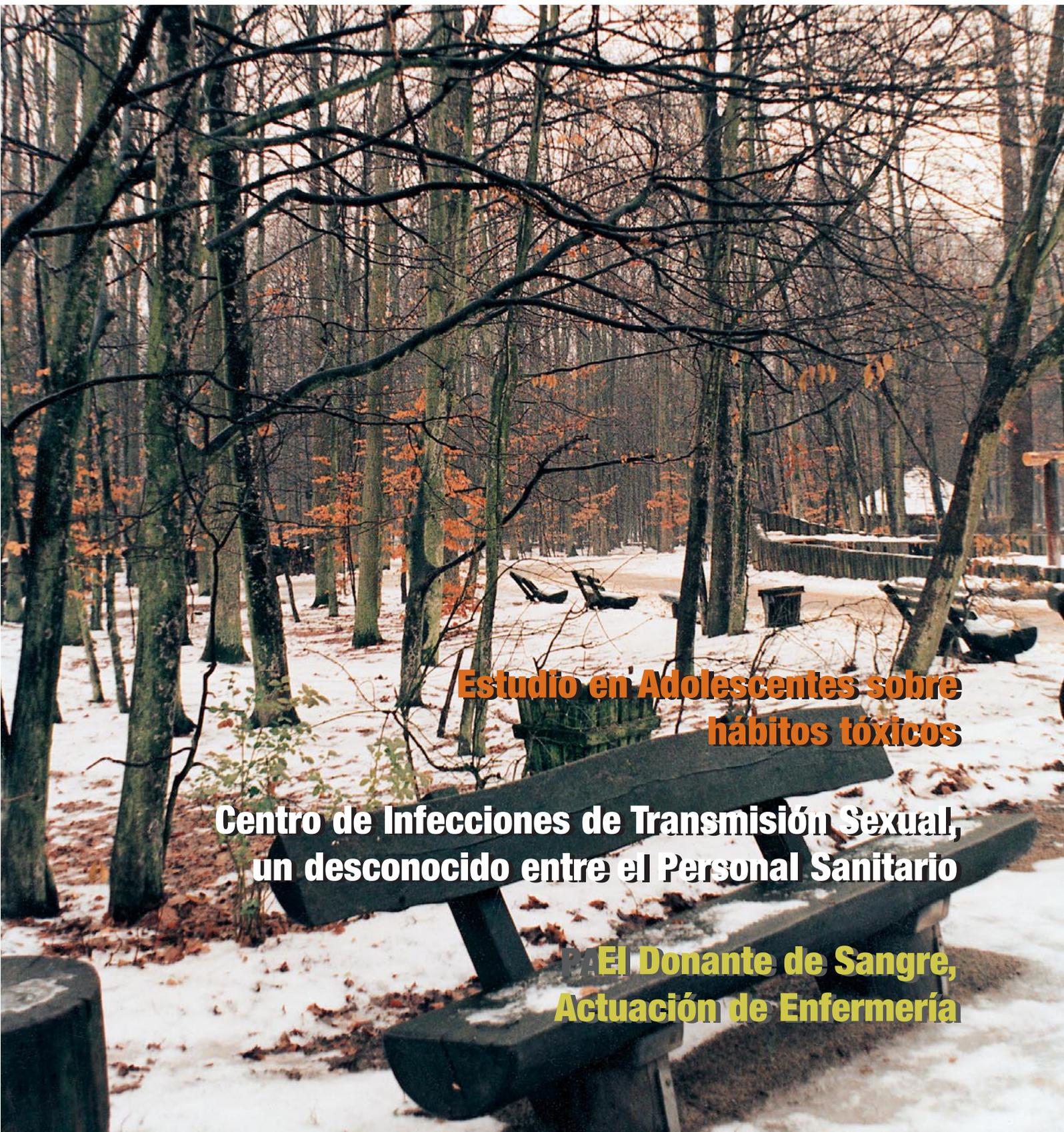


# HYGIA de ENFERMERIA

Nº 58, Año XVI 3º Cuatrimestre de 2004

Colegio de Enfermería de Sevilla



**Estudio en Adolescentes sobre  
hábitos tóxicos**

**Centro de Infecciones de Transmisión Sexual,  
un desconocido entre el Personal Sanitario**

**El Donante de Sangre,  
Actuación de Enfermería**

# SEGURO

## de Responsabilidad Civil

TU COLEGIO  
TE PROTEGE  
CON **250**  
millones de pesetas

**¡No te olvides!**  
**tu seguridad, ante todo**



ORGANIZACIÓN  
COLEGIAL DE ENFERMERÍA

**SEVILLA**

# Especialidades para asegurar el Futuro Profesional

El presente número de HYGIA, que cierra los correspondientes a 2004, tiene que, forzosamente e ineludiblemente, pasar por uno de los capítulos más descollantes no sólo del año que acaba de concluir sino de muchos otros anteriores ejercicios. Y me refiero a las Especialidades que, sucintamente, constituyen uno de los objetivos más largamente perseguidos por la enfermería porque, cuando se encuentren en las páginas del B.O.E., supondrán tanto como asegurar el presente y, sobre todo, el futuro de la profesión.

Hablar a estas alturas de las especialidades es tanto como referirnos al papel, indiscutible por objetivo, que ha protagonizado, y aún protagoniza, la Organización Colegial de Enfermería. En pocas oportunidades como ésta se ha visto materializado el significado y trascendencia de nuestra Organización que en cada provincia se conoce como Colegio Oficial. Ocioso resultará, por lo mismo, mencionar el rol que ha desempeñado el líder de la Enfermería española, Máximo González Jurado, en el refrendo de un quehacer serio y riguroso como pocos, ante la sucesión de problemas, handicaps y obstáculos que levantaron las Administraciones del Estado.

Debemos tener muy claro y presente que las especialidades equivalen a asegurar el futuro profesional. Con la perspectiva que nos otorga el escaso tiempo transcurrido, en relación a la tensión vivida alrededor de este asunto y que desembocó en la histórica jornada del 4-noviembre, no sería aventurado decir que en la historia reciente de la profesión en España habrá que hablar de un antes y un después del largo, tortuoso y esencial proceso de las Especialidades.

Y todo porque, básicamente, la sociedad demanda ser atendida por especialistas. Las cosas son así y, por si fuera poco, un concienzudo estudio de la Universidad de Harvard llevado a cabo entre miles de centros, certificó una realidad aplastante como el corolario que los Colegios pusieron en todo lo alto: "...A más enfermeras especialistas, más vidas salvadas...". Justo el lema de la pancarta que, desde hace meses, preside la fachada de la sede colegial sevillana.

De ahí que nada resulte más idóneo y necesario que cerrar el recorrido de esta publicación en 2004 con esta reflexión llamada a remarcar lo que por todos es sabido pero que no está de más reafirmar: Con las especialidades, enfermería de la mano de su Organización Colegial, ha librado no solamente una

importante batalla para lograr las herramientas que den más calidad al ciudadano. Lo decisivo ha sido que, con las especialidades en la mano (vía B.O.E. todo sea dicho), la enfermería en España habrá amarrado su futuro, el de los actuales profesionales y de cuantos miles y miles de compañeras/os nos sigan en el mismo ámbito de actuación.

Y una acotación final: resulta muy positivo y esclarecedor constatar cómo la actuación de la Organización Colegial en su conjunto ha roto viejos y trinchados tópicos acerca de su esencia y significado. El colegiado sabe que por el hecho de serlo, está protegido por una Organización moderna, activa, dialogante y emprendedora. A lo mejor (peor) algunos osen, en algún instante y al rebufo de la magnitud en ciernes, apuntarse méritos ajenos. Pero no tendrán el poder de la razón: la trayectoria de los responsables de la Organización Colegial, con su presidente González Jurado al frente, avala cualquier juicio histórico en relación a esta cuestión. De ahí que, junto a esta realidad, quisiera desearos a todos los lectores un 2005 lleno de venturas, en lo personal y en lo profesional.

*José María Rueda Segura  
Presidente del Colegio de  
Enfermería de Sevilla*

#### EDITA

Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

#### DIRECTOR

José María Rueda Segura

#### SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

#### DIRECCIÓN TÉCNICA

Miguel Angel Alcántara González

#### CONSEJO DE REDACCIÓN

Comisión Ejecutiva

#### TIRADA

9.000 ejemplares

#### ISSN

1.576-3056

#### DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

#### SOPORTE VÁLIDO

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

#### REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 20  
Telf.: 954 93 38 00/Fax: 954 93 38 03  
Página Web:  
[www.enfermundi.com/sevilla](http://www.enfermundi.com/sevilla)  
Correo Electrónico:  
[coleg41@enfermundi.com](mailto:coleg41@enfermundi.com)

#### MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.  
Telf. 95 435 00 03/Fax 95 443 46 24

# Sumario

**HYGIA**  
Nº 58

- 3 *Editorial*
- 5 *Plan de cuidados estandarizados para pacientes sometidas a Histerectomía*
- 15 *La Enfermería de Empresa en el Reconocimiento Médico-Laboral*
- 27 *Estudio en Adolescentes sobre hábitos tóxicos*
- 31 *Educación para la Salud: Cambios en la forma de vivir el Climaterio*
- 38 *Un nuevo yacimiento de empleo para la Enfermería andaluza*
- 41 *Diagrama de Flujo para la Monitorización de Indicadores de Calidad en Cirugía Mayor Ambulatoria*
- 45 *Centro de Infecciones de Transmisión Sexual, un desconocido entre el Personal Sanitario*
- 50 *Florencia Nightingale: una pionera en Enfermería y... en Estadística Aplicada*
- 55 *El Donante de Sangre. Actuación de Enfermería*

"En Espera"  
Autor: José Antonio Galván Oliert  
Colegiado nº 2.607



*Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida parcial o total por medio alguno electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones, tratamiento informático o cualquier otro, sin permiso por escrito de la editorial.*

*La revista HYGIA no se hace responsable necesariamente del contenido de los artículos publicados, correspondiendo dicha responsabilidad a los autores de los mismos.*

# Plan de Cuidados Estandarizados para pacientes sometidas a Histerectomía

■ Joaquín Rubio Revuelta

■ José Ángel González Burguillos

Diplomados en Enfermería. 4ª planta Hospital Universitario de Valme. Sevilla

## RESUMEN

En este trabajo desarrollamos un Plan de Cuidados para pacientes sometidas a histerectomía.

Se estructura en forma de Plan Estandarizado abarcando siete diagnósticos enfermeros más comunes, tanto en la etapa preoperatoria como postoperatoria.

Junto con estos Diagnósticos se identifican los Resultados (objetivos) más importantes a satisfacer, adjuntando los Indicadores que creemos preeminentes para una posterior evaluación, junto con su escala de valoración acreditada.

Posteriormente escogemos las Intervenciones Enfermeras sobre las que queremos trabajar, para en base a los resultados antes referidos, lograr su satisfacción.

El último paso en la confección del Plan sería identificar las Actividades a realizar propias de cada Intervención.

Esta elaboración debería, para mantener una coherencia en su estructura, inspirarse en un modelo teórico enfermero. Pensamos que el modelo de Virginia Henderson es actualmente una de los más aceptados y aporta consistencia al conjunto del Plan.

La Enfermera actúa apoyando psicológicamente en el preoperatorio (D.E. Ansiedad), así como supliendo aquellas necesidades que en el postoperatorio la paciente no puede satisfacer sola ( D.E. Déficit Autocuidado, D.E. Deterioro eliminación urinaria.....). Aparte se presta, naturalmente, atención a aquellos Diagnósticos que tienen especial influencia sobre la seguridad de modo real o potencial (D.E. Dolor agudo, D.E. Nauseas, etc).

Se aplica terminología y codificación validada por taxonomía NANDA-NIC-NOC. Esto garantizan un correcto y completo cuidado y seguimiento de la paciente hasta el Alta.

Este Plan sería evidentemente susceptible de individualización como meta de desarrollo futuro.

## PALABRAS CLAVE

Histerectomía.  
Plan de Cuidados .  
Diagnóstico Enfermero.  
Resultados.  
Intervenciones.  
Actividades.

## INTRODUCCIÓN

Siguiendo la línea de desarrollo profesional por el que la Enfermería discurre en las últimas décadas, hemos querido, mediante este artículo, sumarnos a una forma de trabajo global, que entiende al enfermo como un todo y que intenta cubrir sus necesidades bio-psíquicas, diseñando un Plan de Cuidados, que en este caso en la paciente histerectomizada, pretende satisfacer sus necesidades más importantes, tanto en la fase de preoperatorio como en el postoperatorio inmediato.

Este plan se presenta en forma de Plan Estandarizado como método de inicio de la actividad, entendiendo que la individualización del mismo, es un factor que se desarrollaría en etapas posteriores, cuando la maduración en el desarrollo de las nuevas técnicas de cuidados permitiera el manejo de más etiquetas diagnósticas, tanto en número como en complejidad.

Queda, con las aquí expuestas cubiertas las principales necesidades de la enferma histerectomizada, consiguiendo unificación de actuaciones y uniformidad de vocabulario.

La elaboración de este Plan, se consiguió a través de sesiones conjuntas de Diplomados y Auxiliares de Enfermería, que prestan sus servicios en la unidad de hospitalización quirúrgica de Ginecología, utilizando técnicas de grupo ( "brain storming", técnica nominal de grupo, diagramas de flujos, parrillas de priorización, etc).

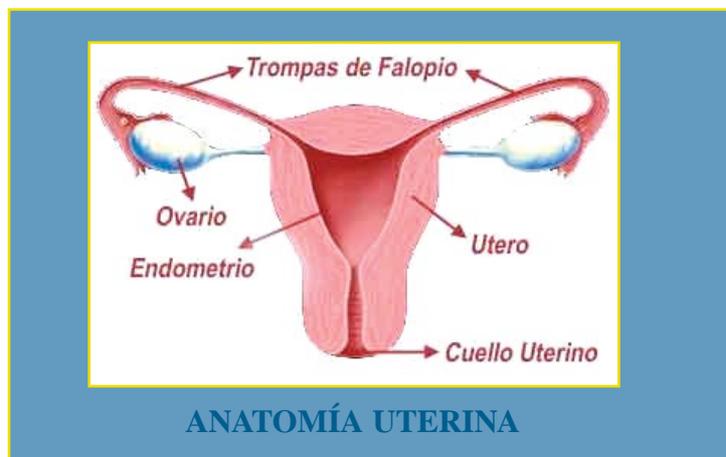
## Consideraciones Generales

### Histerectomía.

Es la extirpación quirúrgica del útero.

### Indicaciones de la histerectomía.

- Tumores en:
  - Útero.
  - Cuello uterino.
  - Ovarios.
- Fibromas.
- Dolor pélvico prolongado.
- Sangrado vaginal abundante.
- Prolapso uterino.
- Endometriosis.



### Evolución.

La mayoría de las pacientes se recuperan por completo después de un histerectomía.

Sin embargo se pueden presentar efectos físicos, una paciente que todavía tiene los ovarios no experimentará los síntomas que acompañan frecuentemente a la menopausia. Si los ovarios también fueron extirpados junto con el útero, entonces habrá efectos de tipo hormonal. Estos suelen ser tratados con terapia hormonal sustitutiva.

También encontramos efectos emocionales, algunas pacientes pueden sentirse deprimidas en función de su situación personal, edad, deseo de descendencia, etc.

Otros efectos se relacionan con la vida sexual:

- No existen contracciones uterinas durante el orgasmo.
- Si se realiza extirpación del ovario se presentan signos como sequedad vaginal que se aliviarían con el uso de estrógenos.
- Si existe resección de parte de la vagina, una penetración profunda puede ser dolorosa.
- Un efecto positivo sería la ausencia de miedo al embarazo.

## PLAN DE CUIDADOS

### Diagnósticos de Enfermería:

#### Ansiedad

Código NANDA: 00146

#### Resultados esperados:

- 1.- Control de la ansiedad.  
Código NOC: 1402.
- 2.- Superación de problemas.  
Código NOC: 1302.

#### Intervenciones de Enfermería:

- a) Disminución de la ansiedad.

Código NIC: 5820

Actividades:

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso.



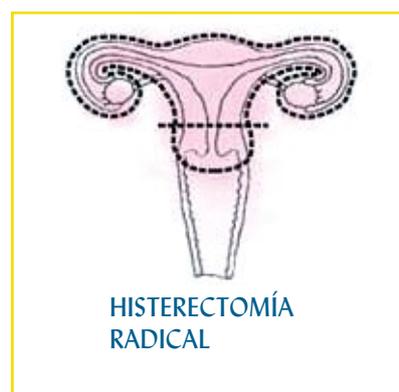
Histerectomía, herida.

b) Enseñanza prequirúrgica.

Código NIC: 5610

Actividades:

- Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.
- Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas de laboratorio, eliminación de orina, preparación de la piel, terapia IV, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano), si procede.
- Describir las rutinas/equipos postoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visita de familiares) y explicar su objeto.



c) Aumentar el afrontamiento.

Código NIC: 5230

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.

Indicadores		Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
I40204	Busca información para reducir la ansiedad	1	2	3	4	5
I40207	Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	2	3	4	5
I40212	Mantiene la concentración	1	2	3	4	5
I40214	Refiere dormir de forma adecuada	1	2	3	4	5
I40215	Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad	1	2	3	4	5
I40216	Ausencia de manifestaciones de una conducta ansiosa	1	2	3	4	5

Indicadores		Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
I30203	Verbaliza sensación de control	1	2	3	4	5
I30204	Refiere disminución de estrés	1	2	3	4	5
I30205	Verbaliza aceptación de la situación	1	2	3	4	5
I30208	Se adapta a los cambios en desarrollo	1	2	3	4	5
I30216	Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés	1	2	3	4	5
I30218	Refiere aumento del bienestar psicológico	1	2	3	4	5

Deterioro de la integridad tisular:-

Código NANDA: 00044

Resultados esperados:

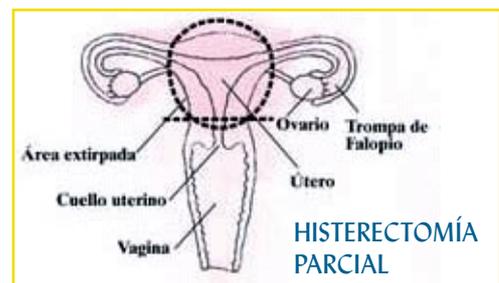
I.- Curación de la herida. Por primera intención.

Código NOC: 1102.

■ Plan de cuidados estandarizados para pacientes sometidas a Histerectomía

2.- Curación de la herida. Por segunda intención.  
Código NOC: 1103.

3.- Conocimiento: Régimen terapéutico.  
Código NOC: 1813.



Indicadores		Ninguna	Escasa	Moderada	Sustancial	Completa
110201	Aproximación cutánea.	1	2	3	4	5
110204	Superación de la secreción sanguinolenta de la herida.	1	2	3	4	5
110207	Resolución de la secreción serosanguinolenta de la herida.	1	2	3	4	5
110208	Resolución del eritema cutáneo circundante.	1	2	3	4	5
110209	Resolución del edema perilesional.	1	2	3	4	5

Indicadores		Ninguna	Escasa	Moderada	Sustancial	Completa
110301	Granulación	1	2	3	4	5
110302	Epitelización.	1	2	3	4	5
110306	Resolución de la secreción serosanguinolenta.	1	2	3	4	5
110307	Resolución del eritema cutáneo circundante.	1	2	3	4	5
110308	Resolución del edema perilesional.	1	2	3	4	5
110318	Resolución del tamaño de la herida.	1	2	3	4	5

Indicadores		Ninguna	Escasa	Moderada	Sustancial	Extenso
181301	Descripción de la justificación del régimen terapéutico.	1	2	3	4	5
181302	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.	1	2	3	4	5
181304	Descripción de los efectos esperados del tratamiento.	1	2	3	4	5
181307	Descripción de la actividad prescrita.	1	2	3	4	5

### Intervenciones de Enfermería:

a) Cuidados de las heridas:

Código NIC:3660.

Actividades:

- Despegar los apósitos y limpiar los restos de la herida.
- Anotar las características de la herida.
- Anotar las características de cualquier drenaje producido.
- Limpiar con jabón antibacteriano, si procede.
- Aplicar un vendaje oclusivo, si procede.
- Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Comparar y registrar cualquier cambio producido en la herida.

b) Cuidados del sitio de incisión.

Código NIC: 3440..

Actividades:

- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Tomar nota de las características de cualquier drenaje.

c) Control de hemorragias.

Código NIC: 4160.

Actividades:

- Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar si hay sangre franca u oculta en todas las secreciones).

**Dolor agudo**

Código NANDA: 00132

Resultados esperados:

- 1.- Nivel del dolor.  
Código NOC: 2102.
- 2.- Control del dolor.  
Código NOC: 1605.

Intervenciones de Enfermería:

a) Administración de analgésicos.

Código NIC: 2210.

Actividades:

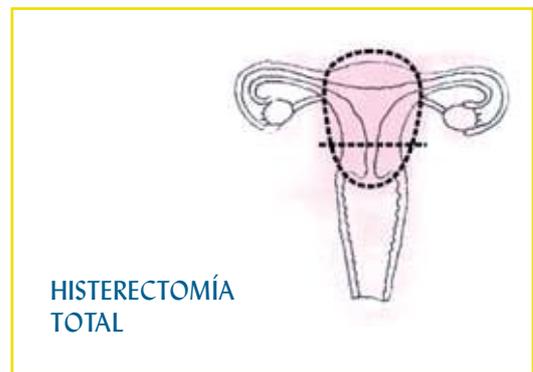
- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

b) Manejo del dolor.

Código NIC: 1400.

Actividades:

- Seleccionar y desarrollar medidas farmacológicas y no farmacológicas.



**Deterioro de la eliminación urinaria.-**

Código NANDA: 00016

Indicadores		Intenso	Sustancial	Moderada	Ligero	Ninguno
210201	Dolor referido.	1	2	3	4	5
210203	Frecuencia del dolor.	1	2	3	4	5
210204	Duración de los episodios de dolor.	1	2	3	4	5
210205	Expresiones orales de dolor.	1	2	3	4	5
210208	Inquietud.	1	2	3	4	5

Resultados esperados:

1. Continencia urinaria.

Indicadores		Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
160502	Reconoce el comienzo del dolor	1	2	3	4	5
160506	Utiliza los signos de alerta para solicitar ayuda.	1	2	3	4	5
160507	Refiere síntomas al profesional sanitario.	1	2	3	4	5
160509	Reconoce los síntomas del dolor.	1	2	3	4	5
160511	Refiere dolor controlado.	1	2	3	4	5

Código NOC: 0502.

2.- Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión.

Código NOC: 1609.

3.-Eliminación urinaria.

Código NOC: 0503.



*Histerectomía, herida curada.*

Intervenciones de Enfermería:

a) Manejo de la eliminación urinaria.

Código NIC: 0590.

Actividades:

- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, volumen y color..

b) Cuidados de la retención urinaria.

Código NIC: 0620..

Actividades:

- Realizar una evaluación urinaria.
- Insertar catéter urinario, si procede.
- Observación y registro de signos y síntomas de retención.

Indicadores		Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
050201	Reconoce la urgencia miccional.	1	2	3	4	5
050203	Responde de forma adecuada a la urgencia.	1	2	3	4	5
050206	Micción > 150 ml cada vez.	1	2	3	4	5
050207	Ausencia de pérdidas de orina entre micciones.	1	2	3	4	5
050208	Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina.	1	2	3	4	5
050211	Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, levantar peso, etc)	1	2	3	4	5

c) Cuidados de la incontinencia urinaria.

Código NIC: 0610..

Actividades:

- Observación y registro de signos y síntomas de incontinencia.
- Sondaje urinario si procede.

Indicadores		Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
160901	Cumple las precauciones recomendadas.	1	2	3	4	5
160902	Cumple el régimen terapéutico recomendado.	1	2	3	4	5
160903	Cumple los tratamientos prescritos.	1	2	3	4	5
160905	Cumple el régimen de medicación.	1	2	3	4	5
160907	Realiza cuidados personales.	1	2	3	4	5

Indicadores		Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No
050301	Patrón de eliminación en el rango esperado.	1	2	3	4	5
050303	Cantidad de orina en el rango esperado.	1	2	3	4	5
050304	Color de orina en el rango esperado.	1	2	3	4	5
050308	Entradas y salidas durante 24 horas equilibradas.	1	2	3	4	5
050312	Continencia de orina.	1	2	3	4	5

Riesgo de infección.

Código NANDA: 00004

Resultados esperados:

1.- Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión.

Código NOC: 1609.

2.- Conocimiento: Control de la infección.

Código NOC: 1807.

3.- Control del riesgo.

Código NOC: 1902.



Histerectomía, momento de la cura

Intervenciones de Enfermería:

a) Control de las infecciones.

Código NIC: 6540.

Actividades:

- Poner en práctica normas de precaución universales.
- Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones.

**Déficit de autocuidados (Baño/higiene, vestido/acicalamiento, uso del WC).-**

Código NANDA: 00108-00109-00110

**Resultados esperados:**

1.- Cuidados personales: Baño, higiene, vestir, uso del inodoro.

Código NOC: 0301-0305-0302-0310

Indicadores		Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
160901	Cumple las precauciones recomendadas.	1	2	3	4	5
160902	Cumple el régimen terapéutico recomendado.	1	2	3	4	5
160903	Cumple los tratamientos prescritos.	1	2	3	4	5
160905	Cumple el régimen de medicación.	1	2	3	4	5
160907	Realiza cuidados personales.	1	2	3	4	5

**Intervenciones de Enfermería:**

a) Ayuda en los autocuidados: Baño/higiene, vestir/arreglo personal, aseo.

Código NIC: 1801-1802-1804.

Actividades:

- Facilitar el aseo individual si procede.

b) Enseñanza individual.

Código NIC: 5606.

Indicadores		Ninguna	Escasa	Moderada	Sustancial	Extenso
180701	Descripción del modo de transmisión.	1	2	3	4	5
180702	Descripción de los factores que contribuyen a la transmisión.	1	2	3	4	5
180703	Descripción de las prácticas que reducen la transmisión.	1	2	3	4	5
180704	Descripción de signos y síntomas.	1	2	3	4	5

Indicadores		Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
190201	Reconoce el riesgo.	1	2	3	4	5
190202	Supervisa los factores de riesgo medioambientales.	1	2	3	4	5
190203	Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal.	1	2	3	4	5
190209	Evita exponerse a las amenazas para la salud.	1	2	3	4	5

Actividades:

- Instruir al paciente, cuando proceda.

**Náuseas.**

Código NANDA: 00134.

**Resultados esperados:****I.- Gravedad del síntoma.**

Código NOC: 2103.

**Intervenciones de Enfermería:****a) Manejo de la medicación.**

Código NIC: 2380.

Actividades:

- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.

**b) Manejo del vómito.**

Código NIC: 1570.

Actividades:

- Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre, la duración y el alcance de la emesis.
- Determinar la frecuencia y la duración del vómito.

**c) Manejo de las náuseas.**

Código NIC: 1450.

Actividades:

- Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la intensidad y factores desencadenantes.

Indicadores		Dependiente	Con ayuda personal y dispositivo	Con ayuda personal	Independiente con ayuda de dispositivo	Independiente
030107	Se lava en el lavabo.	1	2	3	4	5
030109	Se baña en la ducha.	1	2	3	4	5
030111	Se seca el cuerpo.	1	2	3	4	5
030501	Se lava las manos.	1	2	3	4	5
030503	Se limpia la zona perineal.	1	2	3	4	5
030506	Mantiene la higiene bucal.	1	2	3	4	5
030204	Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo.	1	2	3	4	5
030205	Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo.	1	2	3	4	5
030210	Se pone los zapatos.	1	2	3	4	5
031003	Entra y sale del cuarto de baño	1	2	3	4	5
031005	Se coloca en el inodoro.	1	2	3	4	5
031008	Se levanta del inodoro.	1	2	3	4	5
031007	Se limpia después de orinar o defecar.	1	2	3	4	5

Indicadores		Grave	Sustancial	Moderada	Ligero	Ninguno
210301	Intensidad del síntoma.	1	2	3	4	5
210302	Frecuencia del síntoma.	1	2	3	4	5
210303	Persistencia del síntoma.	1	2	3	4	5
210304	Malestar asociado.	1	2	3	4	5

## CONCLUSIONES

Como conclusión al trabajo habría que destacar la constatación del método que se analiza (Planes de Cuidados), como una forma eficaz y rigurosa de

práctica enfermera que dota a los profesionales de instrumentos normalizados de trabajo, asegura al paciente un mejor e integral seguimiento de su proceso y para la profesión supone un paso clave al identificar grupos estandariza-

dos y pautas de trabajo que se pueden medir y contrastar con otras de una forma más rigurosa al existir indicadores que valorarían el éxito o fracaso de las Intervenciones Enfermeras.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Conceptos de Enfermería en la práctica, "Modelo de Orem". Dorotea E. Orem Edit. Masson-Salvat Enfermería. 1993.
- 2.- Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA. Traducción: Mercedes Ugalde Apalategui y Assumta Rigol i Cuadra. Edit. Masson. 1997.
- 3.- Joven Maried, J., Villanoba Artero, C., Juliá Sedä, G., González-Huix Lladó, F. 1993. Diccionario de Medicina. Artel. Barcelona.
- 4.- BRUNNER, SUDDARTH. Enfermería Médico Quirúrgica 7º ed. Interamericana 1994. Madrid.
- 5.- Plan general de intervención enfermera ante pacientes ingresados para intervención quirúrgica programada. Muñoz de Alba. J. HUPR. 1995.
- 6.- Planes de cuidados de Enfermería. Modelo de referencia, métodos e instrumentos. Antonia María Tomás Vidal. Edit. Olalla Ediciones. 1996.
- 7.- Planes de cuidados estandarizados. Curso de Calidad, Hosp. Valme. 1998.
- 8.- UROLOGÍA: Libro del residente. Asociación Española de Urología. 1998.
- 9.- NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. Harcourt. 2001-2002.
- 10.- Proyecto de Intervenciones IOWA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek. Tercera Edición. Harcourt. 2002.
- 11.- Proyecto de Resultados IOWA. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). Marion Johnson, Maridean Maas, Sue Moorhead. Segunda Edición. Harcourt. 2002.
- 12.- "Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados" Carpenito L.S. McGraw-Hill Interamericana. 1994.
- 13.- "Manual Signo II". Club de enfermería. Dirección General del INSALUD. Subdirección General Atención Especializada. 1995.
- 14.- "Planes de cuidados de enfermería, modelos de referencia, métodos e instrumentos". Tomas Vidal A.M. Olalla Ediciones. 1996.
- 15.- "Aplicación del proceso enfermero, guía paso a paso". Alfaro-Lefevre R. Springer. 1998.
- 16.- "Manual de enfermería médico-quirúrgica". Pamela L. Swearingen. Harcourt. Brace. 1998.
- 17.- "Enfermería quirúrgica. Planes de cuidados". Guillement Lloveras A.; Jerez Hernández J.M. Springer. 1999.
- 18.- "Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica". Luis Rodrigo M.T. Masson. 2000.
- 19.- "Manual de enfermería urológica". Fernández del Busto E.; Martínez de Iturrate Arín J. Secretariado de publicaciones e intercambio editorial. Universidad de Valladolid. 2000.

# La Enfermería de Empresa en el Reconocimiento Médico-Laboral

■ **María de Gracia Pérez Roldán**

■ **Purificación Morales Delgado**

Diplomadas en Enfermería. Mutua de accidentes de Trabajo y Enfermedades

Profesionales de la Seguridad Social. Servicio Médico de Mutual Cyclops. Alcalá de Guadaíra. (Sevilla)

## RESUMEN

En el presente artículo de revisión vamos a describir, las pruebas complementarias que se realizan en los reconocimientos médicos laborales: prueba funcional respiratoria (espirometría), prueba funcional audiométrica (audiometría), electrocardiograma y test de visión.

La realización de la audiometría en los trabajadores nos permite hacer una valoración de las lesiones que puede producir el ruido sobre el oído. Nos permitirá, junto con la historia clínica laboral, realizar el diagnóstico diferencial entre trauma acústico laboral y extralaboral. Dicha prueba se realizará en un ambiente insonorizado.

La espirometría constituye un elemento fundamental para la valoración de la función pulmonar. La espirometría forzada es la que debemos solicitar para valorar la incapacidad laboral y nos permite diagnosticar una alteración en la ventilación y tipificarla.

El electrocardiograma es un registro de la actividad eléctrica del corazón, se realiza en aquellos trabajadores mayores de 40 años y en los que el protocolo específico laboral lo precisa.

Para la realización del test de la agudeza visual se utiliza el optotipo, que nos determinará si existe alteración visual.

## PALABRAS CLAVES

Escotoma, trauma acústico, frecuencias no conversacionales.

Espirometría forzada, FVC, FVEI, Índice de Tiffeneau.

Diagnósticos electrocardiográficos. Agudeza visual, fatiga visual.

IMC.

## INTRODUCCIÓN

El ámbito de actuación de la enfermería en el campo de la Medicina del Trabajo es muy amplio. Algunas de sus funciones son las de promover, con carácter general, la prevención en la empresa, proponer medidas para el control y reducción de los riesgos dentro de las mismas y realizar actividades de información y formación básica de los trabajadores.

La actividad desarrollada por los profesionales de enfermería en el entorno de la prevención y promoción de la salud, que tiene más interés para las empresas y los propios trabajadores, es la realización de los reconocimientos médicos laborales.

Estos reconocimientos constan de dos partes bien diferenciadas. Una es realizada por el facultativo y la otra por el personal de enfermería. El médico realiza la anamnesis que consta del historial laboral, incluyendo el puesto actual y puestos anteriores, recopilará información durante la visita de los antecedentes personales y familiares así como del calendario vacunal y hábitos tóxicos (tabaco/alcohol). Posteriormente hará una exploración física, del paciente por aparatos (piel, cabeza, tronco, cardio-circulatorio y locomotor).

El/la enfermero/a llevará a cabo la toma de muestras (sangre/orina) y la realización de las pruebas complementarias, que permitirá, junto con la historia clínica, determinar la aptitud o no aptitud del trabajador, para desempeñar sus funciones en el puesto de trabajo. Dichas pruebas complementarias son: Audiometría, espirometría, valoración de la agudeza visual (test visión), electrocardiograma, somatometría y, en su caso, estudio radiológico.

## AUDIOMETRÍA

La Audiometría es un estudio cuyo objeto es determinar las alteraciones de la audición relacionadas con los estímulos acústicos.

Los resultados de la audiometría se expresan en forma de gráfica, ésta constituye el audiograma.

La realización de audiometrías nos permite hacer una valoración individual y colectiva de la lesión que puede producir el ruido sobre el oído.

Es de gran importancia establecer criterios para el diagnóstico de la audiometría. Ello nos facilitará los seguimientos sucesivos que se realicen al trabajador, así como comparar resultados de grupos expuestos.

Debemos descartar la presencia de anomalías en oído externo y tímpano, tales como la presencia de tapones de cerumen, la pérdida de elasticidad del tímpano, ...<sup>1</sup> La audiometría debe realizarse en un ambiente insonorizado. El más idóneo es el que nos ofrece



Cabina audiométrica insonorizada

una cabina audiométrica insonorizada.

Las frecuencias estudiadas son: 500, 1000, 2000, 3000 (frecuencias conversacionales), 4000, 6000 y 8000 Hz (frecuencias no conversacionales)

## CLASIFICACIÓN DE AUDIOMETRÍAS

Para clasificar las audiometrías nos basaremos en:

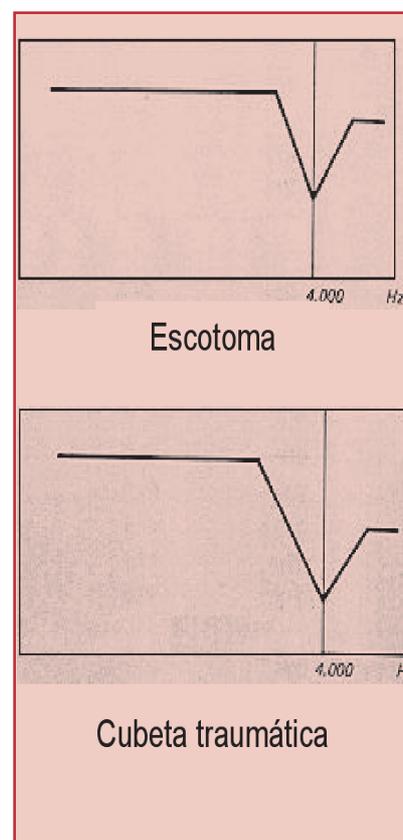
1. Valoraremos dentro de la normalidad toda aquella gráfica cuyo umbral de audición no sea superior a 25 dB en ninguna frecuencia.
2. Si encontramos valores por encima de 25dB, se deberá determinar a través del historial clínico y laboral, si la alteración es debida o no a la exposición de niveles elevados de ruido
3. Si la audiometría es compatible con una exposición a ruido debemos determinar si se trata de un trauma acústico (no afectación del área conversacional), o bien de una hipoacusia por ruido (afectación del área conversacional).

En el trauma acústico se produce un escotoma auditivo en las frecuencias 4000 y/o 6000 Hz. Para descartar la presbiacusia, en la frecuencia de 8000 Hz debe producirse una recuperación.

Cuando el escotoma no supera los 55 dB hablaremos de trauma acústico leve, si por el contrario se supera esta cifra, estaremos ante un trauma acústico avanzado<sup>2</sup>.

Este escotoma se profundiza con los años de trabajo y la edad del trabajador, y esta imagen se irá ampliando hasta convertirse en una cubeta traumática.

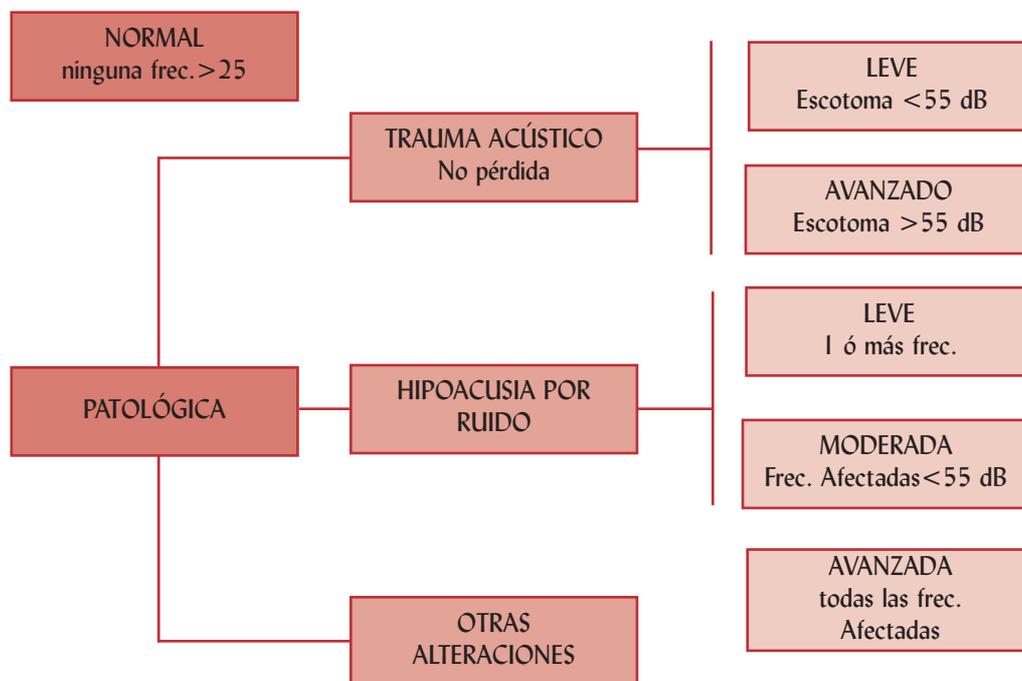
4. Clasificaremos como otras alteraciones a todas aquellas que no sean debidas a exposición a ruido<sup>3</sup>.



## EL AUDIÓMETRO

Aparato de alta tecnología constituido por un generador de distintas frecuencias de sonido; este instrumento emite tonos puros, sonidos que el ser humano no está acostumbrado a escuchar, ya que no existen como tal en la vida diaria.

La audiometría electrónica permite estudiar:



1. El umbral auditivo, es decir, la intensidad mínima audible para cada frecuencia, técnica que se conoce con el nombre de audiometría tonal umbral.
2. Fenómenos fisiopatológicos que se producen en las hipoacusias sensorineurales (pruebas supraliminales).
3. La comprensión de la palabra, es decir, la capacidad que tiene el oído y la vía auditiva de discriminar un término de otro<sup>4</sup>.



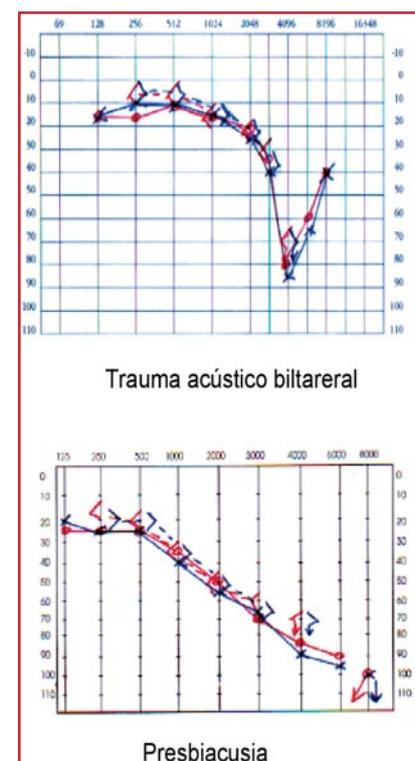
Audímetro

## TRAUMA ACÚSTICO

El trauma sonoro puede producirse en un ambiente extralaboral (discotecas, música fuerte, tiro, deportivo, caza, tiro militar, aviación, motociclismo o automovilismo, submarinismo, etc.) o adquirido dentro de las horas de trabajo, o sea trauma sonoro y laboral.

En las sorderas de conducción (transmisión) la curva en la vía aérea, está descendida toda ella o en parte. En las sorderas de percepción (neurosensoriales) la curva aérea está descendida poco en las frecuencias graves y fuertemente en las frecuencias agudas, pudiendo incluso estar cortadas (o no oírse) en las frecuencias muy agudas (4.000 hasta 8.000). En las sorderas mixtas la curva de conducción aérea está descendida en toda la

longitud de las frecuencias presentando un nivel muy bajo en las frecuencias elevadas<sup>5</sup>.



## ESPIROMETRÍA

En la patología pulmonar laboral es imprescindible el estudio de la función pulmonar. Para ello contamos con la espirometría que es una de las pruebas que más información nos aporta, al respecto. La interpretación de sus resultados no permite, determinar el diagnóstico etiológico pero nos facilitará descartar una posible limitación ventilatoria así como valorar la gravedad de la afectación funcional.<sup>6</sup>

Los objetivos del estudio funcional pulmonar en Medicina del Trabajo son diversos, entre ellos podemos destacar la ayuda en el diagnóstico (Bisinosis, Asmas de origen ocupacional, etc.), la evaluación legal de las Neumosis y los exámenes previos en empresas de riesgo (TDI, PVC, etc.).

La espirometría puede ser simple y forzada. En la simple, se pide al paciente que, después de una inspiración máxima, expulse todo el volumen de aire que sea capaz, utilizando todo el tiempo que necesite. La espirometría forzada consiste en solicitar al enfermo que, tras una inspiración máxima, expulse todo el aire que contengan sus pulmones, en el menor tiempo posible.

En los reconocimientos médicos laborales realizaremos la espirometría forzada. Ésta complementa, el examen clínico-radiológico, es la que hemos de solicitar para valorar la incapacidad laboral y nos permitirá establecer una alteración en la ventilación y tipificarla.

Los resultados de la espirometría nos van a permitir valorar tres parámetros fundamentales: la capacidad vital forzada (FVC): Volumen de gas expulsado en una espiración forzada tras una inspiración máxima.

El volumen espirado forzado en el primer segundo (FVEI o VEMS): Volumen expulsado durante el primer segundo tras haber realizado una inspiración rápida y forzada.

Índice de Tiffeneau (FVEI%): Relación porcentual entre la FVC / FVEI.

### EL ESPIRÓMETRO

Se pueden distinguir tres tipos de espirómetros. Los espirómetros húmedos o de agua, los secos y los espirómetros electrónicos (Neumotacógrafos). El neumotacógrafo es un aparato de última generación, éste es el que utilizamos en nuestro centro.<sup>7</sup>

### DESCRIPCIÓN DE LA MANIOBRA DE ESPIRACIÓN FORZADA

Los parámetros ambientales a tener en cuenta en la realización de la audiometría son: La temperatura de la habitación (10-40°C), la presión atmosférica (430-800mmHg) y la humedad relativa (%) entre 0-100%. Por otro lado describiremos los parámetros individuales del sujeto a estudiar, estos son el sexo, la talla, la edad y el peso. Instruir al sujeto a examinar sobre la maniobra a realizar:



*Espirómetro y turbina transductora*

El paciente realizará una maniobra de inspiración máxima, de forma relajada.

La boca debe estar libre de comida u otros obstáculos. La inspiración máxima durará al menos 6 segundos, tras la misma le diremos al sujeto que introduzca la boquilla en la boca, sellándola con sus labios para evitar la fuga de aire, y que realice una espiración máxima forzada (expulsión fuerte, rápida y sostenida del aire).

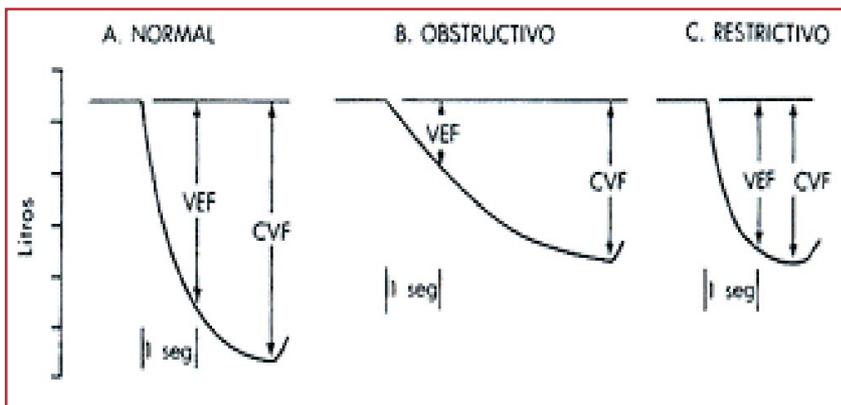
En la realización de esta prueba, el papel de enfermería es muy importante. El enfermero/a deberá explicar al sujeto cómo realizar la maniobra de una forma clara y concisa. Si fuera necesario se haría una demostración práctica. Para valorar si la espirometría ha sido realizada correctamente, imprimiremos los resultados y los valoraremos con los parámetros anteriormente citados.

### VALORACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La exploración funcional debe reunir todos y cada uno de los criterios de medición y ejecución homologados internacionalmente, pues de lo contrario, los datos

	LEVE	MODERADO	SEVERO
SEPAR	$\geq > 65$	45-65	< 45
ERS	$\geq > 70$	50-69	< 50
ATS	$\geq > 50$	35-49	< 35
BTS	60-79	40-59	< 40

Separ: Sociedad Española de neumología y cirugía torácica; Ers: European Respiratory Society; ATS: American Thoracic Society; BTS: Brithis Thoracic Society.



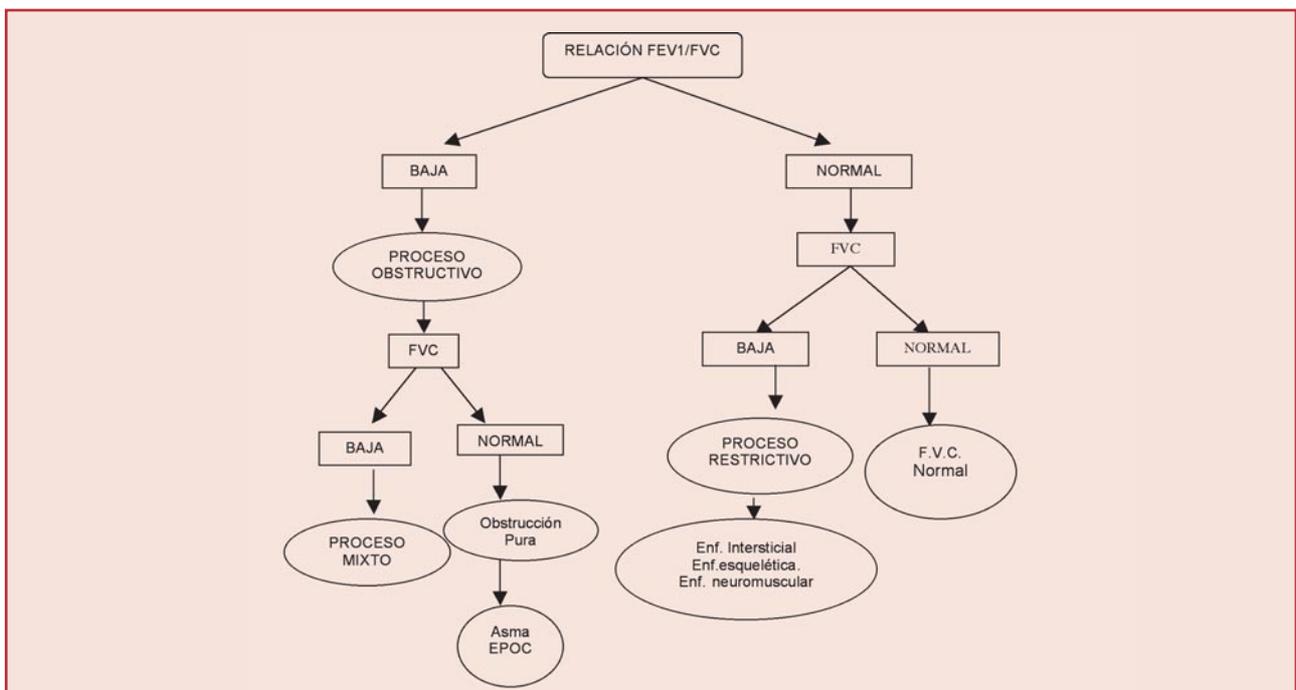
Modelo normal, obstructivo y restrictivo de la espirometría forzada

rativas. Estas tablas establecen el grado de obstrucción pulmonar respecto a la afectación del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1). Determinar qué tanto por cierto es considerado dentro de la normalidad, ha creado controversia, debido a los distintos estudios y conclusiones a las que se han llegado. A continuación detallamos algunas tablas realizadas por distintas organizaciones:<sup>8</sup>

aportados inducirán a error. El empleo de tablas teóricas actualizadas, con las que se puede obte-

ner la diferencia porcentual entre el valor obtenido y el estimado, permite cuantificar cifras compa-

La interpretación de la espirometría nos va a permitir establecer los patrones respiratorio en fun-



Enfoque diagnóstico de las alteraciones de la función ventilatoria

ción a las alteraciones ventilatorias detectadas.

Determinaremos los siguientes patrones espirométricos:<sup>9</sup>

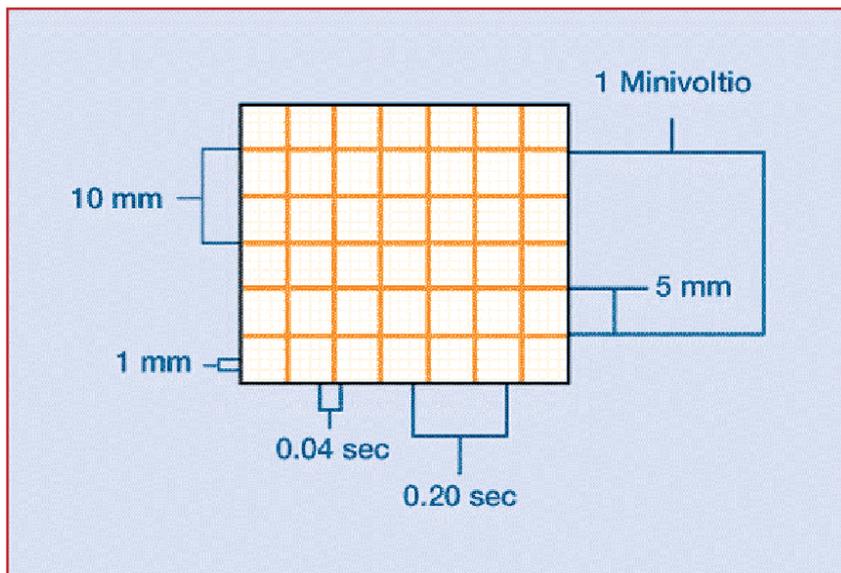
- Alteración Ventilatoria Obstructiva.
- Alteración Ventilatoria Restrictiva.
- Alteraciones Mixtas .

## ELECTROCARDIOGRAMA

La función principal del sistema cardiovascular es bombear la sangre para conducir el oxígeno y otras sustancias nutritivas hacia los tejidos. También elimina los productos residuales y transporta sustancias, como las hormonas, desde una parte a otra del organismo.<sup>10</sup>

## EL ELECTROCARDIOGRAMA

El electrocardiograma es un registro lineal de la actividad eléctrica del corazón. Constituye



Características del papel milimetrado

una prueba complementaria de fácil accesibilidad y de bajo costo económico.

El registro de la actividad eléctrica se realiza sobre un papel cuadrículado que nos permite medir las ondas y los segmentos. El electrocardiograma es una gráfica que mide verticalmente voltaje, marcado por el desplazamiento de la aguja, y horizontalmente

tiempo, determinado por el desplazamiento del papel.

Para realizar el registro electrocardiográfico contamos con doce derivaciones, que se obtienen colocando los electrodos en las extremidades y en la zona precordial del sujeto.

Las derivaciones de los miembros se localizan en el plano frontal y pueden ser bipolares (I, II y III) o monopolares (aVR, aVL, aVF). Las derivaciones precordiales están en el plano horizontal y son monopolares (V1, V2, V3, V4, V5 y V6).

Las derivaciones bipolares de los miembros fueron introducidas por Einthoven y se forman al aplicar los electrodos en el brazo derecho, brazo izquierdo y pierna izquierda.<sup>11</sup>

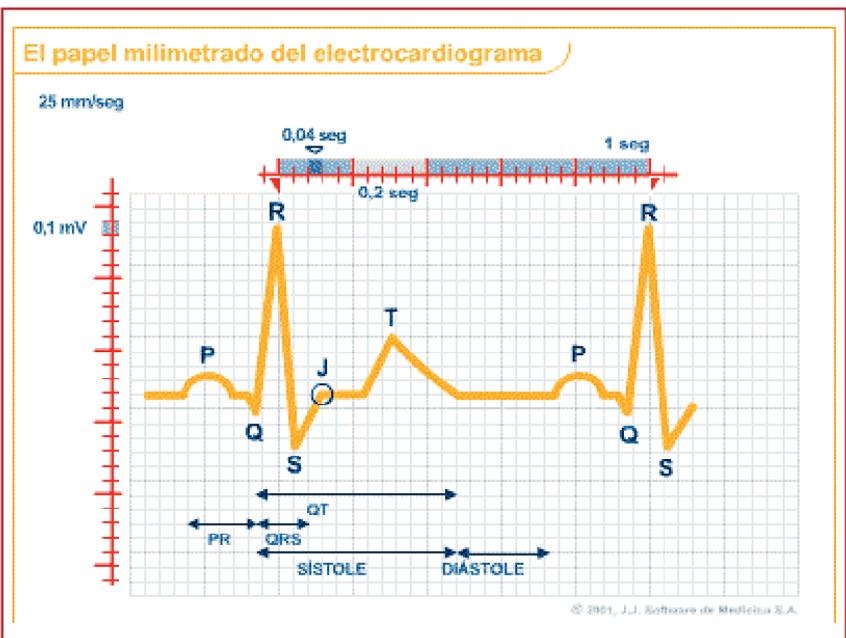
## EL ELECTROCARDIOGRAFO

Las variaciones eléctricas del corazón pueden registrarse desde la superficie del cuerpo mediante un electrocardiógrafo.



Electrocardiógrafo

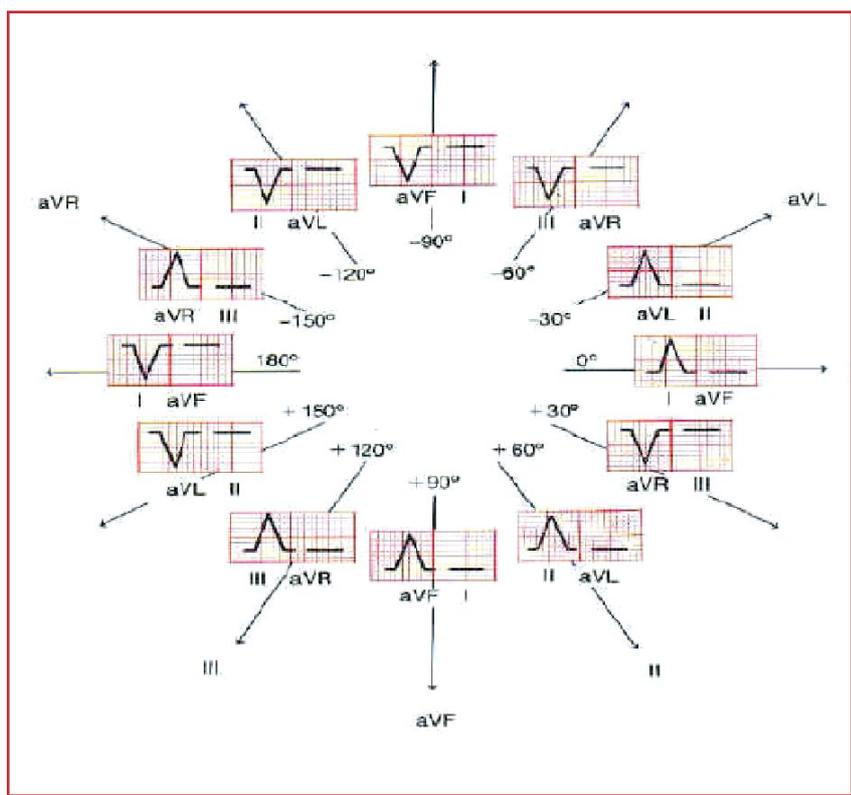
El electrocardiograma es un oscilógrafo que traduce las variaciones de potencial eléctrico en oscilaciones de una aguja desde la superficie corporal, mediante un circuito de transistores. También existe un sistema de correcciones que evita que otras corrientes no interfieran con las cardíacas. Por último reseñar el sistema de inscripción que verifica el registro mediante una aguja inscriptora que se mueve en sentido vertical, sobre papel milimetrado que se desplaza a una velocidad de 25mm/seg. Cada milímetro en el eje de abscisas supone 0,04 seg. de tiempo y cada 5mm son 0,2 seg. Cada milivoltio (mV) registrado se traduce en un desplazamiento de la aguja de 10 mm en el eje de ordenadas<sup>12</sup>.



Curvas e intervalos del ECG

Esta se desplazará hacia arriba cuando los potenciales sean positivos y hacia abajo cuando sean negativos. Las variaciones de potencial se miden gracias a los

dos electrodos que contiene el electrocardiograma, uno positivo y otro negativo. El registro gráfico es posible porque se amplifican los pequeños potenciales cardiacos para hacerlos detectables



Eje Eléctrico Cardíaco

**VALORACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA**

Debemos tener en cuenta que el ECG mostrará variantes de la normalidad en relación con el hábito constitucional, malformaciones torácica, raza y sexo. También tendremos que valorar el estado del sujeto (hiperventilación, nerviosismo, ansiedad..) Para interpretar el trazado electrocardiográfico valoraremos los siguientes parámetros:

**Frecuencia cardíaca**, la F.C. normal en reposo oscila entre 60 y 100 lat/min.

**Ritmo**, puede ser sinusal o arritmico.

**Intervalo PR**, debe ser isoelectrico y de duración comprendida entre 0.12 seg y 0.20 seg.

**Intervalo QT.** el tamaño de este intervalo es inversamente proporcional a la FC.

**Onda P,** su altura no debe superar los 2.50mm y su anchura los 0.10 seg.

**Complejo QRS,** su duración debe estar comprendida entre 0.06 y 0.10 seg.

**Onda T,** por lo general es positiva en todas las derivaciones excepto en aVR.

**Onda U,** pequeña deflexión que en ocasiones sigue a la onda T y tiene la misma polaridad.

**Eje eléctrico,** el eje del complejo QRS nos va a indicar la dirección del vector QRS medio dentro del corazón. Se refiere a la dirección promedio de la despolarización que se disemina a través de los ventrículos.

El eje eléctrico normal se encuentra entre  $0^\circ$  y  $+90^\circ$ , en el cuadrante inferior izquierdo, delimitado por las mitades positivas de los ejes de las derivaciones DI y aVF y se obtiene cuando las ondas de dichas derivaciones son principalmente positivas.<sup>13</sup>

## DIAGNÓSTICOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS

Es este apartado pretendemos dar unas nociones claras y prácticas para que mediante el ECG y junto con la clínica, podamos dar un diagnóstico acertado.

Detallaremos a continuación los rasgos del ECG en los que nos vamos a basar.

- **Bradycardia sinusal,** es un ritmo sinusal pero la frecuen-

cia es inferior a 60 lpm. La distancia RR es superior a 1 seg (25 mm).

- **Taquicardia sinusal,** es un ritmo sinusal cuya frecuencia es superior a 100 lpm. La longitud del ciclo es inferior a 0.6 seg (15mm).

- **Dilatación auricular;** diferenciaremos entre el crecimiento auricular derecho (CAD) y el izquierdo (CAI). La onda P en el CAD tiene una altura superior a 2.5 mm con una cúspide puntiaguda. A esta morfología de la onda P se la denomina "P Pulmonale". En el CAI la duración de la onda P supera los 0.10 seg. Tiene una morfología bifida y se conoce como "P Mitale".

La dilatación biauricular se caracteriza por un aumento de onda P en voltaje y duración.

- **Hipertrofia ventricular,** para diagnosticar la hipertrofia ventricular derecha (HVD) mediremos la altura de las ondas R y S en las derivaciones VI y V5 respectivamente. Si dicha suma supera los 14 mm hablaremos de HVD. En la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) la suma de la onda S y la onda R en VI y V5, respectivamente, no debe superar los 35 mm. En caso contrario estaremos ante una HVI.

- **Bloqueo auriculoventricular (AV),** el impulso eléctrico está retenido a nivel del nódulo AV. Podemos distinguir tres grados de bloqueo.

**Bloqueo AV Grado I,** el

intervalo PR es cte pero tiene una duración superior a 0.20 seg.

**Bloqueo AV Grado** podemos diferenciar entre Mobitz I y Mobitz II. En el Mobitz I la duración del intervalo PR va aumentando progresivamente hasta que llega un momento en el que aparece una onda P que no va seguida de un QRS. En el Mobitz II el intervalo PR es constante pero aparece un latido que no conduce, es decir la onda P no va seguida del complejo QRS.

**Bloqueo AV Grado III,** La onda P nunca está seguida de un complejo QRS.

- **Bloqueo de rama del Haz de His,** se produce un trastorno en la conducción del impulso a nivel del Haz de His. Diferenciaremos entre bloqueo de rama derecha y bloqueo de rama izquierda.

Bloqueo de rama derecha del Haz de His (BRDHH), QRS normal o ensanchado. En el ECG podemos ver  $rSR'$  y  $RsR'$  en VI y V2 y como imagen especular  $qRs$  en V6 y QR en aVR. La onda T está invertida en las precordiales derechas.

Bloqueo de rama izquierda del Haz de His (BRIHH), EL complejo QRS está normalizado o aumentado en duración. Observamos en el ECG  $RR'$  en V5 y V6. La imagen especular la encontramos en VI o V2 con QS o rS.

Hablaremos de bloqueo com-

pleto del Haz de His tanto de rama derecha como izquierda cuando el complejo QRS sea siempre superior a 0.12 seg.

- **Hemibloqueo anterior**, en este caso no existe ensanchamiento del QRS. Veremos en DII, DIII, y aVF una morfología electrocardiográfica rS y en DI y aVL, un complejo qR. El eje eléctrico está desviado hacia la izquierda, entre 0° y - 90°.
- **Hemibloqueo posterior**, el complejo QRS está dentro de los valores de normalidad. En el ECG encontramos un complejo qR en las derivaciones DII, DIII y aVF y otro rS en DI y aVL. El eje eléctrico está desviado hacia la derecha.
- **Isquemia**, se produce una lateralización en la repolarización, es decir en la onda T, que dependerá de la localización de la isquemia.
  - Isquemia subendocárdica, onda T con una altura superior a la normal, simétrica y picuda.
  - Isquemia subepicárdica, onda T invertida y simétrica.
- **Lesión**, la corriente de lesión se debe a que la despolarización no se completa en la zona lesionada.
  - Lesión subendocárdica, descenso del segmento ST superior a 1mm.
  - Lesión subepicárdica, ascenso del segmento ST por encima de 1mm.
- **Necrosis**, se produce una alteración en la activación ventricular y por lo tanto en el complejo QRS.

- Infarto agudo, elevación de segmento ST que forma junto con la onda T una onda monofásica.
- Infarto en regresión, segmento ST isoelectrico, onda T invertida y onda Q patológica en VI y V2
- Infarto antiguo, onda Q patológica, signo electrocardiográfico de cicatriz miocárdica<sup>14</sup>.

## INDICACIÓN DEL ELECTROCARDIOGRAMA

La realización de esta prueba nos aporta información de gran utilidad con el fin de descartar en el trabajador una posible alteración cardíaca.

No debemos olvidar el valor que tiene la anamnesis realizada por el facultativo y la historia clínica-laboral del sujeto. Por lo que interpretaremos los resultados junto a esta información.

No todos los trabajadores a los que les realizamos el reconocimiento médico laboral serán susceptibles de que se les haga un ECG. Nos basaremos en los siguientes criterios para determinar la realización o no, de dicha prueba:

### Antecedentes familiares y personales

Nos serán de ayuda aquellas antecedentes que aparezcan en familiares directos, tales como la cardiopatía isquémica, arritmias y episodios de síncope sin filiar. El tabaquismo, el consumo de

alcohol de manera habitual y la hiperlipemia, en el sujeto objeto de estudio, determinan la realización del ECG, ya que son factores de riesgo para padecer trastornos cardíacos.

### Exploración física

El facultativo realiza la auscultación cardíaca. En ella valora la frecuencia y el ritmo cardíaco.

La actuación médica está encaminada a la detección de soplos y extratonos cardíacos.

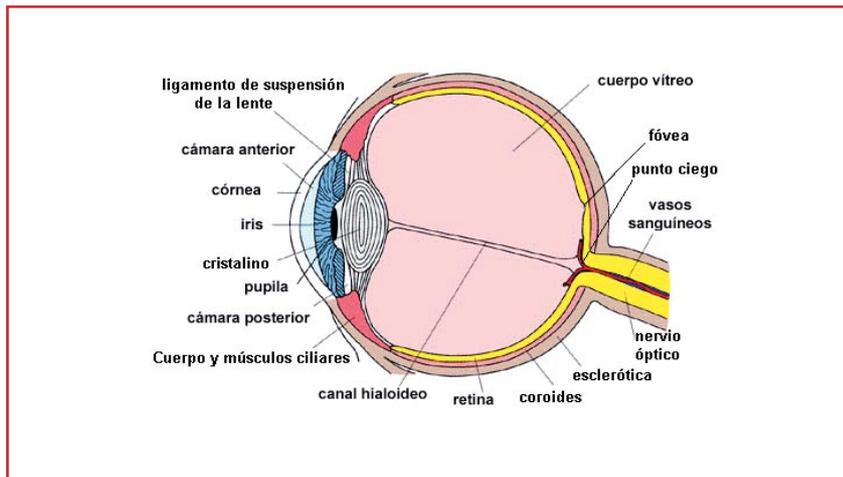
Realizaremos el ECG cuando se encuentre alteración en la exploración.

### Edad

Consideraremos que a todo individuo, a partir de los 40 años se le realizará un ECG, con independencia del resto de los factores enunciados.

### Protocolo específico de reconocimiento médico

El reconocimiento médico que se le realiza a cada trabajador depende del puesto de trabajo del mismo. Existen una serie de protocolos específicos en los que siempre se realizará ECG debido al riesgo que el desarrollo del trabajo conlleva. Estos son protocolos de altura, de radiaciones ionizantes, de calor y responsabilidad ante terceros. Los datos obtenidos a partir del ECG serán de gran utilidad para hacer la calificación de aptitud del traba-



Anatomía del ojo

jador.

## TEST VISIÓN

Para entender como el ojo puede afectarse durante el ejercicio profesional, es indispensable conocer esquemáticamente la disposición de su componente.

Existen factores externos que pueden alterar el correcto funcionamiento del ojo como por ejemplo salpicadura de un líquido nocivo y penetración de un cuerpo extraño.

## AGUDEZA VISUAL

La agudeza visual, es la facultad que tiene el ojo para distinguir pequeños objetos muy próximos entre sí.

La agudeza visual se ve influenciada por diferentes factores:

- La calidad del sistema óptico, nos va a permitir percibir en la retina una imagen con nitidez.
- La edad, con el paso de los años el ojo va perdiendo su capacidad de acomodación por lo que la capacidad visual

disminuye.

- El nivel de luminancia y la calidad del contraste favorecen la agudeza visual.
- El deslumbramiento, es la borrosidad de la imagen retinal por difusión de la luz óptica u otros estímulos que reducen la visibilidad (lentes arañadas o sucias, un parabrisas sucio...)
- El *campo visual* es la parte del entorno que se percibe con los ojos, cuando éstos y



Topcon

la cabeza permanecen fijos.

- La *sensibilidad* del ojo es quizás el aspecto más importante relativo a la visión y varía de un individuo a otro. El ojo humano percibe una serie de radiaciones comprendidas entre los 380 y los 780 nm, la sensibilidad será baja en los extremos y el máximo se encontrara en los 550nm.
- La *acomodación* es la facultad del ojo humano que permite formar imágenes nítidas de objetos visuales situados a distintas distancias. El enfoque de un objeto se realiza aumentando o disminuyendo el radio de curvatura del cristalino. Al contraerse, permite que la lente tome una forma más convexa para mantener el ojo enfocado en los objetos cercano. La elasticidad del cristalino disminuye con la edad, lo que lleva una pérdida de la capacidad y velocidad de acomodación. En condiciones de iluminación escasa e inadecuada también se produce una pérdida de precisión, velocidad y amplitud de la acomodación.
- La *adaptación* es la capacidad del ojo para ajustarse automáticamente a las diferentes iluminaciones de los objetos. Este ajuste lo realiza la pupila en su movimiento de cierre y apertura.
- El *centelleo*, las variaciones periódicas de luminancia de las fuentes luminosas, son percibidas por el ojo humano

en forma de centelleo o deslumbramiento.<sup>15</sup>

En el examen médico se deben detectar la existencia de patologías previas como ametropías (miopía, hipermetropía, anisotropía y astigmatismo), discromatopsia y estrabismo. También se valorará alteraciones fisiológicas como la presbicia.

## FATIGA VISUAL

Es la modificación funcional, de carácter reversible, debido a un exceso en los requerimientos de los reflejos pupilares y de acomodación-convergencia, a fin de obtener una localización fina de la imagen sobre la retina. Aparece por un esfuerzo excesivo del aparato visual.

Los síntomas de la fatiga visual son las molestias oculares como picores, quemazón, pesadez palpebral y lagrimeo. También aparecen trastornos visuales, las imágenes desenfocadas o dobles, fotofobia, borrosidad de los caracteres. Por último encontramos trastornos extraoculares como las cefaleas o migrañas.<sup>16</sup>

## TEST DE AGUDEZA VISUAL

El servicio de medicina de empresa dispone de escalas de lecturas que permiten valorar la agudeza visual y de tablas de Ishihara determinar la visión de los colores. Para el examen de visión y calificación de la agudeza visual se utiliza el optotipo marca Topcon. La medición de la agudeza visual es la guía más segura para determinar qué alteraciones precisan

una rápida investigación y cuáles pueden esperar.

El examinado se sienta delante del instrumento, con la frente apoyada en el Topcon pone su frente de forma que vea las cartas del test a través de los oculares con ambos ojos abiertos.

Se ha de señalar si la valoración de la agudeza visual es con o sin graduación, así como, si la corrección es para lejos(L) o para cerca(C).

Comenzaremos valorando la agudeza visual próxima en el ojo derecho para continuar con el ojo izquierdo, terminando con la visión próxima binocular. Realizaremos la misma operación para valorar la agudeza visual lejana.

La realización de esta maniobra podrá variar en función al optotipo utilizado.

Para la interpretación de los datos obtenidos nos basaremos en la escala de lecturas. Con esta escala obtendremos resultados que oscilarán entre valores de 2 a 12. Un resultado inferior a 6 se considera déficit de agudeza visual y superior o igual a 8, visión óptima.<sup>17</sup>

## TEST DE ISHIHARA

La ceguera al color se produce por falta de un tipo de cono receptor en la retina causado por un defecto hereditario. La ceguera puede ser al rojo, verde, y rara vez al azul.

Para valorar si un individuo posee discromatopsia se utilizan láminas que determinan los defectos cromáticos de la visión. El Test de Ishihara es un método

rápido para determinar este problema visual.

## SOMATOMETRÍA

Los valores obtenidos de la somatometría tienen poco interés por sí mismo por lo que deben integrarse en el resto de las pruebas funcionales. Así el peso y la talla son datos imprescindibles para que el resultado de la espirometría sea individualizado. Por otro lado el IMC nos permitirá determinar el grado de sobrepeso u obesidad.

La tensión arterial obtenida determinará si el sujeto de estudio padece o no hipertensión.

## VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS

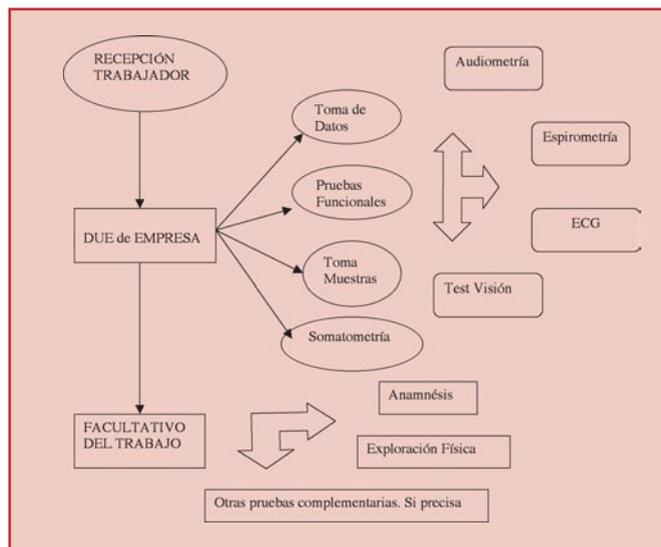
Unos resultados óptimos, en las pruebas antes detalladas, darán seguridad al trabajador en el desarrollo de su actividad diaria. El examen sistemático de la visión es imprescindible en el reconocimiento médico laboral. Se incidirá en aquellos puestos en los que el desarrollo del trabajo requiera una mayor fijación de la visión como por ejemplo trabajadores con pantalla de visualización de datos, con el objetivo de prevenir alteraciones como la fatiga visual.

La valoración e interpretación de los resultados obtenidos, permitirán al médico del trabajo determinar la aptitud del individuo frente a su puesto de trabajo.

La patología congénita o adquirida y la edad generaran trastornos que el especialista en medicina del trabajo debe esforzarse

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE NUESTRA UNIDAD

A continuación realizaremos una breve explicación del método de trabajo de nuestra unidad. La recepción del trabajador la realiza el DUE de empresa, le toma los datos personales y lo acompaña a la consulta para hacerle las pruebas funcionales y la toma de muestra(sangre/orina). Una vez obtenidos los resultados de las mismas, se le facilita al facultativo para que realice la anamnesis y exploración física. En nuestro centro disponemos de una plantilla para la elaboración del reconocimientos médico. Lo que nos facilita la dinámica del trabajo y la unificación de criterios.



## BIBLIOGRAFÍA

1. <http://escuela.med.puc.cl/>.
2. NTP 193: Ruido: Vigilancia epidemiológica de los trabajadores expuestos. INST.
3. VALLEJO VALDEZATE L.A. (2003). Hipoacusia neurosensorial. Ed. Masson.
4. <http://escuela.med.puc.cl/>.
5. PORTMANN, M., PORTMANN, C. (1979). Audiometría clínica. Barcelona: Toray-Masson.
6. H. DESOILLE, J.A. MARTÍ MERCADAL, J. SCHERRER. TRUHANT (1986). Medicina del trabajo. Ed. Masson.
7. NTP 218: La espirometría forzada en medicina del trabajo. INST.
8. PILAR DE LUCAS RAMOS. Patrones diagnósticos en espirometría. HGU Gregorio Marañón. Madrid.
9. ARTHUR G. GUYTON. (1999). Fisiología médica. Octava edición. Ed. Interamericana M.C. Gras Hill.
10. <http://www.geocities.com/>
11. CTO MEDICINA(2000). Manual CTO de enfermería.
12. J. ESTELLA (1976). Manual de electrocardiografía. Sexta edición. © Propiedad del autor.
13. K. LINDNER, DALE B. DUBIN. Introducción a la electrocardiografía. Sexta edición. ED. Springer.
14. FARRERAS ROZMAN (1995). Medicina interna. Volumen I. Decimotercera edición. Mosby/Doyma libros.
15. M.M. ZURIMENDI, M.B. ELOLA, J.I. DE LA PEÑA, A. MARTÍNEZ. (1996). Comisión de salud pública. Edita el Ministerio de Sanidad y Consumo.
16. H. DESOILLE, J.A. MARTÍN MERCADAL, J. SCHERRER, R. TRUHANT. (1986). Medicina del trabajo. Masson.
17. Topcon. Manual de instrucciones. (1989). Topcon España S.A.

# Estudio en adolescentes sobre hábitos tóxicos

■ Rocío Fernández Jiménez  
 ■ Lucía Torres Valera  
 ■ I. Sofía Briviesca Pérez  
 ■ Almudena Arroyo Rodríguez  
 Diplomadas en Enfermería.

## RESUMEN

Este estudio sobre los hábitos tóxicos de los adolescentes, se ha realizado con el objetivo de saber cómo, cuándo y por qué empiezan los jóvenes a consumir tabaco y alcohol. Algunas de las conclusiones obtenidas en el mismo son: un 40% de los jóvenes encuestados (entre 12 y 16 años) han probado el tabaco; un 70% de los mismos ha probado alguna vez bebidas alcohólicas; la edad de inicio en el tabaco, casi en un 50 %, es entre los 10 y 14 años; un 54,28% se inicia en el alcohol con un familiar; casi el 90 % conoce el peligro del consumo del alcohol.

## PALABRAS CLAVES

ADOLESCENTES, ALCOHOL, CONSUMO, HÁBITO Y TABACO.

## INTRODUCCIÓN

La influencia de los medios de comunicación en el consumo de tabaco y alcohol es evidente. Estudios publicados y presentados en revistas científicas y congresos demuestran que la publicidad sobre el tabaco y el alcohol instan a los adolescentes a iniciarse en el hábito de fumar y beber.

La única forma de hacer frente al aumento cada vez mayor del consumo de drogas entre los jóvenes españoles es la prevención. Con este trabajo pretendemos demostrar ese hábito entre los jóvenes.

Los profesionales de enfermería son los que en el ámbito sanitario

se encargan de transmitir hábitos saludables a la población, no solo en materia de prevención de drogas sino también en la transmisión de hábitos alimentarios y sexuales, y dar educación sanitaria contra el consumo de alcohol, tabaco, etc....

Ejemplos de esta influencia los tenemos en la misma televisión, con anuncios de alcohol, entre ellos: Baileys, Martini, y programas de televisión de máxima audiencia entre la juventud como Gran hermano, donde se ve claramente la adicción al tabaco entre sus concursantes.

Por todo esto hemos realizado un cuestionario cuya finalidad es conocer las conductas de los adolescentes respecto al consumo de tabaco y alcohol.

## OBJETIVOS

El objetivo general que nos hemos planteado es:

Saber Cuándo, Cómo, y Por qué se inician los jóvenes en el consumo de tabaco y alcohol, y conocer las ideas erróneas que las campañas publicitarias inculcan a los mismos.

## METODOLOGÍA

Como instrumento de trabajo para conocer los hábitos de consumo de alcohol y tabaco en los jóvenes hemos utilizado un cuestionario, ya que es una forma rápida y eficaz de obtener información de los adolescentes.

Características del cuestionario: El cuestionario utilizado consta

de diez preguntas, de las cuales la primera y la segunda están relacionadas con la edad y el sexo respectivamente. Hemos dividido el cuestionario en dos partes, una con cuatro preguntas sobre tabaco y otra con cuatro sobre alcohol.

**Tipos de preguntas:** Las preguntas son abiertas, cerradas, tipo test y de enlazar con flechas. (Ver anexo 1).

**Características de la muestra:** Para responder el cuestionario hemos elegido un grupo heterogéneo de jóvenes adolescentes cuyas edades están comprendidas entre los 12 años y los 18 años.

Los centros donde hemos realizado esta investigación son los Institutos de Enseñanza Secundaria que citamos a continuación:

- I.E.S. Punta del Verde. Sevilla.
- I.E.S. Macarena. Sevilla.
- I.E.S. Puerta de Córdoba. Sevilla.

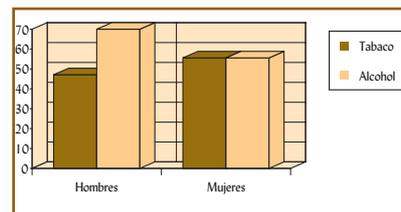
**La duración** de este estudio la podemos dividir en cuatro fases:

1. *Primera fase o fase de preparación:* Realización del cuestionario. Duración una semana.
2. *Segunda fase o fase de ejecución:* Elección de la muestra (126 adolescentes) y realización de la encuesta a la misma. Duración dos semanas.
3. *Tercera fase o fase de análisis:* Estudio estadístico de los resultados de la encuesta. Duración dos semanas.
4. *Cuarta fase o fase de conclusión:* Valoración de los resultados obtenidos en fun-

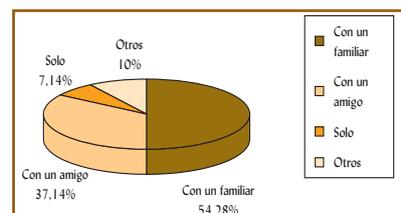
ción de los objetivos planteados. Duración una semana. Después del análisis de dichos resultados hemos llegado a las siguientes conclusiones:

## CONCLUSIONES

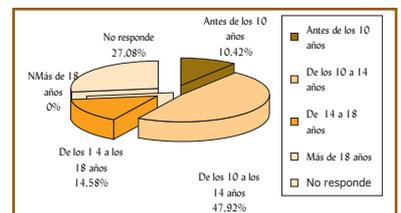
- Las edades de los adolescentes encuestados están comprendidas entre los 12 y 16 años.
- El sexo masculino son el 70 % de los jóvenes encuestados.
- Un 85 % no fuma habitualmente, pero el 40% de los mismos reconoce haberlo probado.
- Solo un 15% fuma todos los días y un 25% de forma ocasional, en ambos casos siempre de 1 a 5 cigarrillos de tabaco rubio.
- Destaca un 9% que fuma tabaco mezclado con otras sustancias.
- Casi un 50% se inició en el tabaco entre los 10 y los 14 años.
- El 70 % de ellos fumaron la 1ª vez con un amigo, el 40 % fuma porque le gusta y el 20% por probarlo.
- Sobre los efectos nocivos del tabaco, hay un porcentaje alto de conocimiento sobre el tema, destacando casi un 50 % que tiene la idea errónea de que el tabaco relaja y adelgaza.
- El 70% ha probado alguna vez bebidas alcohólicas lo más bebido entre los adolescentes son los cubatas y los licores.
- Casi todos consumen habi-



*Incidencia del tabaco y alcohol en ambos sexos.*



*Como comienzan los jóvenes el alcoholismo.*



*Edades de inicio del tabaquismo.*

tualmente alcohol.

- La cantidad de alcohol que se consume es de 1 a 2 copas normalmente.
- El 50 % probó la primera copa con un familiar y un 35 % fue con un amigo.
- El 40 % bebe porque le gusta y el 16 % sólo bebe en fiestas o celebraciones.
- En cuanto a los efectos nocivos del alcohol, casi en 90 % conoce el peligro de su consumo.

Para concluir podemos decir que beben más los hombres que las mujeres, mientras que las muje-

**ANEXO 1****CUESTIONARIO**

(Este cuestionario es totalmente anónimo)

1.- Edad:

2.- Sexo:      Hombre       Mujer

**TABACO**

3.- ¿Fumas habitualmente?       Sí       No  
Si tu respuesta ha sido NO: ¿Lo has probado alguna vez?       Sí       No.  
Si tu respuesta ha sido SÍ:

- Indica tu hábito uniendo con flechas:

Ocasionalmente	De 1 a 5 cigarros	Tabaco rubio
Todos los días	De 5 a 10 cigarros	Tabaco negro
Solo los fines de semana	Más de 10 cigarros	Con otras sustancias
Más de 1 paquete		

- ¿A qué edad empezaste?:

- Antes de los 10 años.  
 De 10 a 14 años.  
 De 14 a 18 años.  
 Más de 18 años.

4.- ¿Con quién fumaste tu primer cigarro?

- Solo.  
 Con un amigo.  
 Con un familiar.  
 Otros . . . . .

5.-¿Por qué fumas?

- Porque me gusta.  
 Para parecer mayor.  
 Porque fuman mis amigos.  
 Otros . . . . .

6.- Señala Verdadero (V) o Falso (F):

El tabaco puede matar	V	F
El tabaco provoca impotencia	V	F
El tabaco relaja y adelgaza	V	F
Fumar acorta la vida	V	F
El tabaco ayuda a relacionarse	V	F
Fumar durante el embarazo afecta el crecimiento del feto	V	F

**ALCOHOL**

7.- ¿Has probado bebidas alcohólicas alguna vez?      Sí            No     

Si tu respuesta es SÍ une con flechas:

Cerveza	Ocasionalmente	1 ó 2
Cubata	Sólo fines de semana	De 2 a 5

Vino tinto      Todos los días      Más de 5  
Licores (Baileys, etc).

8.- ¿Con quién probaste el alcohol por primera vez?

- Solo.
- Con un amigo.
- Con un familiar.
- Otros

9.- ¿Por qué bebes?

- Porque me gusta.
- Para parecer mayor.
- Ayuda a relacionarnos.
- Porque mis amigos beben.
- Otros

10.- Señala Verdadero (V) o Falso (F):

El alcohol provoca enfermedades mortales	V	F
El alcohol ayuda a hacer amigos	V	F
El alcohol ayuda en las relaciones sexuales	V	F
El alcohol perjudica las actividades de la vida diaria (trabajo, familia)	V	F
El alcohol provoca cambios en la personalidad	V	F

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mundo Sanitario, 16-30 Nov 2003. Art. de Educación Sanitaria, en relación Laboral.
2. "Satse alerta sobre la urgencia de implantar Educación para la Salud en los colegios".
3. "Toxicología de la drogadicción". M. Repetto y colaboradores. Ediciones DÍAZ DE SANTOS, S.A. Madrid/1985.
4. "Drogas y Terapias". L . L . Constantine. Ed. Alhambra. Madrid / 1985.



Alumnos realizando el cuestionario para el Estudio

### Páginas WEBS:

<http://members.tripod.com/~Dr0gAs/consumodedrogas.html>

[www.sedet.es/sedet/html/enl/enlaces.htm](http://www.sedet.es/sedet/html/enl/enlaces.htm)

[www.webgenio.com/srch.php?searchs=imagenes%20de%20cigarros](http://www.webgenio.com/srch.php?searchs=imagenes%20de%20cigarros)

[http://salud.medicinatv.com/webcast/muestra.asp?id\\_wc=488](http://salud.medicinatv.com/webcast/muestra.asp?id_wc=488)

# Educación para la Salud: Cambios en la forma de vivir el Climaterio

■ **J. Espinaco Garrido\***

Matrona. Centro Salud SAS. Colaboradora honoraria

■ **J. Macías Seda\*\***

Matrona. Profesora titular Enfermería Materno-Infantil

■ **F. León Larios\*\*\***

Enfermera colaboradora honoraria

■ **A. García Guerrero\*\*\***

Enfermera colaboradora honoraria.

■ **A. Valiente Morilla\*\*.**

Matrona. Profesora titular Enfermería Materno-Infantil.

■ **I. Cruz Domínguez\*\*.**

Matrona. Profesora titular Enfermería Materno-Infantil.

■ **JL. Álvarez Gómez\*\*\*\*.**

Catedrático Enfermería Materno-Infantil.

Dpto. de Enfermería. E.U. Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla

## RESUMEN

La labor educadora de la enfermera y/o matrona en los hábitos de salud de la mujer (1- 23), puede contribuir enormemente a la adopción de costumbres saludables que se verán reflejadas en comportamientos óptimos, conocimientos y preocupaciones razonables, acerca de cómo conseguir una mejor calidad de vida y un uso correcto y adecuado de los recursos que la naturaleza, el propio organismo y el Sistema de Salud (24-29) les ofrece. Pero... ¿posee la mujer estos conocimientos?; ¿tiene esas inquietudes?; ¿se preocupa por sus hábitos de salud?; ¿qué características

cumple? Para obtener algunas respuestas al respecto, hemos desarrollado este estudio transversal descriptivo y comparativo a mujeres en edad premenopáusicas que acuden al programa de climaterio ofertado en un centro de salud impartido por una matrona y contrastado con otro grupo de mujeres sin este tipo de formación, a través del un cuestionario hemos identificado el grado de conocimientos de la mujer sobre los signos más llamativos de la menopausia, la información que tienes sobre los recursos sanitarios disponibles y los profesionales a los que acuden a solicitar apoyo. Analizadas las diferencias entre ambos grupos hemos concluido

con lo siguiente: las mujeres que acude al *programa de climaterio impartido por la matrona: manifiestan tener mayor conocimiento en cuanto al climaterio y las manifestaciones que se pueden achacar a este período, la importancia de la dieta y el ejercicio y se siente más apoyada por la pareja y sus hijos.*

## PALABRAS CLAVES

CLIMATERIO  
SOFOCOS  
SEQUEDAD VAGINAL  
FALTA DE REGLA  
EDUCACIÓN,  
SALUD Y MUJER

## INTRODUCCIÓN

Es evidente que nuestra sociedad envejece, hay en Andalucía un total de 3.673.515 mujeres, de las que 1.094.710 tienen más de 45 años. La mujer sigue siendo en la actualidad un elemento clave y fundamental de la sociedad y afronta hoy una realidad: “La vida, tras la etapa reproductiva, es decir, en el Climaterio incorpora importantes cambios”. Se vive más, pero desgraciadamente, no siempre con más calidad de vida.

En parte esto es debido a que nuestra sociedad ha valorado como uno de los aspectos más importante de la salud de la mujer: *su salud reproductiva*. Afortunadamente eso ha cambiado y la mujer empieza a pedir una asistencia integral seria y cualificada en todas sus etapas de desarrollo, pero para ello debe tener la suficiente formación sobre el momento que está viviendo y los recursos que tiene para mejorar su calidad de vida.

A pesar de poderse observar en la mujer falta de conocimientos acerca de la menopausia, existe una preocupación cada vez mayor por buscar esa información (1,2). Esto ha hecho que se convierta en un componente central de los programas de promoción de la salud de la mujer.

El papel de enfermería y de la matrona, ponen de manifiesto su ineludible presencia a lo largo de la vida de éstas, y lo imprescindible de su actuación en los distintos aspectos que sobre la salud engloba el marco de competencia de ambas (5-21, 22, 23). La labor educadora de la enfermera y/o matrona en los hábitos de salud de la mujer, puede contribuir enormemente a la adopción de costumbres saludables que se verán reflejadas en comportamientos óptimos, conocimientos y preocupaciones razonables, acerca de cómo conseguir una mejor calidad de vida y un uso correcto y adecuado de los recursos que la naturaleza, el propio organismo y el Sistema de Salud (24-29) les ofrece. Pero... ¿posee la mujer estos conocimientos?; ¿tiene esas inquietudes?; ¿se preocupa por sus hábitos de salud?; ¿qué características cumple? Para obtener algunas respuestas al respecto, hemos iniciado este estudio transversal descriptivo y comparativo.

Nuestro OBJETIVO ha sido, valorar los conocimientos que tienen las mujeres a cerca de la etapa del climaterio para mejorar su calidad de vida.

## MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio transversal descriptivo y comparativo. La muestra la ha constituido un total de 7.118 mujeres entre 40 y 69 años de edad pertenecientes a nuestro distrito Sevilla-Sur, se recogen los datos relativos a filiación, datos personales y familiares de 60 de edades comprendidas entre 42 y 66 años que acuden al programa de climaterio, impartido por una matrona en dicho centro, y 55 de edades similares que acuden por otros motivos a nuestro Centro de Salud (Centro de Salud Parque Alcosa) entre los meses de Enero y Julio del 2003. Se realiza una encuesta en la que se incluyen datos como: preocupación, conocimientos, aspectos de salud y atención durante la menopausia. Se estudian las diferencias entre ambos grupos utilizando el programa Dbase IV y EpiInfo.

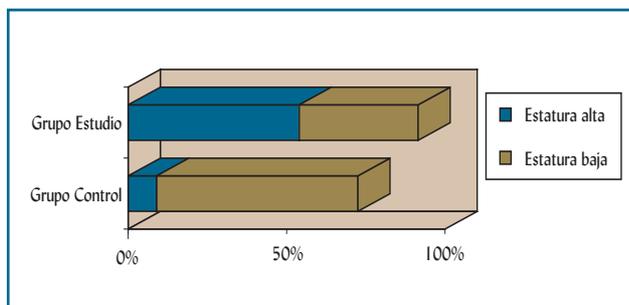
## RESULTADOS

Se detectan diferencias entre las mujeres que acuden al programa (grupo estudio) y las que no lo hacen (grupo control) en relación a sus características, los conocimientos que poseen sobre su biología en esta etapa de sus vidas y la atención que prestan a su salud.

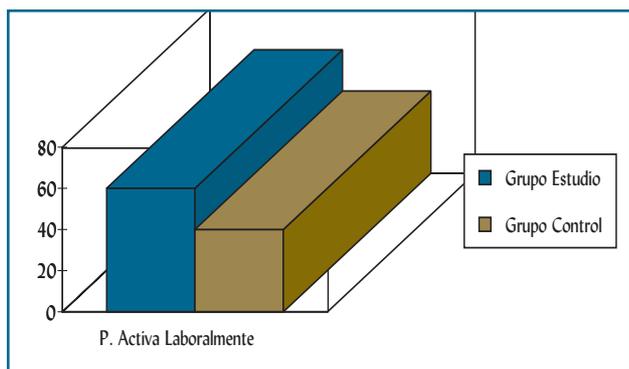
### Características

**Edad:** aunque no llega a ser significativa ( $p = 0.13$ ) el grupo de las que acuden al programa tienen una edad media de  $53.8 \pm 30.5$  mientras que el de las que no acuden al programa es de  $55.6 \pm 33.7$ .

**Estatura:** se les pidió que definieran como se consideraban en cuanto a su estatura: alta, media o baja. Se perciben en una proporción significativamente mayor ( $p = 0.01$ ) como altas y menos bajas entre las del grupo estudio (21.6 % altas y 15 % bajas) frente al grupo control (3.6 % altas y 25.4 % bajas).

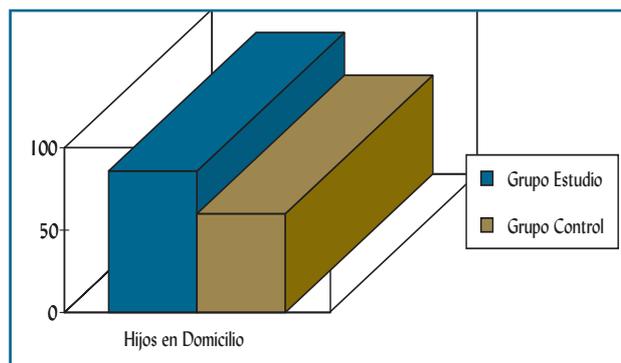
**GRÁFICO 1. Estatura**

**Situación laboral de su pareja:** están en situación laboral activa en mayor proporción las parejas del grupo estudio (62.3 %) frente al grupo control (46.1 %), aunque la diferencia no llega a ser significativa ( $p = 0.12$ ).

**GRÁFICO 2. Situación laboral de la pareja**

**Número de hijos que aún permanecen en domicilio:** a pesar de no existir diferencia entre ambos grupos en cuanto al número de hijos, permanece aún alguno de ellos en el domicilio paterno en proporción significativamente mayor ( $p = 0.002$ ) entre las que acuden al programa (85.9 %), frente al grupo de las que no acuden al programa (60 %).

**Edad del último hijo:** es significativamente inferior ( $p = 0.003$ ) la media de edad del último hijo entre las que acuden la programa ( $21.6 \pm 45.5$ ), frente al grupo control ( $24.5 \pm 36.0$ ).

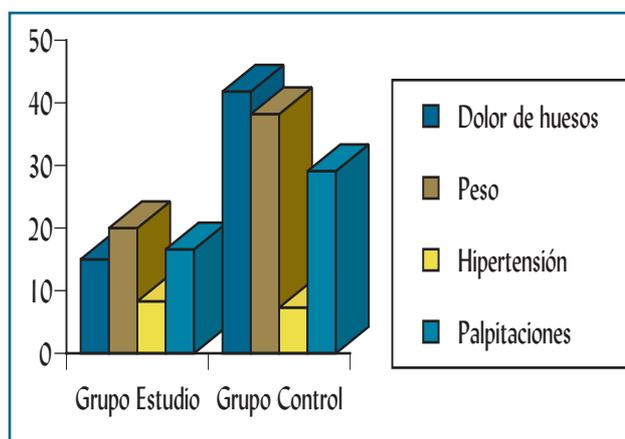
**GRÁFICO 3. Permanencia de los hijos en el domicilio**

**Fumadoras:** a pesar de ser menor el porcentaje de fumadoras (18.5 %) entre el grupo estudio frente a las que no acuden al programa (26.9 %) la diferencia no llega a ser significativa. Sí, sin embargo, es significativamente superior ( $p = 0.01$ ) la media de cigarrillos al día ( $18.2 \pm 125.7$ ) que fuman las que acuden al programa, frente al grupo control ( $9.0 \pm 111.6$ ).

Refieren que han tenido manifestaciones achacables a la menopausia (ver tabla 1)

En general es menor el número de manifestaciones que presentan las que acuden al programa (166), frente a las que no acuden (211).

Manifiestan tener unas relaciones sexuales más gratificantes: el 73.7 % de las que acuden, frente al 58 % de las que no ( $p = 0.08$  casi significativa).

**GRÁFICO 4.1 Manifestaciones que referían haber tenido**

**Tabla 1: Porcentaje de manifestaciones que referían haber tenido**

Manifestaciones	% grupo estudio	% grupo control	Significancia
Sofocos	63.3	56.4	P = 0.44 No significativa
Dolor de huesos	15	41.8	P = 0.001
Peso	20	38.2	P = 0.03
Alteración estado de ánimo	23.3	30.9	P = 0.3 No significativa
Alteración en la regla	15	21.8	P = 0.3 No significativa
Falta de la regla	20	43.6	P = 0.006
Sequedad vaginal	48.3	29.1	P = 0.03
Incontinencia urinaria	13.3	20	P = 0.3 No significativa
Hipertensión arterial	8.3	7.3	P = 0.8 No significativa
Palpitaciones	16.6	29.1	P = 0.1 Casi significativa
Ansiedad	21.6	36.3	P = 0.08 Casi significativa
Aprensión	11.6	27.3	P = 0.03

## Conocimientos

Conocen lo que es el climaterio: el 95.9 % de las mujeres que acuden al programa, frente al 58.9 % entre las que no acuden que no saben lo que es o dan una respuesta más imprecisa. (p = 0.00001). Conocen lo que es la menopausia: el 98.3 % de las que acuden y el 89.1 % entre las que no acuden (p

= 0.09, con corrección de Yates, casi significativo) Relacionan con la menopausia: (ver tabla 2)

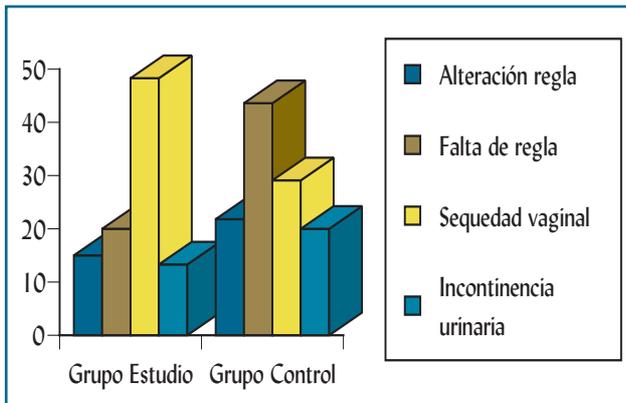
Consumen productos lácteos: el 91.2 % de las que acuden, frente al 61.7 % de las que no acuden (p = 0.0003).

Realizan algún tipo de actividad física: el 65 % de las que acuden, frente al 50 % de las que no acuden (p = 0.1 casi significativa).

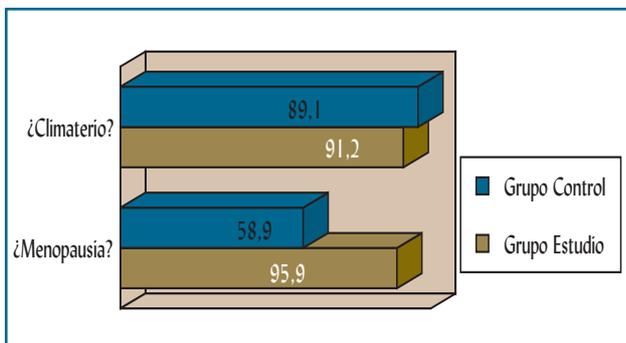
**Tabla 2: Porcentaje de manifestaciones que relacionan con la menopausia**

Manifestaciones	% grupo estudio	% grupo control	Significancia
Sofocos	90	86.5	P = 0.5 No significativa
Dolor de huesos	64.4	67.3	P = 0.7 No significativa
Peso	75	62	P = 0.1 casi significativo
Alteración estado de ánimo	90	66	P = 0.002
Alteración en la regla	63.3	54.2	P = 0.3 No significativa
Falta de la regla	93.3	92.5	P = 0.8 No significativa
Sequedad vaginal	86.6	54.7	P = 0.0001
Incontinencia urinaria	66.1	34.1	P = 0.0008
Hipertensión arterial	40.3	19.5	P = 0.02
Palpitaciones	54.2	36	P = 0.05
Ansiedad	69.5	51.9	P = 0.05
Aprensión	59.6	44	P = 0.1 casi significativo

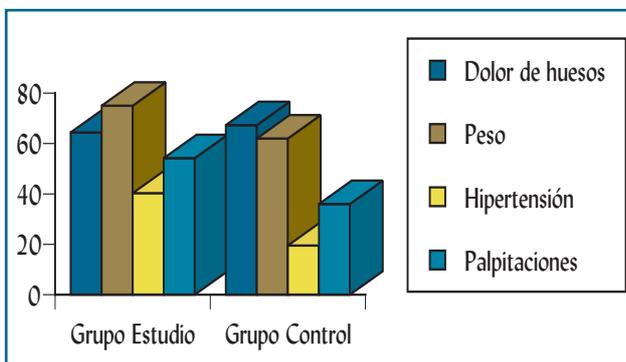
**GRÁFICO 4.2 Manifestaciones que referían haber tenido**



**GRÁFICO 5. Conocimientos Menopausia/Climaterio**



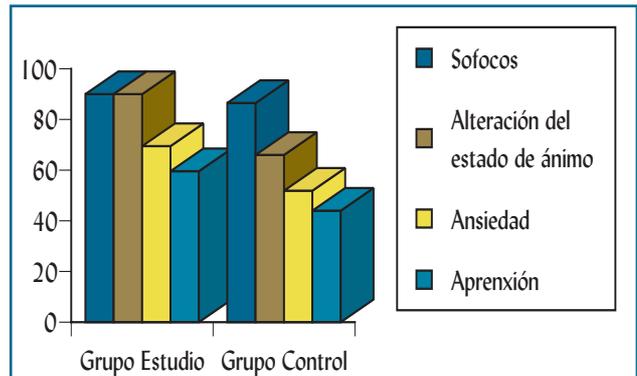
**GRÁFICO 6.1. Manifestaciones que relacionan con la menopausia**



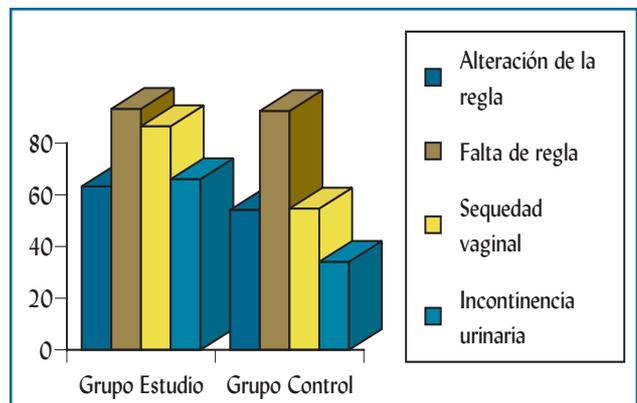
Se sienten apoyadas emocionalmente: el 87.7 % de las que acuden, frente al 72.3 % de las que no acuden ( $p = 0.04$ ). Las que acuden al programa se sienten apoyadas con mayor frecuencia por su pare-

ja o pareja e hijos, frente a las que no acuden con más frecuencia por la familia o por pareja, hijos y familia ( $p = 0.03$ ).

**GRÁFICO 6.2. Manifestaciones que relacionan con la menopausia**



**GRÁFICO 6.3. Manifestaciones que relacionan con la menopausia**



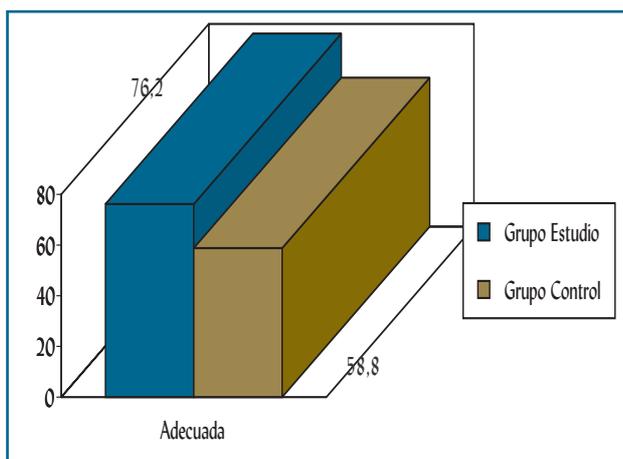
## Atención de salud

Consideran que la atención sanitaria para el climaterio es adecuada: el 76.2 % de las que acuden, frente al 58.8 % entre las que no acuden ( $p = 0.2$  no significativa).

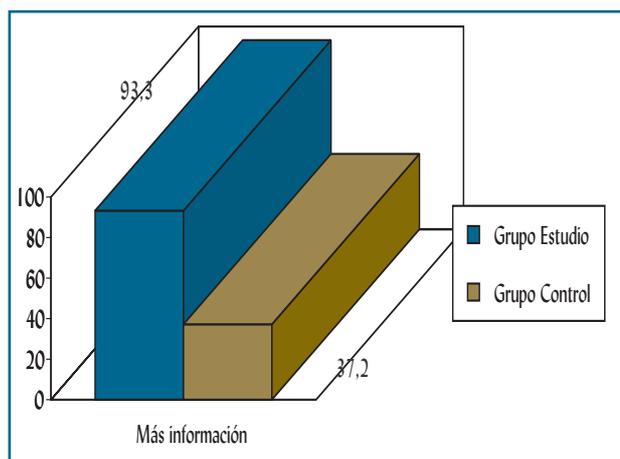
Cuando se les pregunta a qué profesional sanitario acudiría si tuviera problemas relacionados con el climaterio: incluyen a la matrona el 93.3% entre las que acuden al programa, frente al 37.2 % entre las que no acuden ( $p = 0.00000$ )

Sugieren, para saber más sobre el climaterio: más información, cursos, más atención sanitaria, actividades en el Centro, charlas o información por televisión en el 88.3 % entre las que acuden al programa, frente al 70.9 % entre las que no acuden ( $p = 0.01$ ).

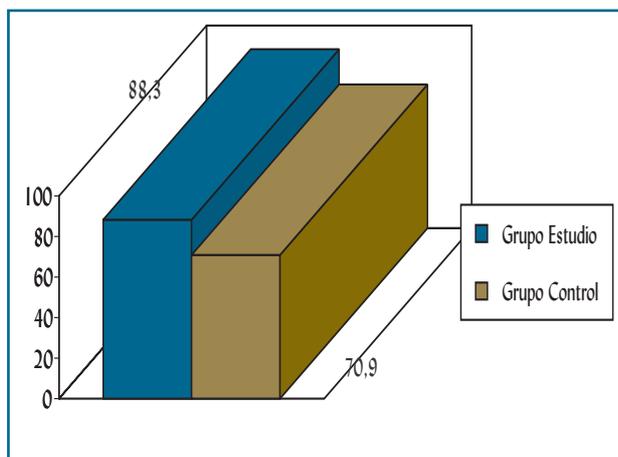
**GRÁFICO 7.1. Grado de satisfacción de la atención sanitaria recibida**



**GRÁFICO 7.2. Profesional sanitario de elección ante una adversidad**



**GRÁFICO 7.3. Petición de mayor información sobre el climaterio**



## Conclusiones

El perfil de la mujer que acude al programa de climaterio responde al de una mujer más joven, con pareja en situación laboral activa, menor edad del último hijo, mayor posibilidad de tener aun algún hijo en casa, presentan menor número de manifestaciones achacables a la menopausia, son fumadora de más cigarrillos y tienen mayor autoestima, manifestada por como se ve en su talla o se siente en sus relaciones sexuales. Manifiestan tener mayor conocimiento en cuanto al climaterio, la menopausia y las manifestaciones que se pueden achacar a este período, identifican la importancia de la dieta y el

ejercicio en la calidad de vida en el climaterio y se siente más apoyada por la pareja y sus hijos en esta etapa. Consideran además, con mayor frecuencia, que la asistencia recibida es la adecuada, es más coherente a la hora de solicitar ayuda en caso de problemas de salud y manifiesta mayor inquietud por avanzar en sus conocimientos.

A pesar de las diferencias encontradas en ambos grupos, estas, no pueden ser achacables solo a que las mujeres acudan o no al Programa de Climaterio, a pesar de esto, pensamos que la educación para la Salud en esta etapa es importante para que se produzca un cambio de actitud acerca del climaterio.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Pina Roche, Florentina Carrasco Aranda, Diego López Pay, M Dolores García Martínez, Carmen Laborda Puebla, Sabrina y Campos Aranda, Matilde.: Hábitos de salud en la mujer menopáusica: un estudio sobre sus necesidades reales. *Enferm Clínica*. 7(4):175-180. 1997.
2. Contreras Martín, Ángela; Toscano Márquez, T; Toronjo Gómez, Ángela M; García Padilla, Francisca M y López Santos, M del Valle: Las mujeres y la menopausia: ¿qué saben? ¿qué sienten? ¿qué demandan? *Enferm Científ*. 188-189:13-19. 1997.
3. Morelli-V; Naquin-C.: Alternative therapies for traditional disease states: Menopause. *AMERICAN-FAMILY-PHYSICIAN*; 66 (1) 129-134. JUL 1 2002
4. Kronenberg and A. Fugh-Berman: Complementary and Alternative Medicine for Menopausal Symptoms: A Review of Randomized, Controlled Trials 44074 *F. Annals of Internal Medicine*. 137/10. 2002
5. Stearns-V; Ullmer-L; Lopez-JF; Smith-Y; Isaacs-C; Hayes-DF: Hot flushes. *LANCET*; 360 (9348) : 1851-1861. DEC 7 2002
6. Manson J. E., Greenland P, LaCroix A. Z., Stefanick M. L., Mouton C. P., Oberman A., Perri M. G., Sheps D. S., Pettinger M. B., Siscovick D. S.: Walking Compared with Vigorous Exercise for the Prevention of Cardiovascular. Events in Women. *N Engl J Med*; 347:716-725, Sep 5, 2002.
7. Cussler-EC; Lohman-TG; Going-SB; Houtkooper-LB; Metcalfe-LL; Flint-Wagner-HG; Harris-RB; Teixeira-PJ. . Weight lifted in strength training predicts bone change in postmenopausal women. *MEDICINE-AND-SCIENCE-IN-SPORTS-AND-EXERCISE*; 35 (1): 10-17. JAN 2003
8. Lee-IM; Rexrode-KM; Cook-NR; Manson-JE; Buring-JE.: Physical activity and coronary heart disease in women - Is "no pain, no gain" passe?. *JAMA-JOURNAL-OF-THE-AMERICAN-MEDICAL-ASSOCIATION*; 285 (11) : 1447-1454. MAR 21 2001
9. Klibanski-A; Adams-Campbell-L; Bassford-T; Blair-SN; Boden-SD; Dickersin-K; Gifford-DR; Glasse-L; Goldring-SR; Hruska-K; Johnson-SR; McCauley-LK; Russell-WE.: Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA-JOURNAL-OF-THE-AMERICAN-MEDICAL-ASSOCIATION*; 285 (6) : 785-795. FEB 14 2001
10. Kelley-GA; Kelley-KS; Tran-ZV.: Resistance training and bone mineral density in women: a meta-analysis of controlled trials. *AMERICAN-JOURNAL-OF-PHYSICAL-MEDICINE-AND-REHABILITATION*; 80 (1) : 65-77. JAN 2001
11. Winett-RA; Carpinelli-RN. Potential health-related benefits of resistance training.: *PREVENTIVE-MEDICINE*; 33 (5) : 503-513. NOV 2001
12. Moreau-KL; Degarmo-R; Langley-J; McMahon-C; Howley-ET; Bassett-DR; Thompson-DL.: Increasing daily walking lowers blood pressure in postmenopausal women. *MEDICINE-AND-SCIENCE-IN-SPORTS-AND-EXERCISE*; 33 (11) : 1825-1831. NOV 2001
13. Cox-KL; Burke-V; Morton-AR; Gillam-HF; Beilin-LJ; Puddey-IB.: Long-term effects of exercise on blood pressure and lipids in healthy women aged 40-65 years: The Sedentary Women Exercise Adherence Trial (SWEAT). *JOURNAL-OF-HYPERTENSION*; 19 (10) : 1733-1743. OCT 2001
14. Hertel-KL; Trahitis-MG. : Exercise in the prevention and treatment of osteoporosis - The role of physical therapy and nursing. *NURSING-CLINICS-OF-NORTH-AMERICA*; 36 (3) : 441-453, VIII, IX. SEP 2001
15. McKechnie-R; Rubenfire-M; Mosca-L.: Association between self-reported physical activity and vascular reactivity in postmenopausal women. *ATHEROSCLEROSIS*; 159 (2) : 483-490. DEC 2001
16. Kemmler-W; Engelke-K; Lauber-D; Weineck-J; Hensen-J; Kalender-WA.: Exercise effects on fitness and bone mineral density in early postmenopausal women: 1-year EFOPS results. *MEDICINE-AND-SCIENCE-IN-SPORTS-AND-EXERCISE*; 34 (12) : 2115-2123. DEC 2002
17. Gallagher-JC; NAMS; Ettinger-B; Gass-MLS; Kagan-R; McClung-BL; McClung-MR; Simon-JA.: Management of postmenopausal osteoporosis: position statement of the North American Menopause Society. *MENOPAUSE-THE-JOURNAL-OF-THE-NORTH-AMERICAN-MENOPAUSE-SOCIETY*; 9 (2) : 84-101. MAR-APR 2002
18. Watts-NB.: Therapies to improve bone mineral density and reduce the risk of fracture - Clinical trial results. *JOURNAL-OF-REPRODUCTIVE-MEDICINE*; 47 (1) Suppl. S : 82-92. JAN 2002
19. Cheng-S; Sipilä-S; Taaffe-DR; Puolakka-J; Suominen-H.: Change in bone mass distribution induced by hormone replacement therapy and high-impact physical exercise in post-menopausal women. *BONE*; 31 (1) : 126-135. JUL 2002
20. Sinaki-M; Itoi-E; Wahner-HW; Wollan-P; Gelzcer-R; Mullan-BP; Collins-DA; Hodgson-SF.: Stronger back muscles reduce the incidence of vertebral fractures: A prospective 10 year follow-up of postmenopausal women. *BONE*; 30 (6) : 836-841. JUN 2002
21. Delmas-PD.: Treatment of postmenopausal osteoporosis. *LANCET*; 359 (9322) : 2018-2026. JUN 8 2002
22. Torrella Francés, JV Aramburu de Vega, C Ruescas Nicolau, A Basanta Alario, M L y Real, JL.: Fisioterapia en la osteoporosis posmenopáusica y senil. *Cuest Fisiot*. 17:67-71. 2001.
23. Arratta Linares, Rosario Sánchez Mainar, Amor Alzorriz Orío, B Forés Catalá, M Dolores Lavilla Fernández, M José y Moneo Hernández, Isabel.: Evaluación de la eficacia de una intervención educativa grupal con mujeres durante el climaterio en atención primaria. *Cuid Salud*. 1:35-43. 1999.
24. Jiménez de Luque, María Pilar Serrano Monzo, Inmaculada Sabaté Baruque, Iosune Satrústegui Sáez, Benita y Azcona Montero, Cristina.: Educación sanitaria en la menopausia: valoración a largo plazo. *Rev ROL Enferm*. 23(1):27-31. 2000.
25. Goberna i Tricas, Josefina.: Promoción de la salud en el climaterio. *Matronas Prof*. 8:4-12. 2002.
26. Dupuy Layo, M José; Marín Torrens, Rosa M y Donat Colomer, Francisca: Promoción de salud en mujeres climatéricas. El rol de la matrona. *Rev. ROL Enferm*. 193:17-23. 1994
27. Arteaga, TR.: La Enfermería ante la Menopausia. Una etapa de cuidados. *Trib Sanitaria*. 31:18-20. 1991.
28. Arnedillo Sánchez, MS Pozo Pérez, F y Zarazaga Pérez, MC.: Grado de Información y actitudes de las mujeres premenopáusicas sobre el climaterio. *Matronas Prof*. 5:35-39. 2001.
29. García Padilla, Francisca M López Santos, M del Valle Toronjo Gómez, Ángela M Toscano Márquez, T y Contreras Martín, Ángela.: Valoración de conocimientos sobre el climaterio en mujeres andaluzas. *Aten Primaria*. 26(7):476-481. 2000.

# Un nuevo yacimiento de Empleo para la Enfermería andaluza

## ■ Ana María Rivera González.

Diplomada en Enfermería. Directora de Talleres de Empleo

## ■ Nieves Oropesa Pazo.

Diplomada en Enfermería. Monitora de Talleres de Empleo

### PALABRAS CLAVES

Inserción laboral

Taller de Empleo

Gestión

Monitorización

Geriatría y Ayuda Domicilio

### RESUMEN

La enfermería española y más concretamente la andaluza, está viendo mermada sus posibilidades de inserción laboral. Cada año, centenares de alumnos de tercero de esta diplomatura, ven como sus esfuerzos tras tres intensos años de estudios de carrera universitaria, dan como resultado el pasar a engrosar las listas de demanda de empleo.

Es por eso que, profesionales cualificados y con ganas de trabajar, se ponen al servicio, de dos de las funciones más bonitas y a la vez más desconocidas de la Enfermería, la gestión y la docencia.

El Taller de Empleo, constituye desde su gestión hasta su monitorización una fuente de inserción laboral para la enfermería.

Hasta no hace mucho tiempo, la enfermería, no era considerada perfil profesional adaptable a este tipo de proyectos, pero con el esfuerzo y los resultados finales, se está consiguiendo que esta idea cambie.

El taller de empleo con los módulos de Geriatría y Ayuda a Domicilio, eran llevados íntegramente por facultativos médicos y trabajadores sociales. Sin embargo, unos pocos, hemos conseguido hacer ver, que estas nuevas profesiones necesitan del asesoramiento de profesionales que tienen entre sus funciones principales los cuidados básicos enfermeros.

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es un Taller de Empleo?

Los Talleres de Empleo están incluidos dentro de las medidas de apoyo a la creación de empleo y se configuran como un programa mixto de empleo y formación dirigido a desempleados de veinticinco o más años. Los trabajadores participantes adquieren formación profesional y práctica laboral mediante la realización de obras o servicios de utilidad

pública o interés social relacionados con nuevos yacimientos de empleo, posibilitando su posterior inserción laboral tanto por cuenta ajena como mediante la creación de proyectos empresariales o de economía social. Siguiendo la misma filosofía del Programa de Escuelas Taller y Casas de Oficios, los proyectos de Talleres de Empleo son promovidos por entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro (Órganos, Organismos Autónomos y otros Entes Públicos de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas; Entidades Locales y sus organismos

Autónomos; Entidades con competencias en materia de promoción de empleo, dependientes de Entidades Locales y con titularidad íntegra correspondiente a estas; Consorcios; Asociaciones; Fundaciones y otras Entidades sin ánimo de lucro). También con la misma metodología integradora que el Programa de Escuelas Taller y Casas de Oficios, los Talleres de Empleo realizan obras o servicios de utilidad pública o social que posibilitan a los trabajadores participantes la realización de un trabajo efectivo que, junto con la formación ocupacional recibida, relacio-

nada con dicho trabajo, procura su cualificación profesional y favorece su inserción o reinserción laboral. Dichas obras o servicios están relacionadas con nuevos yacimientos de empleo, como servicios de utilidad colectiva, servicios de ocio y culturales y servicios personalizados de carácter cotidiano. Simultáneamente con la formación y la experiencia se proporciona orientación y asesoramiento e información profesional y empresarial.

Además se configuran como un medio generador de empleo para jóvenes titulados y expertos desempleados que deseen acceder a tareas directivas y docentes.

Los talleres de empleo tienen una duración mínima de seis meses y máxima de un año.

### ¿Qué actividades realizan los directores y docentes?

La dirección del Taller de Empleo, implica la realización de estas actividades:

- ✓ Elaboración y organización del plan general de actuación, fases, etc., cuidando especialmente de que la obra y servicio se adapte al programa formativo.
- ✓ Seguimiento de la evolución y desarrollo del plan de obra o servicio y del plan de formación e introducción de las actuaciones correctoras necesarias, en su caso.
- ✓ Dirección del personal docente y de apoyo prestando especial atención a la consecución de un



Alumnos de Geriatría y ayuda a Domicilio del Taller de empleo "La Fuente II". Benacazón 2003-2004.

buen clima laboral y satisfacción con el trabajo de todos los participantes del taller de empleo.

- ✓ Gestión de los recursos materiales necesarios y adecuados a la realización de la obra o servicio así como los que se precisen para la formación.
- ✓ Fomento, divulgación, difusión e integración social del proyecto en el entorno, a través de las actuaciones necesarias (visitas a empresas y centros de trabajo, promoción de visitas de expertos y empresarios, participación en ferias, exposiciones, etc.).
- ✓ Gestión y promoción de las actuaciones necesarias, a instituciones, empresarios, etc..., para conseguir la inserción laboral de los alumnos a la finalización de los proyectos.
- ✓ Coordinación de la actuación con la entidad promotora y con el SAE (Servicio Andaluz de Empleo) antiguo I.N.E.M, proporcionando a éste la información y acciones necesarias para el seguimiento de las actuaciones y la evaluación cuantitativa y cualitativa de los resultados de las mismas.
- ✓ Vigilar el cumplimiento de las medidas de seguridad y el uso de prendas de protección personal. Aplicar un plan de prevención global.

El equipo docente, además de la impartición y realización de las actuaciones incluidas en los planes de obra o servicios y formativos, desarrolla también otras actividades, tales como:

- ✓ Elaboración de los programas formativos y de obra o servicios concretos adaptados al plan general de actuación, cuidando especialmente de la conjunción entre los aspectos teóricos y prácticos de la formación y experiencia.
- ✓ Diseño y utilización de las metodologías adecuadas a cada mate-

ria.

- ✓ Formar en prevención de riesgos en su materia.
- ✓ Utilización de los medios didácticos apropiados para las metodologías adoptadas.
- ✓ Control, seguimiento y evaluación sistemática, permanente y personalizada de la evolución, en formación y experiencia, de los alumnos.
- ✓ Contribución al buen clima laboral y satisfacción en el trabajo de los alumnos.
- ✓ Propuesta de actuaciones externas que completen y amplíen la formación y experiencia de los alumnos (visitas a empresas, ferias, exposiciones, etc.).

### OBJETIVOS DE UN TALLER DE EMPLEO CON MÓDULOS DE GERIATRÍA Y AYUDA A DOMICILIO

#### Objetivos generales:

- 1.- Formar profesionales del equipo de salud con amplios conocimientos sobre el proceso natural de envejecimiento y con las destrezas necesarias para trabajar con ancianos y sus familiares.
2. Enseñar la importancia de las necesidades en la salud bio-psico-social de esta población y promover el trabajo en equipo para abordar dichas necesidades.
3. Desarrollar un modelo de atención integral para mantener la independencia de los adultos mayores e impulsar un mejoramiento en la calidad de los servicios existentes que se les brinda a los pacientes de este grupo.

#### Objetivos específicos:

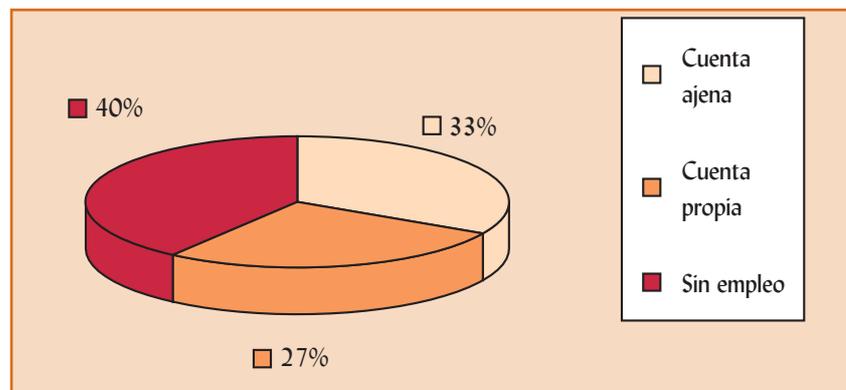
1. Ayudar en las actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.)
2. Ayudar para el transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañarle al médico).



Acto de entrega de los certificados de profesionalidad, Curso 2003-04, Benacazón (Sevilla).

3. Ayudar para el desplazamiento en el interior del domicilio.
4. Ayudar para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).
5. Ayudar para la administración del dinero y los bienes.
6. Supervisión en la toma de medicamentos.
7. Colaboración en tareas de enfermería.
8. Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida.
9. Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de forma agitada).
10. Ayudar para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
11. Hacer muchas “pequeñas cosas” (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercar la radio, etc.).

## INSERCIÓN LABORAL EN EL TALLER DE EMPLEO “LA FUENTE”



## PORCENTAJES DE INSERCIÓN LABORAL EN UN TALLER DE EMPLEO CON LOS MÓDULOS DE AYUDA A DOMICILIO Y GERIATRÍA

Se ha tomado como referencia el Taller de Empleo “La Fuente II” de la localidad de Benacazón, que tuvo una duración total de un año, de Junio de 2003 a Junio de 2004.

De los quince alumnos trabajadores que han conseguido la certificación de profesionalidad, actualmente desarrollan labores de auxiliar de geriatría y ayuda a domicilio un total de nueve personas. (Gráfico nº 1)

## CONCLUSIÓN

La Ayuda a Domicilio y la Geriatría son dos nuevos yacimientos de

empleo, considerados de interés social debido a la gran demanda existente en el mercado laboral.

Si bien es cierto, que estas nuevas profesiones han venido siendo realizadas por personal no cualificado, actualmente, esto está cambiando de forma considerable. Esto se debe principalmente al interés de profesionales de la enfermería, que consideran necesaria la formación en este campo, para ofrecer cuidados básicos de calidad. Sólo de esta forma, se conseguirá que nuestros mayores disfruten de sus últimos años de vida en las mejores condiciones.

La enfermería tiene mucho que decir al respecto y es por eso que ha pasado a formar parte imprescindible de la formación de estos auxiliares a través de los Talleres de Empleo.

## AGRADECIMIENTOS

Taller de Empleo “La Fuente II”. Benacazón. 2003 – 2004

## BIBLIOGRAFÍA

- Auxiliar de Geriatría. Manual de preparación para el Técnico Auxiliar de Geriatría. Editorial MAD.
- Auxiliar de Ayuda a Domicilio. Manual de preparación para la obtención del título. Editorial MAD.
- Gerontología y Derecho. Aspectos Jurídicos y Personas Mayores. Autor: Antonio Martínez Maroto y colaboradores. Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Geriatría en Atención Primaria. Autor: A. Norman Extón-Smith. Editorial Médica Jims S.L.
- Administración de los Servicios de Enfermería. Autora: M<sup>a</sup> de la Luz Balderas Pedrero. Interamericana. McGraw-Hill.
- Cuidador@s de Ancian@s. Autor: José M. Mayán Santos y colaboradores. Segra Ediciones.

# Diagrama de Flujo para la Monitorización de Indicadores de Calidad en Cirugía Mayor Ambulatoria

- R. Adelina del Valle Camino
- Pasión Gómez Muñiz
- Manuel Díaz Guerrero
- Pilar Sánchez Fornelino

Grupo de Enfermería de la U.C.M.A. Hospital "El Tomillar". Área Hospitalaria de Valme. Sevilla

## RESUMEN

Mediante el Diagrama de Flujo, se detalla cada paso de un proceso asistencial, los profesionales implicados y el lugar dónde se realiza la actividad. Queremos dejar constancia de cómo a través del paso de un paciente, candidato a Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A.) por nuestra Unidad, se crean una serie de registros que constituirán nuestra base de datos, para de esta manera, cuantificar una serie de Indicadores inherentes a C.M.A.

Los datos fueron recopilados de una muestra temporal de procesos quirúrgicos programados y los Indicadores a monitorizar se dividen en dos bloques: los Indicadores de Procesos quirúrgicos realizados y los Indicadores de Procesos quirúrgicos suspendidos.

La finalidad de nuestro trabajo es la de poder encontrar problemas en el circuito de nuestra Unidad y poder establecer oportunidades de mejora.

## PALABRAS CLAVE

Monitorización.  
Indicadores.  
Diagrama de Flujo.  
Base de datos.  
Hoja Valoración Inicial.  
Hoja circulante.

## INTRODUCCIÓN

La Metodología I.D.E.F (Integration Definition for Function Modelling) es un método básico de representación de procesos, actividades y tareas profesionales, que ha sido adaptado y modificado para el modelo de gestión por procesos asistenciales sanitarios, desarrollado en nuestra Comunidad Autónoma. Se establecen cinco niveles de representación gráfica, desde el nivel 0 hasta el 4, pasando progresivamente desde una visión global de los procesos (nivel 0) hasta llegar a las tareas específicas a realizar en un proceso concreto (nivel 4). Según I.D.E.F. no es necesario para la representación de un proceso utilizar todos los niveles. Pretendemos detallar cada paso de nuestro

proceso: "Recogida de información por especialidades quirúrgicas", hemos elegido el Diagrama de Flujo, modelo de representación gráfica perteneciente a la arquitectura del nivel 3 de la Metodología I.D.E.F. De esta manera se muestra a la vez a la persona que desarrolla la actividad y el lugar en el que se realiza o se entrega el servicio. Para diseñar el diagrama de flujo nos serviremos de iconografía correspondiente para representar las distintas actividades y tareas.

## OBJETIVO

Crear un sistema de monitorización de parámetros, de tal manera que permita identificar no sólo desviaciones (problemas) en el recorrido del paciente en UCMA, sino también oportunidades de

mejora. Estimamos, que este sistema de monitorización será una herramienta fiable que recogerá las incidencias acaecidas en los procesos programados en nuestra Unidad C.M.A.

## METODOLOGÍA

El periodo de estudio abarcó desde Noviembre de 02 hasta Julio de 03.

La recogida de datos se lleva a cabo en la U.C.M.A. del Hospital "El Tomillar", centro incluido en la red pública asistencial del S.A.S. y perteneciente a su vez al Área del Hospital de Valme de Sevilla, la cual presta asistencia a una población de 350.000 habitantes aproximadamente. Existen cuatro quirófanos funcionando en turnos de mañana y tarde para las distintas especialidades programadas.

Las especialidades quirúrgicas estudiadas están contenidas en la cartera de prestaciones de nuestro Hospital y son: Cirugía General, Oftalmología, O.R.L., Traumatología, Cirugía Vascular, Urología y Ginecología.

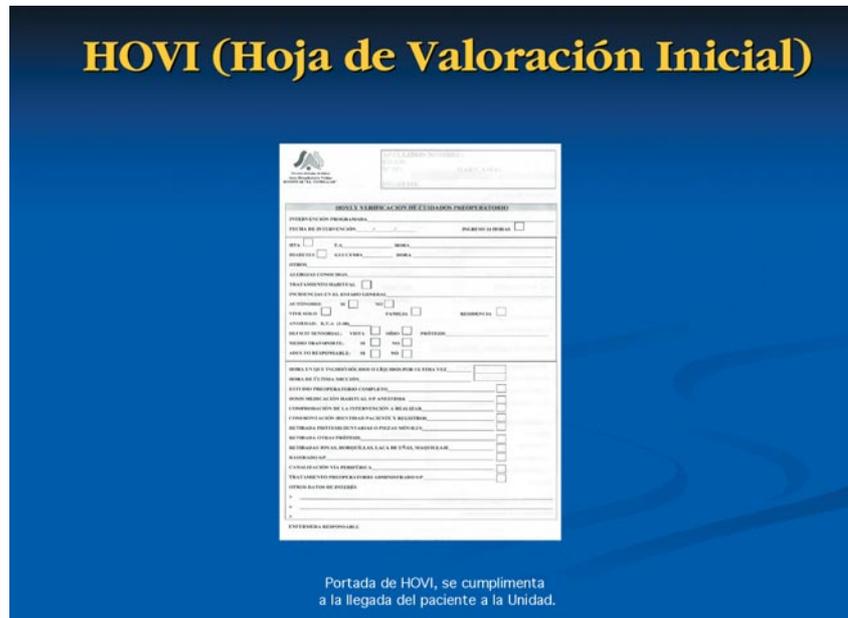
La información fue recabada por cuatro enfermeros de Quirófano, los datos son obtenidos de HOVI (Hoja de Valoración Inicial de Enfermería), Registro de Quirófano, Hoja de Circulante de Enfermería, Hoja de Reanimación de Enfermería, Observación de Enfermería ( en caso de ingreso programado o no programado). Hemos dividido los Indicadores a monitorizar en dos bloques: los pertenecientes a PROCESOS REALIZADOS y los pertenecientes a PROCESOS SUSPENDIDOS:

\* **PROCESOS REALIZADOS:** En este primer bloque, estudiamos aquellos indicadores que reflejan una ALTERACIÓN en la recuperación del paciente intervenido( no recibe el alta en el tiempo protocolizado por presentar incidencia). Estos Indicadores son:

- Ingreso NO PLANIFICADO en UCMA.
- RETRASO en alta. -TRASLADO a Hospital de Referencia (Hospital de Valme).
- REINTERVENCIONES.

\***PROCESOS SUSPENDIDOS:** :Los indicadores a estudiar fueron AQUELLOS MOTIVOS por los que se SUSPENDE el proceso quirúrgico:

- RESOLUCIÓN de la patología: casos de gangliones en Traumatología que no se detectan en la exploración prequirúrgica.
- Criterio MÉDICO-QUIRÚRGICO: por previsión de una posible COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA.
- Criterio MÉDICO-ANESTÉSICO: patología asociada de carácter agudo (fiebre, catarro).
- El paciente NO ACUDE el día de la intervención. -NEGACIÓN del paciente(ansiedad)
- Razones TÉCNICAS por mal funcionamiento de equipos electromédicos, esterilización defectuosa, falta de HHCC.
- AUSENCIA de personal: facultativo, enfermería, auxiliar de enfermería.



- Preparación preoperatoria incorrecta: el paciente no toma medicación habitual, no está en ayunas.

## RESULTADOS

Hemos representado este Diagrama de Flujo que representa la recogida de datos para monitorizar los indicadores antes referidos. Nos hemos basado en el CIRCUITO o TRAYECTORIA que recorre el paciente que accede a CMA, a través del cual, recibirá una serie de actividades de distintos estamentos profesionales que serán registradas en sendos DOCUMENTOS que constituirán nuestra BASE de DATOS. Seguidamente explicamos el diagrama de flujo que se representa en la diapositiva. El paciente candidato a CMA accede a Consulta de la especialidad quirúrgica pertinente según su patología, donde se asegura el diagnóstico preestablecido en Atención Primaria se le prescribe estudio preoperatorio y se inscribe en el RDQ (Registro de Demanda Quirúrgica). Es en la Consulta de Anestesia donde se valoran las pruebas preoperatorios( analítica, radiografía, EKG, TA ) y se complementa con una anamnesis del paciente. Si la valoración es NEGATIVA por una o ambas especialidades (quirúrgica y/o anestesia) y las condiciones del paciente NO se ajustan a las premisas de CMA, éste, será remitido bien a

Atención Primaria, por causa que NO PROCEDA su intervención por alguna patología asociada descubierta en el estudio prequirúrgico y se deba controlar por su médico o bien porque requiere la INTERVENCIÓN con INGRESO convencional, por previsión de complejidad quirúrgica o por un riesgo anestésico, al estimarse que debido a una patología asociada (ASA III descompensada) el paciente precise cuidados específicos y/o UCI. Cuando el paciente es valorado POSITIVAMENTE cumpliendo los requisitos para ser intervenido en UCMA pasa a LISTA DE ESPERA de donde se obtiene el PARTE DE QUIRÓFANO confeccionado por la Jefatura de Servicio de cada especialidad. A partir del parte de quirófano, el PERSONAL de ATENCIÓN AL USUARIO se encarga de citar a los pacientes bien por llamada telefónica o por telegrama, comunicándoles la fecha y hora de su intervención.

Para nuestro grupo de trabajo, el parte de quirófano sirve para anotar en primera intención las incidencias surgidas en la actividad diaria. El día de la intervención se abre la HOVI ( Hoja de Valoración Inicial ) por parte de Enfermería donde se registran datos de filiación, fecha, comprobación de la intervención a realizar, antecedentes patológicos, autonomía sensorial y motora del paciente, situación familiar, disposición de vehículo propio y preparación prequirúrgica. Una vez

## HOVI( Hoja de Valoración Inicial)

**VALORACIÓN DE ENFERMERA ALTA**

HORA ENTRADA R. II \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**CRITERIOS DE ALTA:**  
SIGNOS VITALES ESTABLES: T.A. \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_  
NO NAUSEAS  - NO VÓMITOS   
NO DOLOR SEVERO  - ORIENTACIÓN TIEMPO-ESPACIAL   
DE AMBULACIÓN  - MECIÓN   
TOLERANCIA A LÍQUIDOS  - ADULTO RESPONSABLE PRESENTE

HORA TÉCNICA DEL ALTA SP \_\_\_\_\_  
HORA REAL DEL ALTA \_\_\_\_\_

**REANUDO DE LA HORA TÉCNICA ALTA:**  
HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA  - REACCIÓN ADVERSA A FÁRMACO   
RETECIÓN URINARIA  - BLOQUEO NERVIOS PERIFÉRICOS   
HEMIA TOMA DE HERIDA  - INADECUADA SELECCIÓN   
NO ADULTO RESPONSABLE  - NO TRANSPORTE PRIVADO

**CAUSAS DEL INGRESO:**  
DOLOR  - NAUSEAS   
VÓMITOS  - NO DE AMBULACIÓN   
HEMORRAGIA  - COMPLICACIÓN TÉCNICA (INSUFICIENTE)  
CAMBIO DE OPINIÓN  - FACTOR GEográfico   
OTRAS

HORA QUE SE FIRMA EL FASE A PLANTA \_\_\_\_\_  
ENFERMERA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

Dorso de HOVI. Constituye la base de datos para Indicadores de Procesos Realizados.

en zona de Quirófano el paciente queda inscrito en el LIBRO de REGISTRO de QUIRÓFANO. Son las Auxiliares de Enfermería las encargadas de esta actividad, en donde queda detallado el número de orden de la intervención, fecha, nombre del paciente, intervención, especialidad quirúrgica, hora de entrada y hora de salida de quirófano. Dentro de quirófano la actividad de Enfermería queda patente en la HOJA de CIRCULANTE, donde detallamos datos del paciente, fecha, localización del quirófano, titulares de las distintas especialidades y estamentos que forman parte del equipo quirúrgico, control del tiempo de intervención y tiempo de ocupación de quirófano, destino del pacien-

te post-intervención y observaciones. Es en la Sala de Reanimación donde el paciente debe recuperarse de la pauta anestésica recibida. La enfermera registra en la HOJA de REANIMACIÓN las constantes vitales, tratamiento analgésico prescrito por Anestesia y tratamiento médico por orden del cirujano, control de la herida quirúrgica, control de drenajes, movilidad de miembros, consciencia y orientación en tiempo y espacio del paciente. También en recuperación existe un Libro de Registro donde queda constancia del paso del paciente por esta Unidad, las Auxiliares de Enfermería escriben en él datos de filiación, intervención, fecha, número de orden de la intervención, facultativo

responsable de la práctica anestésica del paciente, hora de entrada y salida de Recuperación.

Cuando el paciente regresa a la Sala de Recuperación II, según su evolución encontramos:

- **EVOLUCIÓN SATISFACTORIA**

el paciente supera los condicionantes del protocolo de recuperación en el tiempo estipulado, supervisado en todo momento por Enfermería, otorgando el Alta Enfermera, registrada en HOVI y a su vez el paciente recibirá el Alta Médico-quirúrgica.

- **PROLONGACIÓN DE CUIDADOS**

debido a complicaciones de carácter leve, por lo cual, el paciente NO recibirá el Alta Médica ni de Enfermería en el tiempo protocolizado, en esta ocasión el Alta del paciente sufrirá una demora en bien de su total restablecimiento. Estas incidencias serán recogidas en HOVI y el paciente será observado el tiempo necesario por Enfermería que permanece siempre en contacto con los cirujanos especialistas.

- **INGRESO NO PLANIFICADO**

en UCMA, puede deberse a complicación quirúrgica y/o anestésica por lo cual el ingreso será demandado desde quirófano por los facultativos. También puede deberse a complicaciones post-quirúrgicas de carácter moderado (dolor intenso, hematoma, sangrado, etc). El cirujano responsable será quien ordene el ingreso en la planta de la Unidad y enfermería deberá registrar las incidencias y los cuidados ofrecidos al paciente en la HOJA de OBSERVACIÓN de enfermería. Tal como detallamos anteriormente, Especialistas Quirúrgicos y Enfermería están en contacto permanente con respecto a la evolución del paciente. A continuación se detallan los iconos utilizados para construir el diagrama de flujo, que refieren el siguiente significado:

## Hoja de Circulante

**PARTE QUIRÚRGICO**

Quirófano: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_  
Intervención: \_\_\_\_\_  
Tipo de intervención: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Preoperatorio: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_  
Personal: \_\_\_\_\_  
Controles de vitalidad: \_\_\_\_\_  
Signos vitales: \_\_\_\_\_  
Estado post-quirúrgico: \_\_\_\_\_

Base de datos para Indicadores de procesos suspendidos por causas médicas.

Los datos obtenidos son transcritos a un libro creado en programa informático Microsoft Excel que se compone de una hoja de cálculo y dos gráficos de columnas y de sectores de los procesos realizados y procesos suspendidos por especialidad quirúrgica.

A partir de estos gráficos el Grupo de Mejora de UCMA hace la valoración mensual y el seguimiento de la fluctuación de cada indicador y estudia la posibilidad y viabilidad de medidas encaminadas a la corrección y prevención de errores y/o expectativas poco satisfactorias para el paciente y/o profesionales.

## CONCLUSIONES

- 1- Cooperación, accesibilidad y disponibilidad de los distintos niveles asistenciales para realizar la recogida de información.
- 2- Ponderación de los resultados obtenidos para la implantación de sistemáticas encaminadas a la detección, corrección y prevención de errores.
- 3- Creación de una base de datos para continuar trabajando en pro a la calidad de nuestra asistencia. Siempre más y mejor.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Fernández Zulueta, coordinador médico de Calidad Asistencial y Gestión por sus ilustrativas explicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
2. Programa de acogida y orientación para personal de la División de Enfermería. Dirección de Enfermería. Área Hospitalaria de Valme. Sevilla.
3. Acreditación de Unidades de CMA y Modelos o Diseños de Calidad en las UCMA 1996. M. Giner Noguera.
4. Estudio de la Actividad Quirúrgica : una herramienta de registro de tiempos. Pilar Prieto, Esther Muñoz, Catalina Royuela y Diego Ayuso. Enfermería. Hospital Alcorcón. Madrid.

## Iconos utilizados para la construcción del Diagrama de flujo

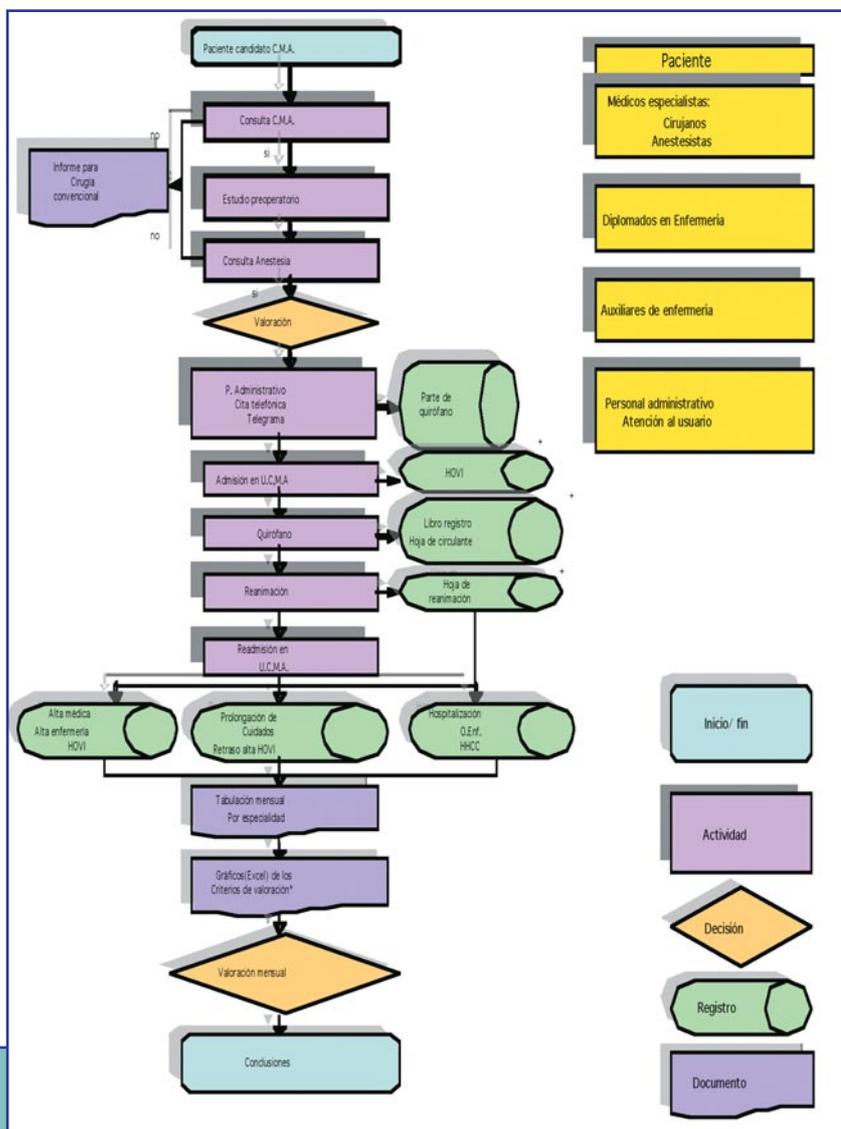
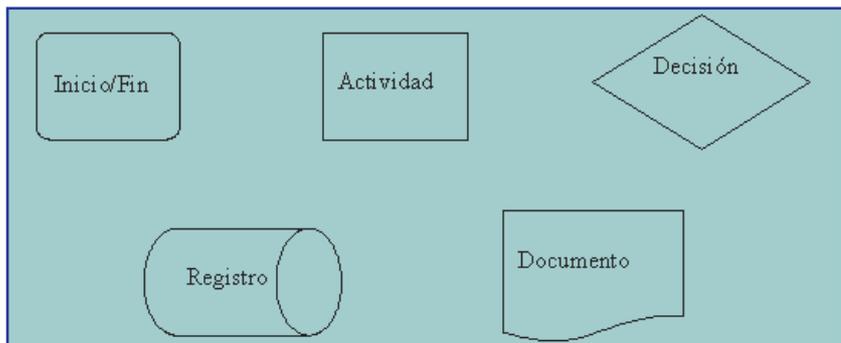


Diagrama de Flujo. Cómo se crean los diferentes registros por enfermería

# Centro de Infecciones de Transmisión Sexual. Un desconocido entre el Personal Sanitario

## ■ Luis Pérez Rosa

Diplomado en Enfermería. Servicio de Microbiología. Hospital de Valme. Sevilla

## ■ Rafael Jarana Molero

Diplomada en Enfermería. Centro de Infecciones de Transmisión Sexual. Sevilla

## ■ M<sup>a</sup> Antonia Mendo Gastalver

Médica Especialista en Microbiología. Hospital de Valme. Sevilla

## ■ Isabel Pueyo Rodríguez

Médica Especialista en Dermatología. Directora Centro de Infecciones de Transmisión Sexual. Sevilla

## RESUMEN

Los centros de Infecciones de Transmisión Sexual (CITS), son poco conocidos entre el personal sanitario, en este trabajo exponemos los objetivos, funcionamiento, y fines del CITS de Sevilla. Sus objetivos son la prevención, diagnóstico y control de las ITS. Es importante la labor de enfermería en estos centros, requiriendo de una preparación tanto en la forma de realizar la recogida de datos, como en el procesamiento de las muestras. Mas del 50% de los hombres que acuden al centro lo hacen por aparición de síntomas, mientras que en la mujer el 60% lo hacen por controles periódicos La gran mayoría de los usuarios pertenecen a grupo de prácticas de riesgo 42,8%, fundamentalmente HSH y profesionales de la prostitución. De los usuarios atendidos un 45% lo hacia después de consultas previas en Atención Primaria, Ginecología y servicios de Urgencias Hospitalarios. Es importante que el personal sanitario conozca la existencia y funcionamiento de estos centros, para proporcionar la orientación e información adecuada al paciente, teniendo además en cuenta que las ITS han ido aumentando a lo largo de estos últimos años

## PALABRAS CLAVES

ITS,  
Diagnóstico, Control, Seguimiento,  
grupos con prácticas de riesgo,  
confidencialidad,  
incremento.

## INTRODUCCIÓN

La historia de las enfermedades venéreas es tan antigua como la historia de la humanidad (1). En la actualidad existen una serie de factores que favorecen el aumento, transmisión y desarrollo de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como son los cambios en la práctica sexual, la facilidad en los desplazamientos entre ciudades y países, la inmigración y el consumo de drogas entre otros. (2)

En los años 80 la aparición del SIDA y el miedo que generó en la sociedad, contribuyó a la reducción de las ITS. En los últimos años la aparición de tratamientos antirretrovirales efectivos, parece que han producido una relajación en los medios de prevención de las ITS, y con ello un aumento de las mismas, sin olvidar los factores que hemos mencionado anteriormente. (3)

Actualmente contamos con un Centro de Infecciones de Transmisión Sexual (CITS) en Sevilla (4). El objetivo de este estudio es dar a conocer a los profesionales de la sanidad, las actividades que se llevan a cabo en este CITS. Creemos que es un gran desconocido y es necesario saber todo el proceso que en él se realiza, entre otros motivos para poder orientar y facilitar a los pacientes con sintomatología de ITS una atención especializada.

## CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

### OBJETIVOS DEL CITS

Los objetivos del centro de ITS se resumen en:

1. - Diagnóstico, Control y Seguimiento de las ITS.
2. - Proporcionar a las personas en riesgo de tener ITS y a la Red de Atención Primaria y Especializada puntos de referencia de dichas infecciones.
3. - Elaborar periódicamente protocolos de diagnóstico y actuación para los profesionales sanitarios.
4. - Proporcionar información complementaria al sistema de declaración obligatoria que permita una vigilancia más adecuada de las ITS.
5. - Desarrollar actividades de formación de los profesionales en Atención primaria y Asistencia Especializada.

### UBICACIÓN DEL CITS

El Centro de Infecciones de Transmisión Sexual de Sevilla está integrado en el Servicio Andaluz de Salud (SAS), ubicado dentro del Centro de Salud situado en la calle Santa María de Gracia nº 1 en el centro de Sevilla, junto a otras consultas como Atención Primaria, Pediatría, Medicina Interna.

### PERSONAL AL QUE ATIENDE

El CITS atiende fundamentalmente a:

- Grupos con prácticas de riesgo: Se considera personas en riesgo de padecer ITS, a aquellas que ejercen la prostitución, o que mantiene contactos con ellas, hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), heterosexuales pro-

miscuos y adolescentes. (5,6,7)

- Pacientes remitidos de consultas de otras especialidades (Ginecología, Urología, Dermatología, etc.) y de los Servicios de Urgencias hospitalarios.
- Pacientes remitidos desde otros Centros de Atención Primaria.
- Inmigrantes, que en su mayoría carecen de tarjeta sanitaria.

En general a toda persona de cualquier condición o nivel social que lo necesite. Podemos agrupar a los pacientes según el motivo de consulta:

- Sintomatología: Son aquellos pacientes que llegan al centro por aparición de síntomas sospechosos de una ITS.
- Controles de las personas en riesgo, a las que se realizan sistemáticamente revisiones. En general está establecido cada 6 meses.
- Seguimiento de Contactos: A partir de un caso índice, se lleva a cabo el seguimiento de la cadena epidemiológica, mediante el estudio de las distintas parejas o contactos, para el diagnóstico y tratamiento precoz de la ITS.

### PERSONAL DEL CITS

La plantilla del CITS está constituida por un facultativo especialista en Dermatología y coordinador del centro, 2 Diplomados en Enfermería, y 1 auxiliar administrativo.

### CITAS, RECEPCIÓN Y REGISTRO DE PACIENTES

El personal administrativo, es el encargado de las citas, recepción y registro de los pacientes que llegan al Centro, remitidos por Atención Primaria o Especializada, por iniciativa propia, o a través del teléfono de Información Sexual. Garantizará la confidencialidad y el anonimato del paciente, asignándole un

número de historia que será la única identificación que figure en cualquier documento relacionado con él.

Existen además a disposición de los pacientes en la sala de espera folletos informativos, sobre las ITS, su prevención, profilaxis, control y transmisión.

### FUNCIONAMIENTO DEL CITS Y SISTEMÁTICA DE TRABAJO

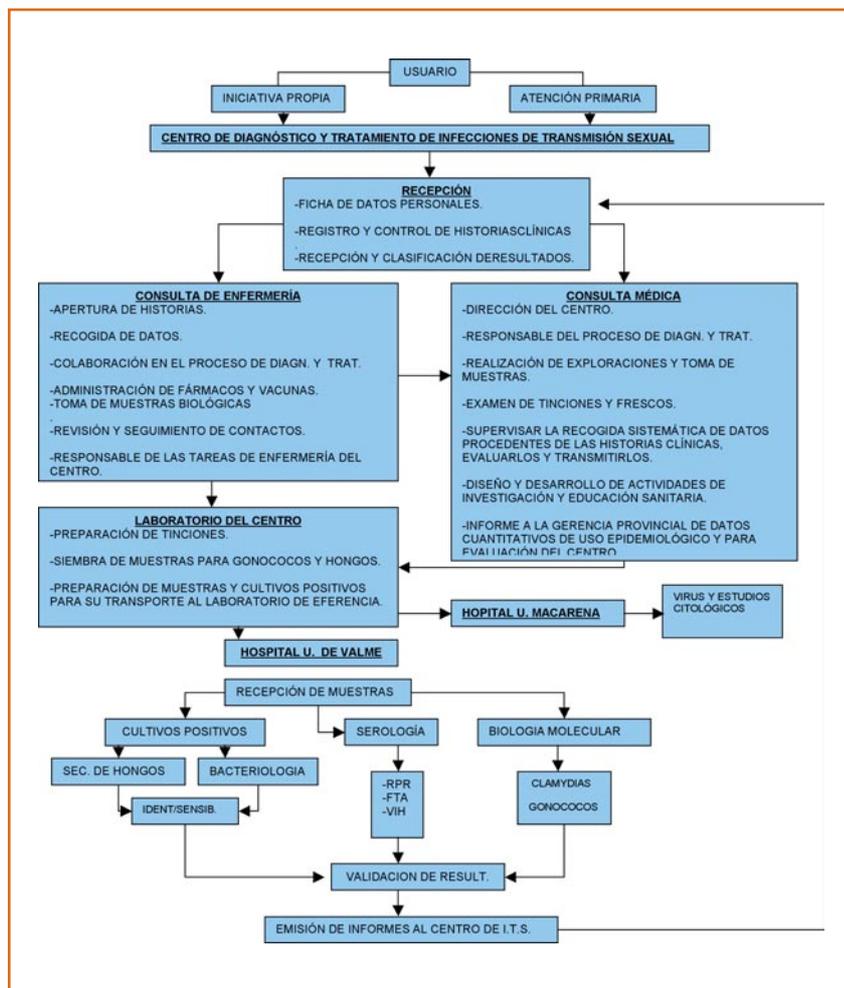
En la figura (1) recogemos mediante un diagrama el funcionamiento del CITS y lo describimos con más detalle en los apartados siguientes.

### CONSULTA DE ENFERMERÍA

- Apertura de historia clínica: La enfermera/o es la encargada de abrir la historia clínica siguiendo un formulario establecido y codificado (Fig. 2). La apertura de la historia clínica supone una entrevista personal, en ella se señalará el motivo de la consulta, conducta sexual, último contacto, pareja habitual, número de parejas en el último mes o año, contactos con personas que ejercen la prostitución, consumo de drogas y si tiene alguna otra patología digna de mención. También es importante conocer los hábitos sexuales, métodos anticonceptivos, insistiendo en la frecuencia y el uso correcto del preservativo, y en mujeres, fecha de la última regla, edad de la menarquía y posibles trastornos menstruales.

No cabe duda, que para obtener una respuesta sincera la enfermera/o tiene que hacer gala de sus mejores dotes, y por ello tiene que ser una persona preparada y con experiencia en este campo de las ITS, para que el paciente perciba un ambiente de confianza, disten-

**FIGURA 1 FUNCIONAMIENTO DEL CITS DE SEVILLA**



dido, que haga manifestar todas esas preocupaciones que le han llevado hasta el CITS y así responda a todas las cuestiones que se le plantean de la manera mas natural, ya que esta información es fundamental para llevar a cabo el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la cadena epidemiológica.

- Si se trata de la primera visita se le pide al paciente consentimiento y se le informa que rutinariamente se realizan análisis de sífilis y VIH, para lo que se le extraerá sangre en ese momento.
- Controles en los hombres: En la consulta de enfermería se lleva a cabo las revisiones periódicas, siempre que no requiera exploración médica, realizándose tomas de muestras biológicas.

- Entrega de informes y resultados: realizados en visitas anteriores, siempre que estos no requieran de una intervención médica.
- Tratamientos: La enfermera/o se encarga de administrar los medicamentos prescritos en cada tipo de infección. En su mayoría son tratamientos unidosis que se administran en el propio CITS y que garantizan así su cumplimiento. Además de la administración de fármacos se lleva a cabo la vacunación contra el Virus de la Hepatitis B.
- El CITS tiene un pequeño laboratorio en el que se realiza el estudio microbiológico inicial de las muestras antes de enviarlas al hospital de referencia, para ello, se requiere de una preparación y experiencia en Microbiología. Prácticamente el

laboratorio está a cargo de la enfermera/o, realizando:

- Toma de muestras: (Frotis faríngeos, Exudados cervicales, uretrales, rectales y de úlceras), para estudios citológicos, microbiológicos y de biología molecular
- Realización y visualización de las preparaciones en fresco y tinción de Gram que permiten una orientación y diagnóstico presuntivo de la infección.
- Siembra de muestras: En general el estudio va encaminado al aislamiento de *Neisseria gonorrhoeae* y de levaduras. *N.gonorrhoeae* es un microorganismo muy lábil que requiere de medios de cultivo selectivos para su crecimiento. El medio utilizado es el Choc-PVX VCAT2 (bioMérieux), este medio debe estar a temperatura ambiente, en el momento en que se siembre la muestra y ser rápidamente incubados a temperatura de 35-37°C y atmósfera de CO<sub>2</sub>, durante 48 horas, para favorecer su crecimiento. Igualmente las muestras sospechosas de la presencia de levaduras se siembran en el medio CRO-MAGAR (Tec-Laim) y se incuban también 48 horas. Debido a los requerimientos tan exigentes de estos microorganismos esta primera parte se lleva a cabo en el laboratorio del CITS
- Visualización de cultivos: Los cultivos deben visualizarse a las 24 y 48 horas para ver si existe crecimiento y una vez que se detectan los microorganismos, se envía al laboratorio de referencia para su identificación y antibiograma.
- Preparación de las muestras para ser enviadas a los laboratorios de referencia: centrifugación de muestras de sangre y separación del suero para la determinación de pruebas serológicas (Sífilis, VHB, VIH etc.), numeración de las muestras y supervisión de los volantes de petición.

- Realización de técnicas rápidas, como test de gestación en orina.

**FIGURA 2 HISTORIA CLÍNICA**

## CONSULTA MÉDICA

El médico es el responsable y coordinador del CITS, realizando la:

- Supervisión sistemática de los datos procedentes de las historias clínicas, para su evaluación.
- Exploración de todas las mujeres, realizando tomas de muestras, y tinciones,
- Exploración de todos los hombres que presentan alguna sintomatología, realizando igualmente toma de muestras, examen de preparaciones en fresco y tinciones.
- Información de los resultados de los análisis realizados, en casos de estar alterados.
- Prescripción del tratamiento, e indicación de las pautas a seguir con sus parejas o contactos.
- Información a la Gerencia Provincial de los datos cuantitativos de declaración epidemiológica
- Responsable de la dirección, diseño y desarrollo de actividades de investigación y educación sanitaria.

## RESULTADOS

En cuanto al tipo de usuarios que consultan al CITS, del total de las personas atendidas el 42,8% pertenecían a grupos con prácticas de riesgo, el 80% de éstos acudían por iniciativa propia. De las mujeres que ejercen la prostitución, resaltar el aumento considerable en la captación de extranjeras (91,4% del total) con respecto a las mujeres españolas que ejercen la prostitución (8,6%)

1. Nº H.P. 2. Fecha  
3. Fecha de nacimiento 4. Edad  
5. Sexo  
6. Municipio de Residencia  
7. Provincia  
8. Nacionalidad  
9. Profesión  
10. Situación laboral  
11. Nivel de Instrucción  
12. Estado Civil  
13. Nº de Hijos

14. Motivo de Consulta: Síntomas  Contar  Seguimiento de contactos   
15. Consulta previa: Sí  No  Con quién:  
16. Tratamiento anterior: Sí  No  Especificar: Aliérgico a:

17. Conducta sexual: Heterosexual  Bisexual  Homosexual   
18. Tiene pareja habitual: Sí  No  Días desde su último contacto:  
19. Papeas en el último mes: 0  1  2  3-5  +5   
20. Papeas en el último año: 0  1  2  3-6  6-10  11-20  +20   
21. Papeas día: 0  1  2  3-5  6-10  11-20  +20   
22. Contacto con profesional: Sí  No   
23. Tipo prostitución:  
24. Años de prostitución:  
25. Contacto sospechoso con: Profesional  Pareja habitual  Contacto esporádico  Ujergunta  Otro   
26. Tiene síntomas su pareja habitual: Sí  No  Especificar:  
27. Último diagnóstico: Habitualmente  Esporádicamente   
28. A.D.V.P.: No  Sí  Ex   
29. Especificar qué diagnóstico:  
30. E.T.S. anteriores:  
Cuándo:  
Tiene alguna enfermedad importante:

	HABITOS SEXUALES				USO DEL PRESERVATIVO			
	NUNCA	ESP.	FREC.	SEMPRE	NUNCA	ESP.	FREC.	SEMPRE
VP	<input type="checkbox"/>							
VB	<input type="checkbox"/>							
BP	<input type="checkbox"/>							
BA	<input type="checkbox"/>							
JAP	<input type="checkbox"/>							
AB	<input type="checkbox"/>							
AV	<input type="checkbox"/>							
BA	<input type="checkbox"/>							
PA	<input type="checkbox"/>							
PI	<input type="checkbox"/>							

51. Método anticonceptivo:  
Última regla: Fórmula: Menarquia:  
52. Edad 1ª relación sexual: Frecuencia:  
64. Embarazo: Sí  No  53. Abortos:  
54. IPO ABORTO:

cifras que hace años eran inversas. Existen diferencias entre los motivos de consultas de las personas con o sin prácticas de riesgo, es mayor el número de pacientes sin factores de riesgo que acuden por aparición de síntomas sospechosos de ITS, o por seguimiento de contactos, mientras que los pacientes con factores de riesgo acuden al centro mayoritariamente por controles periódicos. Los motivos de consulta del CITS, fueron por la aparición de síntomas el 50% de los hombres y el 20% de las mujeres, por controles periódicos por ser grupos

con prácticas de riesgo el 37% de los hombres y el 60 % de las mujeres y por seguimiento de contactos a partir de un caso Índice el 13% de los hombres y el 20% de las mujeres. De los usuarios atendidos, el 45% habían consultado previamente, sobre todo con, Médico de Cabecera, Ginecólogo y Servicios de Urgencias Hospitalarios. Destacando que el 11,32% habían sido vistos 4 o más veces por otros profesionales. Los patógenos, más frecuentes, causantes de las ITS en los dos últimos años los recogemos en una tabla I

AÑO	Chlamydia trachomatis	Neisseria gonorrhoeae	Sífilis	Herpes genital
2002	68 casos	56 casos	57 casos	39 casos
2003	109 casos	66 casos	51 casos	70 casos

## CONCLUSIONES

1. - Los centros de ITS, son de gran importancia dentro de la red sanitaria, tanto por las características de dichas infecciones en sí mismas, como por las que rodean a los usuarios que las padecen.
2. - Las ITS, están experimentando un incremento, posiblemente como consecuencia de la implantación de tratamientos eficaces frente al VIH, y el control de la enfermedad, que nos proporciona una relativa pérdida de temor a la adquisición de dicha enfermedad, que conlleva una relajación en el uso de los métodos de prevención de las ITS, por lo que es necesario continuar avanzando en el conocimiento y control de las mismas, para actuar rápidamente en su diagnóstico evitando su propagación. (8, 9, 10)
3. - El estudio de la cadena epidemiológica en las ITS, es fundamental para su control, aunque este seguimiento es bastante difícil por las connotaciones sociales y culturales que estas conllevan. Por ello es necesario que existan profesionales con experiencia en este campo, que tengan conocimientos, en la adquisición, transmisión, evolución y control de dichas infecciones y lo apliquen en su relación con el paciente, llevando a cabo una buena recogida de datos, imprescindible para llegar a un diagnóstico correcto y al control de la infección.
4. - Es importante que el personal sanitario, tenga un conocimiento exacto tanto de la adquisición, transmisión, evolución, e incidencia de las ITS en nuestro país, como de la existencia y funcionamiento de los CITS, para proporcionar la orientación adecuada a los usuarios que lo requieran, porque como podemos observar a través de los datos de este estudio son muchos los pacientes que llegan al centro después de múltiples consultas a médicos de atención primaria y especialistas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- E. Lesser. Tratado de Dermatología, Sifilografía y Enfermedades Venéreas Ed.Salvat y Cia, S. En C., Editores. 1900.
- 2.- X. Sierra Valentí. 500 años de sífilis en Europa. Revista Ibero-Latinoamericana de ETS. 2:9-21, 1993.
- 3.- Sexually Transmitted Diseases. Treatment Guidelines 2002. Morbidity and Mortality Weekly Report. 51: n°. RR-6, May 2002.
- 4.- I. Pueyo y cols. Centro de Diagnóstico y Prevención de ETS. Memoria 2002. Distrito Sanitario AP. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.
- 5.- Ostergaard, L; Agner, T. y cols. 73 : 493-497, 1997. Genitourinary Med.
- 6.- N.A. Lister; A.Smith; S.Tabrizi y cols.30: 886-889, 2003 Sexually Transmitted Diseases.
- 7.- J.Debattista; C.Clementson; D.Mason y cols. Abril 2002, 216-221 Sexually Transmitted Diseases.
- 8.- M.Ghanem; K.Radcliffe; P.Aallan. International journal of STD & AIDS 2004; 15:45-47.
- 9.- M.Chávez; J.Vargas; I.Pueyo y cols. Enferm. Infec. Microbiol. Clin.2000; 18:392-395.
- 10.- Jeffrey F; Peipert M.D; N Engl J Med 2003; 349 2424-2430

# Florence Nightingale: Una pionera en Enfermería y... en Estadística Aplicada

■ Ana Díaz Reina

Diplomada Universitaria en Enfermería. Licenciada en Historia. H. U. Virgen del Rocío

## RESUMEN

Florence Nightingale es reconocida como pionera en la profesión de enfermería y como reformadora de los métodos higiénicos de los servicios hospitalarios. Durante la mayor parte de su vida, Nightingale promovió la reforma del sistema de asistencia sanitaria del ejército británico y luchó por la profesión de enfermería para que ésta ganase el respeto que se merecía. Desconocido por muchos es, sin embargo, su uso de la estadística como instrumento de medición en las ciencias sociales y de la salud. Creó el diagrama polar de áreas para dramatizar las muertes inútiles causadas por las condiciones poco salubres en los hospitales de campaña del ejército. De esta forma generó la necesidad de reformas en esos hospitales. Con sus análisis, Florence Nightingale introdujo la revolucionaria idea de que los fenómenos sociales podían ser medidos de forma objetiva y ser sometidos a un análisis matemático. Fue innovadora en la recogida, tabulación, interpretación, y visualización gráfica de estadísticas descriptivas.

## PALABRAS CLAVE

Historia de la enfermería, historia de la estadística, diagrama polar de área.

## INTRODUCCIÓN

Florence Nightingale es más recordada por ser pionera en la profesionalización de la enfermería con las reformas propuestas a raíz de su trabajo como enfermera durante la guerra de Crimea, y por su contribución a la mejora de las condiciones de los hospitales militares de campaña. Sin embargo, lo que es mucho menos conocido de esta asombrosa mujer es su amor a las matemáticas, especialmente a la estadística, y cómo este amor jugó un importante papel en la obra que desarrolló a lo largo de su vida. En este artículo se pretende dar una modesta visión de la aportación de esta mujer a este último campo sin dejar de repasar, desde luego, algunos hechos interesantes de su larga vida.

## UNA EDUCACIÓN MATEMÁTICA

Nightingale nació en Villa Colombia, Florencia, Italia, el 12 de mayo de 1820. De ahí su nombre. Su padre, William Edward Nightingale y su madre, Frances Smith, recorrieron Europa durante los dos primeros años de su matrimonio. La hermana mayor de Florence nació en Nápoles el año anterior. A esta hija mayor sus padres le pusieron de nombre Panthenope, el nombre griego de esa ciudad del sur de Italia.

William Nightingale nació con el apellido Shore, pero se lo cambió después de heredar de un pariente rico, Peter Nightingale de Lea, Derbyshire. Las niñas crecieron en Inglaterra pasando mucho de su tiempo en Lea Hurst, Derbyshire. Cuando Florence tenía sobre cinco años, su padre

compró una casa llamada Embley, cerca de Romsey, Hampshire. Esto suponía que la familia pasase los meses de verano en Derbyshire, mientras que el resto del año viviría en Embley.

La educación primaria de Panthenope y Florence quedó en manos de institutrices. Después, su padre, educado en Cambridge, tomó él mismo la responsabilidad. Florence mostró una capacidad natural para el estudio. Bajo la influencia de su padre, Nightingale llegó a conocer a los clásicos, Euclides, Aristóteles, la Biblia y se interesó por los asuntos políticos. En 1840, Nightingale pidió a sus padres que le dejaran estudiar matemáticas pero su madre no aprobaba la idea “ya que las tareas del hogar no deberían descuidarse por la matemática”. Ella asumía que el destino



*Florencia Nightingale*

de su hija era casarse y, “¿qué utilidad tendrían las matemáticas para una mujer casada?” Su padre, a pesar de amar las matemáticas y de habérselo transmitido a su hija, le pidió que estudiara temas más apropiados (para una mujer), tales como “historia o filosofía, natural y moral”. Después de muchas batallas emocionales los padres, finalmente, cedieron y le permitieron ser tutorada en matemáticas. Este tutor fue Sylvester, para quien Florencia se convirtió en la alumna más brillante. Pero el interés de Nightingale por las matemáticas fue más allá que unas lecciones de un tutor. Así, uno de los autores que más le influyó fue el científico belga Quetelet. Éste había aplicado métodos estadísticos a diversos campos, incluyendo ciencias sociales.

La religión jugó un importante papel en la vida de Nightingale. Su visión imparcial sobre la religión, inusual en la época, se debía al marco liberal que encontró en su casa. Aunque sus padres eran de antecedentes Unitarios (cristianos que no creen en la Santísima Trinidad ni, por tanto, en la divinidad de Cristo), la madre prefirió una formación más convencional y las niñas fueron edu-

cadas en el marco mayoritario de la Iglesia de Inglaterra (de creencia trinitaria). Sobre el 7 de febrero de 1837 Nightingale creyó escuchar “la llamada de Dios” mientras paseaba por el jardín de Embley, aunque en ese momento, afirmaba ella, no comprendió lo que significaba esa llamada.

## VOCACIÓN ENFERMERA

Florencia comenzó a interesarse por los asuntos sociales de su época. En 1845 su familia se opuso firmemente a que ella adquiriese experiencia hospitalaria. Hasta entonces, los únicos cuidados que había llevado a cabo habían sido sobre sus amigos y parientes enfermos. A mediados del siglo XIX, la enfermería no era considerada en Inglaterra como una profesión adecuada para una señorita de buena posición social. Las enfermeras de esta época estaban mal formadas y tenían una reputación poco favorable.

Mientras nuestra autora hacía una gira por Europa y Egipto, que se inició en 1849, en compañía de unos parientes, tuvo la suerte de conocer los diferentes sistemas hospitalarios. A comienzos de 1850 inicia su formación como enfermera en el Instituto de San Vicente de Paúl, en Alejandría, Egipto, un hospital dirigido por la Iglesia Católica. Florencia visitó el hospital del pastor Theodor Fliedner en Kaiserwerth, cerca de Dusseldorf, Alemania, en julio de 1850 y en 1851 volvió a esta ciudad para pasar tres meses de formación en el Instituto de Protestant Deaconesses, y desde Alemania se traslada a un hospital en St. Germain, cerca de París, dirigido por las Hermanas de la Gracia. De vuelta a Londres, Nightingale ocupó un puesto sin sueldo, como superintendente en el *Establishment for Gentlewoman during Illness*, en el nº 1 de Harley Street.

## LA GUERRA DE CRIMEA

En marzo de 1854 comienza la Guerra de Crimea. Creemos necesario un mínimo comentario sobre este conflicto en el que se vio implicado el país de nuestra protagonista. Secularmente la Rusia imperial se había considerado protectora de los demás pueblos eslavos y sucesora de Bizancio. Durante el siglo XIX Rusia había entrado en guerra con Turquía en varias ocasiones. El gobierno ruso, bajo el mando del Zar Nicolás I, concibió el propósito de hacer realidad el sueño de ocupar el antiguo imperio de Bizancio aprovechando la debilidad turca. La caída del Imperio Otomano podría llevar aparejada la irrupción rusa en el Mediterráneo lo que se convertiría en una amenaza para los estados ribereños. Por otra parte el surgimiento de estados eslavos aliados de Rusia en los Balcanes aumentaba el peligro. Francia y especialmente Inglaterra se propusieron evitarlo. Cuando la guerra estalló entre Turquía y Rusia, corrieron en apoyo de la primera Inglaterra, Francia y Cerdeña.

Además de los combates entre turcos y rusos en el Cáucaso y los Balcanes, el principal campo de batalla fue Crimea. Con la finalidad de amenazar el corazón de Rusia y despojar a la flota rusa de su principal puerto en el Mar Negro, los aliados desembarcaron en la península de Crimea y establecieron una cabeza de puente. Después de derrotar a los rusos en Alma en 1854, rodearon y sitiaron Sebastopol.

Tras la Batalla de Inkerman en 1854 y la conquista de Sebastopol por los aliados en 1855, Rusia fue forzada a pedir la paz. Al negociarse ésta en 1856, Rusia tuvo que hacer solamente unas pequeñas cesiones de territorio, pero su presión sobre los Balcanes cesó, al menos temporalmente.

El 20 de septiembre de 1854, el prestigioso periódico *The Times* criticó las instalaciones médicas británicas en Turquía. En respuesta, Nightingale recibió la llamada de su amigo Sydney Herbert, Secretario Británico de Guerra (equivalente a Ministro de Defensa), pidiéndole que se convirtiera en enfermera administradora que supervisara la introducción de enfermeras en los hospitales militares. El cargo oficial que le fue asignado era *Superintendent of the Female Nursing Establishment of the English General Hospitals in Turkey*. El 4 de noviembre de 1854 Nightingale llegó a Scutari, un barrio en la parte asiática de Constantinopla (hoy Estambul), llevando bajo sus órdenes a 38 enfermeras. Con unas condiciones en las que los soldados se hacinaban sobre suelos desnudos, rodeados de ratas y donde las operaciones quirúrgicas se realizaban con nulas condiciones de higiene, no es sorprendente que, cuando Nightingale llegó por primera vez a Scutari, enfermedades tales como el cólera y el tífus fuesen muy comunes en los hospitales de campaña. Esto significaba que los soldados heridos tenían siete veces más probabilidad de morir por enfermedad en el hospital que por las heridas del campo de batalla. En Turquía, Nightingale recogió datos y organizó un sistema para guardar los registros, siendo esta información usada después como instrumento para mejorar los hospitales civiles y militares. Estos cálculos demostraron que una mejora de los métodos sanitarios empleados se traduciría en un descenso en el número de fallecidos. Los oficiales y médicos militares objetaron las propuestas de Nightingale. Interpretaron sus comentarios como un ataque a ellos y la hicieron sentirse fuera de lugar. Así pues, Florencia recibió muy poca ayuda al principio, pero usó sus contactos con *The Times*, para que la



La Dama de la Lámpara

*Nuestra protagonista era conocida entre los soldados ingleses destacados en Crimea con el sobrenombre de “La Dama de la Lámpara” debido a su constante vigilia nocturna al cuidado de heridos y enfermos, ayudándose de una pequeña lámpara para poder valerse entre tantos hombres hacinados en las salas. Esta ilustración apareció en el London News el 24 de febrero de 1856, haciendo que ese sobrenombre de Nightingale se extendiera a toda la sociedad ingle-*

información llegase a la ciudadanía británica y, de esta forma, presionar a los poderes públicos. Entonces se le encomendó la tarea de organizar las barracas del hospital después de la batalla de Inkerman y al mejorar las condiciones de sanidad, logró reducir la proporción de muerte de sus pacientes. Así, en febrero de 1855 la tasa de mortalidad había caído del 60% al 42'7%. Mediante el establecimiento de un suministrador de agua corriente así como el uso de los fondos propios para la compra de frutas, legumbres y equipos hospitalarios adecuados, la tasa de mortalidad en primavera volvió a caer.

## DIAGRAMA POLAR DE ÁREA

Nightingale usó estos datos estadísticos para diseñar su Diagrama Polar de Área, o “coxcorn”, como ella lo llamaba, porque la imagen recuerda la cabeza de un gallo con su cresta. Éste fue utilizado para ofrecer una representación gráfica de las cifras de mortalidad durante

la Guerra de Crimea.

Usando el centro como punto común, se construyen “cuñas” o “sectores circulares” cuyas áreas son proporcionales a las cifras que representan. Los sectores exteriores azulados representan los números de muertes por enfermedades que podían ser prevenidas o, en otras palabras, enfermedades contagiosas como el cólera y el tífus. Las cuñas centrales anaranjadas muestran las muertes por heridas de guerra. Las cuñas intermedias en verde oscuro representan las muertes por todas las demás causas. Las muertes en los hospitales de campaña británicos alcanzaron un máximo en enero de 1855, cuando 2.761 soldados fallecieron de enfermedades contagiosas, 83 de heridas de guerra y 324 de otras causas, lo que hacían un total de 3.168. La clase de tropa que formaba parte del ejército británico aquel mes en Turquía estaba formada por 32.393 hombres. Usando esta información, Nightingale calcula una tasa de mortalidad del 9'78%, con 8'52% a causa de enfermedades que

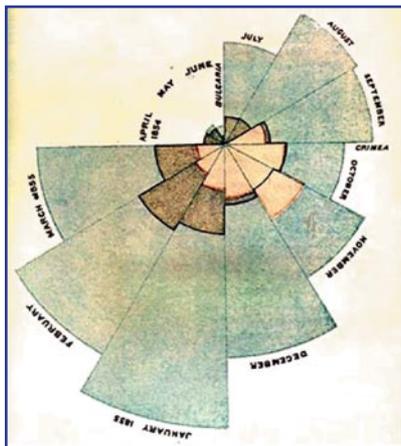


Diagrama polar de área diseñado por Florencia Nightingale

podía ser evitadas.

Estas condiciones insalubres no sólo eran tangibles en los hospitales militares de campaña. A su vuelta a Londres, en agosto de 1856, cuatro meses después de la firma del tratado de paz, Nightingale descubre que, en tiempo de paz, los soldados, con edades comprendidas entre 20 y 35 años tenían una tasa de mortalidad doble que los civiles. Usando sus estadísticas, demostró la necesidad de reformas sanitarias en todos los hospitales militares.

Mientras presionaba sobre este asunto, Florencia atrajo la atención de la Reina Victoria y del Príncipe Alberto, así como la del Primer Ministro, Lord Palmerston. Su aspiración de que se llevara a cabo una investigación formal fue garantizada en mayo de 1857, cuando se creó la Real Comisión sobre la Salud del Ejército.

### MAESTRA DE ENFERMERAS Y RECONOCIDA COMO ESTADÍSTICA

En 1858, por su contribución al ejército y a las estadísticas hospitalarias, Florencia se convirtió en la primera mujer en formar parte como miembro de pleno derecho de la prestigiosa sociedad estadística británica *Royal Statistical Society*.

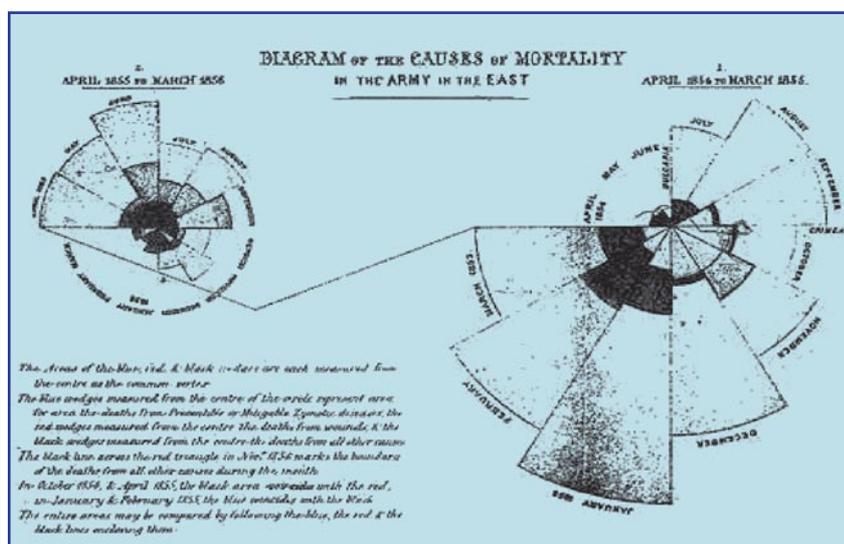
En 1860 abre, con 10 alumnas, la Escuela de Formación y Casa de Enfermeras "Nightingale", situada en el Hospital de St. Thomas de Londres. Estaba financiada por el fondo Nightingale, reunido por suscripción popular durante la época en que nuestra heroína estuvo en Crimea y que contaba con un total de

50.000 libras. La escuela se apoyaba en dos principios fundamentales: primero, las enfermeras recibirían una formación práctica en hospitales especialmente organizados para tal fin y, segundo, las mismas vivirían en casas adecuadas donde pudiesen formarse moral y disciplinadamente. Debido a la fundación de esta escuela, Nightingale consigue la transformación de la enfermería, pasando de su anterior mala fama a una seria y respetable carrera para la mujer. Su recomendación a estudiantes de enfermería (1873): *La enfermería es una llamada superior, una llamada honorable... El honor radica en el amor por la perfección, la consistencia y en el trabajo duro para conseguirla...*

Nuestra autora respondió al requerimiento del Ministerio de Guerra Británico para que aconsejase sobre la carrera médica militar en Canadá. Fue también consultada por el Gobierno de los Estados Unidos sobre la salud del ejército durante la Guerra Civil Americana. Sus actividades matemáticas incluyeron estimar el "promedio de velocidad de transporte en trineo" y calcular "el tiempo requerido para el transporte de los enfermos sobre grandes distancias en Canadá".

Nightingale persiguió celosamente el establecimiento de una cátedra de Estadística Aplicada. Sería así la primera enseñanza universitaria de la estadística. Hubo mucha correspondencia entre ella y Francis Galton sobre este asunto. Por una variedad de razones (principalmente financieras) el proyecto fue, con el tiempo, abandonado.

Proclamó que la estadística era la ciencia más importante de todo el mundo, pues de ella depende la aplicación práctica de cada una de las demás (ciencias) y de cada arte: la única ciencia esencial para toda administración política y social, toda educación, pues lo único que da son los resultados exactos de



Ejemplo del Diagrama de área polar diseñado por Florence Nightingale. Fuente: Nightingale, Florence, *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army*, 1858

nuestra experiencia.

En el libro de F. N. David (1962), fundamental para el entender la historia de la probabilidad y de la estadística, encontramos esta cita de Florence Nightingale en la página 103: “*La verdadera razón de la Teología es descubrir el carácter de Dios. Con la ayuda de la estadística pueden ser descubiertas y codificadas leyes de ámbito social, y ciertos aspectos del carácter de Dios revelados de ese modo. El estudio de la estadística es así un servicio religioso*”.

La mayor parte del final de su vida estuvo postrada en cama debido a una enfermedad contraída en Crimea, la cual le impidió continuar su propio trabajo como enfermera. Esta enfermedad no la detuvo, sin embargo, de campañas para mejorar los estándares de salud. Publicó 200 libros, informes y artículos. Una de esas publicaciones fue el libro titulado *Notes on Nursing* (1860). Fue el primer texto que, de forma específica, se usó para la enseñanza de enfermería y fue traducido a muchos idiomas. En 1874 fue nombrada miembro honorario de la también prestigiosa sociedad estadística norteamericana, *American Statistical Association*, y en

1883 la reina Victoria la condecoró con la *Royal Red Cross* por su trabajo. También, fue la primera mujer en recibir la *Order of Merit*, por parte de Eduardo VII en 1907. Nightingale falleció el 13 de agosto de 1910 a la edad de 90 años. Fue enterrada en la Iglesia de Santa Margarita, East Wellow, cerca de Embley Park. Nunca se casó, aunque no le faltaron pretendientes. Ella creía, sin embargo, que Dios había decidido que sólo se dedicase a él.

## PERSONAJES CITADOS

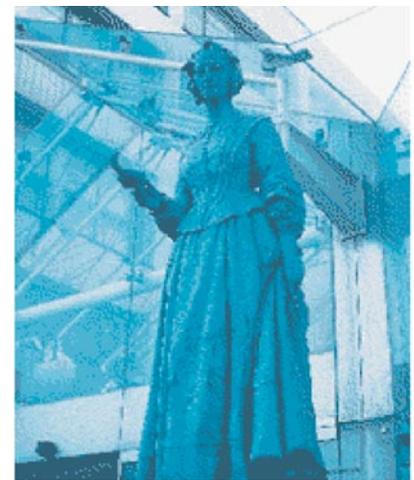
Lambert Adolphe Jacques Quetelet (1796-1874), matemático y estadístico belga, el primero en usar la curva de la distribución normal, la campana de Gauss, para modelizar datos que no procediesen de los errores de medida. Por encargo de su gobierno hizo análisis estadísticos sobre datos sociales, como el crimen, la mortalidad... Creó el conocido como Índice de Obesidad de Quetelet, QI, también llamado en la literatura Body Mass Index (BMI), definido como

$QI = (\text{peso en kilogramos})/(\text{altura}$

en metros)<sup>2</sup>.

James Joseph Sylvester (1814-1897), matemático inglés especialista en álgebra que trabajó sobre teoría de matrices. Desarrolló la teoría de los invariantes junto con Arthur Cayley.

Francis Galton (1822-1933), explorador, antropólogo, y estadístico inglés. Pionero en los estudios sobre la inteligencia humana. En estadística, a él se debe la introducción del término “regresión” que, más tarde, se convirtió en una de las técnicas más usadas para el análisis



*Estatua de Florence Nightingale situada en la entrada del Hospital St. Thomas de Londres*

## BIBLIOGRAFÍA

- Cohen, I.B. “Florence Nightingale”. *Scientific American*. (March 1984). 128-137.
- David, F.N. (1962). *Games, Gods and Gambling*. Charles Griffin & Co. Ltd., London.
- Grier, M.R. “Florence Nightingale and Statistic” *Res. Nurse Health*, 1 (1978), 91-109.
- Lipsey, S. “Mathematical Education in the Life of Florence Nightingale”. *Newsletter of the association for Women in Mathematics*. Vol. 23, number 4 (July-August 1993), 11-12.
- Stinnett, S. “Women in Statistics: Sesquicentennial Activities”. *The American Statistician*, May 1990, Vol 44. No. 2. 74-80.

# Atención al Donante de Sangre

■ **Marco A. Zapata Sampedro**

D.E. Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Sevilla

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es sintetizar los cuidados que son necesarios aplicar para brindar una buena atención al donante de sangre.

La primera premisa que debemos tener en consideración es que el donante de sangre no es un enfermo; todo lo contrario, es una persona sana que invierte parte de su tiempo y de su sangre como contribución solidaria que hace posible que muchas personas recobren la salud o incluso salven la vida.

Además, la donación de sangre es segura, fácil y natural. Aún así, desde el primer contacto con el donante, el enfermero realizará una valoración continua y eficaz del estado general de este, lo que le permitirá anticiparse a cualquier adversidad que pudiera presentarse. Además, utilizará los recursos de los que dispone con el fin de ofrecer comodidad tanto física como psíquica a la persona antes, durante y después de la extracción.

Estas medidas, junto con unas dosis de calidez y simpatía, harán posibles que la persona tenga la donación como lo que es, una experiencia muy positiva; y que, por ello, acuda en futuras ocasiones a algo tan necesario para todos como es la donación de sangre.

## PALABRAS CLAVE

Comunicación,  
Donación de sangre,  
Donante de sangre,  
Extracción de sangre,  
Observación,  
Relación enfermero/a-donante.

## INTRODUCCIÓN

Antes de nada, hay que indicar que el donante de sangre no es un enfermo; todo lo contrario, es una persona sana que invierte parte de su tiempo y de su sangre como contribución solidaria que hace posible que muchas personas recobren la salud o incluso salven la vida.

En primer lugar, todas las personas que acuden a los puntos de donación son examinadas y entrevistadas por el facultativo responsable de la donación antes de que se les permita donar, al objeto de descartar cualquier posibilidad de riesgo, tanto para el donante como para el futuro receptor de esa sangre. Sólo se requiere tener entre 18 y 65 años, pesar más de 50 Kg y gozar de buena salud.

A continuación, el profesional de enfermería recibe al donante y procede a su identificación. Acto seguido, realizará una prueba para determinar si el nivel de hemoglobina en sangre supera los 12.5 g/100 ml en mujeres y los 13.5 g/100 ml en hombres.

Posteriormente, si los valores de hemoglobina igualan o superan estas cifras, el D.E. procederá a la extracción. Esta no supone ningún riesgo para el donante, pues la cantidad que se extrae (460 ml) está estudiada para que no tenga ninguna repercusión en el organismo, y que sea fácilmente compensada con la simple ingesta de líquidos.

Tras la extracción de sangre, se seguirá el procedimiento de toma y manejo de muestras.

Aparte de todas estas responsabili-

dades, el profesional tiene ante sí a lo largo de todo este proceso el reto de ofrecer unos cuidados de calidad al donante, y que describimos a continuación.

## VALORACIÓN

El personal de enfermería es el que más tiempo está en contacto con el donante, desde que lo recibe, tras pasar por el médico, hasta que han pasado unos minutos desde la extracción de sangre. En consecuencia, ocupa un lugar de privilegio para realizar una evaluación eficaz del estado del donante en todo momento.

La valoración debe ser global, atendiendo a todas las dimensiones de la persona, desde la condición física hasta sus respuestas emocio-

nales; y continua, es decir, antes, durante y después de la extracción de sangre.

Esta valoración se apoya, básicamente, en la comunicación y en la observación.

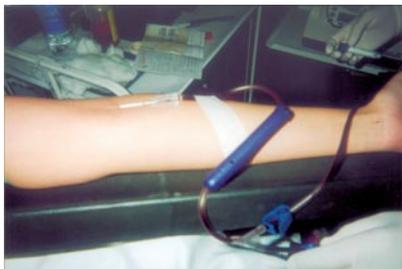
- La comunicación es imprescindible a la hora de reunir información. Desde el primer contacto, buscaremos recabar datos de anteriores donaciones, si las hubo, con el fin de distinguir a personas que pudieran ser susceptibles de sufrir alguna adversidad.

Advertiremos, también, las dudas que presenten, generalmente derivadas del desconocimiento o de la falta de información.

Asimismo, y sobre todo cuando se trata de personas que acudan por primera vez a donar, es conveniente cerciorarnos acerca de una adecuada ingesta de líquidos y alimentos previos a la donación, así como por las horas de sueño y descanso.

- La observación. Los mensajes no verbales nos ayudan a complementar la valoración que realizamos en la entrevista; por ejemplo (p.e.), acerca del nivel de ansiedad.

Una vez comenzada la extracción, es obligación del diplomado observar al donante en busca de hallazgos físicos que sean indicativos del inicio de una reacción adversa, como inquietud, hiperventilación, palidez, sudoración profusa, sensación de calor o mareo. En el sitio de punción puede aparecer eritema, calor, hematoma o extravasación.



*La donación de sangre no supone ningún riesgo para el donante*

Después de la extracción, la atención continúa en el mismo sentido. Mientras, se le recomienda al donante antes de incorporarse, que se siente en la camilla, y en poco tiempo, podrá abandonar la sala de extracción sin inconveniente alguno.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

De acuerdo con los datos de la valoración, entre los principales diagnósticos de enfermería que podemos encontrar, destacamos:

- déficit de conocimientos,
- ansiedad, y
- posible manejo inefectivo del régimen de cuidados personales.

No obstante, en ciertas ocasiones aparecen otros problemas relacionados, como:

- reacciones vasovagales: Como se ha dicho, la donación de 460 ml de sangre se compensa sin problemas. Sin embargo, en ocasiones se pueden sumar otros condicionantes que son, en cierta medida, impredecibles. A veces, intervienen factores de tipo fisiológico como son la falta de sueño, el cansancio o el hambre. También pueden participar otros factores, como los psicológicos (p.e.: aprensión), emocionales (p.e.: tensión psíquica) y los ambientales (p.e.: calor).

Entonces, por reflejo depresor venoso mediado por el sistema nervioso autónomo, disminuye el ritmo cardíaco y el flujo sanguíneo en la piel, mientras las arteriolas musculares pueden acumular gran cantidad de sangre, provocando hipotensión, palidez, y sudoración. Como consecuencia, el donante puede experimentar debilidad, visión borrosa y/o sensación de mareo. Aún así, suelen ser cuadros banales y poco frecuentes.

- Hemorragia/ Hematoma: El sangrado en el sitio de venipunción

a veces puede resultar de un error en la técnica, ya sea por laceración de la vena o por presión excesiva del torniquete, aunque con mayor frecuencia se debe a que el donante no aplica durante el tiempo indicado la suficiente presión después de retirar la aguja.

El hematoma sucede cuando la sangre extravasada se acumula en los tejidos circundantes al lugar de punción.

## PLANIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Entre los objetivos principales suelen incluirse la comprensión del proceso de la donación, la disminución de la angustia, ausencia o tratamiento inmediato de problemas relacionados y el cumplimiento de los cuidados personales.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Reducción de la ansiedad: Para lograr una disminución en los niveles de ansiedad, hay que brindar apoyo psicológico, que se basa en crear una buena relación enfermero/a-donante. Para ello, es muy positivo charlar de forma cálida y amable, ofrecer información acerca de cada procedimiento y su utilidad -sobre todo en las primeras donaciones, hacer aclaraciones veraces respecto a cualquier duda que pueda surgir, etc.; y todo esto aderezado con un trato atento y correcto.
- Prevención y tratamiento del mareo: Como se ha mencionado, algunos de los factores más importantes que influyen en el mareo son la tensión emocional, una deficiente alimentación e hidratación previa, y la falta de



La extracción se realizará exclusivamente en la fosa antecubital

descanso. En consecuencia, la mayoría se puede prevenir con la identificación de las personas que acuden a la donación en alguna de las situaciones mencionadas. Por tanto, algunas de las acciones de enfermería están encaminadas a aliviar la tensión, ofrecer líquidos y alimentos (antes y/o después de la donación) o, incluso, posponer la donación hasta que el donante haya descansado.

Aun así, en ciertas ocasiones, pueden suceder mareos. En este caso, ante la aparición de los primeros síntomas debemos ayudar al donante a que mantenga la calma, utilizando todas nuestras habilidades. Debemos hablar con él de forma agradable y tranquila, explicándole que puede ser una sensación desagradable pero que revierte con rapidez. El hecho de mostrarse cercano tanto física como psicológicamente le aporta comodidad y seguridad. Si es necesario, también se ofrece apoyo físico que comprende diversas medidas, como:

- \* aflojar la ropa que este apretada.
- \* pedirle que respire profundamente, que retenga el aire, y que lo expulse muy lentamente.
- \* colocar las piernas por encima del nivel del tronco y de la cabeza.
- \* instarle a que tosa, para aumentar la presión arterial.

Si el mareo aparece durante la extracción, esta se suspenderá y

comenzarán las medidas de apoyo físico y psicológico descrito anteriormente.

Posteriormente, quien haya experimentado debilidad o mareo debe descansar por más tiempo antes de irse, tras lo cual se sienta en la propia camilla y recibe algo de líquido. Al transcurrir unos pocos minutos sin problemas, podrá abandonar la sala de extracción.

- Prevención y tratamiento de la



Los equipos móviles establecen puntos de donación por toda la pro-

hemorragia y/o hematoma: Al concluir la extracción, se le pide al donante que mantenga el brazo extendido (para evitar la aparición posterior de un hematoma) y que aplique presión firme con un algodón o gasa sobre el sitio de venipunción mientras se encuentra en la camilla, a fin de conseguir la hemostasia que, normalmente, sólo necesita de dos o tres minutos. Después, se procede a un vendaje.

En caso de que durante la extracción se produzca un hematoma se debe retirar tanto el compresor como la aguja, y se procede a la presión sobre la zona con un algodón o gasa con el fin, primero, de aliviar el hematoma; y, después, para evitar el sangrado.

- Corrección del déficit de conocimientos: Las personas se benefician de advertir el valor que tiene acudir a la donación descansados, bien alimentados e hidratados, y evitando situaciones que provoquen estrés. La comprensión del propio proceso

de la donación es importante, ya que aumenta la comodidad y el bienestar de las personas en la donación.

- Enseñanza sobre los cuidados personales: El hecho de insistir en los cuidados personales a seguir después de la donación también revierte en su mejor cumplimiento.

Mientras el donante reposa después de la extracción se le indica que:

- \* no fume en la hora posterior de la finalización de la extracción..
- \* no tome alcohol en las dos horas siguientes a la donación.
- \* mantenga por dos horas colocado el vendaje.
- \* incremente el consumo de líquidos y alimentos en las horas posteriores a la donación.
- \* no practique ejercicio físico intenso en las 24 horas siguientes a la extracción.

## EVALUACIÓN

- Resultados esperados:
  1. Disminución de la ansiedad.
    - Ausencia de signos y síntomas específicos de ansiedad.
  2. Ausencia de problemas relacionados.
  3. Incremento de los conocimientos acerca de la donación de sangre.
  4. Cumplimiento de los cuidados personales.



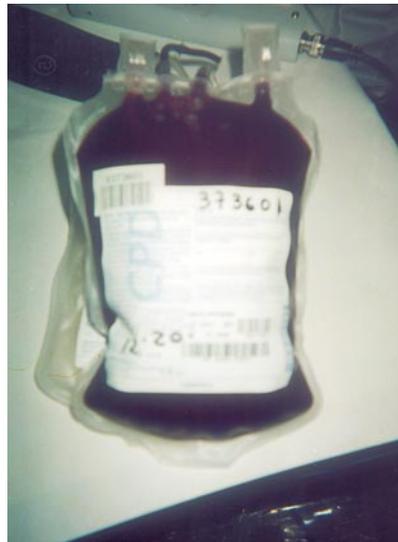
Para lograr la hemostasia, se pide al donante que aplique presión en el lugar de punción

## CONCLUSIONES

La sangre es un medicamento que no puede fabricar, y que muchas personas necesitan como tratamiento. Por esto, las necesidades de sangre en nuestros hospitales son muy elevadas, y como es sabido, esta demanda sólo puede ser cubierta por todas esas personas que de forma voluntaria y altruista se acercan a los puntos de donación.

Esto conduce a una sencilla premisa: el donante es la pieza más importante de todo este engranaje, y nuestra labor consiste en mantenerla siempre a punto para que toda la maquinaria no falle, y siempre se disponga de sangre en los bancos a disposición de aquel que pudiera necesitarla.

El personal de enfermería debe “cuidar” en todos los sentidos de las per-



*La sangre, un bien muy necesario para todos y que no se puede fabri-*

sonas que se acercan a donar, ya que su buen hacer propiciará en gran medida que la vivencia del donante sea muy agradable y gratificante; y

que, por ello, se sientan atraídos a colaborar con su solidaridad y su sangre siempre que puedan.

Por lo tanto, dispensar un trato cálido y humano será una de las prioridades de la actuación de enfermería en la atención al donante de sangre, ya que de esto se beneficiara tanto el propio donante como todas aquellas personas que en algún momento requieran de esta sangre.



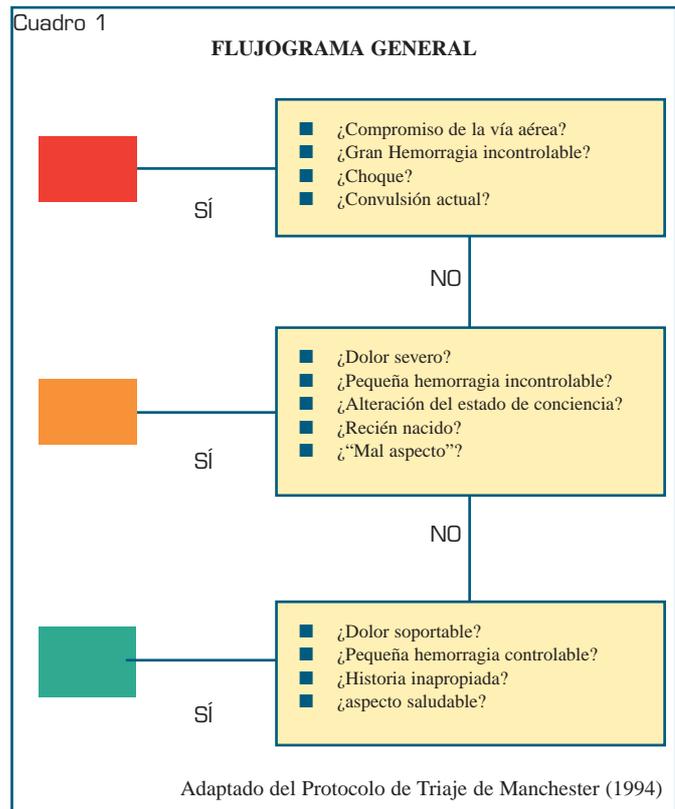
*El/la Enfermero/a es responsable de la toma y manejo de muestras*

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Beare P.G. y Myers J.L.: “Enfermería médico-quirúrgica”. 2ª edición. Ed. Mosby Doyma. Madrid, 1997.
- (2) Long B.C., Phipps W.J. y Cassmeyer V.L.: “Enfermería médico-quirúrgica”. 3ª edición. Ed. Hartcourt Brace. Madrid, 1997.
- (3). Kim M.J., McFarland G.K. y McLane A.H.: “Diagnóstico de enfermería y plan de cuidados”. 5ª edición. Ed. Hartcourt Brace. Madrid, 1994.
- (4) Luis Rodrigo M.T.: “Los diagnósticos enfermeros”. Ed. Masson. Barcelona, 2000.
- (5) Phaneuf M.: “Cuidados de enfermería”. 1ª edición. Ed McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1993.
- (6) Potter P.A.: “Valoración de la salud”. 3ª edición. Ed. Mosby Doyma. Madrid, 1995.
- (7). Smeltzer S.C., y Bare B.G.: “Enfermería médico-quirúrgica”. 9ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 2002.
- (8) Stillwell S.B. y Randall E.M.: “Guía clínica de enfermería de cuidados cardiovasculares”. 2ª edición. Ed. Mosby Doyma. Madrid, 1995.
- (9) Otros: Instrucciones para la prevención y tratamiento de las reacciones adversas. Protocolo de actuación del Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Sevilla. Sevilla, 2001.

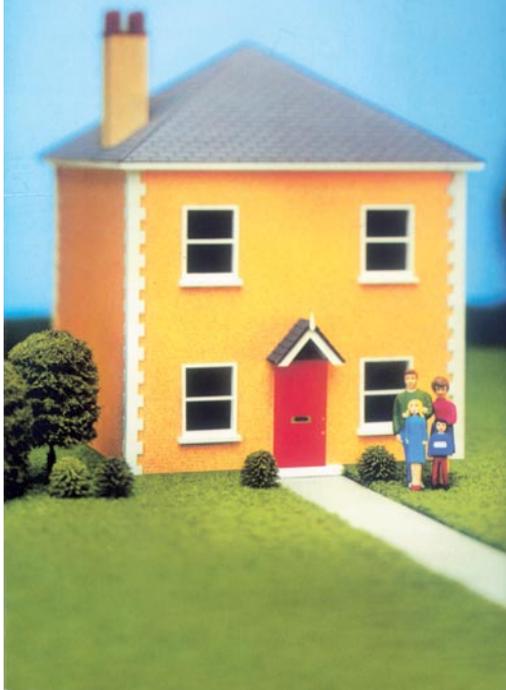
## CORRECCIÓN DE ERRATAS

En el número anterior de Hygia, en el artículo titulado “Triaje de Enfermería Pediátrica” hay que señalar una errata referida al Cuadro 1, cuya composición definitiva es la siguiente



SEGURO HOGAR CAJA MADRID

Todo está bien.



Por eso, queremos que conozca el **SEGURO DE DECESOS CAJA MADRID**.

Un **seguro personalizado** según sus deseos y necesidades, para **prestar, organizar y coordinar todos los trámites necesarios en caso de fallecimiento**.  
Con las coberturas más completas.

- Ponemos a su disposición todos los medios y recursos para la prestación del mejor servicio.
- Libre elección del lugar de inhumación en España, tramitación de documentos, consulta jurídica familiar, asistencia psicológica...

Además, puede completar su póliza con las coberturas de: tanatorio, accidentes, subsidio por hospitalización e indemnización por parto, así como asistencia post-hospitalaria.

Total accesibilidad: 24 horas al día, 365 días al año.

Seguridad y Tranquilidad con la garantía y profesionalidad de un Seguro **MAPFRE - CAJA MADRID**.

Acérquese a cualquier oficina **CAJA MADRID** o entre en [www.cajamadrid.es](http://www.cajamadrid.es) e infórmese.



Tfno.: 954 93 28 80

[www.cajamadrid.es](http://www.cajamadrid.es)

Hasta que deja de estarlo.



**No espere a que ocurra.**

Con el nuevo **SEGURO HOGAR CAJA MADRID\*** protegerá su vivienda frente a posibles riesgos e imprevistos que puedan producirse en su hogar, y garantizará la tranquilidad que usted y su familia se merece.

Y además de las coberturas básicas (incendios, daños por agua, robo...), le ofrece excelentes garantías complementarias: responsabilidad civil, defensa jurídica, asistencia en el hogar y en viaje, daños estéticos, garantía de daños a animales de compañía... Y una red propia con los mejores profesionales a su servicio 24 horas, todos los días del año, con tan sólo realizar una llamada telefónica.

**Contrate hoy mismo uno de los seguros más completos del mercado.**

**Daños materiales**

- ▣ Incendios.
- ▣ Inundaciones.
- ▣ Daños eléctricos.

**Daños por agua**

- ▣ Daños en los bienes asegurados (incluso por omisión de cierre de grifos).
- ▣ Localización y reparación de tuberías.

**Roturas**

- ▣ Roturas de cristales, sanitarios, muebles de metacrilato, cristal de vitrocerámica...

**Robo**

- ▣ Robo y daños ocasionados por este motivo.
- ▣ Atraco en la calle.
- ▣ Sustitución de llaves y cerraduras por robo o extravío.

**Daños Estéticos**

**Responsabilidad Civil**

- ▣ Daños ocasionados a terceros en cualquier momento de su vida privada y para todos los miembros de la familia.
- ▣ Daños ocasionados a terceros por animales domésticos.

**Otras Coberturas**

- ▣ Profesionales para la realización de reformas y otras reparaciones.
- ▣ Asistencia familiar por accidente en la vivienda.
- ▣ Defensa Jurídica.
- ▣ Asistencia en viajes.

**Cobertura opcional: Animales de Compañía**

- ▣ Daños por accidente.
- ▣ Robo o extravío.
- ▣ Estancia del animal en residencia canina o felina (por hospitalización de su propietario).

**Los mejores servicios**

- ▣ Servicio de Reparaciones las 24 horas del día.
- ▣ Teléfono de atención al cliente 24 horas, los 365 días del año.
- ▣ Servicio informativo sobre animales.

Además, si domicilia su nómina en **CAJA MADRID**, obtendrá importantes descuentos durante los tres primeros años.

\*UN SEGURO DE **MAPFRE**  
TRIAL DE  
**MAPFRE - CAJA MADRID**  
HOLDING DE ENTIDADES ASEGURADORAS, S.A.

# XXI

## Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla



F. Luis Ramos Araujo

### PREMIOS

**PRIMERO: 3.600 Euros**

**SEGUNDO: 1.800 Euros**

**TERCERO: 1.200 Euros**

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería y cumplan las siguientes

#### BASES

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
  - OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
  - DOTACIÓN:** La dotación económica será de **3.606,07 Euros** (600.000 ptas.) para el trabajo premiado en primer lugar; **1.803,03 Euros** (300.000 ptas.) para el trabajo premiado en segundo lugar y **1.202,02 Euros** (200.000 ptas.) para el premiado en tercer lugar.
  - PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
  - CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
  - JURADO:** Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales corresponderá: al Colegio de Sevilla. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales del profesorado de las Escuelas de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del jurado serán Diplomados en Enfermería.  
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El jurado será nombrado anualmente.
  - INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.
  - DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compar-tidos entre dos o más trabajos.
  - DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Ramón y Cajal, nº 20-Acc. (41005-Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación.  
En su interior incluirán: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo, sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo; incluyendo nombre y dirección completa del autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere.  
Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.
  - PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación del algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
  - TITULAR DEL PREMIO:** Será titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
- Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2005. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del jurado, mediante correo certificado.
- El fallo del jurado se hará público el día 15 de diciembre de 2005.

PREMIOS 2004



ILUSTRE COLEGIO  
OFICIAL DE  
ENFERMERÍA  
DE SEVILLA

141 Años avanzando con la profesión

1º Premio: Nuria Iglesias Molina (Huelva)  
2º Premio: Sheila Sánchez Gómez (Álava)  
3º Premio: Mª Carmen Álvarez Baza (Asturias)

Patrocina



CAJA MADRID