generalista en disciplinas que requieren unos conocimientos específicos, del mismo modo que sucede, por ejemplo, en la carrera de medicina.

El tercer hito que marca la realidad actual y futura de la enfermería es la constitución de las carreras profesionales en el ámbito de la sanidad pública. Como elemento incentivador de los enfermeros actualmente en ejercicio, las carreras profesionales se conciben como un factor que pretende potenciar el interés por la formación, la investigación o la gestión del servicio donde se trabaja; en definitiva, la carrera profesional busca que el enfermero que ya ha abandonado el circuito formativo se mantenga vinculado a las innovaciones científico-técnicas que en su concreta disciplina se vayan produciendo, las integre y las aplique en coordinación con el equipo del que forma parte; persiguiendo con ello que la actualización de conocimientos y su plasmación en la actividad profesional constituya un proceso ininterrumpido.

Canarias ha sido una de las primeras comunidades en contar con una carrera profesional para el personal diplomado sanitario, quizás por ello nos hemos ido quedando rezagados a medida que otras carreras se han ido implantando en las restantes comunidades autónomas. Como ejemplo de lo dicho, un elemento que manifiestamente necesita ser actualizado es el económico, precisamente el principal factor incentivador del que se dota el sistema: la retribución por carrera profesional en Canarias ya está claramente desfasada y es necesario incrementarla al menos hasta el nivel de la media estatal si no queremos perder la batalla de la motivación de los profesionales, quienes, lógicamente, tienden a desplazarse allá donde mejores condiciones laborales encuentran. Afortunadamente, ya hay acuerdo en este sentido, alcanzado en Mesa Sectorial de Sanidad el 12 de febrero pasado.

Un segundo elemento que necesita ser incorporado sin más demora es la apertura de la carrera para el personal temporal, es este un planteamiento cuya lógica choca frontalmente con un impedimento casi omnipresente en toda negociación: el presupuestario.

la llamada "ley del medicamento" no prohíbe este tipo de prescripción, simplemente no la regula y, aun así, brinda una posibilidad en su disposición adicional duodécima para su regulación futura

Aun así resulta obligado incorporar al personal temporal a la carrera profesional si no queremos que el sistema acuse incoherencias injustificables; en efecto, si la carrera profesional se configura como un procedimiento para incrementar la calidad asistencial mediante la constante y sistemática actualización de los conocimientos de los trabajadores, no es de recibo que una parte de éstos quede excluida del sistema por la simple razón del contenido de su contrato; sería tanto como decir que para la prestación sanitaria resulta indiferente que los trabajadores temporales tengan o no actualizados sus conocimientos o que su motivación sea nula.

Queda patente pues que la distinción entre personal temporal y fijo no tiene fundamento a la hora de relacionarlo con la carrera profesional puesto que para ambos tipos de profesionales es perentorio que sus conocimientos se encuentren al día y se mantenga vivo el interés por la profesión, siendo esta precisamente la meta que la carrera profesional se plantea como razón de ser, no la relación contractual que los trabajadores mantengan con la administración.

la regulación de las especialidades enfermeras obedece a la necesidad cada vez más acuciante de contar con profesionales con conocimientos específicos y punteros en campos muy definidos

Existe, por último, una serie de temas satélites que orbitan la actualidad de la enfermería y que en el fragor del debate mediático que suscitan podrían parecer decisivos para la definición de su futuro, aunque objetivamente considerados no tienen la entidad de los tres hasta ahora enunciados.

Uno de ellos –y sólo me detendré en éste aunque sea de pasada- es la polémica sobre la prescripción enfermera o colaborativa, artificialmente mantenida por cuanto la llamada "ley del medicamento" (Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios) no prohíbe este tipo de prescripción, simplemente no la regula y, aun así, brinda una posibilidad en su disposición adicional duodécima para su regulación futura.

De todas formas, el tema de la prescripción quedará zanjado de hecho cuando las nuevas competencias y atribuciones que se derivarán del cambio de marco formativo se vayan consolidando en la práctica.

Mientras tanto, la polémica continuará abierta y poco hay que podamos hacer para evitarlo.

En los párrafos anteriores he intentado defender la idea de que la enfermería tiene un futuro más que prometedor por delante. Tanto en el aspecto puramente académico como en el ámbito laboral hay pocas dudas de que así es: tanto la implantación del grado universitario, como la creación de las especialidades enfermeras o las carreras profesionales son factores que incidirán de manera drástica en el giro copernicano que la enfermería experimentará en los próximos años.

Aun con todo, existen nubarrones que no podemos obviar si no queremos que se terminen adueñando del horizonte. El más negro de estos nubarrones lo forma sin duda la preocupante escasez de profesionales producto de una deficiente planificación de la oferta formativa enfermera en España.

Esta mala política educativa origina una serie de efectos en cascada que termina alcanzando con estruendo el mundo laboral, distorsionando hasta puntos insospechados la gestión de hospitales, centros de salud y otros establecimientos sanitarios y trayendo consigo una enorme sobrecarga de trabajo en las distintas unidades, primer factor de desmotivación en la actividad profesional y fuente de innumerables conflictos en el ámbito laboral.

Es urgente por tanto arbitrar medidas para combatir esta circunstancia en su origen, estableciendo nuevas políticas educativas, ampliando la oferta formativa, reestructurando los efectivos actuales para ganar en eficacia, en fin, acometiendo toda una serie de reformas cuyo análisis ocuparía otro artículo.

No obstante las dificultades que a nadie escapan, siendo la mencionada arriba tan sólo un ejemplo, el mensaje con el que empezábamos este artículo sigue siendo plenamente válido: la enfermería tiene un futuro espléndido por delante, yo diría que envidiable; las variables que la impulsarán ya están en marcha y nadie permitiría a estas alturas que se paralizaran o revirtieran.

Por otro lado, ninguno de los problemas detectados es irresoluble, la mayoría de ellos requiere tan sólo de la voluntad política necesaria, algo que, como tenemos suficientemente constatado en la práctica sindical, es posible forzar para hacer que lo fundamental sustituya a lo superfluo.

En otras palabras, una enfermería mejor está al alcance de nuestra mano, a poco que nos empeñemos en ello nuestra generación dispondrá de la profesión que soñaron nuestros padres.

Si como decía el sabio Pitágoras, lo posible se encuentra junto a lo necesario, la enfermería dará entonces sin duda el salto histórico que se merece: porque es posible, porque es necesario.

José Alonso Rodríguez Tapia
Enfermero
Licenciado en Derecho
Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación
Miembro de la Ejecutiva Federal de Sanidad de CCOO Canarias
josalonso@telefonica.net

El Duelo

"Cuando hayas terminado de aceptar que tus muertos se murieron, dejarás de llorarlos y los recuperarás en el recuerdo,para que te sigan acompañando con la alegría de todo lo vivido..."

Trossero

INTRODUCCIÓN.

Duelo; del latín dolus, dolor.

Es una reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto, etc. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida.

Es un proceso NORMAL.

Según Parkes, es el único desorden psiquiátrico funcional con una causa conocida, características distintivas y un curso normalmente predecible.

No toda muerte implica de forma inmediata un duelo; es necesario que la persona perdida tuviese importancia y significado para los que la pierden. Lo esencial es el cariño (apego) y la pérdida; así, toda pérdida tiene que ser reconocida, aceptada poco a poco y seguida de cambios internos que permitan nuevas perspectivas.

El duelo es universal; toda sociedad dispone de costumbres o ritos cuando alguien muere.

El duelo es necesario para continuar viviendo. Intentar inconscientemente escapar de él es negativo; su bloqueo puede conducir a dificultades serias.

FASES DEL DUELO.

Se pueden distinguir tres etapas:

Comienzo -shock más o menos intenso- , núcleo - estado depresivo- y el restablecimiento.

Comienzo: Shock inicial. Puede provocar vértigos, náuseas y otras alteraciones neurofisiológicas, temblor, alteraciones del ritmo cardiaco, etc. Lo manifiestan muchas veces como "estar flotando sobre una nube".

Angagneur, lo define como "sideración", y repercute sobre el afecto -anestesia de la sensibilidad- , el intelecto - inhibido, paralizado-, y lo fisiológico - sentidos embotados-.

Con el anuncio de la muerte de un ser querido la primera reacción es el rechazo, incredulidad e incluso la negación: un comportamiento tranquilo e insensible o también incluso exaltado. Es un sistema de defensa primario.

Este estado de shock es físico y psíquico.

Si es por una muerte súbita es un shock violento y es más moderado si es más o menos esperada.

La ausencia de esa reacción de shock se traduce en rechazo de la realidad y bloquea todo el trabajo del duelo.

Es una fase de muy corta duración.

Etapa central: estado depresivo del duelo.

Es una auténtica depresión que se instala más o menos rápido tras el fallecimiento y puede durar algunos meses, incluso años, en caso de duelos patológicos y complicados.

Debuta tras el periodo de shock; es decir hasta que la realidad de la pérdida haya podido ser aceptada.

Llega un momento en el curso normal de las cosas, la persona en duelo retoma las ganas de vivir, establecer nuevos lazos, etc.

Etapa final: Reestablecimiento.

Comienza cuando la persona se interesa por nuevos objetivos, nuevos deseos y también de expresarlos; desarrolla nuevas relaciones sociales. Se separa de los objetos personales del fallecido. Acepta salir, ver a parientes, a amigos, etc.

Desaparece el estado depresivo, el dolor y la pena. Se experimenta un alivio.

El final del duelo se manifiesta por la capacidad de amar de nuevo; se debe tener cuidado ya que hay riesgo de tentativas prematuras y precipitadas que pueden provocar la detención del trabajo de duelo; no se deben tomar decisiones importantes (un nuevo matrimonio, la venta de una casa, etc)

FACTORES DE QUE DEPENDE LA INTENSIDAD DEL DUELO.

Factores ligados a la causa y a la modalidad de la muerte:

Duración de la enfermedad mortal y de la agonía, carácter de la muerte (control de síntomas, etc), aspecto del cadáver.

Factores preexistentes a la enfermedad mortal:

Tipo de relación afectiva con el difunto, grado de parentesco, grado de dependencia económica, psicológica, social en relación con el difunto, sentimiento de culpa, sexo del superviviente, soporte social.

Presencia o no de otras experiencias de duelo y presencia o no de factores culturales que permitan la expresión del duelo.

MANIFESTACIONES DEL DUELO.

a).-Sentimientos: Tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad, autorreproche.

el duelo es un proceso NORMAL

b).-Sensaciones físicas: Estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, sentido de despersonalización, sensación de ahogo, boca seca.

c).-Cogniciones o pensamientos: Incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas.

d).-Comportamientos o conductas: sueño con el fallecido, trastornos del apetito por defecto o por exceso, conductas no meditadas dañinas para la persona (conducción temeraria), retirada social, suspiros, hiperactividad, llorar, frecuentar los mismos lugares que el fallecido.

INTERVENCIÓN Y SOPORTE.

Es importante tener en cuenta los sentimientos de culpa; la mayoría son a veces infundados. Los familiares piensan que no han hecho todo lo posible por cuidar bien al enfermo.

En nuestro equipo se realiza una llamada en las primeras 24 – 48 horas del fallecimiento y se envía en los días siguientes una carta a los familiares, con la intención de hacer un refuerzo positivo haciendo hincapié en el trabajo tan importante que hicieron. A las cuatro semanas del fallecimiento se vuelve a contactar con la familia y se realiza la visita de duelo para aclarar dudas que les quedan sobre los momentos finales y sobre todo del desarrollo de la enfermedad que pueden generar sentimientos de culpa. Muchas de las dudas y de las preocupaciones se detectan ya en de la llamada tras el fallecimiento.

Se trata de tranquilizar y desculpabilizar a la persona, al cuidador principal.

Worden describe cuatro procesos que atraviesa quien sufre una pérdida antes de encontrar el equilibrio.

1.- Aceptar la realidad de la pérdida: es evidente pero es el paso más difícil. Cuando no se produce se puede llegar a la momificación (seguir poniendo los platos a la hora de comer, dejar la habitación tal y como estaba...).

La aceptación necesita tiempo y debe ser asumida intelectual y emocionalmente; en ocasiones, las frases hechas pueden resultar contraproducentes (tra-

ta de olvidar, Dios se la ha llevado, es mejor así...).

2.- Dar expresión al dolor producido: No se puede resolver un duelo sin experimentar dolor. Como dice Gómez Sancho, es como un túnel que para salir de él hay que atravesarlo y requiere un esfuerzo. Y para ello hay que poder expresarlo y exteriorizarlo.

Hay que llorar, si se siente necesidad de hacerlo. La represión del llanto puede terminar dando problemas físicos. Como curiosidad diré que hay una base fisiológica para ello; la endorfina (leucina-encefalina) de las lágrimas puede explicar el alivio que se siente al llorar.

Con frecuencia se abusa de psicofármacos para el control de la ansiedad; tomando una frase de Gómez Sancho: "...narcotizar el sufrimiento no hace que desaparezca sólo lo pospone", ya que el duelo no es ninguna enfermedad, y en principio, no necesita de terapeutas.

3.- Adaptarse al ambiente: Requiere participación activa y decidida.

4.- Invertir la energía emotiva en otras personas o relaciones: Hay dos signos que indican que una persona se recupera del luto, la capacidad de recordar y hablar de la persona sin llorar ni desconcertarse, capacidad de reestablecer relaciones y aceptar retos.

POBLACIONES EN RIESGO DE DUELO PATOLÓGICO.

En las siguientes circunstancias las posibilidades de duelo patológico aumentan: jóvenes y niños sin familia cercana, carácter tímido, relación de sumisión con la persona desaparecida, presencia de sentimientos ambivalentes en la relación, personas introvertidas que no expresan sus sentimientos, pérdida de recursos económicos con el fallecido, presencia de crisis familiares previas no resueltas, nivel social bajo, sentimientos de culpa.

Otras circunstancias que favorecen el riesgo de duelo patológico son: viudas con niños jóvenes, muerte por accidente o tras corta enfermedad, muertes múltiples (accidentes), cadáver desaparecido, somatización, ingesta de alcohol y tranquilizantes.

Las características de la muerte son importantes. Las muertes súbitas tienen mayor riesgo de duelo patológico. En el caso del cáncer, enfermedad prolongada, hay más tiempo para realizar un duelo anticipado.

SIGNOS DE UN DUELO PATOLÓGICO.

Lo que diferencia al duelo normal del anormal es la intensidad y la duración de las reacciones en el tiempo; así , hay que prestar particular atención a los sentimientos de culpa, cancerofobia, superidealización de la persona fallecida, dependencia excesiva de medicación o alcohol, comportamiento antisocial y psicótico, amenaza de suicidio, dsperanza crónica en el retorno del fallecido, objetos personales del desaparecido limpios y preparados, distanciamiento de lugares y situaciones que recuerdan a la persona perdida.

BIBLIOGRAFIA

Sanz Ortiz, J.: El duelo. En: Recomendaciones de la SECPAL. Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo. 1993. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica P1 del Prado 18-20 Madrid. Autores: Jaime Sanz Ortiz. Xavier Gómez Batiste. Marcos Gómez Sancho y Juan Manuel Núñez Olarte.

Parkes CM: The cost of commitment. En: Bereavement; Studies for grief in adult life. Colin Mari Parkes (ed). Penguin Books. London. 1988; págs: 21-23.

Worden WJ: Is Grief a disease?. En: Grief counselling and grief therapy. James William Worden (ed). Routledge. London 1991; págs: 8-19.

Pangrazzi A: La dinámica del duelo. En: La pérdida de un ser querido. Arnaldo Pangrazzi (ed). Ediciones Paulinas Madrid 1993: págs: 21-28

Gómez Sancho M: El duelo como fenómeno antropológico. En: Avances en cuidados paliativos. Marcos Gómez Sancho (ed). GAFOS. Las Palmas de Gran Canaria 2003. Tomo III; págs: 447-478.

Sanz Ortiz J: El duelo. En: Historia del paciente con cáncer, Del gen al sentido de la vida. Jaime Sanz Ortiz (ed). EGRAF.SA Madrid. Pfizer Oncología 2005.

Sobre el Cómo Ayudarnos y Ayudar a Otros a Enfrentar la Muerte de un Ser Querido. Biblioteca Básica de Tanatología. Reglas del

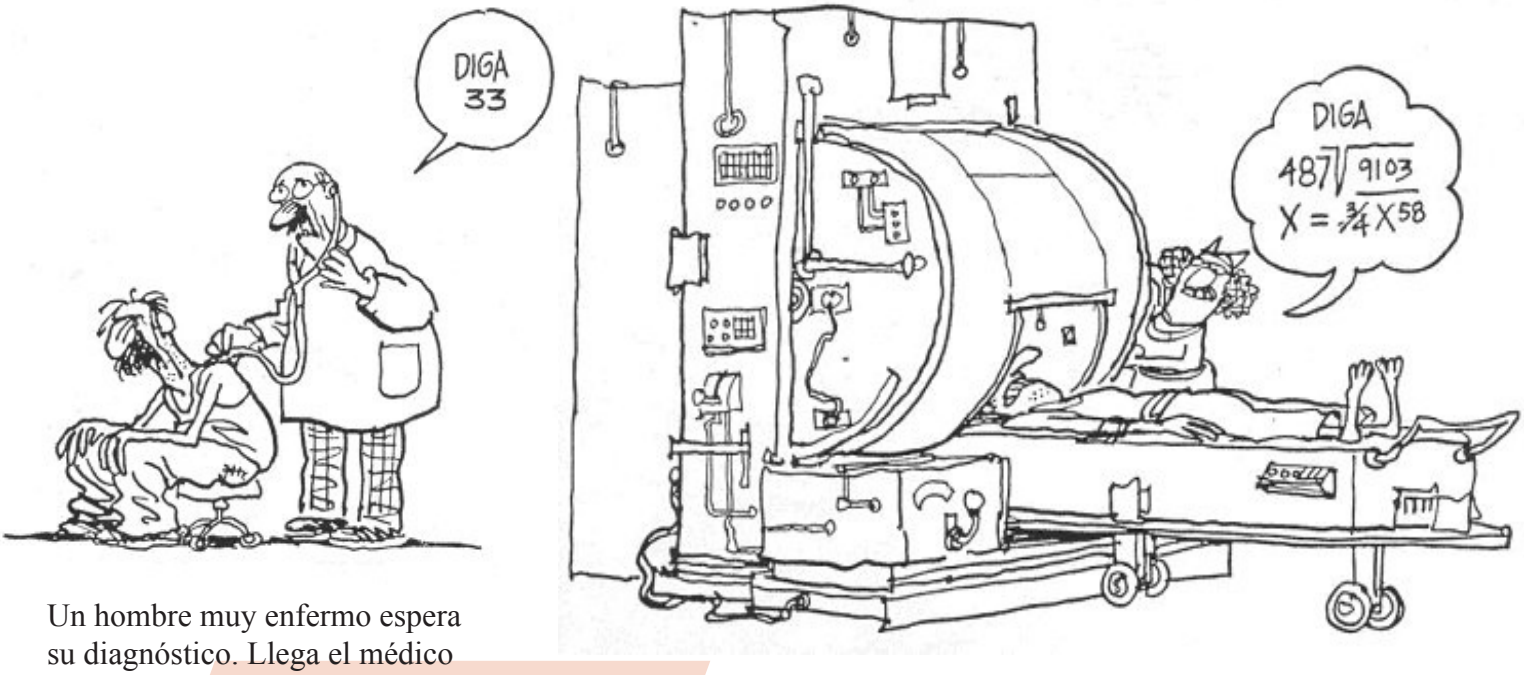
Marisa de la Rica Escuín
DUE Unidad Cuidados Paliativos
Complejo Hospitalario de Toledo
marisadlrscn@hotmail.com

Rincón del ocio

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

Localiza los siguientes términos en el texto (en horizontal y vertical):

Miopía, NIC, NOC, desbridar, apósito, insulina, fonendoscopio, extracción, sondaje, diabetes, sutura, úlcera



Un hombre muy enfermo espera su diagnóstico. Llega el médico con cara de afligido a informarle: "Mire, amigo, tendrá que ser fuerte, ¡usted tiene la enfermedad de McFerson!"
"¡Dios mío! ¿Y eso es grave?"
"Tomará su tiempo descubrirlo, señor McFerson"

- Lo siento, pero tendra usted que dejar el alcohol, el tabaco y el sexo, porque le queda poco tiempo de vida.
- ¿Y así viviré más, doctor?
- No, pero los días se le harán larguísimos.

El dentista le dice al paciente: ¡caray! tiene usted la caries mas grande que he visto en mi vida.... la caries mas grande que he visto en mi vida.
-No tiene porque repetirlo.
-No lo he repetido.Es el eco.

El rincón de los peques

Dale color a tu coche

Adivinanzas y trabalenguas

Somos muchos hermanitos
en una sola casa vivimos
si nos rascan la cabeza
al instante morimos.

(sorofsóf sol)

Una señorita muy señoreada
que siempre viaja en coche
y siempre va mojada.

(augnel al)

Mi picadura es dañina
mi cuerpo insignificante
pero el néctar que yo doy
os lo coméis al instante.

(ajeba al)

¿Qué será, qué es
mientras más grande
menos se ve?

(dadirucso al)

Dos niños asomaditos
cada uno a su ventana,
lo ven y lo cuentan todo
sin decir una palabra.

(sojo sol)

Tiene ojos de gato y no es gato,
orejas de gato y no es gato,
patas de gato y no es gato,
rabo de gato y no es gato.

(atag al)

Una cajita chiquita,
blanca como la sal,
todos la saben abrir,
nadie la sabe cerrar.

(oveuh le)

Todos me pisan a mi,
pero yo no piso a nadie,
todos preguntan por mi,
yo no pregunto por nadie.

(onimac le)

Mi casa llevo a cuestas,
tras de mí dejo un sendero,
soy lento de movimientos,
y no le gusto al jardinero.

(locarac le)

Alto alto como un pino,
pesa menos que un comino.

(omuh le)

Estoy en medio del RIO,
no me mojo ni tengo frio.

("I" artel al)

- ¡Compadre, cómpreme un coco!
- Compadre, coco no compro, porque el que poco coco come, poco coco compra.
- ¡Yo, como poco coco como,

Úlceras por presión (1/4)

"La única manera de evaluar la relevancia de nuestra vida, es valorando la vida de otros". (Lacan, Escritos Vol I, 764:2005).

A MODO DE INTRODUCCIÓN.

Una úlcera por presión (UPP) no es sólo ya un oscuro problema de salud que afecta al ser humano confinado en una lúgubre unidad de un hospital destartalado y antiguo, para asistencia a enfermos crónicos carente del personal de enfermería y de los medios mínimos más adecuados.

las UPP a vuelta de tuerca, se han convertido para nuestros pacientes en algo tan íntimo como la piel que les envuelve

El deterioro que supone, para la salud de una persona, una UPP no sólo está ya implícita como epidemia "debajo de las sabanas" (2,3), de nuestros más avanzados y tecnológicos hospitales de alta y rápida resolución, sino que se encuentran tanto sobre los colchones donde descansan, bajo los sillones donde esperan el cambio de turno, acompañándoles en las sillas de ruedas más o menos cutres, más o menos tecnificadas con las que deambulan, junto a tubos de aspiración, cánulas y sondas, tanto dentro de la soledad del hospital con los mejores ratios enfermo-enfermera, como en el más humilde y acogedor de los domicilios decorado al modo más *«Kitch»* o al estilo más minimalista de *«Ikea»*. Las UPP a vuelta de tuerca, se han convertido para nuestros pacientes en algo tan íntimo como la piel que les envuelve.

Tabla 1	
Población estudiada	5.483 pacientes 3.029 unidades médicas 1.434 unidades quirúrgicas 719 unidades mixtas 310 cuidados intensivos
Prevalencia total	452 pacientes (8,24%)
Prevalencia unidades médicas	274 pacientes (9%)
Prevalencia unidades quirúrgicas	55 pacientes (3,83%)
Prevalencia unidades mixtas	73 pacientes (10%)
Prevalencia unidades de críticos	50 pacientes (16,12%)

Por tanto, se hace necesaria una formación reglada y continua del personal de enfermería responsable de estas personas, que abarque desde su concepto, pasando por la etiología, riesgo, tratamiento, prevención, rehabilitación y terminando en las repercusiones sociales. Todo lo cual debe de modularse desde una visión holística, multidisciplinar e integradora, desde unos supuestos esenciales arraigados en las mejores evidencias científicas disponibles, mecanismo el cual, permite llegar a construir el mejor trampolín desde donde progresar, hacia la excelencia de unos cuidados dignos de los profesionales del siglo XXI.

EPIDEMIOLOGÍA.
LA DIMENSIÓN PALPABLE DE UNA REALIDAD.

Los valores de prevalencia actual de las UPP, a nivel internacional, que ya han llevado

a detallarla como epidemia, le confieren -sin duda alguna- las dimensiones socioeconómicas que le corresponden por su nivel de impacto. Según el primer estudio nacional de prevalencia de UPP en España -GNEAUPP-Huntleigh 2001-, las cifras son muy contundentes, registrándose que llegan a afectar a un 8.3% de los pacientes que reciben atención domiciliaria, a un 8.24% de los ingresados en hospitales de agudos y al 6.43% de los internados en centros socio sanitarios (4).

los valores de prevalencia actual de las UPP, a nivel internacional, han llevado a detallarla como epidemia

Si exploramos cada nivel asistencial de forma detallada y por separado vemos que existen diferencias, marcadas principalmente, por el tipo de población que se atiende y por el nivel de riesgo a que se mantienen las personas que reciben cuidados, cuestión esta de gran calado a la hora de determinar los indicadores epidemiológicos que tendríamos que usar al efecto.

En el primer estudio nacional a este nivel se determinaron las diferentes prevalencias dentro de la población hospitalizada como se describen en la **tabla 1.**

Como venimos repitiendo sin descanso, las personas con UPP y sus entornos familiares inmediatos, sufren las repercusiones de este problema de salud de manera muy directa en su calidad de vida, al llegar incluso en ocasiones, a provocarles la muerte. Pero estas secuelas y consecuencias sanitarias, se imponen con más énfasis si cabe, cuando intentamos dimensionar el problema hacia la vertiente económica, donde parece que el impacto mueve más montañas –y recursos-...

Así, podemos afirmar sin lugar a dudas, que para el Sistema Na-

Tabla 2	
Costes directos	Costes de los apósitos primarios y secundarios. Costes productos de limpieza. Intervenciones quirúrgicas y radiológicas. Tratamiento de las complicaciones. Coste de la asistencia del paciente relacionado con la herida. Tiempo del profesional y desplazamientos. Coste de eliminación de los productos del tratamiento.
Costes indirectos	Costes relacionados con la calidad de vida. Costes relacionados con la ayuda para realizar AVD. Coste del absentismo laboral. Costes de pleitos y litigios judiciales.
Parámetros de éxito	Curación completa. Reducción del tamaño de la herida. Reducción del área de la herida. Reducción del dolor. Reestablecimiento de la movilidad. Mejora de la calidad de vida. Desbridamiento. Prevención de recidivas.

Tabla 3: Parámetros del coste de las UPP en hospitalización

	Todas las UPP	Estadios I/II	Estadios III/IV
Tiempo de enfermería	89%	95,7%	63,1%
Días de estancia	7-8%	1,9%	30,2%
Apósitos	1%	0,8%	2%
Equipamiento/material	0,6%	0,4%	1%
Antibióticos	0,5%	0,2%	1-5%
Otros	1,2%	0,9%	2,1%
Fuente: Posnett, Dealay, Bennett (5)			

Tabla 4: Objetivos esperados de tratamiento

Estatus cicatrización	Normal	Retardado	Retardado	Retardado
Estadío	Probabilidad de cicatrizar en % -media en días-	Tiempo añadido en caso de colonización crítica	Tiempo añadido en caso de celulitis	Tiempo añadido en caso de osteomielitis
Estadío I	100% -28 días-			
Estadío II	90% -94 días-	5%	5%	
Estadío III	80% -127 días-	10%	5%	5%
Estadío IV	60% -155 días-	10%	15%	15%
Fuente: Posnett, Dealay, Bennett (5)				

cional de Salud, esta patología supone:

- Incremento de tiempo para prestarles cuidados.
- Incremento del gasto farmacéutico directo.
- Incremento del gasto farmacéutico indirecto.
- Incremento de las estancias hospitalarias.
- Aumento de las demandas judiciales relacionadas con ellas.

Como vemos, el problema adquiere una relevancia socio-económica de primera magnitud, que diferentes estudios a lo largo del tiempo, han ido concretando en cifras; así, en el año 1996, el comité internacional para el tratamiento de heridas (ICWM) realiza una declaración de consenso sobre el modelo económico para calcular el coste de las heridas (5), el cual está recogido en la **tabla 2.**

Recientemente los datos presentados por Posnett (5), del Health Economics Consortium de la Universidad de York, en el congreso del European Pressure Ulcer Advisory Panel celebrado en el año 2001, sacaron a relucir los costes económicos de los tratamientos de las UPP en Reino Unido. Dicho estudio tenía como objetivos calcular los tiempos esperados de cicatrización, el coste, así como los principales determinantes de dicho coste en el tratamiento hospitalario. Primeramente el estudio intentó definir los diferentes parámetros de los que se compone el coste de atención en una persona con UPP, así como los objetivos esperados en tiempo para conseguir la cicatrización «expected outcomes» (Tablas 3 a 6) (5)

Al relacionar los costes estimados por día de tratamiento y por persona, estos fueros los resultados, que en el resumen de su estudio permitieron predecir con cuasi toda certeza, que la inversión de 1€ en prevención significa un ahorro de 50€ de tratamiento ulterior, tal y como se refleja en las **tablas 5 y 6**.

Tabla 5: Coste estimado por día de tratamiento en pacientes hospitalizados

Estatus cicatrización	Normal	Retardado colonización	Retardado Celulitis	Retardado Osteomielitis
Estadío I	61,29€			
Estadío II	67,74€	90,32€	146,77€	
Estadío III	82,25€	100€	309,67€	316,12€
Estadío IV	82,25€	100€	309,67€	361,12€
Fuente: Posnett, Dealay, Bennett (5)				

Tabla 6: Coste estimado por paciente

Estatus cicatrización	Normal	Retardado colonización	Retardado Celulitis	Retardado Osteomielitis
Estadío I	1.738€			
Estadío II	6.279€	+628€	+1.449€	
Estadío III	10.468€	+708,4€	+3.059€	+26.565€
Estadío IV	12.719€	+708,4€	+3.059€	+26.565€
Fuente: Posnett, Dealay, Bennett (5)				

Tabla 7: Coste estimado día / tratamiento en pacientes hospitalizados en España año 2001

Estatus cicatrización	Normal	Retardado colonización	Retardado Celulitis	Retardado Osteomielitis
Estadío I	43€			
Estadío II	47€	62€	101€	
Estadío III	57€	69€	213€	218€
Estadío IV	57€	69€	213€	218€
Fuente: Posnett y Torra (23)				

Tabla 8: Coste estimado por episodio de tratamiento en pacientes hospitalizados

Estatus de cicatrización	Normal
Estadío I	211€
Estadío II	5.660€
Estadío III	11.000€
Estadío IV	16.600€
Fuente: Posnett y Torra (6)	

Tras revisar los resultados anteriores, podemos determinar que las personas con UPP suponen un problema sanitario de considerables dimensiones, a la par que un coste añadido al Sistema de Salud, incompatible con la sociedad del bienestar a cuyo modelo nos referimos sin cesar.

Si bien no existen en España estudios que cuantifiquen los costes de las UPP en pacientes hospitalizados, el estudio de Posnett (22) crea un marco de referencia de gran importancia para la justificación de las inversiones, tanto en prevención, como en la consecución y puesta en práctica de

tratamientos y cuidados en las personas que las padecen.

El Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP), organizó en febrero del 2.003, una mesa debate dirigida principalmente a gestores y coordinadores de salud implicados en el cuidado de las personas que padecen UPP, donde se presentó la dimensión económica de dicho problema en España y fue realizado por Posnett y Torra (6) (**Tablas 7 y 8**).

Se tomó como punto de partida el estudio de Posnett (4) y se asignaron los costes estándar en referencia al nivel de gasto de nuestro país en el año 2.001 y al nivel de atención sanitaria del mismo.

En lo referente a los parámetros de coste de las UPP en hospitales, no existe diferencia con el estudio de Posnett (5) vs. Posnett y Torra (6) sin embargo si que se encuentran diferencias en el coste estimado por día de tratamiento y el coste por episodio.

la inversión de 1€ en prevención significa un ahorro de 50€ de tratamiento ulterior

Quedándose el siempre traído coste por episodio de la siguiente manera, bastante detallada y sujeta a costo real, con el pormenorizado y afinado análisis final comparativo. En esta misma ponencia se estimó que el gasto medio por episodio de hospitalización de una persona con UPP, puede llegar a suponer un coste de 5.500€, mientras que el coste "PREVENCIÓN/PACIENTE" durante 30 días, tan solo asciende a 1.200€; recordemos que el número de personas en riesgo sigue elevándose a diario, de la misma forma que en una sociedad neocapitalista como la nuestra, los costos de productos y manufacturas técnico-tecnológicas están sujetas a las subidas del mercado más que a la alza real del costo de la vida (7,8), lo cual sería otra historia, pero de todas formas las cartas están encima de la mesa.

Gago Fornells M [1], García González RF [2], López Casanova P [3], Verdú Soriano J [4], García Fernández FP [5], Pancorbo Hidalgo PL [5], Soldevilla Ágreda J. Javier [7].

1 Enfermero. C.S Pinillo Chico. Puerto de Santa María. Cádiz. Master Universitario en el Cuidados y Curas de Heridas crónicas. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Master Universitario en Gerontología. Profesor Asociado Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz. Miembro del Comité Director del GNEAUPP. EPUAP Trustees.

2 Enfermero. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. Master Universitario en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Profesor Asociado de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz. Miembro del Comité Director GNEAUPP.

3 Enfermero. Coordinador Unidad Interdisciplinar Heridas Crónicas. Departamento Salud 20. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Miembro del Comité Director GNEAUPP.

4 Enfermero. Doctor por la Universidad de Alicante. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Profesor Escuela de Enfermería. Universidad de Alicante. Miembro del Comité Director del GNEAUPP. EPUAP Trustees

5 Enfermero. Master Universitario en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Unidad de Formación, Investigación y Calidad. Complejo Hospitalario de Jaén. Miembro del Comité Director del GNEAUPP.

6 Enfermero. Doctor en Biología. Crónicas. Profesor Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas Miembro del Comité Director del GNEAUPP.

7 Enfermero. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Área de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Medicina Preventiva. Servicio Riojano de Salud. Profesor Escuela de Enfermería de La Rioja. Director del GNEAUPP.

Correspondencia:

Manuel Gago Fornells.
Urb. Los Castillos. C/Catedral nº 9.
Puerto de Santa María. (Cádiz). CP: 11.500
Teléfono fijo: 956 873 457 Teléfono móvil: 619 043 677

BIBLIOGRAFÍA.

Lacan J. Escritos Vol. I. Siglo XXI, Buenos Aires, 2005.

Hibbs P. Pressure area care for the city & Hackney Health Athoruty. London: St. Bartholomews Hospital, 1987.

Soldevilla JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Gerokomos 1999; 10(2):75-87.

Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J, Verdú Soriano J. Primer estudio nacional de prevalencia y tendencias de prevención de UPP en España (2001): Gerokomos 2002.

Posnett J, Dealay C, Bennett G. Reality and certently cost in pressure sore at UK. Fifth European Pressure Ulcer Advisory Panel Open Meeting. Le Mans, 27-29 Septiembre 2001.

Posnett, J; Torra i Bou, JE. El coste de las ulceras por presión en España Mesa debate: Las ulceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad: repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal. Smith & Nephew. Barcelona. Febrero 2003.

Perdiguero E, Comelles JM. Medicina y cultura. Edicions Bellatera, Barcelona, 2000.

Good BJ. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Edicions Bellatera, Barcelona, 2000.

Publicidad para patrocinadores

Transporte intrahospitalario UCI

Muchos medios diagnósticos no pueden ser trasladados hasta la propia cama del paciente, por lo que sigue siendo necesario el transporte de pacientes en estado crítico.

Las razones para movilizar a un paciente fuera de UCI pueden ser varias, siendo la mas común la realización de pruebas diagnosticas (TAC, angiografías, RMN, etc).

El traslado de un paciente de UCI, es complicado y puede ser comprometido, por lo tanto, es necesario valorar el binomio BENEFICIO/RIESGO que ocasiona al paciente.

Para evitar la aparición de complicaciones que deriven en un aumento de la morbilidad y mortalidad, trabajaremos en una adecuada PLANIFICACION, consistente en:

-Estabilización del enfermo.
-Valorar las posibles complicaciones y las necesidades específicas de cada paciente.
-Monitorización adecuada.
-Preparación y comprobación de todo el material necesario.
-Mantenimiento de los cuidados enfermeros y del tratamiento.
- Un transporte lo mas rápido posible manteniendo la seguridad del paciente.

Los PROTOCOLOS de TRANSPORTE son de vital importancia en toda UCI que realice traslados intrahospitalarios de pacientes críticos habitualmente.

PROTOCOLO DE TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES

ACTIVIDADES PREVIAS

-Comprobación del correcto estado del material:
*Monitor de transporte: estado de la batería, cables ECG, manguito TA, pulsioximetría, presiones invasivas (si procede).
*Respirador portátil: estado de la bala de 02, circuito limpio, correcto montaje y ciclado.
* Maletín con medicación y vía aérea.

-Retirada de sueros y diferentes dispositivos no imprescindibles para el traslado:
*Dieta enteral.
*Botas neumáticas, etc... .

-Drenajes.

-Colocación de material de transporte en la cama:
*Monitor: a los piés de la cama y siempre visible.
*Respirador: a pié de cama y visible.
*Bala de 02.

-Comprobación del correcto estado del paciente:
*Constantes mantenidas; en pacientes despiertos, explicación de los motivos, en pacientes agresivos o poco colaboradores, sedación, analgesia y relajación por indicación médica.

-Comunicar a la familia motivos, antes de salir de la UCI.

DURANTE EL TRASLADO

-Vigilar constantes.
-Vigilar el correcto funcionamiento de todos los medios de tto: sondas, drenajes, vías, TOT, bombas de perfusión etc.
-Colaborar en el paso y acomodación final del paciente.
-Comprobación del correcto estado del paciente.
- Mantener y vigilar el correcto funcionamiento de todo el aparataje (respirador, monitor, bombas de perfusión, pulsioxímetros de transporte, etc…).

ACTIVIDADES POST-TRASLADO

-Recolocar al paciente en su box:
*Conexión al respirador y monitorización (registro EKG, medición PA invasiva y no invasiva, diuresis horaria, tubos de tórax, etc…).

-Reposición del material y medicación usados en el traslado. Terminar con la limpieza de monitor y del respirador portátil con cambio del circuito.

las razones para movilizar a un paciente fuera de UCI pueden ser varias, siendo la mas común la realización de pruebas diagnosticas

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

1. PERSONAL NECESARIO:
-Personal enfermero altamente entrenado.
-Celador de la unidad de UCI.
-Médico intensivista.

* Las AE de UCI colaboran en la unidad en la preparación y recepción del paciente.

2 .MATERIAL:
-Monitor de transporte:
*EKG / *TA no invasiva / *TA invasiva / *Pulsioximetría.
-Respirador:
*Circuito limpio / *Bala de 02 (con carga suficiente para el traslado) / *Comprobar su funcionamiento.

-Maletín de transporte:
*Ambú. / *Laringo. / *Cánula de Guedel. / *TOT: desde el numero 6 al 9. / * Fiador. / *Jeringas. / *Agujas. / *Suero salino en ampollas. / *Adrenalina 1mg/ml. / *Atropina 1mg/ml. / *Propofol al 1%. / *Midazolam. / *Cloruro morfico. / * Relajantes musculares. / *Electrodos. / *Guantes.

BIBLIOGRAFÍA

• Capítulo 12.1. Transporte de pacientes en Estado Crítico http://tratado.uninet.edu/c120102.html , consultado en enero del 2006.

• www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/Protocolo-trasladoprovisional.doc
- consultado en enero del 2006.

• Zaforteza C, Sánchez – Cuenca López P. Transporte intrahospitalario del paciente con ventilación mecánica.
- Metas de enfermería VI (52):18-22.

• Martinez Magro ML , Lozano Quintana MJ, López Castillo MT, Cuenca Solanas M: Transporte intrahospitalario en pacientes críticos.
- Enfermería Intensiva 1995, jul- sept; 6 (3):111-116.

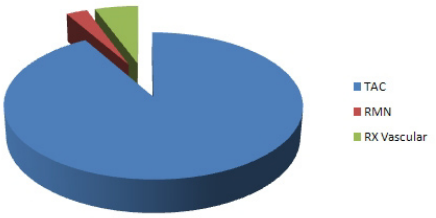
• García- Velasco Sánchez Morago S. Et al. Transporte asistido intrahospitalario del enfermo crítico.
- Metas de enfermería volumen8 – número I – febrero 2005 – pá-

Informe de tiempo empleado en el transporte de enfermos críticos en la UCI del Hospital Virgen de la Salud.

En la UCI del Hospital Virgen de la Salud se ha realizado un total 877 transportes intrahospitalarios de pacientes críticos durante el año 2004 y enero/febrero 2005 (**gráfico 1**); los trayectos realizados los podemos agrupar en tres grupos:

• Traslado a Tomografía Axial Computerizada.
• Traslado a Resonancia Magnética Nuclear.
• Traslado a RX de Vascular.

TAC	804 - 91,6%
RMN	24 - 2,73%
RX Vascular	49 - 5,58%



Se realiza un estudio de tiempos invertidos en los 87 traslados efectuados durante enero y febrero de 2005; la media de tiempo obtenida es de 50 minutos por cada traslado (sin preparación y recepción). Seguidamente dividimos los datos de tiempo en unos determinados intervalos en minutos (**gráfico 2**), a lo que añadiremos 10 minutos en la preparación del paciente antes del traslado y otros 10 minutos en la recepción después del traslado.

CONCLUSIONES

• La media de tiempo en cada traslado es de 50 minutos sin contar con la preparación y recepción del paciente, que añade otros 20 minutos más.

• Durante los 14 meses del estudio el tiempo empleado ha sido de 730,8 horas; lo que representa 104,4 jornadas de 7 horas de personal enfermero.

• Se subraya la importancia de la pérdida de personal enfermero de UCI durante el tiempo que dure el traslado, especialmente si la plantilla de personal de enfermería es reducida, como en la UCI del HVS, y

Francisco José Celada Cajal
DUE Servicio Medicina Intensiva
H. Virgen de la Salud de Toledo
fjosecc45@gmail.com

La jurisdicción competente del personal estatutario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social

Para profundizar sobre el debate de la jurisdicción competente en materia laboral del personal estatutario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, en un primer lugar conviene aproximarnos al significado de jurisdicción competente para poder familiarizarnos con la materia objeto de debate. Cuando hablamos de jurisdicción competente hacemos referencia a todos aquellos criterios que, combinados, permiten al interesado en reclamar un derecho (demandante) averiguar ante qué Juez o Tribunal debe presentar su reclamación y acertar con el "Juez ordinario predeterminado por la Ley" que el artículo 24.2 de la Constitución dice garantizar a todo justiciable.

De los criterios empleados por las leyes procesales para conocer la jurisdicción competente, nos interesa aquí el que la distribuye por razón del objeto o de la materia. Estas normas sirven para determinar si de un cierto asunto deben conocer los jueces civiles, los jueces de lo contencioso administrativo, los jueces de los social, los jueces de lo penal u otro orden jurisdiccional. Por tanto, y de manera ilustrativa y breve, el criterio a seguir es el siguiente: Si el daño se ha causado de forma dolosa o intencional y ha afectado a la integridad corporal de la víctima es inimaginable que el comportamiento del agente no esté tipificado como delito o falta en el Código Penal. Los daños corporales más graves cuentan con la protección de la jurisdicción penal. En estos casos, y por razones de economía procesal, el juez de esa jurisdicción también se encarga de condenar al responsable civil a reparar los perjuicios patrimoniales causados por la comisión del delito o falta, y puede nacer también acción civil para la restitución de la cosa, la reparación del daño y la indemnización de perjuicios causados por el hecho punible". Si el hecho dañoso no está tipificado como delito o falta en el Código Penal, el criterio que utiliza el ordenamiento jurídico para decidir qué jurisdicción es competente, ya no es objetivo sino subjetivo. En ausencia de delito o falta, ya no importa el tipo de daño causado sino quién sea el responsable del perjuicio. Se atiende ahora al régimen jurídico del causante del daño y la decisión sobre la jurisdicción competente depende, en lo fundamental, de si la actividad en cuyo desarrollo se ha producido un daño está sometido a reglas de derecho público o de derecho privado.

Consecuentemente cuando el causante del daño es un particular, ajeno al ejercicio de cualquier potestad pública, se aplica el principio general (y residual) de la competencia de la jurisdicción civil. Si el causante del daño es un funcionario o agente al servicio de la Administración pública y el daño es consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, la competente es la jurisdicción contencioso-administrativa. Así lo dispone el artículo 9.4 Ley Orgánica del Poder Judicial que, con fórmula amplia, reserva a los jueces y tribunales de lo contencioso las pretensiones que se deduzcan en relación con la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas y del personal a su servicio, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación de que se derive. Por último, cuando el daño lo ha sufrido un trabajador en el desempeño de sus quehaceres laborales y la demanda se dirige contra el empresario que lo emplea o el sistema público de Seguridad Social, la competencia corresponde a la jurisdicción social. Los jueces de lo social, por razones de economía procesal, junto a la responsabilidad del empresario por el incumplimiento de medidas de prevención y seguridad en el trabajo, decidirán la indemnización a que tiene derecho el trabajador que ha sufrido un daño.

Al margen de la existencia de otra índole de órdenes jurisdiccionales con sus correspondientes competencias, la estructura expuesta es suficiente para centrarnos en una de las caras de la moneda que componen la enjundia de este debate. Así, la otra parte fundamental inseparable de esta cuestión consiste en aclarar los distintos tintes legislativos que pueden vincularse al personal que presta sus servicios en Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Es bien sabido que los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios

en los Centros e Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social han tenido históricamente en España una regulación específica. Esa regulación propia se ha identificado con la expresión «personal estatutario» que derivaba directamente de la denominación de los tres estatutos de personal: -el estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario- de tales centros e instituciones. Concretamente:

• El Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social aprobado por Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, y las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan.

• Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por la Orden de 26 de abril de 1973.

• Estatuto de personal no sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social aprobado por la Orden de 5 de julio de 1971, y las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan.

La necesidad de mantener una regulación especial para el personal de los servicios sanitarios ha sido apreciada, y reiteradamente declarada, por las normas reguladoras del personal de los servicios públicos. Así, la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, mantuvo vigente en su totalidad el régimen estatutario de este personal, determinando, en su disposición transitoria cuarta, que sería objeto de una legislación especial. Asimismo, la Ley General de Sanidad, en su artículo 84 estableció que un estatuto-marco regularía la normativa básica aplicable al personal estatutario en todos los servicios de salud, normas básicas específicas y diferenciadas de las generales de los funcionarios públicos.

La conveniencia de una normativa propia para este personal deriva de la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario- asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud. Con este propósito sale a la luz el Estatuto Marco aprobado por la LEY 55/2003, de 16 de diciembre (publicado en el BOE núm. 301 Miércoles 17 diciembre 2003), una de las piezas angulares de la nueva regulación del personal estatutario de los servicios de salud.

Así, este Estatuto-Marco deroga el régimen estatutario configurado por los tres Estatutos de Personal y por las disposiciones que los modificaron, complementaron o desarrollaron, sustituyéndolo por el marco básico que compone el propio estatuto y por las disposiciones que, en el ámbito de cada Administración pública de las distintas comunidades autónomas, desarrollen tal marco básico y general. El Estatuto Marco se autocalifica de normativa básica funcionarial a desarrollar por leyes del Estado o de las Comunidades Autónomas, según las competencias territoriales, a este objeto el Estatuto Marco se remite expresamente al desarrollo normativo estatal y autonómico en su artículo tercero tal como sigue " …en desarrollo de la normativa básica contenida en esta ley, el Estado y las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, aprobarán los estatutos y las demás normas aplicables al personal estatutario de cada servicio de salud. Para la elaboración de dichas normas, cuyas propuestas serán objeto de negociación en las mesas correspondientes en los términos establecidos en el capítulo III de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones públicas, los órganos en cada caso competentes tomarán en consideración los principios generales establecidos en el artículo siguiente, las peculiaridades propias del ejercicio de las profesiones sanitarias, y las características organizativas de cada servicio de salud y de sus diferentes centros e instituciones."

Sin embargo debemos recordar que en los Servicios de Salud Autonómicos que conforman el Sistema Nacional de Salud existen tres tipos de personal, en atención a la naturaleza y régimen de su vínculo con la Administración Sanitaria. Hay, así, personal funcionarial, sometido al régimen jurídico funcionarial común; personal laboral, sometido al régimen jurídico laboral común; y personal estatutario, sometido a un régimen jurídico funcionarial especial (Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.)

Sin duda, es evidente que la existencia de distintas vinculaciones jurídicas con las Instituciones Sanitarias provoca la coexistencia de bloques normativos desiguales y por tanto condiciones laborales contradictoras que dan lugar a ciertas ambigüedades relevantes entre el personal que desempeña un mismo servicio. Este escenario, si bien es confuso, cabe afirmar con claridad que la figura jurídica que une al personal laboral con los servicios sanitarios está fundamentada en un contrato de trabajo (indefinido o de duración determinada) quedando sometido a lo establecido en el marco del Estatuto de los Trabajadores (aprobado Decreto Legislativo 1/1995) y en los respectivos Convenios Colectivos, y consecuentemente dentro del ámbito competencial de la jurisdicción social. Por otro lado, la figura jurídica que une al personal funcionarial con los servicios sanitarios está fundamentada en un nombramiento como funcionario público, bien sea, de carrera o como interino de la Administración Publica tras superar el proceso

de selección amparado en los principios de igualdad, mérito y capacidad. Dicho personal queda sometido plenamente al Derecho Administrativo (a espera de la aprobación del nuevo Estatuto Básico del Empleado Público, Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública) y consecuentemente dentro del ámbito competencial de la jurisdicción contencioso-administrativa.

Ahora bien, el personal estatutario de los servicios de salud cuya figura jurídica de vinculación es el Nombramiento Estatutario conferido por el órgano competente tras superación de las pruebas de selección tal como reconoce el Artículo 20. del Estatuto Marco aprobado por la LEY 55/2003, de 16 de diciembre para la adquisición de la condición de personal estatutario fijo bajo los mismos criterios establecidos para los funcionarios públicos de igualdad, mérito, capacidad y publicidad en la selección, promoción y movilidad del personal de los servicios de salud. Conforme a estos criterios y a través de dicho nombramiento también cabe, tal como reconoce el propio estatuto marco, la posibilidad de que por razones de necesidad, de urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, los servicios de salud podrán nombrar personal estatutario temporal. Los nombramientos de personal estatutario temporal podrán ser de interinidad, de carácter eventual o de sustitución. Se trata, así, a diferencia del personal laboral, de un personal funcionarial sometido a un régimen jurídico estatutario y no contractual; y, a diferencia del personal funcionario, sometido a un régimen jurídico estatutario especial, pudiendo calificarse de "funcionarios especiales".

La cuestión de la naturaleza jurídica de la relación estatutaria, cuestión que no ha estado siempre clara en los Tribunales, habiendo evolucionado desde una postura interpretativa inicialmente laboralizante hasta la actual postura funcionarizante, manifestando con toda rotundidad que "la materia relativa al régimen jurídico del personal estatutario al servicio de la Seguridad Social, es materia propia de la función pública, aunque sometida a un tratamiento especial para adecuarla a las peculiaridades que presenta la prestación de servicios sanitarios" (Sentencias Tribunal Supremo de 17 de octubre de 1991, o de 3 de febrero de 1997).

no cabe esperar otra reivindicación que no sea la de exigir una aclaración definitiva

Sin embargo, desde la perspectiva del derecho procesal, la competencia jurisdiccional para conocer de los conflictos planteados entre la Administración Sanitaria y su personal estatutario no están ni mucho menos claras, existiendo en la práctica una concurrencia jurisdiccional de los órdenes laboral y contencioso-administrativo con perfiles no definidos.

Esta situación, que se puede calificar como «sui géneris», pareció que iba a quedar resuelta definitivamente con la aprobación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que entró en vigor el día 18 de diciembre de 2003, ya que mediante la misma se establece la plena funcionarización del personal Estatutario, calificándolos reiteradamente como funcionarios públicos aunque, sin embargo, esta Ley no procedió a derogar expresamente el art. 45.2 de la LGSS de 1974 (Ley General de la Seguridad Social), en que se basaba la competencia del orden jurisdiccional social, lo que sí preveía el anteproyecto de ley, por lo que la doctrina científica y judicial quedó dividida entre quienes pensaron que había habido un cambio cualitativo que hacía imposible la continuación de la competencia del orden social y la contraria de que no había cambiado nada, ya que una cuestión es que sean prácticamente funcionarios públicos, y otra el orden jurisdiccional que juzga las controversias que tengan con la administración. Así pues, cabe preguntarse si todo queda como estaba o algo ha cambiado pese al silencio de la Ley acerca de la competencia jurisdiccional: ¿Se está a la espera de una nueva Ley de Procedimiento Laboral y de su modificación posterior para solucionar esta controversia jurídica con los sindicatos? Este es sin duda uno de los grandes enigmas del estatuto Marco.

Por otro lado, encontramos pronunciamientos por parte de algunas jurisdicciones como lo manifestado en La Rioja, donde los Juzgados y Tribunales de lo Social de la Comunidad Autónoma se declaran incompetentes para conocer de las cuestiones de personal del personal estatutario del SERIS (Servicio Riojano de Salud). Reconociendo que con la entrada en vigor de la Ley 55/2003, del Estatuto Marco, se ha abierto la polémica a nivel nacional acerca de la jurisdicción competente (la jurisdicción de lo Social o la de lo Contencioso-Administrativo) para conocer de las cuestiones de personal del personal estatutario, jurisdicción que históricamente había residido en los Juzgados y Tribunales de lo Social. Sin embargo, con la entrada en vigor del Estatuto Marco y la consideración del personal estatutario como "funcionarios especiales", los Juzgados y la Sala de lo Social de esta Comunidad han dictaminado su incompetencia jurisdiccional para conocer en esta materia, remitiendo a los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo todo lo relativo a las cuestiones de personal del personal estatutario del SERIS.

Por último, y como paradigma de la controversia so-

bre este particular, hay que hacer mención al auto de la Sala de Conflictos del Tribunal Supremo de fecha 20 de junio de 2005, recaído en el conflicto de competencias núm. 48/2004.

El citado conflicto negativo de competencias proviene de que tanto el Juzgado de lo Social núm. 3 de Almería como el Juzgado de lo Contencioso Administrativo núm. 1 de Almería se declararon incompetentes para conocer de la reclamación de un personal estatutario (no trabajador) del Servicio Andaluz de Salud, en materia de reconocimiento de las cartillas o cupo asignado y cese en las funciones de Jefe de Equipo que venía desarrollando, formulada cuando ya había entrado en vigor la Ley 55/03. Primeramente se declaró incompetente el Juzgado de lo Social en que se había interpuesto la demanda, mediante auto de 22 de abril de 2004, posteriormente el Juzgado de lo contencioso mediante auto de 9 de julio de 2004, habiendo informado el Ministerio Fiscal que a partir de la Ley 55/03, el orden competente era el contencioso, ya que dicha ley otorga naturaleza funcionarial a la relación estatuaria del personal sanitario.

El hecho de que el conflicto negativo de competencias desemboque en la Sala de Conflictos del Tribunal Supremo es debido a que entre un Juzgado de lo Social y otro de lo Contencioso Administrativo, que pertenecen a distintos órdenes jurisdiccionales, no existe ningún órgano superior judicial común, salvo el Tribunal Supremo.

La Sala de Conflictos de competencia está regulada en el art. 42 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, y está compuesta por el presidente del Tribual Supremo y un magistrado de cada uno de los órdenes jurisdiccionales en conflicto, que son nombrados por el plazo del año judicial, resolviendo por auto, en que se declara la competencia de un determinado orden jurisdiccional para resolver el asunto concreto estudiado, pero sin que esta resolución tenga fuerza para que ya en el futuro se otorgue la competencia en los asuntos semejantes al tratado al mismo orden jurisdiccional, siendo muy frecuente que una Sala del Tribunal Supremo no haga caso de la doctrina que se desprende de un determinado auto de la Sala de Conflictos y continúe dictando sentencias declarándose competente. Así, en cuestiones en que ha intervenido la jurisdicción social, fue típico declararse competente en el tema de la indemnización por daños causados por la Sanidad Pública, cuando la Sala de Conflictos establecía que era una cuestión Contencioso-Administrativa, o actualmente la Sala Civil del Tribunal Supremo que se declara competente para conocer de los daños y perjuicios causados en accidente de trabajo, cuando la Sala de Conflictos manifiesta que es un tema del orden jurisdiccional social, aunque normalmente en estos casos de desavenencia el auto de la Sala de Conflictos tiene el voto particular del magistrado representante de la Sala que no quiere perder la competencia en el tipo de asunto de que se trate, cosa que no ha sucedido en el auto que se está ahora comentando.

Desde mi punto de vista, y siendo objetivos, no hay razón para entender que se haya producido una derogación tácita del artículo 45.2 de la LGSS de 1974 (Ley General de la Seguridad Social) y el hecho de que el personal estatutario tenga una relación administrativa calificada como “funcionarial especial”, no de carácter laboral, no es suficiente como para afectar al ámbito competencial. En conclusión debe entenderse que no se ha producido dicha derogación y que el Estatuto Marco no ha cambiado la delimitación de órdenes jurisdiccionales competentes que procede de la normativa anterior.

El nuevo Estatuto Marco no añade nada a la naturaleza jurídica de la relación que ya venía reconocida por la doctrina jurisprudencial más asentada (Sentencia Tribunal Supremo de 19 de julio de 2002 o 17 de octubre de 2002) que sin perjuicio de reconocer el carácter estatutario de la relación entiende que será la laboral la jurisdicción competente para conocer de las cuestiones que se susciten entre las entidades gestoras de la Seguridad Social y su personal.

En todo caso, si bien esto es así, debemos seguir pensando que al no existir cambio expreso en relación a esta cuestión, a su vez, como hasta ahora, continuará declarándose competente el contencioso-administrativo en algunas materias aisladas, por citar algunas, como: las estrictamente de organización de la Administración Sanitaria, las relacionadas con la revisión judicial de las pruebas de selección del personal estatutario, así como, las incidencias que puedan surgir en el proceso de selección, respecto de la revisión judicial de las sanciones impuestas al personal de los antiguos estatutos del personal sanitario médico y del personal sanitario no médico y en algunas cuestiones, no todas, en materia de incompatibilidades.

Lo cierto es que, a la vista de este ambiente de inseguridad jurídica, no cabe esperar otra reivindicación que no sea la de exigir una aclaración definitiva.

Fernando Carrión Álvarez
Funcionario de carrera
Profesor de Formación y Orientación Laboral

Trasplantados tres órganos con VIH

Un error humano ha propiciado que tres de los órganos de una mujer seropositiva de 41 años, fallecida de un derrame cerebral, hayan sido trasplantados a tres personas distintas en un hospital de Florencia.

Al parecer, el error se produjo durante la trascripción de los resultados de los análisis de VIH, consignándose como negativo, cuando debería haber sido positivo; ello, unido a que posiblemente ni la mujer ni su familia conocieran su condición de infectada, ha dado lugar al trájico error, el primero del que se tiene constancia tras 40 años y más de 25.000 intervenciones en Italia, y que ha afectado en esta ocasión, a un receptor de hígado y a dos de riñón.

Los trasplantados han comenzado a recibir un tratamiento profiláctico frente al VIH; aunque se desconoce la carga vírica que tenía la donante, la condición de inmunodeprimidos de los receptores, unida al trasplante de órganos sólidos, hace que el riesgo de infección sean extremadamente alto.

El coordinador de la ONT en España, explica que en nuestro país no se ha dado nunca un caso como éste, y dado su carácter excepcional, indica que los médicos dudan entre si sería preferible retirar o no los órganos infectados trasplantados. También apunta la conveniencia de realizar cuestionarios exhaustivos a los familiares de los donantes, para conocer si éstos hubieran podido incurrir en prácticas de riesgo.

Desde la aparición del primer caso de sida en 1981 y hasta el 30 de septiembre de 1997, en España se han notificado 47.698 casos siendo nuestro país, en el que se cuentan mayor número de casos nuevos por millón de habitantes cada año de toda Europa.

Se estima que 3 de cada 100 personas en España podrían estar infectadas por el VIH. La mayoría de ellos son varones y 4 de cada 5 casos se han producido en jóvenes entre 20 y 39 años de edad. Desde 1991 se produce más de una caso nuevo al año por cada 10.000 habitantes. Se calcula que el número de personas vivas infectadas por el VIH en España es de 120.000; la incidencia de SIDA en mujeres se multiplicó casi por nueve entre 1986 y 1995.

El consumo de drogas por vía intravenosa es causa directa o indirecta de más de las tres cuartas partes de casos de SIDA diagnosticados, siendo la transmisión por relaciones heterosexuales es la segunda vía de transmisión más frecuente.

El 78% de los casos femeninos debidos a transmisión heterosexual se dieron en mujeres cuya pareja sexual se inyectaba o se había inyectado drogas.

Abandona aquí a tu bebe

El Policlínico Casilino de Roma, no ha dudado en emular al Papa Inocencio III, que puso en marcha los tornos en los conventos para acoger a los bebés abandonados, preservando el anonimato de los progenitores.

Situado en uno de los suburbios más marginados de la ciudad, al final de la vía Casilina, con un índice extraordinariamente alto de inmigrantes y de gitanos rumanos, ha registrado en 2004 un total de 53 abandonos de bebés, que aumentaron a 84 en 2005, varios de ellos en un contenedor de basuras, emerge una moderna estructura de ladrillo, alumnio y cristal, en cuyo exterior, un cartel en seis idiomas con la foto de un bebé reza, "no lo abandones, confíanoslo a nosotros". En su interior, una cuna con sensores de temperatura y peso, activa una cámara que enfoca a la misma, al detectar la presencia de un bebé; de ser así, personal del hospital lo recoge llevándolo al centro sanitario.

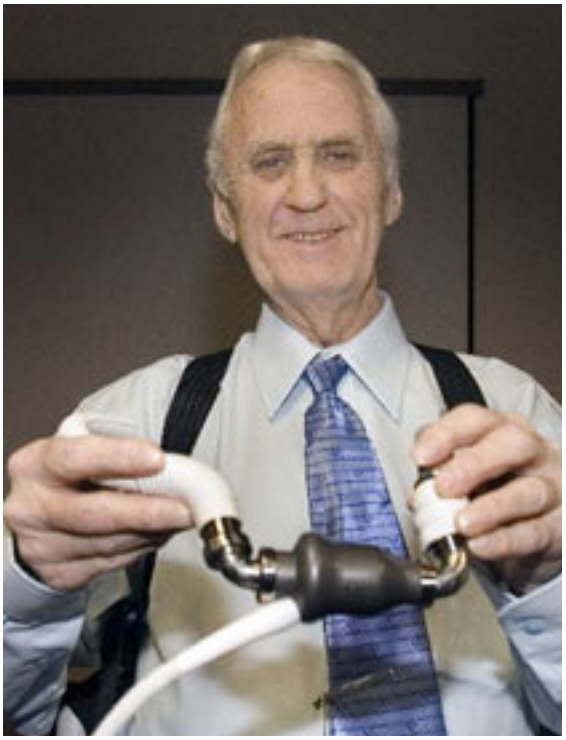
Se trata de evitar situaciones como la vivida por Rachele, quien fue abandonada en la trasera de una furgoneta que paró en una gasolinera de la zona, y que, al contrario que otros bebés abandonados con anterioridad, logró sobrevivir a la experiencia, y es que el Policlínico Casilino maneja unas estadísticas que reflejan a las claras, la lamentable situación en la que viven muchos de sus vecinos.

Se registra un 13% de prematuros frente al 6,5% de

la media regional, y más del 37% de los nacimientos corresponde a pacientes extracomunitarios, frente al 19% de la misma media.

El doctor Piermichele Paolillo, responsable de neonatología del Hospital, y promotor de la iniciativa, quiere dejar claro que con ella, en ningún caso se pretende fomentar el abandono de las criaturas, pero recuerda que en este mismo momento, y pese a que a día de hoy nadie ha hecho uso del sistema, se encuentran ingresados cuatro bebés abandonados que esperan los trámites judiciales para poder ser dados en adopción.

Vivir sin pulso



Gerard Langevin, de 65 años y residente en Canadá, había sufrido dos infartos en cuatro años, y varias circunstancias hacían inviable un transplante cardíaco; a pesar del mal pronóstico y gracias a un nuevo mecanismo cardiaco llamado "Heartmate II" (que podría traducirse como "corazón amigo"), hoy está a punto de ser dado de alta, tras sufrir una intervención de tres horas de duración el pasado 23 de noviembre.

El Heartmate II es un dispositivo que actualmente está siendo sometido a ensayos clínicos en varios hospitales de Canadá y Estados Unidos, y se calcula que el coste del sistema toda vez implantado, asciende a unos 100.000 dólares.

El propio Langevin comenta que tenía serias reservas cuando se le propuso esta alternativa, pero a la vista del evidente deterioro de su salud, y animado por su mujer, finalmente decidió someterse a la intervención, tras la cual posa satisfecho mostrándonos un dispositivo similar al que ya porta en su interior.

Este corazón mecánico, funciona mediante unas baterías ubi-

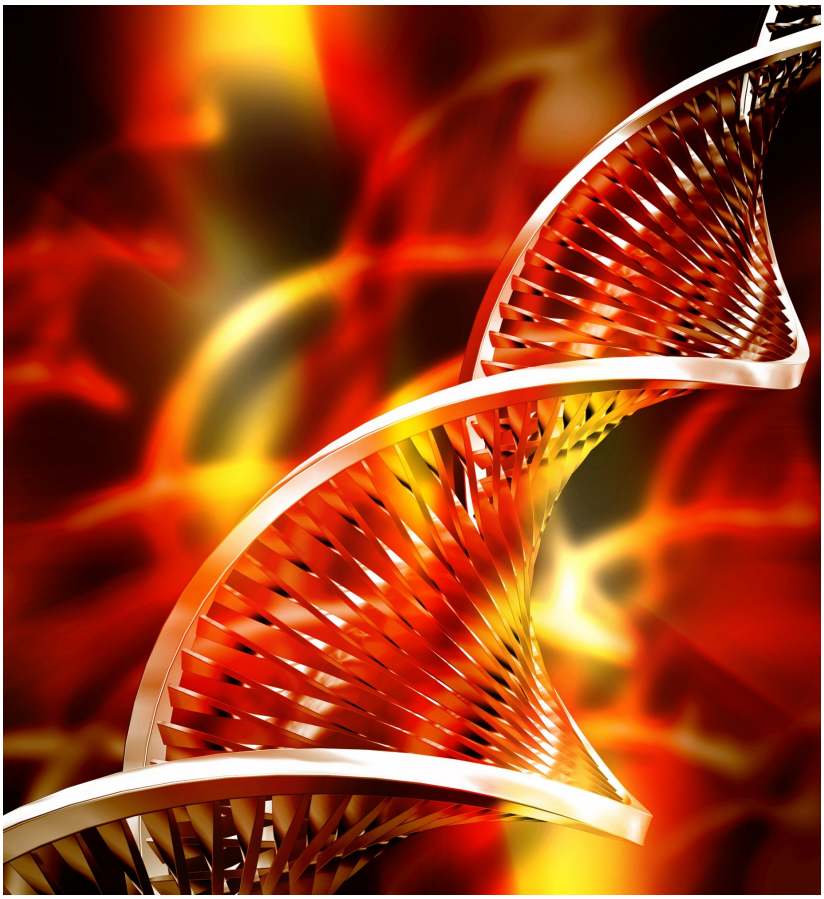
cadas en unos pequeños compartimentos situados a ambos costados del paciente, y suministra un flujo continuo de sangre, con la particularidad de que el paciente carece de pulso apreciable.

A diferencia de modelos previos, cuya vida estimada se calculaba en dos o tres años, el nuevo sistema, tiene una vida útil estimada de 10 años.

Para conocer más sobre este dispositivo, es posible visitar el sitio web del fabricante, donde se detallan especificaciones completas del producto.

Almacenar datos en ADN

A diferencia de soportes clásicos como el papel o digitales como los CD-ROMs, las memoras flash, los discos duros y otros dispositivos, limitados por el espacio y susceptibles de sufrir desgaste y accidentes de todo tipo, científicos japonenes afirman ahora que es posible usar el ADN para almacenar durante cientos de miles de años datos digitales de todo tipo, tales como textos, imágenes o música, en el interior de organismos vivos.



Los científicos han descrito un método para copiar y pegar los datos codificados en forma de ADN artificial en el genoma del Bacillus subtilis, una bacteria común que se encuentra en el suelo; la información digital insertada, sería heredada por cada nueva generación, garantizando así su permanencia.

En el momento de escribir estas líneas, los autores del trabajo han conseguido almacenar el mensaje “E=MC2 1095!”, la famosa ecuación de Einstein de 1905 sobre la equivalencia entre masa y energía.

La publicación de los detalles pormenorizados de la investigación está programada para la edición del 9 de abril de la revista *Biotechnology Progress*.

Biotechnology Progress es una revista editada por la división de publicaciones de la American Chemical Society, constituida en 1876 por el Congreso de los Estados Unidos, y está considerada como del más alto rigor científico.

Caligrafía mortal

La escritura ilegible en muchos casos de las recetas médicas,así como el uso generalizado de abreviaturas, ha puesto demanifiesto en Estados Unidos, que más de un millón y mediode pacientes, sufren cada año problemas de salud derivados de errores tanto en la dosificación, como en la administraciónde medicamentos erróneos, mientras que más de 7000 pacientes pierden la vida por las mismas razones.

La iniciativa, conocida como NEPSI (Iniciativa nacional deseguridad para pacientes mediante e-recetas), ofrecerá a los médicos la posibilidad de recetar electrónicamente, comprobar interacciones potencialmente peligrosas entre fármacos, y asegurarse de que las farmacias suministran las dosis y medicaciones apropiadas. Curiosamente, el 15% de los doctores de los EE.UU. son responsables del 50% del volumen total de prescripciones, mientras que el 30% de ellos, emite el 80% del total, de modo que según Kevin Hutchinson, responsable del proyecto, “el éxito no pasa por hacer que la totalidad de los doctores migren al nuevo sistema, sino que la clave está en ese 30% que prescribe la mayor parte de las recetas; después de eso, habrás automatizado todo el proceso”.

En españa, el informe de alta ha de ir mecanografiado, y no debe incluir abreviaturas.

Absuelta de delito de estafa

El Tribunal Supremo ha absuelto del delito de estafa a una curandera que se había comprometido a sanar a un enfermo terminal de cáncer por 18.000 euros; en la sentencia, el alto tribunal afirma que "la esperanza es humanamente entendida, pero la confianza en la magia no puede recabar la protección del derecho penal".

Nuria Montero Gallardo había sido condenada en primera instancia por la Audiencia Provincial de Cádiz a 2 años y medio de cárcel y multa de 8 meses con cuota diaria de 6 euros por delito continuado de estafa de especial gravedad.

El alto tribunal considera que "el ciudadano medio de nuestra sociedad, tiene un nivel de información sobre estas enfermedades y sus características, que difícilmente puede alegar confianza racional en poderes paranormales", y añade que "se considera que no existe estafa cuando el sujeto pasivo acude a médium, magos, poseedores de poderes ocultos, echadoras de cartas o de buenaventura o falsos adivinos, cuyas actividades no pueden considerarse como generadoras de un engaño socialmente admisible que origine o sean la base para una respuesta penal. En estos casos se considera que el engaño es tan burdo e inadmisible que resulta inidóneo para erigirse en el fundamento de un delito de estafa", explica la resolución.

La demandada, tras ver una fotografía del enfermo, aseguró que podía curarle de su mal, empezando el tratamiento antes de una semana, a cambio de 18.000 euros y un ave exótica; entre los métodos utilizados como "tratamiento", figuraba poner una vela y un vaso de agua delante de la fotografía.

Para reunir los 18.000 euros, los hijos solicitaron un crédito, que en el momento de dictarse la primera sentencia, seguían pagando.

No deja de ser curioso que en nuestro pais, cuando se nos acerca un timador simulando retraso mental y pidiéndonos cambiar un billete de 50€ por otro de 20€ por gustarle más el color, aunque nos mueva la codicia y la falta de valores, se nos considere víctimas de un timo, mientras que en este supuesto, no se aprecie.

Publicidad para patrocinadores

El cáncer de mama puede afectar a dos millones de españolas

Los días 9 y 10 de marzo se ha celebrado en Sevilla, el VI Simposio Internacional del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM).

Según el comunicado final emitido por los expertos allí reunidos, dos millones de españolas pueden padecer un cáncer de mama a lo largo de su vida, siendo como es uno de cada ocho tumores de los que se detectan, y la causa de muerte más frecuente en la mujer, con una prevalencia sólo superada por las enfermedades vasculares y las demencias.

A pesar de que la mortalidad está disminuyendo una media del 1,4% anual, gracias a su diagnóstico precoz y la mejora de las terapias, cada vez son más los casos de cáncer de mama registrados en nuestro país, estando actualmente en torno a los 16.000 nuevos casos anuales.

También se constata que aunque la mitad de los casos se manifiestan antes de la menopausia, cada vez es más frecuente a edades tempranas, por lo que se recomienda acudir a consulta en caso de existir antecedendes familiares -entre un 5% y un 10% de los casos-, o ante el mínimo signo durante la autoexploración; en caso de la existencia de antecedentes familiares de cáncer de mama, se recomienda comenzar a realizar mamografías, ecografías o resonancias magnéticas cada año, a partir de los 25 años de edad.

Las esperanzas están puestas ahora en los nuevos avances, tanto diagnósticos como terapéuticos, que permiten una mejora de la calidad de vida de los pacientes, minimizando los efectos secundarios, así como en el desarrollo de nuevas terapias individualizadas, según el perfil genético de cada mujer.

2 de cada 3 fracturas, no detectadas

A pesar del dolor, dos de cada tres faracturas vertebrales pasan inadvertidas, esa es una de las conclusiones del IV GINEFORO AEEM celebrado en Palma de Mallorca el 10 de marzo, que contó con la asistencia de 250 ginecólogos de toda España.

Este tipo de fractura reduce ostensiblemente la capacidad ventilatoria, y afecta en gran medida a las mujeres que padecen osteoporosis; una de cada dos mujeres de más de 50 años corre un serio riesgo de padecer una fractura como consecuencia de esta enfermedad.

Se calcula que una de cada tres mujeres de más de 80 años, sufrirá una fractura de cadera, dándose la circunstancia de que el 24 por ciento de ellas, morirá a lo largo del siguiente año y sólo la mitad de las afectadas, conservará la misma capacidad de marcha que tenía antes de la fractura.

Las medidas de prevención, una vez más, adquieren una especial relevancia, y deben ser adoptadas desde la infancia; el nivel de calcio durante el embarazo condicionará que en el futuro, la mujer desarrolle con más facilidad osteoporósis, así como el desarrollo de hábitos nocivos como fumar, consumir cantidades excesivas de alcohol y caflé,o no mantener una diete equilibrada y rica en alimentos con calcio o vitamina D. A lo anteriormente añadido, se destaca la importancia de adoptar pautas de ejercicio físico aeróbico de manera continuada.

Existen otros factores de riesgo, tales como la edad, antecedentes familiares, el sexo, y la raza; así, las mujeres de raza blanca, tienen un mayor índice de riesgo.

Resulta fundamental el diagnóstico precoz; cuanto antes se detecta, más probabilidades se tienen de evitar una futura fractura.

En España, se producen una media de 60.000 fracturas de cadera anuales, asociadas a la osteoporosis, con un coste medio asociado de 9.936 € por fractura, lo que nos posiciona como el segundo país de la Comunidad Económica Europea en gasto asociado por fractura/persona, sólo superado por Francia con 9.996€..