

Nº 1 JULIO - AGOSTO - SEPTIEMBRE, 1987



# Hygieia

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

LA ENFERMERIA Y LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

ATENCION AL ENFERMO PER-QUIRURGICO DE PATOLOGIA CRANEAL

PAPEL DE ENFERMERIA EN LAS ENFERMEDADES EXANTEMATICAS INFANTILES

VACUNACION



A cada niño  
su oportunidad

DIA MUNDIAL DE LA SALUD 1987



**EDITA:**

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

**PRESIDENTE:**

José M.<sup>o</sup> Rueda Segura

**VICEPRESIDENTE:**

Francisco Baena Martín

**SECRETARIO:**

Juan Vicente Romero Lluch

**TESORERO:**

Carmelo Gallardo Moraleda

**AREA DE FORMACIÓN Y  
ESPECIALIDADES:**

María Dolores Ríos Parrilla  
José M. de los Santos Alfonso  
Alejandro García Nieto

**AREA DE ACTIVIDADES  
CULTURALES,  
INFORMACION Y OCIO:**

Maite Brea Ruíz  
Alfonso Alvarez González  
José Antonio Cervera López

**AREA A.P.D.:**

Hipólito Gallardo Reyes

**AREA MATRONAS:**

M.<sup>o</sup> Carmen Fdez. Zamudio

**IMPRIME:**

Gráficas Mirte, S.A.

**DEPOSITO LEGAL:**

SE - 470 - 1987

# EDITORIAL

**N**o está muy lejano aún el tiempo en que las enseñanzas en las Escuelas de Enfermería eran fundamentalmente técnicas y de apoyo o ayuda a los clínicos, es decir, a los médicos.

Aunque es un tema que se está modificando, se continua enseñando a los alumnos de enfermería para curar mas que para PREVENIR y PROMOVER la salud.

Existe por otra parte el conjunto de enseñanzas que incluye la administración de los cuidados de enfermería y de la que han formado parte los intentos de nivelación profesional.

Estamos entrando en una etapa en la que se está pasando del concepto de cuidar al de PREVENIR y del concepto de prescripción sanitaria al de PROMOCION de la salud.

Así pues, nos encontramos con tres conceptos como son el de técnico en proporcionar ayuda al clínico, administrador de cuidados en función de la previa identificación de necesidades y especialista en **prevención y promoción** de la salud.

Estos tres conceptos distintos que podríamos utilizar para definir histórica y someramente la profesión, han sido comprimidos prácticamente en alrededor de 50 años.

En general los profesionales pertenecen a una de las tres posiciones o bien se mueven en una de las tres tendencias. Pero no es menos cierto que conviven entre ellos e inmersos en el mismo sistema de salud. Inevitablemente este conglomerado de actitudes profesionales hará que aparezcan conflictos entre elementos de tendencias diferentes.

Pensamos que con cualquiera de las tres definiciones urge montar una estrategia que por una parte unifique los conceptos de técnica, administración de cuidados y **prevención y promoción** de la salud, y por otra parte sienta las bases para la creación de nuevas necesidades profesionales en la población.

Sabemos que los médicos son médicos desde siempre o, por lo menos, desde Hipócrates, lo mismo que los Notarios, los Arquitectos, etc., mientras que nosotros en el transcurso de lo que va de siglo o poco más, asistimos a continuas definiciones de nuestra función.

Existen por otra parte factores que hacen que aparezcamos como elementos dispersos dentro del sistema de salud lo cual contribuye aún más a nuestra dispersión profesional.

¿Cuál es pues tu definición de la Enfermería? ¿Cuál tu oferta profesional? Te invitamos, desde esta Editorial, a una reflexión pausada sobre tus actuaciones profesionales y tus convicciones filosóficas ante tu función.

EQUIPO REVISTA

# Sumario

—EDITORIAL .....	1
—LA ENFERMERIA Y LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA .....	3
—LOGOTIPOS. NORMAS PARA LA ADMISION DE TRABAJOS CIENTIFICOS EN LA REVISTA .....	10
—ENTREVISTA CON José Rodríguez Moreno .....	11
—LA CRUZ ROJA Y LA FILATELIA .....	12
—EL PRACTICANTE SEVILLANO .....	13
—ATENCION AL ENFERMO PER-QUIRURGICO DE PATOLOGIA CRANEAL .....	14
—SEÑALIZACION DE LAS PLAYAS ANDALUZAS .....	17
—PEYOTL .....	19
—PAPEL DE ENFERMERIA EN LAS ENFERMEDADES EXANTEMATICAS INFANTILES .....	21
—SOPA DE PALABRAS .....	26
—FIESTA CAMPERA. CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. ....	27
—DEFINICIONES SOBRE LA EDUCACION / FORMACION DE ENFERMERIA .....	28
—CARTAS SOBRE LA MESA .....	29
—NORMAS PARA LA CONCESION DE BECAS .....	30
—BECAS CONCEDIDAS DE ABRIL—MAYO—JUNIO 1987 .	31
—MOTIVACION: Factor del cambio .....	32
—FRENOCLASTIA (Sectas destructivas) .....	36
—MATA—TIEMPOS .....	39

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

JULIO

AGOSTO

SEPTIEMBRE

1987

EN PORTADA



Nº 1

# LA ENFERMERIA Y LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

**LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA, nace ante la evidencia de que la enfermedad no es para el hombre un hecho aislado, sino algo que en diversas etapas de su vida, forma parte de su entorno, por lo tanto, su evolución y curación debe acontecer sin separarle de su medio social y familiar.**

Esta forma de atención va encaminada casi en su 100% al seguimiento, cuidados, educación, adecuación, prevención, rehabilitación y apoyo psicológico del enfermo, así como a la reinserción a su medio, y ejecución del tratamiento. Todo esto nos lleva a entender que es un campo amplio concreto y específico de nuestra profesión.

En 1947, BLUESTONE, del hospital Montefiore de New York, ideó una forma de servicio sanitario en el que se combinaba la vigilancia clínica con la influencia que podía ejercer el medio familiar en la mejoría del enfermo, cuando éste ya no necesitaba de una forma prioritaria la atención del hospital.

En nuestro país esta modalidad de servicio comenzó sólo hace 5-6 años como iniciativa de un grupo de médicos y enfermeros del Hospital Provincial de Madrid, siendo seguida esta iniciativa por otros equipos en Bilbao, Sevilla, Burgos..., funcionando como centros pilotos y de forma experimental.

## FUNDAMENTOS PARA LA CREACION DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA (U.H.D.)

Desde hace años hay un enfrentamiento más o menos patente en el sector de la atención al enfermo entre la lógica médica y la lógica económica.

Desde el punto de vista sanitario el enfermo es merecedor de la mejor atención posible, sin reparar en gastos o recursos, mientras que por otro lado, desde el punto de vista económico y político, hay que racionalizar el funcionamiento del sistema asistencial, poniéndole precio a la salud del paciente, es decir, hay que programar

la asistencia de tal manera que ésta sea rentable.

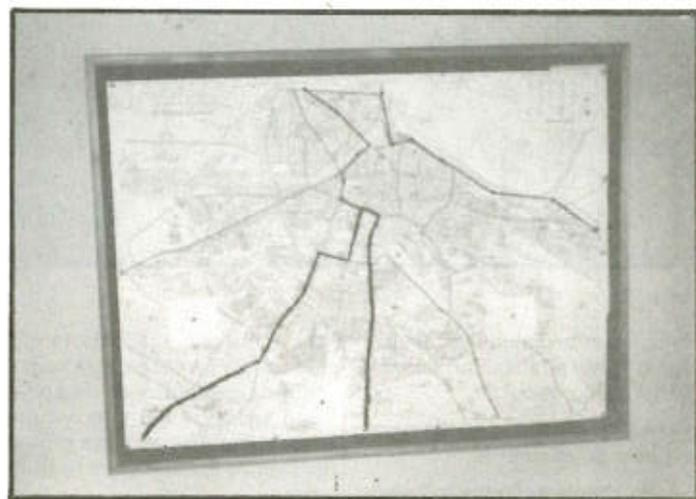
La Hospitalización a domicilio auna los dos puntos de vista ya que abarata el coste hospitalario y da un mayor servicio al enfermo.

### a) Fundamentos políticos y económicos.

Descongestión del hospital que en determinadas ocasiones se encuentra con una ocupación superior al 100%, es decir, con enfermos en los pasillos y más camas por habitación de las que corresponden.

Al estar prácticamente paralizada hasta la fecha la política de creación de nuevos centros primarios y secundarios de salud, se han quedado sin la atención debida un gran número de usuarios, ya que el aumento demográfico no ha ido acompañado con el aumento paralelo de estos centros antes mencionados. Esto, unido a la mayor perspectiva de vida y al aumento del nivel cultural medio de la población, que nos exige por parte del paciente-cliente una mejor asistencia, implica la necesidad de una atención de más calidad, lo que nos da pie para explicar el deterioro de la medicina primaria por no ser capaz de atender la demanda de salud creada en los últimos años.

Otro problema detectado en el hospital, y que sirve como fundamento político-económico, aunque también sanitario, para la creación de las U.H.D., es la heterogeneidad de los enfermos, es decir, que nos podemos encontrar en una misma habitación o sala, enfermos de distintas patologías y gravedad, por lo que, con frecuencia, se deriva el trabajo



hacia los más graves, si bien debía darseles, a cada uno la atención debida.

Necesidad de abaratar los costos. Desde el punto de vista económico, está demostrado que la atención del enfermo en su casa, queda reducida en 2/3, e incluso en 3/4, el costo del enfermo-cama-día del hospital.

### b) Fundamentos sanitarios.

La base sanitaria en la que se fundamenta la U.H.D., es la de reintegrar al paciente en su medio familiar y social proporcionándole igual atención que en el Hospital, mayor bienestar psíquico, una alimentación más habitual para él, mejor descanso nocturno, no dependiendo de horarios estrictos y un ambiente más aséptico, evitando el hospitalismo bacteriológico y psíquico, así como las estancias caras, largas e innecesarias. En el enfermo terminal le proporcionamos una muerte más digna rodeado de sus familiares.

Todo lo anterior, nos ofrece una serie de ventajas sobre el sistema sanitario actual, que son:

- Mejora en la relación enfermo-sanitario.
- Posibilidad de proporcionar una mejor y mayor educación sanitaria.
- Servir de puerta de enlace

entre el HOSPITAL y el CENTRO DE SALUD.

## ENFERMOS SUSCEPTIBLES DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

Cualquier enfermo es susceptible de ser hospitalizado en su domicilio; la inclusión o exclusión del programa va a depender del estado evolutivo en el que se halle el estado patológico, y de las condiciones socio-económicas y familiares del paciente.

En todo momento evitaremos hacer listas más o menos extensas de procesos que puedan ser atendidos a domicilio, ya que cuanto mayor es el grado de cobertura que brinda U.H.D., mayor puede ser la gravedad de las enfermedades de los pacientes que se acojan.

La exclusión formal de la atención a domicilio, la constituyen solamente los enfermos infecto-contagiosos en fase de contagio, los enfermos psiquiátricos, y los insuficientes renales crónicos en hemodiálisis periódicas, si bien, hay excepciones en estos últimos, ya que aún siendo enfermos hemodializados, pueden ser atendidos en su domicilio de cualquier patología asociada o concomitante a su problema renal.

Por otra parte hay que destacar que hay determinadas pa-



tecnologías especialmente receptivas a la hospitalización domiciliaria, como son:

- A.V.C. afectos o no de parálisis de miembros.
- Procesos malignos irreversibles en su fase terminal.
- Cuadros cardiovasculares y respiratorios en sus estadios crónicos.
- Patologías neurológicas crónicas, como: tumores, esclerosis múltiples, parkinsonismos, enfermedad de alzheimer, miastenia grave, lesiones medulares...
- Enfermedades crónicas multisistémicas.
- Preoperatorios reglados y politraumatizados sometidos a tracción y otros cuidados antes de ser intervenidos.
- Postoperatorios normales y complicaciones posquirúrgicas leves.
- Enfermos en fase de rehabilitación.

En unidades suficientemente dotadas de tecnología es posible el seguimiento de enfermos cardíacos y pediátricos en su fase postaguda.

#### PAUTAS DE INGRESO EN LA U.H.D.

El ingreso de un paciente en la programación de H.D., conlleva una serie de condicionantes que resumimos en seis:

1. Que el enfermo haya sido ingresado y diagnosticado en el hospital.
2. El ingreso debe ser aceptado totalmente por el enfermo y la familia, ya que será esta última la encargada de cul-

dar, junto con nosotros, la evolución. No se debe dar la sensación de expulsión del hospital, sino todo lo contrario, ya que estas unidades son una prolongación de los cuidados hospitalarios.

3. Que el enfermo haya pasado la crisis de agudización del proceso por el cual nos es remitido (incluiremos en este apartado a los enfermos terminales, y a los enfermos crónicos con reagudizaciones frecuentes).

4. Informe del médico hospitalario responsable del paciente, con solicitud de inclusión en el programa de H.D.

5. Diagnóstico de enfermería sobre las necesidades del enfermo y las posibilidades de administrarse los cuidados a domicilio.

6. Informe de la asistente social, indicando condiciones ambientales sociales y físicas favorables de la vivienda y medio ambiente del enfermo.

#### DESARROLLO DEL INGRESO

Previa llegada del informe y petición de ingreso se pasa a hacer una valoración psíquico-física-social del enfermo y de la familia con la que vivirá, por parte del equipo interdisciplinario de la U.H.D. que le corresponda (médico, enfermero y asistente social).

Cada equipo tendrá una zona geográfica asignada, que será más o menos extensa dependiendo de la densidad de población y el riesgo estimado de ésta, según el estudio de la morbimortalidad previo a la asignación de la zona.

La admisión del caso debe ser aceptada por todo el equipo.

El enfermero de la U.H.D. será presentado al paciente, en su habitación, por el enfermero hospitalario que lleve el caso, para hacerle una entrevista, de la que se desprenderá el diagnóstico de enfermería y el consiguiente tratamiento (anexo 1). Esta entrevista se complementa con el informe de enfermería que ya nos habrán enviado anteriormente con la solicitud de ingreso.

Con los datos de la entrevista, el informe clínico y el social, se plantea la estrategia terapéutica conjunta, decidiéndose el tiempo estimado de estancia y el objetivo final.

#### ROL DEL ENFERMERO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Si bien el papel del personal de enfermería comienza en el mismo hospital desde la primera toma de contacto con el enfermo, el fundamental se desarrolla en el domicilio de éste, pero no obstante, antes de dar el alta hospitalaria al enfermo, se le explicará a él y a la familia el funcionamiento de nuestra unidad, los servicios que prestamos, y cual va a ser nuestra actuación en su caso concreto. A su vez, se hablará sobre las necesidades que habrá que cubrirle y la manera de llevarla a cabo entre todos, con el fin de que se vayan haciendo cada vez más autosuficientes, al objeto de que se independicen cada vez más del sistema sanitario, teniendonos a nosotros como consultores para cualquier momento de duda o de agudiza-

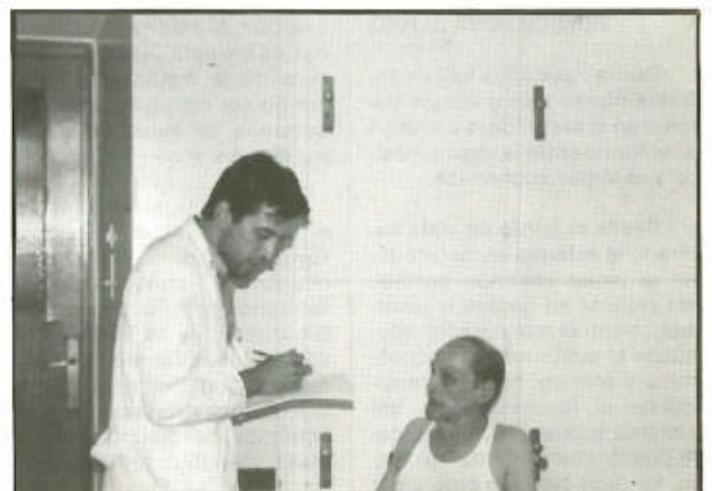
ción. Se le darán, según el caso, folletos explicativos con dietas, técnicas de cura, técnica de inyección de insulina..., a la vez que se le explica como debe ser la habitación y el entorno y las adaptaciones necesarias.

El que el paciente y/o la familia vea que es capaz de realizar algunas técnicas sin problemas y saber que en cualquier momento estamos para cualquier consulta, resulta de un gran apoyo psicológico, ya que se desmitifica la enfermedad y se la va viendo como algo a lo que se puede combatir de manera fácil.

Como antes se dijo, la principal actuación de enfermería de H.D. se lleva a cabo en el domicilio del enfermo.

En la primera visita, se volverá a hacer hincapié en los temas tocados en el hospital, para ver que se han comprendido y que se pueden llevar a cabo sin problemas, de la manera menos gravosa para la familia y para la empresa, dando a elegir entre las distintas posibilidades de solución de un tema a la familia, ya que **solo impondremos nuestro criterio en caso de que peligre la salud integral del enfermo o su entorno.**

Esta primera visita se hará el día siguiente o el que según el caso, se programe, advirtiéndole al enfermo siempre de antemano la fecha nuestra visita y la hora aproximada de llegada, de esta manera estará preparado y tendrá preparada las muestras analíticas que le hayamos podido solicitar, así como el material que vallamos a necesitar del domicilio (toallas,



empapaderas, palanganas, o cualquier utensilio que hayamos dejado en el domicilio anteriormente, como grasas, vendas, pomadas...).

Este tipo de atención nos devuelve a la enfermería un cierto protagonismo que teníamos perdido, pues en el hospital nos dedicamos a llevar a cabo el tratamiento médico solamente, ya que por las deficiencias infraestructurales, de concepción, de mentalidad de los órganos directores, y de personal, en muy contadas y escasas situaciones se puede llevar a cabo una buena actuación de enfermería hospitalaria.

Con el contacto directo en el «terreno» del enfermo, se va estableciendo una corriente de confianza que nos va a permitir desarrollar mejor nuestra labor, pudiendo, a la vez, no solo actuar sobre el enfermo, sino que nos permite llegar a conocer y dejar al descubierto problemas y situaciones que pueden ser la base o servir de agravante en la patología que nos ocupa, y que en el enfermo ingresado en el hospital no podremos diagnosticar con certeza. Estaremos por tanto haciendo un diagnóstico integral y dinámico que tendrá un tratamiento concreto, más concreto y efectivo que en el hospital.

#### PAUTAS DE ACTUACION DE ENFERMERIA

Nuestra actuación la dividiremos en actuación sobre patologías médicas y sobre patología quirúrgica.

A los pacientes los dividiremos en tres grupos:

1. Enfermo con patología susceptible de tratamiento médico.
2. Enfermo con patología susceptible de tratamiento quirúrgico.
3. Enfermo mixto, que según haya ingresado procedente de Medicina Interna o Cirugía, lo encuadraremos en el apartado 1 ó 2.

A su vez, según el tiempo previsto de estancia de los pacientes médicos, los dividiremos en agudos o crónicos.

#### A) PATOLOGIA MEDICA.

1. Patología Respiratoria: Procedemos a explicar a la fa-

milia las posturas más adecuadas para una mejor ventilación. **Uso adecuado del oxígeno**, informándoles del funcionamiento del sistema de la bala, flujos y frecuencias. Formas de evitar y eliminar los acúmulos de secreciones (cambios posturales, clapping...), **condiciones ambientales de la habitación. Uso de inhaladores, aerosoles y vaporizadores.**

Al paciente le hacemos control analítico de gases, hemograma y analítica bioquímica de rutina.

Las visitas se suelen hacer cada 8-15 días, según la evolución del paciente, siendo las visitas médicas más frecuentes en situaciones inestables y las de enfermería cuando hay que aspirar secreciones o el estado del enfermo así lo aconseje, como todos los casos que vamos a ver.

2. Patología Oncológica: Suelen ser enfermos terminales, generalmente con dificultad para desplazarse, a los que el tipo de servicio va dirigido al control analítico y clínico y, sobre todo, al apoyo psicológico a él y a su familia. Sin embargo, también intentaremos actuar de manera directa sobre la sintomatología que va apareciendo, por lo general bastante florida. Este tipo de paciente, por estar desahuciado del hospital y no ser posible en las condiciones socio-sanitarias actuales un seguimiento por atención primaria, se siente aislado y nuestra actuación es positiva por permitir al enfermo llegar a su fin rodeado de su familia y con el apoyo sanitario menos deshumanizado que en el hospital.
3. Patología Cardiovascular: Hay que diferenciar entre el enfermo cardíaco y el enfermo con problemas vasculares periféricos.

En el cardiópata nuestra actuación va dirigida al control analítico y electrocardiográfico, si bien no perdemos la ocasión, al visitarle, para hacer una labor de educación, al enfermo y a la familia, en cuanto a hábitos alimenticios, descanso, stres...



En el paciente vascular periférico, nuestra actuación es más directa, en tanto y cuanto suelen presentar úlceras varicosas, úlceras isquémicas, arteriopatías... que van a necesitar curas locales que eviten la infección y ayuden a la cicatrización y amputados que están teniendo cicatrización tórpida y que en algunos casos no se les puede evitar, incluso, una nueva amputación.

4. Patología Digestiva: En esta especialidad ocupan parte importante de los ingresos los pacientes cirróticos con descompensación hidrónica. Nuestra actuación va dirigida a la educación y control de alimentación, balance hídrico peso, perímetro abdominal, diuresis, motilidad intestinal, vigilancia de síntomas de descompensación (ictericia, flapping, encefalopatías, hemorragias...), realización de paracentesis, extracción analítica, seguimiento de ésta y de tratamiento médico, obteniendo una gran colaboración de la familia.
5. Patología endocrino-metabólica: La mayoría de estos pacientes son diabéticos con descompensación.

Nuestra labor va a ir enfocada hacia evitar descompensaciones futuras mediante la educación alimentaria, higiénica y control de la glucemia, tanto en sangre como en orina, por el método enzimático (tiras reactivas). Enseñamos la técnica correcta para la administración de la insulina a él y al menos a un familiar, en cuanto al manejo de la je-

ringa, dosificación y elección del lugar de punción. También le explicamos las diferencias que hay entre la hipo y la hiperglucemia, dándoles a conocer los signos de descompensación de cada una y de la manera de actuar en un caso de urgencia por descompensación. Hacemos hincapié en el cuidado de los pies, las uñas, los dientes y la piel.

Todas nuestras actuaciones deben ir encaminadas hacia crearles una casi total independencia del centro hospitalario, y si es por lo que, a este tipo de pacientes, les dejaremos bastantes folletos explicativos ilustrados y de fácil comprensión sobre todo lo anterior.

Según van evolucionando, periódicamente se les hace un control analítico de rutina en el laboratorio.

6. Patología Hematológica: Nuestra labor en estos enfermos va dirigida especialmente al seguimiento analítico del cuadro patológico.

Como en los demás enfermos, será tratado de una manera integral.

Por necesitar unos controles analíticos frecuentes, nuestras visitas las orientaremos hacia el apoyo psicológico y la educación sanitaria. Con estos controles, los ingresos se reducen al mínimo, y en caso que se tenga que trasfudir sangre y/o homoderivados, se ingresa al enfermo sólo durante el tiempo necesario para la trasfusión, marchán-

dose a su casa en 5-8 horas. Estos ingresos, por ser previstos, se hacen en día y hora de interés común para el paciente y para la institución.

7. **Patología Neurológica:** En este apartado podríamos destacar dos casos que pueden servir de guía y ejemplo de atención al paciente a domicilio, a la vez que de resumen de lo que debe ser la actuación de enfermería y del equipo interdisciplinario.

Nos estamos refiriendo al caso de dos pacientes descerebrados, uno de ellos por un traumatismo y el otro por un shock hipovolémico

to se hará por un criterio más de complacencia que el dado por la situación clínica del paciente. Pero teniendo en cuenta que en un primer periodo se encuentran esperanzados de la remisión del coma y rechazan todo intento de hacerles ver la realidad. Tratan de conseguir la máxima atención hacia el enfermo, a veces innecesaria y superflua y todo el mundo se encuentra viviendo el problema intensamente.

Esto va seguido de una segunda fase en que poco a poco empiezan a ser conscientes de la cronicidad y probable irreversibilidad de la enfermedad.

Nuestras visitas han pasado de 2-4 semanales (entre médico, enfermero y asistente social) a una al mes para revisar el cambio de la SNG, que lo hace la madre, y realizar la evolución. El chico no retiene secreciones ni muestra escaras por decúbito ni indicios de malnutrición.

Al caso de la señora se le ha dado de alta siendo en la actualidad seguida por el Centro de Salud de su zona.

La admisión de pacientes hemipléjicos y parapléjicos por A.V.C., traumatismos, etc., solo debe ser admitida en unidades que cuenten con fisioterapeuta, o pasar a la unidad en el mismo régimen que los pacientes renales en hemodiálisis.

8. **Patología Nefrológica:** Por las características de los pacientes con insuficiencia renal crónica, aparte del **seguimiento analítico y la vigilancia de la dieta, el trata-**

**miento, tiene vital importancia el apoyo psicológico.** Este tipo de paciente suele ser conflictivo, con carácter seco, ya que saben que a la larga, y en el mejor de los casos, van a necesitar diálisis y esta diálisis les impone un temor a priori que les hace vivir angustiados.

Los pacientes e hemodiálisis solo pasarán a la U.H.D. para el tratamiento de cualquier patología asociada, o seguimiento del caso en estrecha coordinación con el departamento de nefrología.

## B) PATOLOGIA QUIRURGICA.

Los pacientes quirúrgicos, unidos a los pacientes cardiovasculares con problemas ulcerosos e isquémicos y los diabéticos con problemas de isquemia y mal perforante plantar, úlceras de evolución tórpida en miembros inferiores, etc., vienen a suponer el 60% del trabajo a domicilio.

Las condiciones de ingreso



consecuente a una hemorragia postparto gemelar. Los dos casos son en jóvenes (varón de 21 años y hembra de 24 años).

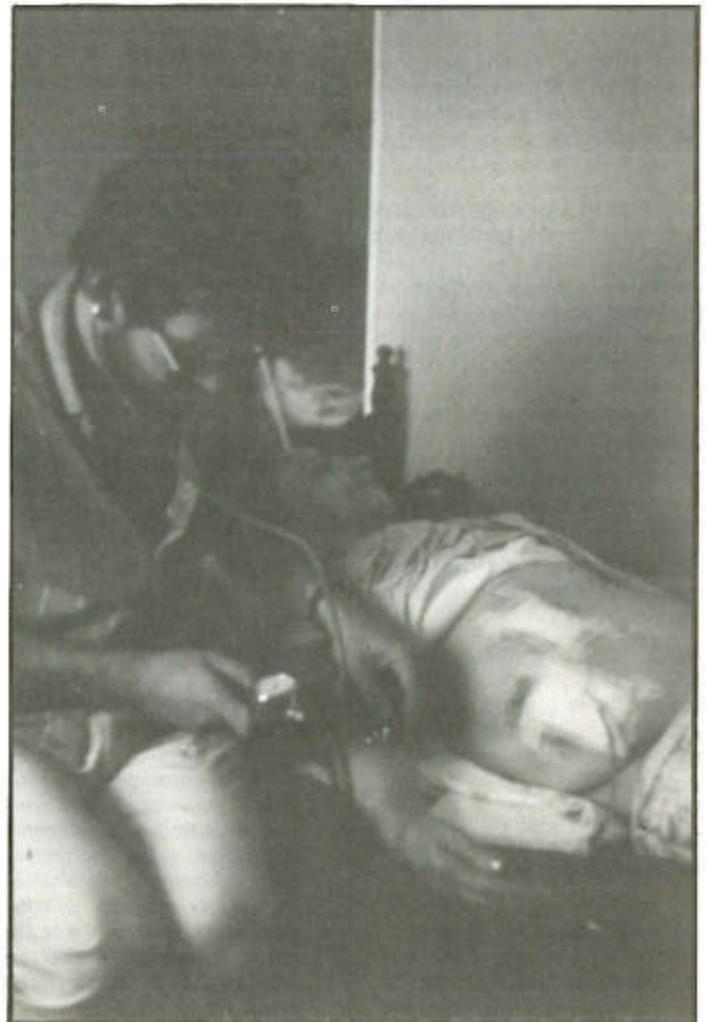
El planteamiento del caso ha sido para los dos igual. Tras la **adecuación de la habitación** con cama articulada, colchón antiescaras, aspirador... todo esto conseguido por Asistencia Social, el tipo de cuidados es el de cualquier persona permanentemente encamada con tratamiento sintomático (**vigilancia de vías respiratorias, problemas circulatorios, nutrición-evacuación, diuresis, prevención de escaras y curas de ellas si las hubiese, etc.**).

En un principio, las visitas a estos enfermos se establecieron de acuerdo con los problemas que van presentando, siendo conscientes de que en algún momen-

Este es el momento en que más dependen del profesional sanitario que los está atendiendo. Intentan apoyarse en él y lo consideran imprescindible. Es cuando realmente toman conciencia de lo que les ocurre.

Justo es en esta fase cuando más importante y efectiva es la **educación sanitaria**, y es aquí donde, según llevemos el caso, se va hacia la prácticamente total independencia de la familia del estamento sanitario o la dependencia total del profesional.

En el caso del chico, al que antes nos hemos referido, nos encontramos en la tercera fase, en la que es la familia (en este caso la madre) la que cuida al enfermo, el cual está con SNG, para alimentación natural triturada, colector de orina y traqueotomía sin cánula.



son las mismas que para los pacientes médicos, si bien al paciente quirúrgico lo dividimos en dos grupos, según el tipo de herida que presente y con unas condiciones particulares en cada grupo:

1. **Paciente quirúrgico con herida abierta:** Las condiciones de aceptación de estos pacientes, aparte de las generales, son:

- Que la evolución venga siendo favorable, aunque sea lenta.
- Que la herida haya empezado a granular, aunque esté por algunas zonas sucia y con efacelos.
- Que las sustancias óseas no estén al descubierto.
- Que sea susceptible de curarse una vez al día.
- Que la familia esté dispuesta a colaborar en el cuidado íntegro del paciente, llegando, si es posible, a curar al mismo. De esta manera, nuestra visita puede llegar a ser semanal y de supervisión, así como para aportar cualquier material necesario y que en la farmacia sea complicado de adquirir.

2. **Paciente quirúrgico con postoperatorio normal y herida cerrada:** En este segundo apartado, agruparemos a pacientes operados que cursan con postoperatorio normal y que al 3.<sup>er</sup> o 4.<sup>o</sup> día de operados pasan a su casa bajo nuestra supervisión, hasta la retirada de los puntos o la cicatrización de algún seroma o complicación de la cicatriz.

La única condición que se exigirá es que los controles de T<sup>a</sup>, T. A., pulso y respiración sean normales.

#### TECNICAS DE CURA

Las técnicas de curas al enfermo, son las mismas que se usan en el hospital, material individualizado y técnicas de asepsia, aunque no podemos desplazar todo el material que allí se usa, debido al excesivo peso y volumen, por lo tanto, todo lo que sea susceptible de ser sustituido por otro elemento de menor volumen o peso o se pueda prescindir de él, sin

por ello causar problemas en la evolución, será dejado en la Unidad. Sirva como ejemplo el siguiente: es importante en el cuidado de las curas mantener la asepsia y el trabajar con la mayor superficie de campo estéril. Pues bien, el problema se solventa creando un campo alrededor de la herida con povidona yodada; aprovechamos el papel que envuelve los guantes o las gasas estériles abiertos totalmente, siendo sobre esta superficie donde dejamos el instrumental estéril y donde, una vez finalizada la cura, envolvemos el material sucio para transportarlo a la Unidad, donde la auxiliar de enfermería lo prepara para pasarlo a la central de esterilización. Con esto nos evitamos el tener que transportar paños verdes.

Es de gran importancia, aunque no lo parezca, el demostrar y tener cuidado de no manchar la cama, el sofá o el lugar donde curemos al paciente, por lo que le pediremos, al familiar, que nos disponga de toalla o paño limpio como empapadera debajo de la zona a curar y especialmente tendremos cuidado con los productos que deterioren, manchen o decoloren superficies, así como productos contaminantes, corrosivos o cáusticos (mercurocromo, violeta de genciana, nitrato de plata, sangre, orina...)

La Intuición, la improvisación, el don de gentes y un alto conocimiento de técnicas e enfermería, comunicación y psicología, junto con la preparación científica, hará que nos «movamos mejor en el terreno del enfermo».

#### VENTAJAS DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

Las ventajas que conlleva la hospitalización a domicilio son:

1. Evitar que, enfermos que no lo precisan, permanezcan en el hospital, dejando camas libres.
2. El Turn-over de enfermos en el mismo se acelera, con lo que aumenta la capacidad de prestar servicios por parte de la institución.
3. Evitar los inconvenientes del hospitalismo al que en un principio hemos hecho referencia, hecho que incide de forma especial en cierto tipo de pacientes.
4. Permite una mejor evolución clínica de la enfermedad, con aceleración de la recuperación y aparición de menos complicaciones.
5. Mejora de las relaciones personales sanitario/enfermo, devolviendo cierto pro-

tagonismo perdido en el hospital.

6. Se realiza un importante servicio de educación sanitaria y asistencia social.
7. Desde el punto de vista económico, está estadísticamente demostrado que la atención del enfermo en su casa queda reducido en dos tercios el costo enfermo/cama/día, y en algunos casos, hasta tres cuartos de dicho coste. A esto hay que añadirle los costes que la familia se ahorra llenando y viniendo al hospital, con el consiguiente desorden doméstico que eso supone.
8. Hace de eslabón de unión entre el Hospital y la medicina de Atención Primaria.

#### INCONVENIENTES DE LA HOSPITALIZACION A DOMICILIO.

- a) Para el personal de la Unidad:
1. Necesidad de transportar material pesado, maleta de material de curas, electrocardiógrafo, aspirador.
  2. Necesidad de llevar siempre algún material más del necesario, para prevenir roturas o inutilidades.



3. Un olvido supone tener que improvisar o hacer un desplazamiento hasta la unidad.

4. Los desplazamientos suelen ser largos y pesados, por ser en horas de tráfico intenso (entre las 9½ y las 13 horas aproximadamente).

5. Tener que utilizar cada uno su medio de locomoción particular, si la empresa no dispone de transporte para el personal.

6. Dificultad para aparcar en zonas comerciales.

b) Para el enfermo:

1. Cobertura horaria incompleta, por no cubrirse las horas nocturnas.

2. Dependencia del Servicio de Urgencias fuera del horario de cobertura.

3. Sentirse angustiados e inseguros en los primeros días del ingreso, pues, a pesar de nuestras explicaciones y demostraciones, el tener al enfermo en casa, llena a los familiares de responsabilidad y temor ante posibles complicaciones o retrocesos en la enfermedad.

#### DISTRIBUCION DEL TRABAJO A LO LARGO DE LA JORNADA

— Entrada a las 8 de la mañana.

— Planificación de las visitas del día (las visitas han quedado establecidas en el plan de cuidados del enfermo cuando ingresó en la

Unidad, pero por ser la evolución variable y la evaluación continua, siempre es susceptible de modificación). Lo ideal es no hacer más de cinco visitas diarias por turno y enfermero. Cada miembro del equipo hace su planificación del día y luego se expone a los demás para unificar criterios y ver la posibilidad de hacer visitas conjuntas o recorridos semejantes.

— Se planifican las analíticas para el día siguiente, y se avisa a los enfermos para que estén en ayunas o tengan muestras para analíticas del día siguiente.

— Confección de la hoja de ruta, donde se refleja el nombre, el teléfono, la dirección y el número de orden en el que será visitado, además de la hora de salida de la Unidad y el regreso, así como los kilómetros recorridos.

Con la confección de esta hoja se obtiene:

— Tiempo medio de dedicación a cada paciente, incluyendo los desplazamientos.

— Tiempo de estancia en la calle.

— Posibilidad de localización del personal en caso imprevisto o urgencia.

— Número de visitas por día.

— Kilometraje.

— Preparación del maletín: según los enfermos que vayamos a ver, dispondremos el maletín, pero aparte del material de cura o de tratamiento que específicamente

se vaya a utilizar en el día (tubo para extracciones, sondas, botes de vacío...), llevaremos un pequeño stock para poder cubrir cualquier necesidad o imprevisto. Siempre llevaremos algún material más del estrictamente necesario por si hubiese alguno defectuoso o se nos inutilizara por cualquier circunstancia. Cualquier olvido puede suponer la pérdida de media mañana de trabajo, con los consiguientes perjuicios.

— A las nueve horas y media, aproximadamente (salvo que tengamos pacientes en ayuna, que procuraremos salir antes) se sale de la Unidad para las visitas domiciliarias. Generalmente saldremos solos, salvo que tengamos un recorrido similar al de algún otro componente del equipo (médico, asistente social, auxiliar de enfermería), que nos iremos en un sólo vehículo.

Finalizadas las visitas estaremos de regreso sobre las trece horas.

— Una vez en la Unidad, se rellena el libro de salidas, donde se refleja el enfermo visitado, el número de historia, la fecha y los actos realizados.

— A las trece y media o catorce horas subiremos a recoger los informes de los nuevos ingresos y a entrevistarlos con ellos y los familiares.

— A las 14 horas entra el turno de tarde.

— Se hace balance conjunto de los posibles ingresos y la distribución y adjudicación de éstos, atendiéndonos a la zona de residencia.

— Se hace evaluación y evolución de los enfermos visitados.

— Se dan altas una vez revisados los resultados analíticos que nos hayan llegado hoy, así como valoración de los EKG, y Rx.

— Dos días a la semana se realiza sesión clínica conjunta.

— Se preparan folletos para familiares y enfermos.

— Se hacen las citaciones pa-

ra revisiones en consultas externas o para estudios complementarios que no se puedan hacer a domicilio.

— Se hacen las interconsultas oportunas con otros departamentos.

— El turno de mañana termina a las quince horas y el de tarde a las veintiuna.

— A partir de las quince horas, el turno de tarde se distribuye el tiempo de forma análoga al turno de mañana.

#### RESUMEN FINAL

Los cuidados actuales de enfermería a domicilio no son como antes.

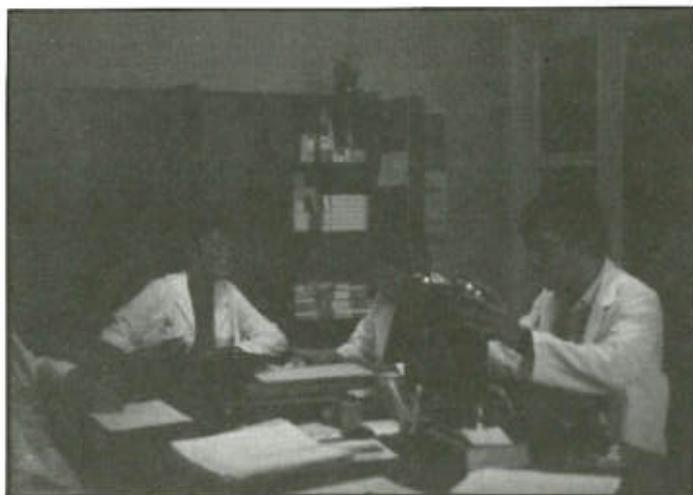
**Hoy, muchos pacientes son dados de alta anticipadamente, y procedimientos que hasta la fecha solo se realizaban en el hospital, pueden aplicarse en su domicilio con iguales o mejores resultados.**

Los enfermeros debemos no solo instaurar y controlar el tratamiento, sino que hay que lograr que los pacientes se sientan cómodos.

En el hospital, la problemática social y psíquica del enfermo, unas veces por exceso de tecnificación, otras por pocos medios humanos, por sobrecarga asistencial, por comodidad o por otras causas, se ignora. La asistencia sanitaria se reduce al tratamiento médico, sin pensar en que ese enfermo, que en muchas ocasiones conocemos por el número de historia clínica o por un número de habitación y cama que ocupa, no puede despojarse de su carga afectivo-familiar y socio-cultural al ingresar en un centro hospitalario.

Con la Hospitalización Domiciliaria el enfermo no se separa de su entorno. Está en su «mundo», en su «terreno», rodeado de las personas que le pueden proporcionar afecto y que en definitiva le van a hacer más llevadera esta situación que para él resulta tan penosa.

**Intentamos en todo momento llevar al enfermo un cuidado integral, siguiendo el espíritu de la definición de la salud de la conferencia de Alma Ata: «la salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino el completo**



estado de bienestar físico, psicológico y socio-cultural».

Desde el punto de vista, tanto personal como profesional sanitario, el trabajo en este tipo de unidades entronca directamente con el auténtico sentido de nuestra profesión, difícilmente reconocida y valorada hasta la actualidad.

**MATERIAL QUE SE ACONSEJA LLEVAR EN LA MALETA**



- Gasas estériles y compresas.
- Guantes estériles de un sólo uso.
- Esparadrapo microporoso (5x10 y 10x10).
- Esparadrapo de tela (5x10).
- Hojas de visturí.
- Lancetas.
- Puntos de aproximación de papel.
- Tijeras de pico de pato.
- Set de cura con y sin instrumental de corte.
- Seda trenzada del 3-0 con aguja TB 15.
- Apósitos hidroactivos (Estomae-sive).
- Malla elástica o tubitón y vendas.
- Batas y empapaderas desechables.
- Sistemas de extracción de sangre en vacío (Vacutainer) y tubos.
- Jeringas de 1, 5 y 10 cc. y jeringas de insulina.
- Una jeringa de alimentación.
- Aguja de 40x8 y 25x9.
- Butterfly (palomitas).
- Smarch (compresor).
- Pomadas (cicatrizantes, antibióticas, con corticoides y debridantes).
- Nitrato de plata.
- Tulgrasun antibiótico y cicatrizante.
- Suero fisiológico.

- Agua oxigenada.
- Povidona yodada.
- Mercurocromo.
- Violeta de genciana.
- Hibitane.
- Esfigmomanómetro y fonendoscopio.
- Dos sondas de foley (16 y 14).
- Una sonda de aspiración (14 ó 16).
- Una sonda nasogástrica del 16.
- Tiras reactivas para glucemia.
- Equipo de paracentesis (codan-set).
- La maleta será del tipo denominado «fin de semana».
- Se dispondrá de un aparato de Ekg y un aspirador portátil (si se tiene previsto usarlo en el día).

**(ANEXO I)**

NOMBRE			EDAD
Nº H.ª Gral.	Nº H.ª SHD.	SOE.	
Dirección			Zona
Telef.	Enviado por		
al Dr.	y al A.T.S. Sr.		

**SERVICIO DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA**

Hoja de ENFERMERIA EXTRAHOSPITALARIA      Fecha de admisión      y de alta

**E V O L U C I O N**

**OBSERVACIONES**

Bien    Regular    Mal

Estado de la conciencia	sueroterapia	en
Estado de la lucidez	sonda nasogas.	
Estado de la movilidad	sonda uretral	
Estado de la nutrición	drenajes	
Estado de la evacuación	oxígeno	horas
Estado de la piel	heridas quirúrgicas	en
Estado de las mucosas	úlceras por decúbito	en
Estado de la locución		
Estado de la higiene		
Estado del descanso		
Colaboración del enfermo		
Colaboración de la familia	Diagnóstico médico	
Higiene de la casa		
Higiene de la habitación	Diagnóstico de enfermería	

Prótesis Ortesis

Controles: T.A.      Pulso      Respiración

OBSERVACION

TRATAMIENTO DE ENFERMERIA

# LOGOTIPOS

A petición de numerosos colegiados se amplía el plazo del concurso de logotipos organizado por el Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. en el que podrán participar exclusivamente nuestros colegiados.

## BASES:

- Se establece un único premio de: 100.000 pesetas.
- Formato 25 x 18.
- Tema: CLUB DE ENFERMERIA.
- El premio no quedará desierto.
- El plazo de presentación finaliza el próximo 15 de Septiembre.
- En un sobre aparte cerrado, irá el nombre y el número de colegiado del autor, por fuera del mismo se escribirá el Lema de la composición, que deberá coincidir con el Lema del Logotipo presentado (en el reverso del mismo).
- Los trabajos serán entregados en las oficinas de este Ilustre Colegio Oficial.

## NORMAS PARA LA ADMISION DE TRABAJOS CIENTIFICOS EN LA REVISTA

- Serán admitidos todos los trabajos de los colegiados de toda España.
- Los originales seleccionados por el Comité Científico quedarán en poder del Colegio de A.T.S. y D.E. de Sevilla y no podrán ser reproducidos total o parcialmente sin permiso de este Colegio.
- Los trabajos que estuvieran publicados anteriormente serán desestimados.
- En la primera página constarán los siguientes datos: Título del artículo,

lo, nombre y apellidos del autor o autores con su número de colegiado y capital a que pertenece; nombre completo del centro donde trabaja seguido de la dirección del mismo y otras consideraciones a este respecto que el interesado/os consideren oportunas.

- Los trabajos deberán ir mecanografiados a doble espacio en hojas tamaño folio. El número de folios no tendrá límite y es condición obligatoria, salvo que el trabajo sea original, que éste se acompañe al final de da-

tos o referencias bibliográficas.

- Todos los cuadros, figuras, fotografías, etc., vendrán aparte del mecanografiado y el autor tendrá que ponerle el nombre al pie de los mismos.
- Todos los trabajos serán científicos a ser posible con casuística y ajustarse por tanto al método científico.
- Cualquier trabajo científicamente elaborado con una calidad y utilidad y que aporte por tanto algo positivo al desarrollo de la profesión en este país,

será incentivado; dicha incentivación será aprobada por la Junta de Gobierno de este Colegio previo informe positivo del Comité Científico; la cuantía será determinada por la Junta de Gobierno y estará en función de la calidad del trabajo.

- Cualquier trabajo científico que no aporte datos bibliográficos será desestimado salvo que el mismo sea un trabajo original.
  - Todos los trabajos serán entregados en las oficinas de este Colegio pasado como se ha hecho hasta ahora por registro de entrada, con original y copia para el interesado.
  - La Junta de Gobierno no se responsabiliza ni se identifica necesariamente con todas las opiniones de los profesionales y de sus colaboradores.
  - Deberán acompañar a los trabajos el material fotográfico, dibujos o esquemas correspondientes así como diapositivas.
  - Se especificará a qué área de enfermería pertenecen los trabajos: enfermería médica, quirúrgica, geriátrica, administrativa, materna, infantil, etc...
  - Se especificará si el trabajo es de investigación o de divulgación.
  - La bibliografía reseñada se ubicará en la última página u hoja y será ordenada por orden alfabético.
  - El comité científico de la revista comunicará a través del Colegio Oficial mediante escrito la aceptación del trabajo.
- EQUIPO DE REDACCION

# Entrevista con...

## JOSE RODRIGUEZ MORENO PRACTICANTE TITULAR DE PRUNA



— ¿Cuántos años de Practicante Pepe?

— Desde el año 1952, cursé los estudios en la Universidad de Granada.

— ¿Cuántos años en Pruna?

— 35 años, Titular Interino desde el año 1972 —ha estado 29 años sin vacaciones por no haber querido nadie sustituirle en un pueblo tan lejano de la Capital—.

— ¿Qué tal te va con los compañeros Médicos?

— Muy bien, ellos son buena gente y se llevan perfectamente con nosotros.

— ¿Cuántos inyectables tienes por día?

— Unos cien diarios, más o menos.

— ¿Has tenido alguna vez problemas con los inyectables?

— *Nó, gracias a Dios nunca.*

— Si volvieras a 35 años atrás, ¿volverías a trabajar en un Pueblo?

— *Volvería a la Enfermería Rural.*

— ¿Qué ventajas le encuentras a trabajar en un Pueblo?

— *La distancia, la comodidad de no necesitar medio de transporte, la tranquilidad y saber siempre con quién estás tratando.*

— ¿Y los inconvenientes?

— *Los compromisos personales con todos los vecinos, a veces en la Consulta particular no puedes cobrar más de 50 pesetas por inyectable, y otras familias más pobres, que a veces hay que buscarle hasta los inyectables para que se curen, ya que ellos no pueden económicamente comprar las medicinas.*

— ¿Y las relaciones con el Ayuntamiento y las demás autoridades del Pueblo?

— *Bien, siempre fenomenal, jamás he estado fuera del Pueblo y además lo agradecen incluso los vecinos, ya que siempre que busquen a Pepe el Practicante ellos me encuentran, eso evidentemente es una ventaja, porque ellos tienen la seguridad de que nunca me desplazo y les abandono, la gente de los Pueblos tenemos más seguridad cuando sabemos que el Médico y el Practicante están junto a nosotros, ya que por ejemplo Pruna tiene una mala carretera de comunicación con Morón que es el Centro Asistencial más cercano, además muchos vecinos no tienen medios de locomoción por lo que se agobian más cuando algún familiar está enfermo.*

— ¿Qué opinas de los Centros de Atención Primaria en los que, como sabes, los Pueblos se quedan sin A.T.S. y Médicos a partir de las 5 de la tarde, éstos que dependen de un Centro de Salud que atienden varias Poblaciones?

— *Creo que no mejora en nada la asistencia y por supuesto no beneficia en absoluto a los pacientes ya que tienen que desplazarse al Centro de Urgencias, y si no hacen venir al Médico o una Ambulancia y a lo mejor es para una simple faringitis,*

*además a la gente que seguimos viviendo en el Pueblo no nos beneficia, ya que, aunque oficialmente terminemos a las 5 de la tarde, la gente luego va a buscarnos a nuestro domicilio, y al ser casi todos los vecinos, no nos podemos negar a la asistencia porque de otro modo tendríamos que cambiar de Población para vivir y eso tampoco nos apetece pues estamos acostumbrados a estar con los amigos y la gente de siempre.*

— ¿Qué más te cuentas de tu vida profesional?

— *Estoy muy contento, siempre todo ha ido muy bien, de vez en cuando hay cosas desagradables, pero en el cómputo general estoy agradecido de todos los amigos y la gente del pueblo.*

— Y del Colegio de A.T.S., ¿qué opinas?

— *Creo que funciona bastante bien, jamás he tenido ningún problema y cuando he necesitado cualquier cosa me han servido perfectamente. Yo tengo el n° de Colegiado 1.553, y la verdad es que solo tengo palabras de agradecimiento para los compañeros que han velado por los problemas de A.P.D. y demás compañeros de Profesión. También tengo que decir que las cosas en el Colegio han cambiado bastante gracias a los métodos más modernos. Ahora tenemos más comunicación, nos llega la información al día y como ejemplo, el día de hoy estáis acercando el Colegio a los compañeros que nos encontramos más alejados de la Capital.*

HIPOLITO GALLARDO  
CARMONA

# LA CRUZ ROJA Y LA FILATELIA

Una ley promulgada el 9 de agosto de 1889, concedía a la Sociedad Portuguesa de la Cruz Roja franquicia postal y autorizaba a dicha Sociedad a emitir un sello especial que justificase este derecho (Fig. 1).



Fig. 1

Fue pues Portugal el primer país en poseer un sello Cruz Roja de empleo oficial. Este sello, en uso hasta 1926, fue emitido de nuevo en 1890, 1908, 1910 y 1915, reconociéndose estas nuevas emisiones por las tonalidades del color, dentado y calidad del papel. En 1917, en plena guerra mundial, se emitió nuevamente sobrecargado «Comissão Portuguesa de Prisioneiros de guerra», además de enteros postales en 1908 y 1915.

Bien es verdad que prácticamente desde la fundación de la Cruz Roja en 1863 por el médico Henri Dunant, se emplearon para el correo de la Institución, «sellos» denominados «precursores», considerándose en Suiza a éstos desde 1870 como sellos de franquicia postal. Estos «precursores» fueron emitidos por los Comités de Ginebra, Bale, Vevey y Lausana (Fig. 2), acogiéndose a las órdenes de los Servicios de la Administración de Correos Suizos de fechas 28 de julio, 5 de agosto y 23 de septiembre de 1870.



Fig. 2

Al final del siglo XIX, fueron emitidos sobres de Navidad de la Cruz Roja Rusa y vendidos a beneficio de la Institución concretamente en Odesa, entre 1878 y 1896. Estos portaban una marca roja con las iniciales y símbolo de la Institu-

ción así como el año de emisión, circulando con el consentimiento de los correos imperiales.

Durante la primera guerra mundial, muchos países y colonias emitieron sellos sobrecargados a beneficio de la Cruz Roja, como medida de ayuda de fondos que auxiliasen a la magna obra que en esas fechas tenía encomendada la Institución.

Como curiosidad en dicho período, se podría destacar la emisión en Jamaica en 1915, de un «sello-viñeta», con cuya venta pudiese permitir el envío de un «aeroplano» a Gran Bretaña, para ayudar a la Cruz Roja Británica en el auxilio prestado a los judíos sin recursos de Polonia. Para ello, el periódico «The Gleaner» de Kingston, capital de la isla, obtuvo del gobierno la autorización de realizar y vender dichas «viñetas», que podían ser colocados junto a los sellos normales de correos para el franqueo, siendo vendidos al precio de medio penique la pieza, a beneficio de la Cruz Roja (Fig. 3).



Fig. 3

En la segunda guerra mundial, de nuevo es escogido este método de colecta de fondos, usado tanto por los países en conflicto como por alguno de los no alineados, para volverlos en ayuda de las campañas de beneficencia y auxilio de sus Sociedades nacionales.

En 1963, al cumplirse el Centenario de la fundación de la Cruz Roja Internacional, 136 estados y territorios emitieron un total de 435 sellos conmemorando tan gran efeméride, portando los tres símbolos reconocidos entonces por la Institución, la Cruz Roja, la Media Luna Roja y el León y Sol Rojos.

España emitió el primer sello Cruz Roja en 1926, consistente en una serie para el correo ordinario de 13 valores y uno para el correo urgente, en los que se contempla la Familia Real Española y una serie para el correo aéreo de 10 valores,

con los vuelos del Jesús del Gran Poder y Plus Ultra.

Estos sellos, con distintas tonalidades de color y diversos faciales, fueron objeto de otras emisiones en 1927 con motivo del 25 aniversario de la coronación de Alfonso XIII, así como sobrecargados para uso en las Colonias, al igual que la primera emisión la tenemos sobrecargada para uso en las colonias de Cabo Juby, Sahara Español, Guinea Española y Marruecos (Zona Protectorado Español y Tánger) (Fig. 4).



Fig. 4

Hasta el 1 de junio de 1938, en plena guerra civil y por parte de la República, no se emiten dos nuevos sellos referentes a la Cruz Roja y sobretasados a su beneficio, para el correo ordinario y aéreo (Fig. 5).



Fig. 5

Posteriormente, solo dos nuevos sellos sobre la Institución han sido emitidos en nuestro país. Uno en 1963 con motivo del Centenario de la Cruz Roja Internacional. Otro en 1969 al cumplirse el 50 aniversario de la creación de las Sociedades de la Cruz Roja. Podemos incluir también el sello de 25 ptas. de la serie Uniformes de 1977, en el que se contempla un Oficial de Sanidad de 1895 y tras él, una ambulancia de la época con el símbolo de la Institución.

Sería impropio como coleccionista, no hacer mención de la diversidad de facetas que contempla una colección sobre Cruz Roja. No podemos olvidar que además de las emisiones de sellos oficiales, con sus variedades, errores, etc., existen gran cantidad de emisiones privadas, viñetas, sobres primer día, matasellos conmemorativos, enteros postales, carnet, etc., sin olvidarnos que en los tiempos de conflictos armados circula gran cantidad de correspondencia de prisioneros de guerra, personas desplazadas, servicios de información, etc.; que nos descubre poco a poco la gran labor desarrollada por esta universal institución.

Entramos pues en el campo de la temática Cruz Roja ya que abarca muchas más facetas que las propias del sello, aunque siempre unida a la correspondencia y al correo. Existen diversas organizaciones y sociedades que reúnen a los coleccionistas de tan apasionante tema, enmarcadas bajo el patronazgo de la Institución.

Hoy día gran cantidad de países emiten sellos periódicamente sobre la Cruz Roja y algunos de ellos con emisiones sobretasadas a beneficio de la sociedad nacional correspondiente.

El sello, pues, no solo se utiliza como elemento de franqueo postal o colecta de fondos, sino como vehículo publicitario que puede llevar a los rincones del mundo las actividades, efemérides, campañas divulgativas de salud y auxilios y un largo etcétera de acciones realizadas por la Institución, encaminadas a lograr el bien común.

Quién con más voluntad que ganas y iras comprobar mis pocas dotes literarias, llegué hasta este punto, podrá preguntarse como no se menciona el coste de algunos ejemplares. No quería entrar en el tema y por tanto solo señalaré que desde 5 pesetas a piezas para «super coleccionistas» de varios millones, existe todo un campo donde ejercitarse en el bonito arte, si se me permite, del coleccionismo temático y de camino, tomar contacto paso a paso con la Cruz Roja, la única Institución con tres Premios Nobel de la Paz en su haber, conocer sus fines y su historia, sobreviviendo día a día a los embates de los tiempos, queriendo mejorar y adaptarse a las necesidades que la sociedad actual le plantea.

ADOLFO SALAZAR MIR

# EL PRACTICANTE



# SEVILLANO

## SECCION PROFESIONAL

### LLAMAMIENTO

¡Practicantes jóvenes de España, bravos muchachos pletóricos de vida y de lógico y sagrado orgullo profesional, a vosotros especialmente se dirigen mis palabras!

¿Os habéis dado cuenta de la importancia enorme que tiene en estos momentos críticos para la vida y dignidad de nuestra querida profesión, el que vosotros desperitéis de esa apatía, en que por falta de medios para desarrollar vuestras actividades profesionales (me refiero al total abandono en que se tiene a nuestra carrera) habéis caído al

salir de las Facultades de Medicina? ¿No habéis llegado a comprender desde que ostentáis ese título, que vosotros ennobleceís y dignificáis, mientras que quienes lo crearon procuran por todos los medios reducirlo al mínimo valor social y cultural, que habéis sido víctimas del peor de los engaños?

Engañados sí, al permitirnos cursar los estudios necesarios para obtenerlo gastando en ello el dinero que no os hubieran costado otras carreras, las cuales no por más dignas están mucho mejor consideradas.

Yo creo que más de una vez habéis pensado vosotros en esto que leéis ahora y por eso quiero desde estos renglones llamar vuestra atención imprescindible en los momentos actuales, para que la afirméis sobre lo que puede ser la salvación o la muerte de nuestra querida profesión.

Recordáis que cuando habéis llegado a la edad en que el que puede hacerlo decide estudiar una carrera, habéis elegido la de Practicante, viéndola noble y abnegada y creyéndola por consiguiente, respetada por quienes en primer lugar es-

Para este número de la revista hemos rescatado un artículo publicado en el Boletín del Colegio Oficial de Practicantes en Medicina y Cirugía de Sevilla del mes de Septiembre de 1930. Como podréis leer es un artículo antiguo en su impresión pero de una novedad y actualidad que hace pensar en la clarividencia de su autor.

También en este número reproducimos una publicidad de Transportes Sanitarios aparecida en el número de Noviembre de 1932. Quiero llamar vuestra atención sobre los materiales de medicación, de urgencias.

tán obligados a ello; pero veis ahora que, desgraciadamente, no es así y que los que deben quererla y respetarla no lo hacen, con lo cual ponen de relieve su mediocridad espiritual unas veces y otras su incapacidad profesional que quieren ocultar a los ojos del que paga y tiene derecho a ser bien atendido.

Así, pues, debo deciros que las arbitrarias disposiciones que tienden a hundirnos, están inspiradas en el más profundo temor agudizado ahora por vuestra marcha juvenil, llena de entusiasmo y aspiración sobre los campos de la Ciencia para emplearla honradamente en aliviar el humano dolor.

Los momentos son decisivos, queridos compañeros, y desde estas cuartillas pobres en forma, pero espléndidas y ricas en el profundo amor y gran dolor que las inspira, os llamo, para que acudáis todos, como un solo hombre, a salvar nuestras vidas, ya que puestas las tenemos en nuestra amada y honradísima profesión.

Ha pasado ya el tiempo de la petición humillante, buscando en el favor lo que en justicia nos pertenece, llegó la hora de la protesta, no por muy consciente y sensata menos enérgica, y con nuestras frentes bien altas y nuestros pechos henchidos de sagrado entusiasmo, digamos muy alto también, al que es único juez que nos haga justicia y le hagamos ver la ruindad de las maquinaciones de aquellos que solapadamente quieren hacernos desaparecer.

¡A la lucha, compañeros, con la cabeza erguida, demostremos sin rastrerías, cara a cara, que por mucho que nos hayan quitado, por mucho que nos quiten más adelante, nos queda lo principal, lo que no tienen los cobardes que quieren despojarnos y que es el valor de nuestros juveniles corazones, sólida barrera que debemos oponer a los que pretenden pisotear la dignidad honradamente adquirida por la siempre grande, noble y sacrificada clase de Practicantes españoles!

## TRANSPORTES SANITARIOS

### TARIFA

Salida del coche para servicio de población: Ptas. 30

Por servicios de población se entienden los que se efectúen dentro de la zona fiscal (fielatos) y de duración una hora. Los que excedan de ésta se cobrarán a razón de 10 ptas. hora o fracción.

Servicios por carretera, en recorrido de 50 kilómetros o menos, ptas. 30 por salida y 1,50 ptas. por cada kilómetro que exceda de 10.

Servicios por carretera, de más de 50 kilómetros, a ptas. 1,50 el kilómetro.

Los servicios por carretera comprenden dos horas de parada, los que excedan de éstos se cobrarán a ptas. 10 por hora o fracción. En los servicios de carretera los gastos de manutención y alojamiento del personal de la Ambulancia corren de cuenta del solicitante del servicio.

El Auto-ambulancia va equipada, aparte de la camilla, lavabo,

depósito de agua, water, etc. con un servicio completo de inyectables y material de medicación de urgencia, aguas minerales, Jerez, coñac, agua de azahar, etc., cuyos artículos, caso de utilizarse, se cobrarán a los precios corrientes en plaza.



Traslado de enfermos a clínicas, sanatorios, balnearios, etc. en Auto-ambulancia de gran confort.



Avisos indistintamente:

**M. ARTEMAN, S. en C.**

Avenida de la Libertad, 45. - Teléf. 24920

Talleres: Teléf. 25768 - Garage: Teléf. 26392 - Sevilla

# ATENCIÓN AL ENFERMO PER—QUIRURGICO DE PATOLOGIA CRANEAL

Se ha realizado éste trabajo como reflejo de nuestros cuidados técnicos y psicológicos con respecto a los pacientes que van a ser intervenidos en nuestro Servicio con patología craneal.

La actuación consiste en:

- Preparación técnica del quirófano.
- Recibimiento del paciente y acercamiento psicológico.
- Conducta per-operatoria.
- Preparación mesa instrumental y técnica en la instrumentación.
- Atenciones y cuidados del paciente hasta su traslado a la UCI.

## PREPARACION DEL QUIROFANO:

— Se conectan y comprueban el correcto funcionamiento de todos los aparatos que se van a utilizar, como son: *Respirador de anestesia, Electrocardiógrafo, Electrocoagulador monopolar y bipolar, Microscopio, Aspiradores, Mesa operatoria.*

— Se prepara mesa auxiliar de anestesia con medicación ordinaria:

*Droperidol, Fentanilo (Thalamonal, Fentanest), como analgésicos, sedación-tranquilizante, premedicación, inducción y mantenimiento de la anestesia. Thiopental sódico, como anestésico general para la inducción a la narcosis, antes de administrar otros anestésicos. Succinilcolina (Anestine), como relajante muscular despolarizante.*

*Bromuro de Pancuronio (Pavulón), relajante muscular no despolarizante, con rápida instauración de la acción.*

— **Material necesario para la intubación:** Laringoscopio, Pinzas de Maguill, Tubos endotraqueales de distintos calibres, guedes, gasas, compresas, guantes, esparadrapo, etc.

— Se ha de tener preparado todo el material quirúrgico (instrumental) adecuado para la intervención.



## RECIBIMIENTO DEL PACIENTE Y ACERCAMIENTO PSICOLOGICO

Se recibe al paciente procedente de planta con diagnóstico pre-operatorio de proceso expansivo parieto occipital.

Se confirma en su historial, antecedentes personales, analíticas, estudios específicos como TAC, Resonancia magnética, radiografías, arteriografías, así como algún otro estudio complementario, se comprueba además el grupo sanguíneo, reserva de sangre y cama en UCI.

Si el enfermo viene consciente, y orientado, el acercamiento psicológico, por nuestra parte, dependerá de la información que haya recibido del cirujano, datos que habrán que obtenerse con anterioridad.

Aparte de estos datos de información, con nuestro acercamiento, podremos observar de forma directa, cual es su grado de ansiedad ante la operación, así como sus posibles causas como temor, preocupación familiar, miedo ante el dolor, etc. De ésta observación dependerán las posibles soluciones que podemos proporcionar a sus problemas, dándole tranquilidad y confianza. Todo esto se debe realizar para evitar la influencia negativa que pueda tener el pre-anestésico y post-operatorio.

## CONDUCTA PER-OPERATORIA:

Una vez el enfermo trasladado a quirófano, se procede a monitorizarlo, tomar constantes vitales (P.A., F.C., F.R., y T<sup>a</sup>.).

Posteriormente se canaliza una vía periférica, en la que se conecta normalmente un suero Glucosado 5% (500 cc), que de antemano se tendrá preparado, excepto en contraindicaciones como diabetes, que se observará al revisar sus antecedentes personales, en cuyo caso el anestésico indicará la pauta a seguir.

## INDUCCION A LA ANESTESIA:

Nuestros pacientes llegan al quirófano prácticamente despiertos, generalmente no vienen premedicados.

Una vez establecida la infusión intravenosa apropiada y la monitorización inicial, el anestésico co-

mienza lentamente con la inducción suave, durante ésta, se advierte al paciente que puede experimentar sensaciones extrañas y se le estimula a colaborar en la hiperventilación previa a la ventilación mecánica.

Después de administrar los relajantes musculares, el anestésico procede a la intubación, momentos en los que la atención y colaboración de enfermería es fundamental. Conseguido el plano anestésico se coloca sonda vesical, pues si se van a emplear agentes deshidratantes osmóticos, será necesaria su colocación para evitar la distensión excesiva de la vejiga urinaria.

Seguidamente colocaremos los electrodos de monitorización cardíaca y el electrodo aislante del electrocoagulador, teniendo muy en cuenta su correcta posición.

Posteriormente se realizará una limpieza y asepsia adecuada con Povidona yodada de la zona de intervención.

Acto seguido se canalizará una vía venosa central para infusión de determinados medicamentos y toma de Presión Venosa Central (PVC).

En cierto tipos de pacientes como son los de patología craneal de fosa posterior, es importante que la vía venosa llegue a la Aurícula Derecha (AD); cateterización de una arteria, conectándole un sistema de monitorización de la Presión Arterial y la colocación

del tubo de Doppler cobre la AD.

Las **COMPLICACIONES** más importantes de la cirugía de Fosa posterior son: *embolismo gaseoso, hipotensión y trombosis de piernas*, todos ellos muy relacionados con la permanencia en posición de sentado; nuestros cuidados con todos los medios a nuestro alcance y permanente vigilancia de las constantes, no evitan el riesgo de que se puedan dar estas incidencias. En el caso de que se produzca una *embolia gaseosa*, el detector ultrasónico de flujo de Doppler es el último instrumento para la comprobación de burbujas de aire en el corazón, a falta de éste, las variaciones de los tonos cardíacos pueden descubrirse muy bien con el estetoscopio correctamente colocado, situación que se debe comprobar una vez colocado el paciente en posición operatoria.

El tratamiento más urgente a poner en marcha es la extracción del aire intravascular. Esto se consigue aspirando a través del cateter venoso situado en A.D.; aumento de la presión venosa central y presión manualmente de yugulares.

COMPLICACIONES		
	PREVENCIÓN	Tº INMEDIATO
EMBOLIA GASEOSA	— Variaciones	— Compresión yugular
	— Sonda central	— Aspiración alta
	— Dupler	— Asuete PVC
HIPOTENSION—	— Dosis	— Fármacos vasoactivos
	— Dupler	
TROMBOSIS	— Dosis	
	— Colocación adecuada	
PIERNAS		

La *hipotensión* en un paciente sentado siempre es peligrosa, debido fundamentalmente a la diferencia hidrostática de presión entre la parte alta de la cabeza y el corazón. Por ello la presión sanguínea debe ser mantenida en los valores preoperatorios o muy cerca de ellos, por tanto éstos deben ser conocidos antes de la intervención.

Para corregir este problema y evitar la hipotensión, pueden utilizarse fármacos vasopresores en perfusión, que se preparan a prescripción del anestesista.

La canalización arterial permite además una toma constante de presión arterial, mas una minuciosa hipotensión controlada.

La diuresis también debe ser vigilada minuciosamente en los pacientes con hipotensión controlada.

*Trombosis en piernas*, el vendaje de los miembros inferiores con vendas elásticas o el empleo de medias ante-embolia de la talla apropiada, puede ser un medio satisfactorio para evitar el almacenamiento de la sangre en las venas, pero nunca el medio ideal.

Sin embargo, la correcta colocación del enfermo con la simple elevación de los muslos hasta el ángulo recto con el cuerpo, con las rodillas extendidas, sobre la mesa de operaciones ligeramente inclinadas y con los pies altos, puede disminuir el almacenamiento venoso por drenaje gravitacional. Se vigilará en estos casos que el plexo lumbo-sacro o el nervio ciático no sufran estiramiento, previo almohadado.

De especial atención y cuidado son también los pacientes que van a ser intervenidos de malformaciones arteriales o venosas intracraneales, independientemente de su localización, por ejemplo aneurismas, angiomas.

Para los cuales se tendrá preparado el instrumental de microneurocirugía, distintas clases de clips, y medicación especial como: vasodilatador periférico (nitroglicerina), diversos hipotensores (Nepresol, Arfonad,

Nitropussiato), betabloqueantes (Sumial). Hay que hacer incapié en la especial preparación del Nitropussiato, ya que hay que protegerlo de la luz y no mantener mas de cuatro horas preparada la solución, por perder efectividad.

Todas estas pautas, así como la preparación de sueros y medicamentos se realizan a prescripción del anestesista.

Después de tener al paciente en perfecto control, se procede a su posición para ser intervenido.

### POSICION DEL PACIENTE EN NEUROCIRUGIA:

Con mucha frecuencia, los pacientes sometidos a intervenciones neuroquirúrgicas, se colocan en posiciones muy distintas a las empleadas para otros tipos de cirugía. Se debe conocer las consecuencias y riesgos de las distintas posiciones, ya que su actuación puede tener gran influencia en el resultado final de la intervención. Estos riesgos pueden derivarse de una mala posición, por ejemplo:

- a) La cabeza demasiado forzada que provoca compromiso de la ventilación y retorno venoso.
- b) La presión sobre un nervio o el estiramiento entre dos puntos relativamente fijos, o ambas cosas al mismo tiempo, pueden contribuir a la lesión nerviosa. Los nervios mas comunmente afectados son: el plexo braquial, peroneo común, safeno, radial y cubital.
- c) La conjuntivitis, úlcera corneal y la herida corneal son resultados de traumatismo directo, de que la cornea expuesta se seque o del contacto con soluciones antisépticas.



- d) Compresión de Cava que dificulte el retorno venoso a miembros inferiores en pacientes con posición en decúbito prono.
- e) La hipotermia puede también actuar como factor desencadenante.

Se pueden eliminar total o parcialmente todos estos riesgos y complicaciones, cuidando minuciosamente los detalles en las formas posturales; se procura su aislamiento térmico manteniendo la temperatura del quirófano a 24° con una humedad relativa de 45% y teniendo además una manta ligera, para colocar al enfermo en caso de necesidad.

Los pacientes se colocan sobre la mesa operatoria flexionada, para que estén cómodos y la cabeza elevada, a ser posible de 5 a 10° sobre el nivel cardíaco para evitar el excesivo sangrado.

Es también de especial cuidado el libre acceso a las vías que el paciente tiene cateterizadas.



Una vez colocado y controlado debidamente el paciente se procede a las **TECNICAS Y CUIDADOS EN LA PREPARACION DE LA MESA INSTRUMENTAL:**

La instrumentación forma parte importante de las

técnicas a seguir dentro de los cuidados de la enfermería Neuroquirúrgica.

La elección del instrumental que se va a utilizar para la intervención es labor de la persona responsable de la instrumentación; previa información del neurocirujano según el tipo de intervención, se debe tener preparado todo el instrumental necesario para la misma, así como en ciertos casos y según técnicas de algunos cirujanos, material especial (trépano y sierra neumática).

Hoy en día el uso del microscopio es muy frecuente en casi todas las intervenciones, por lo que se ha de tener previsto todo el instrumental de micro-neurocirugía.

En intervenciones como aneurismas, angiomas, hipofisectomías por vía transfenoidal, se ha de tener preparado el instrumental específico para las mismas (separadores de Yasargill, distintas clases de clips—Sugita, Escobilla, Heifert, Yasargill, etc.—, y de Hipófisis.

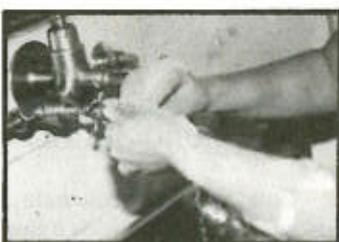


Después de una cuidadosa asepsia de manos y antebrazos con cepillo y antiséptico (Povidona yodada), aproximadamente unos diez minutos, la instrumentista debidamente preparada con bata y guantes estériles, procede a una cuidadosa preparación de la mesa y colocación del instrumental en la misma, guardando en todos sus movimientos la máxima esterilidad. La distribución y colocación del material se hará con una correcta técnica, de tal forma que se con-

sigan los dos principales objetivos: **RAPIDEZ** y **EFICACIA** ante el requerimiento del cirujano.

Al terminar la intervención se procede a la limpieza y asepsia de la herida operatoria, de los posibles restos de sangre que en ella hayan quedado y se cubrirá con un estéril y estético apósito.

Recogerá todo el instrumental que ha sido utilizado en la intervención y una vez limpio, se ordena y prepara debidamente para su esterilización.



#### **FUNCIONES DE LA ENFERMERA/O CIRCULANTE:**

Sus actividades están en función de las necesidades del equipo que interviene.

Se preocupará de tener cubiertas todas las necesidades de la mesa de instrumental.

Estará atenta al buen funcionamiento de todos aquellos aparatos que van a ser utilizados en la intervención (descritos anteriormente).

Facilitará tanto al cirujano, anestesista e instrumentista todo lo que precisen en el menor tiempo posible, ya que el factor tiempo en las intervenciones de neurocirugía es de vital importancia.

Cuidará en todo momento la máxima esterilidad, en todas las actividades que realice.

Vigilará conjuntamente con el equipo de anestesia, los posibles cambios que se

puedan detectar en las constantes vitales del paciente.

Debe dejar reflejado en el libro de registro, todos los datos referentes al paciente: datos personales, intervención, hora de entrada y salida, personal que interviene.

Si el cirujano cree oportuno establecer el diagnóstico por examen microscópico, preparará todo lo necesario para que el tejido extirpado, llegue en las condiciones adecuadas de identificación y conservación, a su lugar de estudio (Anatomía Patológica).

#### **ATENCIONES Y CUIDADOS DEL PACIENTE HASTA SU TRASLADO A U.C.I.**

Al término de la intervención, el anestesista va a necesitar una serie de medicamentos, antídotos a los utilizados durante la anestesia (Atropina, Prostigmina, etc.), que se han de tener previstos, por la enfermera/o que colabora en la anestesia.

Cuando el anestesista comprueba que el reflejo tusígeno es adecuado, procederá a la extubación del paciente, en este momento se ha de tener preparado el aspirador, por la posibilidad del vómito y la probable broncoaspiración, que se evitará por todos los medios. Si a pesar de todo, un enfermo consciente y con los reflejos conservados, vomita, se le colocará con la cabeza ligeramente incorporada, no haciendo aspiraciones en la faringe, ya que incrementarían las náuseas y vómitos; se le pondrá en decúbito lateral, e incitándole a expulsar el contenido gástrico o secreciones que tenga en la boca, aspirando éstas posteriormente; al mismo tiempo se aplicará Oxígeno con mascarilla en las fases de descanso.

Aquellos pacientes que no estén lo suficientemente despiertos para mantener una ventilación espontánea, no se le retirará el tubo endotraqueal, por lo que se tendrá previsto el equipo necesario para mantener la correcta ventilación y oxigenación durante el traslado a UCI.

Se mantendrán todas las vías permeables. La canalización arterial debe estar convenientemente protegida, para evitar el desprendimiento de la cánula, con la consiguiente hemorragia.

Se cubrirá al paciente con mantas para evitar escalofríos.

Si hay posibilidad, mantenerlo con la cabeza ligeramente incorporada, durante el traslado a la Unidad. Casi todos los pacientes intervenidos de un proceso craneal, son colocados con la cabeza por encima del nivel cardíaco, para evitar la congestión venosa cerebral y facilitar el retorno venoso, por lo que se mantendrá la posición.

La mayor parte de los pacientes neuroquirúrgicos despiertan, y se relacionan al finalizar la anestesia y antes de ser trasladados a la sala de Reanimación.

El transporte del paciente debe ser planeado y ejecutado sin prisas.

Todas las atenciones y cuidados del paciente se llevan a cabo conjuntamente por todo el equipo, es decir, Neurocirujanos, Anestesista y Enfermeras neuroquirúrgicas.

El perfecto dominio de los conocimientos relacionados con los cuidados de enfermería per-quirúrgica, requieren un entrenamiento riguroso y prolongado.

**FLORA LOPEZ BAENA**

# SEÑALIZACION DE LAS PLAYAS ANDALUZAS

Según el decreto 178/1984 de la Junta de Andalucía (Consejería de Salud y Consumo) sobre *Vigilancia Sanitaria y Ambiental de las Playas*, publicado en el B.O.J.A. con fecha 10 de Julio de 1984, establece un sistema de señales de panel para indicar la *clasificación*

de las playas de la Comunidad Autónoma, el *equipamiento* de servicios públicos de las mismas y las posibles *limitaciones* de uso que pudieran existir en ellas.

El *símbolo*, uniforme para todas las playas del litoral andaluz, debe conte-

ner, además, dos elementos específicos relativos a cada playa en particular: su *nombre* y su *clasificación oficial*.

Además del símbolo existe un conjunto de *señales* seleccionadas para *informar* de los *servicios* públicos disponibles en las playas y

*advertir* de las *limitaciones* impuestas o recomendadas en su uso.

Estas señales obedecen, en general, a criterios universalmente asumidos, y solo en algunos casos ha debido procederse a un rediseño o un diseño ex novo.

## SIMBOLOS



playa del mar

Playas en muy buenas condiciones higiénicas y alto valor ecológico.



playa del mar

Playas en muy buenas condiciones higiénicas.



playa del mar

Playas en buenas condiciones higiénicas.



playa del mar

Playas en regulares condiciones higiénicas.



playa del mar

Playas en malas condiciones higiénicas.



Agua potable.



Duchas.



Lavabos.



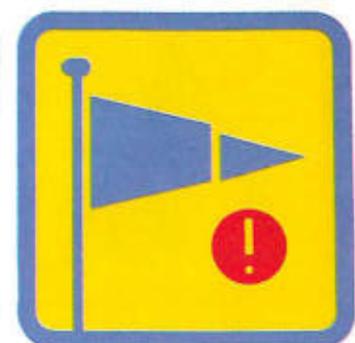
Inodoros.



Vestuarios.



Papeleras.



Indicadores de Peligrosidad.



Servicios de socorrismo.



Vigilancia Municipal.



Libro de Reclamaciones.



Libro de Sugerencias.



Merenderos en buenas condiciones higiénicas.



Servicios recreativos en buenas condiciones higiénicas.



Playa incluida en la Red de Vigilancia Sanitaria de Playas de la Consejería de Salud y Consumo.



Recogida de residuos sólidos por el servicio de limpieza.



Vertidos de aguas residuales.



Prohibición de animales domésticos.



Prohibición de paso de caballerías salvo casos autorizados.



Prohibición de arrojar basuras y escombros.



Prohibición de acampadas no autorizadas.



Prohibición permanente de baño.



Prohibición temporal de baño.



Acotación de una zona de baño.



**PEYOTL (PEYOTE** en castellano) es un pequeño cacto cilíndrico cubierto de pelos sedosos y acabado por una porción globulosa, que por lo general tienen una longitud de 15 a 20 centímetros.

Botánicamente se trata del *Echinocactus Williamsii* de la familia de las cactáceas, siendo una planta crasa, distinguida por el porte singular de su aparato vegetativo con el tallo verde, rico en agua y con aspecto de columna estriada. Las flores, de ordinario solitarias, grandes, sésiles (insertadas directamente sobre el eje y desprovistas de pedúnculo), de color rosáceo y hermafroditas. El fruto es una baya que contiene gran número de semillas alojadas en la pulpa. Debido a la estructura reducida de sus hojas, a las reservas de agua acumuladas en el tallo y al espesor de su cutícula o película externa de la epidermis, que la recubre al completo sin solución de continuidad, constituida por cutina y sin celulosa, puede subsistir en la sequedad.

Contiene numerosos alcaloides (substancias nitrogenadas, cuyas moléculas contienen por lo menos un átomo de nitrógeno salificable), como la Mescalina (*Lophophora Williamsii*), Ankalonidina, Lofoforina, Peyotina, etc., siendo origina-

en general el uso quedase prohibido, por considerarse que constituían un vehículo mediante el cual las personas tanto del antiguo como del nuevo mundo entrarían en contacto con el diablo que en el particular caso de los autóctonos adoptaría la fisonomía idólatra.

Con esta actitud muchas de esas substancias quedaron reducidas en su consumo al producido en ceremonias secretas celebradas localmente por las distintas tribus. Por alusión, se ha dado la circunstancia de que los hongos alucinógenos mexicanos, se hayan confundido en nuestros días con el peyote y que solo hayan sido nuevamente estudiados con rigor científico entre los años 1953 y 1961, partiendo de las descripciones verificadas por cronistas españoles de los siglos XVI y XVII, significando los primeros históricamente en quedar constancia, ya que fray Diego de Landa (Cifuentes 1524 - 1579) en 1562, siendo obispo auxiliar de Yucatán, reunió todos los libros conocidos de los mayas en la ciudad de Maní, los echó a una gran pira y públicamente los quemó, destruyendo todos los documentos históricos, salvándose sólo tres, que contenían temas religiosos y astronómicos. En 1566 escribió «Relación de las cosas de Yucatán», principal fuente para el estudio de la antigüedad maya.

Bastantes substancias naturales capaces de originar toxicomanías proceden del Nuevo Mundo, donde su conocimiento y utilización se remonta en la mayoría de los casos a muy antiguo.

Los médicos, botánicos, enfermeros y sangradores que acompañaron a los descubridores, religiosos, conquistadores y colonizadores de este Nuevo Mundo o Indias, observaron entre otros muchos fenómenos para ellos desconocidos, el uso que se hacía de determinados preparados vegetales y los afectos que de dicha utilización se derivaban.

Estas observaciones conductuales tuvieron en muchos casos un elevado nivel científico, pero también motivado por la corriente del pensamiento de la época, siglos XVI, y XVII, un cortejo de prejuicios religiosos, fundamentados incluso en las mismas creencias de los aborígenes, que pensaban entrar en comunión con sus deidades y así, poder conocer el futuro a través de estos elementos vegetales alucinógenos tales como el PEYOTL (peyote), OLOLIVQUI (ololliuque), COHOBA, NANACATL (nanacate), TEONANACATL (carne de Dios), TOLOUACHI (toloachi), CAMOTL, etc., originaron el que,

rio de las regiones montañosas y secas de las zonas centrales y septentrionales de México y en determinadas áreas del estado de Texas.

Su consumición por mascaradura puede ser seca, en rodajas secadas directamente por exposición al sol y fresca; recién cogida, donde era tradición que esta planta considerada sagrada, al final de su recolección, celebración de solemnes ceremonias con aparatosa pompa y boato.

Posee una acción directa sobre los centros cerebrales con aumento de la excitabilidad medular y enlentecimiento de la frecuencia cardiopulmonaria. La embriaguez causada por la ingestión de extracto, dosis suficiente 0,50 a 0,80 gramos, se caracteriza por la producción de fenómenos que interesan a la instancia psíquica de la percepción, con ruptura del contacto de la consciencia del sujeto con el mundo exterior, por medio de las pseudopercepciones, donde destaca la alucinación al percibir sin objeto, con carácter de corporeidad y de aparición siempre en el espacio exterior.

En la actualidad, a pesar de estar prohibido en México el consumo, las tribus Amerindias CORA (familia lingüística Nahuatl, que habita en la sierra de Nayarit), HUICHOL (familia lingüística Utoazteca y grupo azteca, que habita en las montañas entre Zacatecas y Nayarit), TEPEHUA (familia lingüística Maya-zoque y grupo Totonaca, que habita en la zona fronteriza entre los estados de Puebla, Veracruz e Hidalgo) y TARAHUMARA (familia lingüística Utoazteca y grupo Cahita-Opata-Tarahumara, que habita en la zona montañosa de los estados de Chihuahua y Durango), lo consideran como elemento primordial de sus ceremonias.

#### DESCRIPCIONES RELEVANTES REALIZADAS POR CRONISTAS ESPAÑOLES EN EL SIGLO XVI.

Fray Bernardino de Sahagún (Sahagún 1500 - México 1590), eclesiástico e historiador que en 1529 se trasladó a Nueva España (virreinato español de Indias, correspondiente al actual México), donde en 1557 se le encomendó una obra en el idioma nativo sobre cultura, religión y costumbres, siendo fruto su libro «Historia General de las Cosas de Nueva España», que pasó a narrar lo siguiente:

En el libro X, Capítulo XXIX, se cita textualmente: «...ellos mismos descubrieron y usaron primero la raíz que llaman peyotl, y ello la comían y tomaban, la usaban en lu-

gar de vino (...), y se juntaban en un llano después de haberlo bebido, donde bailaban y cantaban de noche y de día a su placer, y esto el primer día, porque el siguiente llo-raban todos mucho (...).

En el libro XI, Capítulo VI, se cita textualmente:

«... Hay otras hierbas como tunas de tierras que se llaman peiotl, es blanca y hácese hacia la parte del norte. Los que la comen o beben ven visiones espantosas, o de risas, dura esta borrachera dos o tres días y luego se quita. Es común manjar de los Chichimecas, pues los mantiene y da ánimo para pelear y no tener miedo, ni sed, ni hambre, y dicen que los guarda de todos los peligros (...).

El psicociólogo Kurt Lewin (Mogilno 1890 - Massachusetts 1947), afirmó en su libro Phantastica que Sahagún, «el príncipe de los cronistas de México», es el primero que haya mencionado al peyote.

Cristóbal de Molina, llamado Cuzqueño (segunda mitad del siglo XVI), párroco mestizo en el Cuzco, gran conocedor de la lengua Qe-chua, autor de fábulas ritos de los Incas, en 1571, en su vocabulario de la lengua Mexicana, traduce como capullo de seda o de gusano al término azteca peyotl.

Nicolás Monardes (Sevilla 1507 - 1588), médico y botánico que en Sevilla reunió y aclimató en su jardín botánico numerosas plantas procedentes de América, determinando su valor farmacológico. En 1574 publicó las tres partes de su obra «Historia Medicinal de las Cosas que se traen de Nuestras Indias Occidentales». Llevó a cabo experimentos con varios centenares de drogas aztecas empleándolas con sus pacientes del mismo modo que los aztecas lo habían realizado con los suyos.

Francisco Hernández (Puebla de Montalbán 1517 - 1587), botánico y médico del Rey Felipe II (Valladolid 1527 - El Escorial 1598), le envió a México para estudiar la flora y la materia media de la región, tarea que desempeñó satisfactoriamente entre 1570 y 1577, fruto de su investigación fue la obra «Historia Natural de Nueva España», compuesta de 17 volúmenes, que pasó a narrar lo siguiente por cita textual: «... Raíz de mediano tamaño que no echa ramas, sino una pelusa adherida a ella. Dicen que hay macho y hembra. Cura los dolores de las articulaciones. Cuentan algo maravilloso, y es que quienes la comen presienten y predicán todas las cosas...»

GREGORIO MARTINEZ MORAN

## INTERPRETACION LIBRE DE LA CEREMONIA DE LA RECOLECCION DEL PEYOTL.



# Papel de Enfermería en las Enfermedades Exantemáticas Infantiles

## MEDIDAS GENERALES

### FIEBRE

El aumento de la temperatura corporal normal por encima de los valores fisiológicos es indicativo de enfermedad y, con frecuencia, uno de los primeros signos manifiestos de trastorno del organismo.

**La fiebre somete al niño a un esfuerzo considerable de sus mecanismos de adaptación y, por ello, junto a ella aparece anorexia, irritabilidad, malestar y dolor generalizados.**

Una fiebre alta y mantenida puede suponer un estado de confusión mental y de **CONVULSIONES** que debido a la labilidad de su sistema nervioso, puede ocasionar un daño cerebral irreparable, ya que el tejido nervioso no se regenera y la lesión se hace irreversible.

La temperatura en un niño con fiebre hay que valorarla periódicamente, así como controlar el pulso y las respiraciones para evaluar la efectividad de los cuidados que se aplican:

### A) MEDIOS FISICOS

1. **Destapar convenientemente al niño.** El abrigo excesivo por la ropa, disminuye el efecto de la temperatura ambiental sobre el calor orgánico y, reduce las consecuencias del frío.

2. **Aplicación de paños y compresas húmedas.** Se colocarán en la frente, tronco, en los pliegues axilares e inguinales, huecos poplíteos, ya que en estas zonas los vasos sanguíneos se encuentran muy próximos a la piel y se facilita la pérdida de calor. Paños de alcohol con riesgo de intoxicación.

3. **Baños de agua tibia con esponja.** Es una medida sencilla y segura que puede usarse lo mismo en casa que en el hospital. El cuerpo conduce su calor a un medio más frío. El baño puede hacerse en:  
— Cama  
— Bañera

Se deberá dejar que se evapore algo de agua del cuerpo. A continuación se seca por zonas con suaves movimientos, evitando siempre la fricción.

A los 20', deberá tomarse la temperatura y valorar su efectividad.

Se deberá repetir el baño hasta que la temperatura vuelva a sus valores normales.

Para aplicar el baño de alcohol a un niño, hay que valorar previamente los riesgos de intoxicación etílica y, que en estos casos el niño tiene lesiones en la piel con lo que el contacto con el alcohol resulta una medida molesta por el escozor y el resecamiento que éste ocasiona.

4. **Crear corrientes de aire frío.** En algunos casos, es conveniente emplear un ventilador en el cuarto del niño, teniendo cuidado de que el niño no sufra escalofríos.

5. **Ingestión libre de líquidos** para evitar la deshidratación como consecuencia de la excesiva sudoración y del aumento del metabolismo corporal por la fiebre.

6. **Reposo y Actividad Limitados.** El niño necesita, si tiene fiebre, un ambiente quieto y fresco. A menudo está irritable y puede estar hipersensible a los estímulos. Se debe hacer esfuerzo de disminuir el ruido y proporcionar al niño el descanso.

Se le intentará proporcionar un cuarto cómodo y fresco.

### B) MEDICACION ANTIPIRETICA.

Frente a este conjunto de medidas físicas, está el empleo de medicación antitérmica, que deberá estar convenientemente prescrita por el médico en cuanto a dosis y fármaco a emplear. En la actualidad, se tiende a emplear más el **Paracetamol**.

### SINTOMAS RESPIRATORIOS SUPERIORES

1. **Ingestión libre de líquidos.** Con ello conseguimos que el niño fluidifique sus secreciones y le facilitemos su eliminación.

2. **Humidificadores de vapor frío.**

3. **Empiezo de descongestionantes.**

4. **Irrigaciones con Solución salina fisiológica** para boca y garganta.

5. **Líquidos fríos y alimentos blandos** para evitar el dolor de garganta.

6. **Vaselina para proteger la piel** alrededor de los orificios nasales y los labios.

**NOTA:** Las preparaciones anti-tusígenas son generalmente ineficaces y están contraindicadas en lactantes y niños pequeños.

### MEDIDAS A EMPLEAR EN LA ANOREXIA

1. **Ingestión frecuente y en pequeñas cantidades** de alimentos y líquidos preferidos.

2. Ofrecer una actitud relajada acerca de la ingestión oral. **La ingestión forzada de alimentos y líquidos suele ser contraproducente.**

### TRATAMIENTO DE LAS ERUPCIONES CUTANEAS

1. Proporcionar **higiene** y baños apropiados para reducir la frecuencia de infección secundaria.

2. Baños fríos locales, aplicaciones locales de lociones especiales, **pomadas calmantes o antihistamínicos** sistémicos para aliviar el prurito.

3. **Cuidado de las uñas**, incluyendo corte y limpieza frecuentes para reducir los efectos causados por el rascado.

Pueden usarse guantes o manoplas por la noche en niños pequeños.

4. **Enjuagues de solución salina fisiológica** si están afectadas las mucosas.

### ASLAMIENTO

Desde el punto de vista epidemiológico, la Organización Mundial de la Salud define el aislamiento como la separación de personas infectadas durante el período de transmisibilidad de la enfermedad en lugares y bajo condiciones tales que eviten la transmisión directa o indirecta del agente infeccioso a personas susceptibles.

Se intenta prevenir la diseminación de enfermedades in-

fecciosas transmisibles mediante varias técnicas de aislamiento.

Se debe aislar al niño o no en el hospital o en el hogar, dependiendo de la enfermedad específica, de la gravedad de los síntomas, del ambiente familiar, incluyendo la presencia de personas susceptibles y de la capacidad de los padres para ejecutar los procedimientos necesarios.

### ASLAMIENTO

1. Estricto.
2. Aislamiento en Padecimientos Respiratorios.
3. Aislamientos con Problemas Entéricos.
4. Aislamiento para Secreciones, Lesiones, Heridas, Secreciones Orales.

La aplicación de todas estas medidas será necesaria y de forma general en todas ellas, aunque caben matizaciones específicas a la hora de aplicar cuidados a cada una de las enfermedades exantemáticas concretas.

### SARAMPION

Es una enfermedad infectocontagiosa producida por un mixovirus que cursa con **exantema máculo-papuloso** que se extiende por **todo el cuerpo** de forma difusa.

Sintomatología: **Fiebre, Cuadro Catarral, Dolor de Garganta, Conjuntivitis y Fotofobia.**



NORMAS DE AISLAMIENTO					
	PROTECTOR	RESPIRATORIO	CUTANEO	ENTERICO	ESTRICTO
HABITACION Individual	NECESARIA Puerta cerrada	NECESARIA Puerta cerrada	NECESARIA Puerta cerrada	NECESARIA Sólo para niños Puerta cerrada	NECESARIA Puerta cerrada
BATAS	OBLIGATORIAS (gorro y polainas)	NO NECESARIAS	NECESARIAS	NECESARIAS	NECESARIAS
MASCARILLAS	OBLIGATORIAS	OBLIGATORIAS Excepto para personas no susceptibles a la enfermedad	NECESARIAS	NO NECESARIAS	OBLIGATORIAS
MANOS	Lavar al entrar	Lavar al entrar y al salir	Lavar al entrar y al salir	Lavar al entrar y al salir	Lavar al entrar y al salir
GUANTES	OBLIGATORIOS	NO NECESARIOS	OBLIGATORIOS para el personal en contacto con la zona infectada	OBLIGATORIOS para el personal en contacto con artículos contaminados	OBLIGATORIOS
ARTICULOS DIVERSOS	Todos los artículos deben ser estériles. No precauciones al retirarlos.	Precauciones los que estén en contacto con secreciones. Desinfectar o tirar	Precauciones con los contaminados con pus. Desinfectar o tirar	Precauciones con los contaminados con heces. Desinfectar o tirar	Precauciones con todos los artículos que se retiran de la habitación. Desinfectar o tirar.
ENFERMEDADES Y DURACION DEL AISLAMIENTO	Leucosis Quemaduras extensas Agranulocitosis Eccema generalizado no infectado	Neumonía estafilocócica Pseudo-coxis Infección por <i>Mycoplasma Pneumoniae</i> Meningitis meningocócica 48 h. • Escarlatina 24 h. • Tos ferina - Rubéola - • Paperas - Varicela • Sarampión - Tuberculosis pulmonar abierta (BK positivo) (15 días o hasta que vire el NK en esputo).	Heridas infectadas Quemaduras Infectadas extensas • Estreptococia cutáneas • Estafilococia cutáneas • Herpes zóster (5 días tras aparición de las vesículas) Enfermedades ampollosas	Cólera Disenteria bacilar Hepatitis vírica Trífolidea Paratífoides • Enterocolitis por estafilococo • Gastroenteritis del lactante	Carbunco • Infecciones por citomegalovirus Difteria Eccema supurado Peste - rabia Tifus exantemático • Herpes y rubéola congénitos

Las complicaciones respiratorias suelen evolucionar de forma favorable. Las encefalitis causan una alta mortalidad y dejan un 40% de secuelas.

Surgen epidemias cada 2-4 años que afectan a la población susceptible aunque hoy en día es cada vez menos frecuente por la actual profilaxis.

#### ATENCIÓN DE ENFERMERIA ANTE UN NIÑO CON SARAMPIÓN

1. Ante toda sospecha (Koplik o exantema sarampinoso), avisar al médico para iniciar el tratamiento.

#### 2. AISLAMIENTO:

— Se recomiendan precauciones para evitar el contagio por vía respiratoria desde el comienzo de la fase catarral hasta el tercer día después de la erupción.

#### 3. REPOSO:

— Se debe mantener al niño en cama mientras persista la fiebre y prolongarlo si hay signos clínicos de infección pulmonar. El resto de la sintomatología (tos, estornudo, dolor de garganta, malestar, somnolencia, sensación de frío y cefaleas) contribuye a que el niño no muestre resistencia al reposo en cama.

— Progresivamente el niño irá tendiendo a una actividad normal.

#### 4. PARTICIPAR EN LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

— Radiografías solicitadas.  
— Extracciones sanguíneas.  
— Recogida de orina.  
— Frotis de exudado faríngeo.

#### 5. ADMINISTRAR MEDICAMENTOS INDICADOS Y MEDIDAS OPORTUNAS

— Fiebre:



No abrigar excesivamente al niño,  
Medios físicos,  
Medicación Antitérmica.

— Tos:

Si el niño no descansa, consultar la administración de sedantes.

— Laringitis, Bronquitis:  
Aire Húmedo y Fisioterapia Respiratoria.

— Rinorrea:  
Cuidado con las secreciones y orificios nasales.

— Conjuntivitis:  
Lavados oculares y aplicación de colirios.

#### 6. DIETA:

No está indicada ninguna dieta alimenticia especial.

Durante el período febril, es recomendable:

— Dieta líquida.  
— Dieta blanda, ligera, rica en hidratos de carbono, apetecible y fácil de digerir.

#### 7. FOTOFOBIA:

— Los ojos deberán proteger-

se de la luz mientras ésta resulte molesta para el niño.

- La cama se colocará de modo que no le de la luz directa de alguna ventana.
- Habrá que proporcionar una luz tenue en la habitación colocando una pantalla o sábana en la ventana para facilitar una buena protección contra la luz brillante.
- En caso de secreción lacrimal intensa y conjuntivitis habrá que extremar los cuidados anteriores y hacer lavados de ojos con infusión de manzanilla, suero fisiológico, aplicación de colirios y pomadas.
- En niños mayores, puede ser útil el empleo de gafas oscuras.

#### 8. PRURITO:

No suele ser muy intenso en el Sarampión, pero se deberá practicar:

- Higiene de la piel con lavados frecuentes.
- Cuidado de los orificios con suero fisiológico e infusiones de manzanilla.
- Aplicar lociones tópicas, talcos, antihistamínicos, etc.
- Mantener las uñas del niño perfectamente limpias y cortadas, a fin de evitar las lesiones de rascado y que éstas se infecten.

#### 9. VIGILANCIA DE COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes son las respiratorias y son la consecuencia de la invasión microbiana por gérmenes oportunistas que afectan a las mucosas debilitadas por la infección del virus sarampiñoso.

El regreso a la escuela se puede recomendar cuando exista la recuperación clínica y —como mínimo— siete días después de iniciada la erupción.

#### RUBEOLA

Es una enfermedad infecto-contagiosa de origen viral, cuyo agente productor es un virus similar al mixovirus del sarampión y su sintomatología general es leve.

Cursa con un cuadro catarral en la fase prodrómica que se da de forma más atenuada que en el sarampión junto con fiebre, malestar y dolor de garganta. Poco después aparece tumefacción y dolor de gan-

glios retroauriculares, occipitales y cervicales posteriores. También se origina la erupción cutánea similar al sarampión aunque es más atenuada.

**En la rubeola nunca aparecen las manchas de Koplick.**

No es frecuente que se presente la enfermedad antes de los seis primeros meses de vida.



Deja inmunidad permanente y las recurrencias son raras.

En 1941 se demostró que la aparición de esta enfermedad en el **primer trimestre del embarazo** produce en el 95% de los casos, **graves alteraciones morfológicas** en el feto.

**El recién nacido con rubeola congénita**, aparte de padecer teratogenicidad, **es un vehículo de transmisión** altamente contagioso.

#### ATENCIÓN DE ENFERMERIA ANTE UN NIÑO CON RUBEOLA

##### 1. TRATAMIENTO SIMTOMÁTICO

El tratamiento es fundamentalmente de sostén.

Fiebre: Medios físicos y antitérmicos.

Cuadro catarral: Suele ser más leve que en el sarampión y generalmente no suele ser necesario el tratamiento sintomático.

Prurito: Higiene de la piel, lociones, talcos, antihistamínicos.

##### 2. REPOSO:

Relativo, sólo en la fase febril.

##### 3. AISLAMIENTO:

Será conveniente tomar precauciones para las secreciones respiratorias.

No se considera necesario una vez diagnosticada la enfermedad, ya que el período infeccioso que sigue es breve.

El aislamiento es una medida eficaz si se sospechara la enfermedad en el período de incubación, cosa nada fácil ya que la sintomatología es poco indicativa.



En instituciones hospitalarias será necesario el aislamiento si el diagnóstico de padecimiento es cierto.

No es probable que los niños constituyan un vehículo de contagio una vez que la erupción desaparece.

Es entonces cuando se recomienda el regreso a la escuela.

#### 4. PARTICIPAR EN LAS PRUEBAS DE LABORATORIO

#### 5. FOMENTAR LA PROFILAXIS

Se evitará los contactos de embarazadas no inmunizadas durante el primer trimestre de embarazo con niños o adultos afectados de rubeola.

Potenciar el seguimiento del calendario vacunal, recordando que en niñas es necesario aplicar una **dosis de recuerdo a los 11 años.**

**Aconsejar la vacunación a toda niña o adolescente no vacunada** en la 1ª infancia.

#### ACTUACION ANTE UNA MUJER GESTANTE EXPUESTA A RUBEOLA

Se ha demostrado que la aplicación de gammaglobulina en embarazadas, disminuye o atenúa los síntomas clínicos, pero no la viremia ni el riesgo teórico de infección del feto.

Por eso las gammaglobulinas no se emplean actualmente.

En la actualidad se procede a realizar:

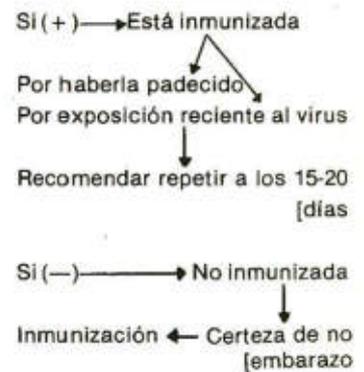
Determinación Serológica de la tasa de Ac Anti-Rubeola

Si es (+) ————— no hay riesgo  
Si es (-) ————— el AISLAMIENTO es la única medida eficaz.

#### ACTUACION ANTE TODA MUJER QUE DESCONOCE SU INMUNIDAD

Lo ideal sería que toda mujer, antes de quedar embarazada, se hiciera una serología para detectar Anticuerpos de Antirubeola.

Determinación Serológica de la tasa Ac Anti-Rubeola:



#### EXANTEMA SUBITO

Es una enfermedad de origen vírico, frecuente en la 1ª infancia. Es el único caso de enfermedad eruptiva en la que la erupción y el final de la enfermedad se producen al mismo tiempo.

Sintomatología: Fiebre alta y de aparición brusca que dura 3 ó 4 días.

Junto a la fiebre aparece también: Irritabilidad, hipertensión de fontanela, amigdalitis, faringitis y coriza, que al tratarse de signos inespecíficos hacen que el diagnóstico de la enfermedad se haga más difícil.

#### ATENCIÓN DE ENFERMERIA ANTE UN NIÑO CON EXANTEMA SUBITO

1. **Prevención de la convulsión febril** con:

- Medios físicos
- Paracetamol
- Ac Acetil-Salicílico



#### 2. TRATAMIENTO SIMTOMÁTICO

No se conocen métodos profilácticos que acorten o mitiguen la enfermedad.

3. Si el niño vive en el medio rural, es preferible aconsejar su **traslado a un medio hospitalario** para su diagnóstico oportuno. Se deberá tratar y prevenir asimismo la convulsión febril durante el traslado.

4. Necesidad de conocer su sintomatología.

#### 5. No es necesario el AISLAMIENTO.

Cualquier posibilidad de contagio que exista ya ha ter-

minado cuando aparece la erupción y se puede establecer el diagnóstico.

6. Efectuar la **recogida de muestras** para su análisis en el laboratorio.

7. **Tranquilizar a los padres** ante la ansiedad de 3 ó 4 días de fiebre alta sin respuesta.

#### ESCARLATINA

Es una enfermedad infecto-contagiosa producida por cualquier tipo de **estreptococo beta-hemolítico** productor de toxina eritogénica.

Por lo general, la infección primaria se da a nivel faríngeo, invade los tejidos adyacentes y pasa a la sangre produciendo el exantema.



#### ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN NIÑO CON ESCARLATINA

##### 1. REPOSO

En el período febril, suele ser imperativo y recomendable el reposo en cama.

No debe insistirse en el reposo en cama cuando el niño se sienta mejor. Son obvias las dificultades de imponer el reposo en cama a un niño que se siente bien, ya que el niño se vuelve más inquieto que si se le deja hacer alguna actividad natural. Así pues, **el reposo se debe dejar a elección del niño** cuando presenta mejoría.

##### 2. AISLAMIENTO

— Se recomienda tener precauciones con secreciones respiratorias un día después de iniciado el tratamiento.

— La duración del aislamiento debe basarse según la persistencia de estreptococos en la garganta.

— El niño con complicaciones por la escarlatina, si son supuradas como: otitis media, mastoiditis o empiemas, transmite la infección durante un período más largo y es fuente de infección mientras persista la secreción de estas lesiones.

##### 3. APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

— El antibiótico de elección es la penicilina.

— Fármacos antipiréticos para la fiebre.

— Prurito: lociones, pomadas y antihistmínicos.

#### 4. PRUEBAS DE LABORATORIO

— Estracciones sanguíneas.

— Recogida de muestras de orina.

— Frotis faríngeos.

5. Preparar a los padres para el PERIODO DE DESCAMACIÓN.



#### 6. ACONSEJAR UNA REVISIÓN A LAS 2 SEMANAS: DETECCIÓN DE COMPLICACIONES

— Fiebre Reumática (examen cardíaco cuidadoso).

— Glomerulonefritis (recogida de muestras de orina).

#### 7. PROFILAXIS

— En el ámbito familiar, es aconsejable obtener cultivos de garganta de contactos familiares íntimos (hermanos, etc.) aunque no están claras las orientaciones.

— Los contactos con una historia de fiebre reumática deben recibir **profilaxis con penicilina**.

#### VARICELA

La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa causada por el **virus varicella-zoster**.

El exantema se caracteriza por típicas vesículas en piel y mucosas asociadas a una reacción general poco intensa.

#### ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN NIÑO CON VARICELA

##### 1. Cuidado de sostén. CUIDADO DE LA PIEL.

— Puede aliviarse el prurito con baños, lociones tópicas.

— Reducir la aparición de infección cutánea secundaria con baños de agua y jabón, cambio frecuente de ropa de cama y ropa del niño.

— Evitar las lesiones de rascado, manteniendo limpias y cortas las uñas. Cuando el niño duerme habrá que ponerle guantes o manoplas y sujetarlo, si precisa. Las lesiones de rascado son una puerta de en-

trada a gérmenes piógenos con posible producción de erisipela.

— Recomendar juegos y conversaciones para que el niño no concentre su atención en el prurito.



##### 2. AISLAMIENTO. Preventivo

para las lesiones cutáneas. — También es aconsejable las precauciones contra el contagio por secreciones respiratorias.

— El niño debe ser mantenido en el hogar hasta que se hayan secado las vesículas. Basta con un aislamiento de 10-14 días.

— En hospitales pediátricos se debe cuidar aún más esta medida, ya que puede obligar a postergar el tratamiento por el cual ingresó otro niño (ej.: intervención quirúrgica) y por la necesidad de evitar que se establezca una epidemia en el servicio.

— El aislamiento es en la actualidad la única medida profiláctica, aunque se está intentando una inmunización activa contra la varicela.

##### 4. PRUEBAS DE LABORATORIO

— Se deberán efectuar extracciones sanguíneas para determinar serológicamente el virus.

— Recogida de muestras de orina.

— Frotis de exudado faríngeo. — A veces se debe hacer un frotis del suelo vesicular.

##### 5. EVITAR COMPLICACIONES

No son frecuentes. La erisipela puede aparecer por lesiones de rascado.

Lo normal es que curse de forma benigna y la recuperación suele ser completa y sin secuelas.

#### 6. EXTREMAR EL CUIDADO PARA EVITAR CONTAGIOS A LACTANTES E INMUNODEPRIMIDOS

Al contrario que en el sarampión, el lactante posee poca inmunidad transitoria recibida por la madre. En estos niños la enfermedad suele ser más grave.

Los inmunodeprimidos y niños de alto riesgo requieren rigurosa protección de la exposición con inmunoglobulina zoster antes de los 3 días después de la exposición que es eficaz para modificar la varicela.

#### HERPES SIMPLE

Los virus del herpes simple son agentes infecciosos comunes que causan una gran variedad de enfermedades clínicas. La infección primaria más común en los niños es la **GINGIVO-ESTOMATITIS**.

#### ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN NIÑO CON HERPES SIMPLE

##### 1. Cuidado de sostén: TRATAMIENTO DE BOCA.

El niño con estomatitis por herpes se encuentra muy incómodo durante 3 ó 4 días y presenta un reto a los padres que desean proporcionarle alivio.

##### 2. HIGIENE BUCAL

Hacer lavados frecuentes con antisépticos diluidos.

Aplicar vaselina en las lesiones de las comisuras labiales que tienden a agrietarse y sangrar.

##### 3. AISLAMIENTO

Habrà que tener precauciones para las secreciones orales.

##### 4. DIETA

— Líquidos fríos.  
— Alimentos blandos, fáciles de digerir y masticar.  
— Evitar los zumos cítricos y alimentos ácidos, en general.

5. En lactantes, habrá que vigilarlos estrechamente por si presentan signos de **deshidratación**.

Los niños mayores no suelen presentarlos.

6. Los **analgésicos** se pueden emplear para aliviar el dolor.

7. Habrá que prestar cuidados sintomáticos con las lesiones recurrentes.

#### HERPES ZONA o ZOSTER

Su etiología es viral. El virus es el de varicella-zoster. Se

reactiva, habiéndose quedado acantonado en algunos ganglios después de un ataque de varicela.



Se caracteriza por: dolor y producción de vesículas confinadas a un área de distribución de uno de los nervios sensitivos craneales o espinales.

#### ACTUACION ANTE UN NIÑO CON HERPES ZONA o ZOSTER

1. **DOLOR:** Será conveniente administrar analgésicos a dosis e intervalos prescritos.

2. **LESIONES DERMICAS:** Aplicación de compresas húmedas, pomadas o lociones.

3.  **AISLAMIENTO:** Se debe evitar el contacto con las lesiones hasta que todas ellas formen costra y se sequen.



#### SARNA o ESCABIOSIS

Es una enfermedad eruptiva causada por un **ácaro hembra Cícaris Scabiei**, parásito que perfora el estrato córneo de la piel y pone huevos en los surcos que labra.

Afecta a genitales, nalgas, interdígitos y pliegues de la mu-

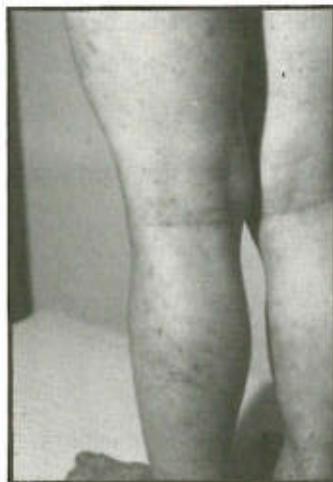
ñeca. Igualmente se extiende a codos, axilas y cintura.

#### ATENCIÓN DE ENFERMERIA ANTE UN NIÑO CON SARNA

Es primordial examinar y tratar a todos los miembros de la familia. Sólo así se podrá romper el ciclo y combatir la enfermedad.

El tratamiento comprende los siguientes pasos:

1. **Informar** de los medios de transmisión de la enfermedad para que, ante la más mínima sospecha, los propios interesados inicien el aislamiento de la persona afectada.



2. **Lavar en agua caliente toda la ropa** que haya estado en contacto con el enfermo (ropa personal y de cama) que se haya utilizado desde las 48 horas anteriores a la instauración del tratamiento.

3. **Bañar al niño** antes de comenzar el tratamiento.

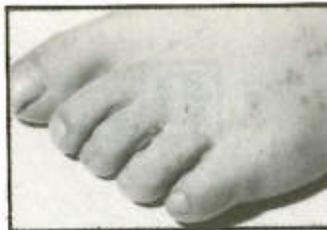
4. El sarnicida de elección es una loción o crema de **hexacloruro de benzeno-gamma al 1 %**.

5. **No se deberá cambiar al niño de ropa** mientras dure el ciclo de tratamiento.

6. Cada ciclo dura 3 días. Se hacen 3 ciclos de 3 días, dejando un intervalo de descanso de 2 días entre ciclo y ciclo.

7. Después del tratamiento con el sarnicida, las lesiones desaparecen lentamente.

Se deberá recomendar revisión y posible tratamiento a toda persona que haya mantenido contacto físico con personas infectadas, ya que sólo así será eficaz el tratamiento.



#### MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

Es una enfermedad benigna y aguda cuyo agente etiológico es el **virus de Epstein-Barr**.

Aunque puede afectar a niños, su mayor incidencia se da en **adolescentes y adultos**.

Se caracteriza por una afectación faringo-amigdalina y del estado general con fiebre, microadenopatías cervicales y esplenomegalia.

El erupción cutánea, si aparece, es máculo-papular eritematosa.

Generalmente cursan de forma benigna, dándose el restablecimiento al final de la 3ª semana, aunque pueden persistir signos de debilidad y fatiga.

#### ATENCIÓN DE ENFERMERIA ANTE UN NIÑO CON MONONUCLEOSIS

1. El cuidado es de sostén y está indicado el **tratamiento sintomático**.

2. Se recomienda el **reposo** en cama en la fase aguda y está contraindicada la actividad física vigorosa mientras el bazo sigue aumentando de tamaño significativamente.

3. Puede incrementarse gradualmente la actividad después de la fase aguda.

4. **No requiere aislamiento alguno**. Su curso es benigno y cura espontáneamente.

5. **No suele ser preciso el tratamiento farmacológico**.

#### IMPORTANCIA DE LA PROFILAXIS

El personal de enfermería integrado en el equipo de salud que atiende a la comunidad, es responsable de proporcionar información eficaz y oportuna a los padres para llevar a cabo una profilaxis en todo caso beneficiosa para el niño.

Se pretende con ello disminuir la morbilidad en la población susceptible y evitar las complicaciones y secuelas de la enfermedad.

**PROFILAXIS = INMUNIZACION**  
Se conocen 2 tipos:

#### A) PASIVA

Se hace con **gammaglobulina**. Se emplea en casos excepcionales.

Este tipo de profilaxis sólo se emplea para lactantes y niños de más edad con enfermedad crónica por los peligros de complicaciones graves.

Posteriormente, los lactantes normales, deberán recibir inmunización activa a los 15 meses o al menos, 2 ó 3 meses después de la inyección de gammaglobulina.

#### B) INMUNIZACION ACTIVA: VACUNA TRIPLE VIRICA

Es el tipo de inmunización más empleado.

**Proporciona una inmunidad activa y permanente frente al sarampión, rubeola y parotiditis.** En el niño sano se aplica a los 15 meses. Se requiere 1 sola dosis.

La vacuna es una suspensión acuosa de cepas atenuadas de los 3 virus.

Administración: Por inyección IM es la vía más empleada. Hay una variedad de administración subcutánea.

#### PAPEL DE LA ENFERMERIA ANTE LA VACUNACION

1. Subrayar a los padres la **importancia del seguimiento del calendario vacunal**, especialmente si pertenecen a niveles socioculturales bajos, indicándoles la existencia de centros de vacunación gratuita.

2. Prestar especial atención a la vía de administración, **conservación y validez de la vacuna**, a fin de que ésta sea efectiva.

3. Informar de la posibilidad de aparición de algunas reacciones febriles o erupciones leves que no deberán ser motivo de alarma.

Recomendar, asimismo, la **consulta médica urgente si aparecieran reacciones atípicas**.

4. Recordar que la **vacuna triple vírica**, en general, **no pueden aplicarse hasta transcurridas 6 semanas** de una eventual administración de **inmunoglobulinas**.

5. Tener presente que la presunción de **embarazo contraindica** totalmente la administración de la **vacuna antirubeola**.

6. Indicar que la **mujer adulta recién vacunada no debe quedar embarazada en los 2-3 meses siguientes**.

BELEN FERNANDEZ GARCIA

S O P A

D E

P A L A B R A S

- 1.— Falta de relajación. Acalasia cardíaca, imposibilidad para pasar el alimento en forma normal al estómago, aunque no exista oclusión obvia, el esófago no muestra ondas normales de contracción después de la deglución; ello impide la relajación normal del cardias. Se acompaña de ausencia de células ganglionares en las capas musculares de cuando menos algunas áreas del esófago afectado.
- 2.— «Rechinamiento» de los dientes que pueden causar cefaleas por fatiga muscular.
- 3.— Miedo a los espacios abiertos.
- 4.— Dificultad de utilización de los gestos.
- 5.— Unión entre individuos consanguíneos.
- 6.— Cualquier artículo que ha estado en contacto con una infección y es capaz de transmitirla.
- 7.— Que tiene preferencia por vivir en un grupo, que le gusta mezclarse. Es una tendencia innata de varias especies animales, incluyendo al hombre.
- 8.— Ciencia que enseña a conservar y mejorar la salud.
- 9.— Una enfermedad inflamatoria de la piel, pustular, que suele ser causada por estafilococos y en ocasiones por estreptococos.
- 10.— Progesterona.
- 11.— Estetoscopio que puede usarse sobre la ropa.
- 12.— Oscilación de la cabeza.
- 13.— Disminución de la cantidad total de sangre.
- 14.— Baño de pies.
- 15.— Masa supurativa pastosa del cuero cabelludo, relacionada con la tiña de la cabeza.
- 16.— Aparición de una enfermedad en un individuo que ya ha sufrido ésta algún tiempo antes. Difiere de la recaída en que no existe una nueva infección.
- 17.— (Sobreinfección) Infección nueva contraída por un individuo ya infectado anteriormente y no curado. Este término se emplea habitualmente en los casos en que la segunda infección es de la misma naturaleza que la primera.
- 18.— Ruido, como zumbido, latido intenso o en campanilla en los oídos.
- 19.— Nombre vulgar dado al impétigo de la cara, así como a otras dermatosis faciales que se observan en niños mal cuidados.
- 20.— Pelos implantados en el interior de las fosas nasales.
- 21.— Trastornos de la fonación que da a la voz un acento extraño.
- 22.— Presencia del yodo en la sangre.
- 23.— Trastornos debidos a la ingestión de maíz. Antiguamente se atribuía la pelagra al zeísmo.

MEDETRON  
 ACALASIA  
 LUTEINA  
 DISMIMIA  
 OLIGEMIA  
 TINNITUS  
 FOMITE  
 NUTACION

ENDOGAMIA  
 USAGRE  
 ZEISMO  
 HIGIENE  
 XENOFOBIA  
 VIBRISAS  
 GREGARIO  
 PEDILUVIO

CENOFOBIA  
 QUERION  
 YODEMIA  
 BRUXISMO  
 IMPETIGO  
 SUPERINFECCION  
 RECIDIVA

# FIESTA CAMPERA

El pasado día 29 de Mayo y dentro del programa de actos sociales del VI Congreso Nacional de ATS/DE Especialistas en Análisis Clínicos celebrado en Sevilla, se celebró una fiesta campera en el cortijo «RUCHE-NA» propiedad del Marqués de Ruchena.

La primera de las vaquillas a pesar de su falta de experiencia revolcó a varios compañeros. En honor a la verdad hemos de decir que fueron pocos los valientes que se atrevieron a probar «suerte». Hemos de destacar dos puntos de interés, el primero, la destacada actua-



A. García Nieto

Durante el espectáculo actuó el caballero rejoneador D. Luis Valdenebro. Además de este espectáculo se soltó al coso dos vaquillas para el deleite y valor de los asistentes.



A. García Nieto

ción de compañeras toreras que no se amedrantaron ante la vaquilla, en segundo lugar la celebrada actuación del compañero Domingo Morón que llegó incluso a realizar un intento de banderileo, y logró hilvanar varios pases.



A. García Nieto



A. García Nieto

La segunda vaquilla era «otra cosa», a sus lomos pensamos que lleva varios títulos de asistencias a Congresos. La res sabía «Latín» y pasaba olímpicamente de capotes y muletillas e intentaba coger a los esforzados toreros.

Una vez acabado el festejo se nos agasajó con un espléndido almuerzo en el mismo cortijo.

Hemos querido dejar una muestra fotográfica del evento y estos pequeños comentarios.

## Concurso Fotográfico Permanente del Colegio de ATS y DE

— Se convoca un concurso fotográfico trimestral organizado por este Ilustre Colegio Oficial, en el que podrán participar exclusivamente nuestros colegiados:

### BASES:

- Se establecen tres premios:  
1<sup>er</sup> PREMIO: 50.000 Pts.  
2<sup>o</sup> PREMIO: 25.000 Pts.  
3<sup>er</sup> PREMIO: 10.000 Pts.

— Formato 20 x 25 (color o blanco y negro).

— Los premios serán trimestrales y se publicarán en la revista Hygia.

— **TEMA:** Será elegido por el área de actividades culturales, información y ocio, entendiéndose de antemano la dificultad que ello comporta. El tema seleccionado se hará público en el número siguiente, junto con las fotografías seleccionadas del número anterior.

— Ningún premio quedará desierto.

— Cada participante solo podrá presentar 2 fotografías como máximo. Cada una de las cuales irá en sobre cerrado e identificadas en su reverso por el título de la composición. En sobre aparte, cerrado, irá el nombre, y el número del colegiado, máquina con la que se ha realizado la fotografía, figurando solamente en el exterior de este sobre el título de la composición, a fin de mantenerse en anonimato el nombre del autor de la misma.

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

### 1<sup>er</sup> CONCURSO

TEMA: VERANO.

El plazo de presentación finaliza el próximo 15 de Septiembre.

# DEFINICIONES SOBRE LA EDUCACION / FORMACION DE ENFERMERIA

A la vista de los veloces cambios científicos, tecnológicos y sociales, el Comité Internacional de Enfermería (CIE) se encuentra convencido de la importancia de continuar la formación de enfermería con objeto de garantizar una asistencia segura y efectiva por parte de la enfermería.

La educación continua-

da debería responder a las necesidades del servicio además de al desarrollo de los profesionales: unos conocimientos actualizados para el ejercicio activo, preparación para la especialización y para el avance en la carrera profesional.

La educación continua- da incluye un amplio espec-

tro de actividades educacionales, tales como el estudio individual autodirigido, programas de régimen de internado, cursos postbásicos formales y estudios académicos postgraduados. Debería estar disponible a todo el personal de enfermería, haciendo uso de los medios de difusión adecuados para poder alcanzar a aquellos

que trabajan en zonas aisladas y los logros y aprobados correctos deben ser premiados mediante el reconocimiento, avance etc. La educación continuada debe desarrollarse y ocurrir dentro del sistema de educación de enfermería y/o general en colaboración con asociaciones de enfermería, gobiernos, etc.

## MODELO BORRADOR

Definición de:	Educación Básica	Educación Postbásica	Educación Continuada	Formación en Internado
EL C.I.E.	Educación básica de enfermería es un programa de estudios reconocido formalmente que proporciona una base sólida y amplia para el ejercicio de la enfermería y para la educación postbásica que procura competencia específica.	La misma definición que señala la O.M.S.	Según informes de la oficina del C.I.E., no hay definición especial sino una declaración del C.R.N. de 1975, que viene adjunta.	
LA O.M.S.	Educación básica de enfermería es un programa educacional planificado, que procura el fundamento cabal y amplio para el ejercicio efectivo de la enfermería profesional y para la educación postbásica.	Educación postbásica de Enfermería es un programa formalmente reconocido para enfermeras/os previamente formadas/os en la Enfermería básica que: — Se desarrolla en universidades u otras instituciones de educación superior. — Continúa de año en año (no un cursillo recordatorio o seminario). — Reconocido por una autoridad competente. — Tiene requisitos de ingreso especificados. — Posee personal educacional o facultad en régimen de jornada completa.	Educación continuada es la que emprenden enfermeras/os tras el término de la educación básica u otra formación adicional de generalista o especialista:  — Para mejorar su competencia profesional práctica.  Está considerada parte integral de la educación de Enfermería al completo. Se halla orientada a las necesidades prácticas y relacionada con la calidad asistencial necesaria (grupo de trabajo de la O.M.S. sobre educación continuada del personal sanitario 1976 y 1980).	Un programa formal planificado impartido tras el término de la formación básica y durante el período de empleo de una persona.

## CURSO DE PODOREFLEXOLOGIA Y PODOACUPUNTURA

Dirigido a Médicos, Podólogos y A.T.S.

Fecha: del 19 al 30 de Octubre/87 de 8 a 10 de la noche.

Lugar: CATEDRA DE RADIOLOGIA Y MEDICINA

Información e Inscripción: Unidad de Investigación del Pie. Cátedra de Radiología y Medicina Física H.U.S. Planta Sótano de 12 a 14 h.

PLAZAS LIMITADAS. Se exigirá para la inscripción fotocopia del documento acreditativo de la Titulación.

Importe de la matrícula: 20.000 Ptas.

Fecha de Inscripción: Del 1 al 16 de Octubre (Por riguroso orden de recepción).

### PROFESORADO:

Dr. D. Juan R. Zaragoza Rubira — Catedrático de Radiología y Medicina Física de la Facultad de Medicina de Sevilla.

D. Rafael Fonollá Navarro — Podólogo — Jefe de la Unidad de Investigación del Pie de la Cátedra de R. y Medicina Física F.M.S.

D. Cristóbal Gómez García — Médico Acupuntor.

D. Miguel Berja Delgado — A.T.S. Acupuntor.

### TEMAS

- Introducción a la Podoreflexología.
- Bases Neurofisiológicas de la Podoreflexología.
- El pie humano como órgano de relación.
- Zonas reflexológicas del pie.
- Masaje Zonal del pie.
- Técnicas de aplicación del masaje zonal.
- Diferentes patologías del pie y su tratamiento reflexológico.
- Introducción a la Podoacupuntura.
- Energética Acupuntural.
- Bases Neurofisiológicas de la Podoacupuntura.
- Puntos acupunturales del pie.
- Clasificación de las diferentes patologías del pie.
- Tratamientos Podoacupunturales.
- Técnica de implantación de agujas.
- Electro-Podoacupuntura.
- Laserpuntura.

# “Cartas sobre la mesa”

*En esta sección pretendemos reflejar todo tipo de artículos o comentarios realizados por nuestro colegas, referentes a nuestra revista y a nuestra profesión en general.*

*Como ya se ha especificado, el equipo de redacción no se hace responsable de las distintas opiniones de nuestros colegas; siendo la responsabilidad exclusivamente del que suscribe el artículo.*

*Sería una gran satisfacción el poder comprobar que la revista se lee, y que los colegas quieren expresar sus opiniones en este medio para que los demás lectores puedan captar dichas experiencias. Por ello esperamos con gran entusiasmo vuestras cartas.*

*Esperando vuestra colaboración, el equipo de redacción aprovecha para enviaros un cordial saludo.*

Muy señores míos:

En primer lugar felicitarles por la nueva Revista; siempre me ha parecido que necesitábamos algo así, es un gran primer paso. Tanto su contenido como su formato. Quizás si todos ayudamos pueda ser superable, y contemos al final con esa gran Revista.

JOSE MANUEL ESTRADA MURILLO

Por fin ha surgido una nueva criatura «HYGIA» capaz de hacer vibrar profesionalmente a una APD embrutecida por el trabajo aislado, ingrato y monótono.

Si, es una criatura como debe ser el profesional de Enfermería, modesto en apariencias y con gran riqueza interior, ella no pierde de vista el pasado sin el cual no existiría el hoy, al mismo tiempo que empuja hacia el futuro incentivando trabajos de investigación y estudio sin los cuales, no es posible avanzar en la línea científica que hoy se impone.

Diosa de los CUIDADOS y de la SALUD creo que por fin estamos en la línea de lo que es la esencia de la enfermería. ¡¡Larga vida HYGIA!!

BLANCA GARCIA

Estimados compañeros:

Quisiera transmitir mis más sinceras felicitaciones por la aparición del número 0 de esta publicación que viene a llenar, que duda cabe, un importante vacío en nuestra actividad colegial y en las posibilidades que se nos ofrecían a los profesionales de Enfermería de nuestra provincia de poder contar con una publicación que pudiese recoger nuestros trabajos, nuestra línea de pensamiento o nuestras inquietudes.

Sinceramente pienso que este loable intento que habéis efectuado para todo ello, lo habéis superado con creces y ahora solo resta que todos nosotros sepamos asumir este reto que nos lanzáis y llenar de contenido sus páginas porque, como entre otras muchas cosas, el futuro será lo que nosotros queramos que sea.

Enhorabuena por todo ello y solo deseamos el mayor éxito en vuestra empresa que es la empresa de todos.

Recibid un cordial saludo:

Luis Miguel González Flores  
Supervisor del Area de Laboratorios del H.U.S.

# NORMAS PARA LA CONCESION DE BECAS

El Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla, convoca BECAS DE ESTUDIO para el presente año de 1987, de acuerdo con lo aprobado en la Junta General de 1985.

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

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

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

La petición deberá ha-

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

Para la valorización de las becas se crea una comisión integrada por los tres miembros que componen la Vocalía de Formación y Es-

pecialidades. Los trabajos premiados serán aprobados mensualmente por la Junta de Gobierno del Colegio en Sesión Ordinaria.

Como norma general se tendrá en cuenta los baremos que a continuación pasamos a enumerar. Quedan excluidos los trabajos realizados como consecuencia de un destino laboral retribuido en el ámbito profesional que tuviese el interesado. Igualmente quedan excluidos todos los trabajos patrocinados o subvencionados por el Colegio.

## BAREMOS PARA LA VALORIZACION DE BECAS

### PUNTOS

COMUNICACIONES	en Congresos, Jornadas, etc. ....	1 a 5
PONENCIAS:	en Congresos, Jornadas, etc. ....	5 a 10
TRABAJOS DE DOCENCIA:	en Congresos, Cursos y Jornadas .....	1 a 10
PUBLICACIONES:	Según el Medio de Difusión:	
	Carácter Local .....	1 a 5
	Carácter Provincial .....	1 a 7
	Carácter Nacional .....	1 a 10
	Carácter Internacional ...	1 a 20
TRABAJOS:	No publicados de gran interés y especialidad temática .....	1 a 10
POR CURSOS:	Restringidos de formación postbásica impartidos por Instituciones docentes ....	1 a 10

La participación en Congresos, Cursos o Jornadas tendrán el siguiente incremento:

CARACTER NACIONAL.....Incremento del 50%

CARACTER INTERNACIONAL.Incremento del 100%

Los trabajos hechos en grupos tendrán la misma valoración que los unipersonales, considerándose autor el primer firmante del trabajo.

La valoración económica se regirá por la escala de puntos que figuran en el baremo. Cada punto tendrá

valor de CINCO MIL PESETAS (5.000 Ptas.)

Será condición indispensable para acceder a las becas el encontrarse al corriente de la cuota Colegial.

Con carácter extraordinario se establecen DOS BECAS anuales, de hasta un

máximo de CIENTO CINCUENTA MIL Pesetas (150.000 Ptas.) cada una para ampliación de estudios post-básicos de Enfermería en España o en el extranjero.

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

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

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

Serán requisitos indispensables el justificante del Centro donde se va a realizar los estudios y el estar al corriente en el pago de las cuotas colegiales.

Con carácter extraordinario se establece la cantidad de 250.000.— Ptas. DOSCIENTAS CINCUENTA MIL PESETAS, como ayuda a la Investigación. Esta cantidad podrá ser ad-

ministrada por la Comisión de Becas como lo estime oportuno. Estas becas contribuyen a suministrar a los colegiados la cantidad económica o los materiales necesarios para la realización de los estudios de investigación.

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

Será condición necesaria para optar a la concesión de beca la de encontrarse al corriente en el pago de cuotas colegiales.

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

Sevilla a 25 de Marzo de 1987

COMISION DE BECAS

## **BECAS CONCÉDIDAS DE ABRIL—MAYO—JUNIO de 1987**

<b>TITULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>CUANTIA</b>
Abordaje radiológico de las estructuras Intraorbitarias.	Manuel León Mejías	15.000 Pts.
Experiencias en la formación de imágenes por resonancia magnética.	Manuel Zambrano Bono	12.000 Pts.
Reflexiones en torno a la Enfermería.	Amalia Pérez Morales	12.000 Pts.
Papel de la Enfermería en las Enfermedades exantemáticas infantiles.	Belén Fernández García	12.000 Pts.
El enfermo psiquiátrico: método de control de calidad de asistencia.	Consuelo Lázaro Farrán	22.500 Pts.
Factores que influyen en la configuración del alumnado sevillano universitario de Diplomados de Enfermería.	Amelia Lerma Soriano	30.000 Pts.
La Enfermería y la hospitalización domiciliaria.	Manuel Carlos Cid González	22.500 Pts.
Técnicas radiológica de la sialografía secretora.	José Carlos Herrera Filgueras	15.000 Pts.
Enfoque radiológico del pie	José Luis Sánchez-Trincado García	22.500 Pts.
Administración de medicamentos en la tercera edad.	José Luis Aguilar Carrasco	15.000 Pts.
Primeros resultados de le educación sanitaria en pacientes hipertensos con sobrepeso.	María Dolores Guijarro Domínguez	30.000 Pts.
Análisis pedagógico de la Atención de Enfermería.	María José Cuadri Duque	25.000 Pts.
Nuestra técnica en el tratamiento de las fracturas y/o luxaciones cervicales inestables.	María del Rosario Benito del Río	15.000 Pts.
Pacing Auricular en el pos-infarto inmediato.	FranciscaReverte Reñasco	22.500 Pts.
Suturas en nervios periféricos.	Francisco Palma Ramírez	22.500 Pts.
<b>Total en pesetas:</b>		<b>293.500</b>

# MOTIVACION: FACTOR DEL CAMBIO

*Pintada, no vacía:  
pintada está mi casa  
del color de las grandes  
pasiones y desgracias.  
... dejadme la esperanza*

M. HERNANDEZ



**M**e propongo abordar un tema de reflexión cuya consecuencia última sería favorecer la prestación al usuario de unos óptimos cuidados de enfermería que a la vez, reviertan en una gratificación personal a los enfermeros/as que los impartan.

A través de la palabra **Motivación** se desarrolla este trabajo y es la clave en toda causa de Enfermería para que se produzca la dualidad: óptimos cuidados-gratificación personal del cuidador.

La motivación es lo que aporta

energía a la conducta, es una especie de impulso y va precedida de la incentivación moral o material que estimula ese impulso y va precedida de la incentivación moral o material que estimula ese impulso. Puede haber motivación externa y automotivación.

Es preciso exponer aunque sea duro que actualmente existe apatía y desilusión en muchos profesionales; aunque al generalizar, podemos caer en severas injusticias, ya que hay compañeros en otras situaciones.

Nuestros compañeros están desmotivados, se les ve confusos, quejándose en charlas de pasillos, en las salas de estar de Enfermería... ejerciendo el derecho a un pataleo desvaído, y sin una consistencia clara en sus argumentaciones.

Sentirse verdaderamente realizados, trabajar conforme a otros modelos..., requiere especialmente, elementos de motivación por parte de líderes y organizaciones, dosis de ilusión personal y, nuevas estructuras y recursos en los servicios de Enfermería.

A mi entender, existen una serie de causas imbricadas unas con otras que podrían determinar esta situación desmotivadora, en ningún modo deseable y a la que debemos poner fin. Se pueden agrupar estas causas en dos apartados:

A) En primer lugar, se constata una patente confusión en los últimos años ante las preguntas: ¿Qué somos como profesión?, ¿Cuál es nuestra identidad?, ¿Nuestro rol?, ¿Nuestro status social?. Y observamos, una postura de desinterés y escasa realización profesional, por carecer de respuestas diáfanas y satisfacciones personales.

B) Hay desconsuelo ante la diaria realidad en cuanto a unas necesidades imposibles de obviar:

1. Remuneración escasa, insuficiente e inadecuada, para un profesional universitario en relación al nivel establecido a otras profesiones.
2. Pluriempleo compensatorio en unidades familiares con hijos sin aportación económica del cónyuge.
3. Justificación de trabajar solo por la finalidad de ayuda suplementaria familiar —esto último se da más en mujeres casadas—.

Es difícil interesar y **Motivar** cuando las preocupaciones personales están centradas en otras cuestiones extraprofesionales, a las que incluso se pueden añadir otras no menos obstaculizadoras como puedan ser: turnos rotativos, noches, excesivo trabajo, inexistencia de guardias remuneradas adecuadamente en festivos, etc.

Este segundo apartado es muy significativo y nunca debería eludirse por su gran incidencia como factor desmotivador; sin embargo, es olvidado con mucha frecuencia por los profesionales asiduos a estos tipos de ensayos o especulaciones teóricas. A pesar de todo, creo que aún siendo un tema reivindicativo perfectamente legítimo, es a los sindicatos y a los profesionales a quienes les corresponderían actuar. De todas formas, quiero dejar para otra ocasión esta cuestión específicamente laboral, para centrarme en el primer apartado sobre las causas que inciden negativamente en la desmotivación, cual es, la identidad profesional.

Parece sensato partir de la situación real en la que nos encontramos 150.000 profesionales en este país. En España no hay un colectivo homogéneo de Enfermería, muchísimos profesionales ni siquiera se sienten enfermeros/as, no existe una Identidad Profesional alrededor de lo que significa en cuestión de salud: cuidar/ayudar al individuo a fomentar su independencia o a recobrarla en caso de pérdida.

La verdad es que parafraseando la expresión: Toda organización está perfectamente diseñada para conseguir... lo que consigue. Se podría decir que toda profesión está perfectamente diseñada para dar las prestaciones que presta. La inmensa mayoría hemos sido educados para lo que hacemos: técnicos a las órdenes del médico.

Tan solo las últimas promociones se han formado con otros criterios, pero cuando empiezan a trabajar, se ponen en contacto con formas, infraestructuras y prácticas mayoritarias, para las que no han sido educados. Y para mayor abundamiento son absorbidos por la estructura predominante.

Esto es una realidad incuestionable fuera de nuestra culpa, aunque no hay justificación para perpetuarla y no evolucionar. Vuelvo a hacer hincapié en la palabra clave para acometer el cambio: **Motivación**.

La Motivación vendrá de la mano de la Información/Formación y de las actitudes positivas de los grupos y organizaciones con responsabilidades en este tema.

Hay conciencia de que muchos A.T.S. no están por la labor de Enfermería: un enfoque holístico, integral de los cuidados, con una visión del individuo como ser biopsicoambiental, con responsabilidad plena en sus áreas de competencia y, con capacidad de delegar actividades a un personal de menor cualificación (Auxiliares de Enfermería) que recibirá directrices y trabajará bajo supervisión.

Enfermería es una profesión de servicios, útil a la sociedad, ocupa un espacio no cubierto por ninguna otra profesión, asentada en una ciencia que aplica el método científico en todas sus actuaciones, y para cuyas funciones ninguna otra profesión está capacitada ni autorizada para ejecutarlas. La práctica, el ejercicio profesional, debe trascender a la sociedad en toda su integridad y consecuencias.

Hay como rubor, como minusvaloración por parte de numerosos profesionales a identificarse como cuidadores, cuando por este motivo de utilidad y ayuda al prójimo en su mejoramiento, es por lo que los enfermeros/as nos debemos sentir importantes y orgullosos.

En un mundo cada vez más deshumanizado debemos reivindicar para Enfermería dos conceptos complementarios en gran medida postergados: cualidades humanas y vocación profesional. En la relación de cuidados a otro ser humano al que tratas de comprender, de ayudar..., está la mayor gratificación que como persona y profesional podemos obtener.

Y digo esto después de replantearme muchas veces mi actuación como profesional, de haber tenido grandes dudas y contradicciones como individuo que viene de una formación técnica (veía al enfermo y alguna vez lo sigo viendo... como ser objeto de manipulación para alcanzar su curación. Sin caer en que el ser humano es mucho más que sus síntomas y su enfermedad; en que hay situaciones de pasar auténtico miedo, de procesos crónicos o irreversibles, de no saber cómo afrontar la muerte, de estados de desconsuelo o simplemente desorientación o desconocimiento... etc., en las que necesitamos una mano amiga, una persona en quien confiar y de cuya relación —cuidador-cuidado— afloran sentimientos, emociones y capacidades enriquecedoras para ambos).

A pesar de todo, los enfermeros/as tenemos un concepto poco favorable de nosotros mismos al identificarnos como tales: ¿porqué en una reunión donde nos encontramos junto a distintos profesionales de grado medio, ejecutivos, intermedios, técnicos, etc., sentimos cierto complejo para identificarnos como enfermeros/as de UCI, Hemodiálisis, Servicios Especiales, Consulta de Enfermería, etc., le adjudica una categoría «especial» de mayor reconocimiento.

Cuando muchos compañeros/as expresan: «no queremos ser chachas», dejan traslucir un poco ese sentimiento de inferioridad con arreglo a un tipo de tareas digamos más «simples», para las que ni la población, ni nuestros colegas identifican con un profesional universitario, y tan siquiera preparación cualificada.

Sin embargo, cubrir esas necesidades tiene la misma importancia para el usuario que otras más complejas. Por consiguiente, Enfermería tiene que asumir y asumir esas tareas más «simples». Y además, tiene respuestas para la sociedad que aporta el gran costo de la universidad, y para los propios profesionales que no entienden para determinadas tareas la condición universitaria. Enfermería por tal motivo, como profesión se configura en dos niveles: Diplomados y Auxiliares.

Es importante no olvidar esto, y proclamar sin ambigüedades el carácter de importancia y utilidad de Enfermería en sus dos niveles.

Qué difícil es movilizar a un número de 150.000 alrededor de una filosofía profesional, cuando hay grupos con grandes rémoras, otros

con enormes dosis de desinformación, otros con intereses propios, y otros con distintos niveles intelectuales..., que oponen impresionantes resistencias al cambio.

Enfermería es aún la gran desconocida para muchos A.T.S., incluso para demasiados Diplomados en Enfermería. Por tanto se hace inexcusable saber conectar con ellos para que adquieran la voluntad y conocimientos para cambiar actitudes, para que se rebelen e introduzcan cambio en sus concepciones. El éxito vendrá dado si podemos conseguir que los profesionales interioricen, racionalicen, asuman y tengan la convicción personal, de que Enfermería es un recurso para los individuos con problemas de salud; con el mismo grado de importancia que medicina u otras disciplinas de la salud.

Enfermería tiene capacidad para recibir directamente a los usuarios y debe ser desarrollada.

Para que se de la **Motivación** primero hay que tener muy claro cual es nuestra **Identidad Profesional**.

Dicho esto, ya podemos plantearnos algunas preguntas: ¿quién tiene responsabilidad en fomentar ese movimiento regenerador?, ¿quién debe poner los condicionantes para que emerja esa motivación en el colectivo?, ¿se hace algo para conseguirlo?

A mi entender hay fundamentalmente cuatro grupos o instituciones que tienen esa responsabilidad:

- 1º Docentes, intelectuales y teóricos.
- 2º Organización Colegial.
- 3º Directivos, cuadros y cargos intermedios, y asesores y técnicos de las administraciones del Estado.
- 4º Administración política.

## 1º DOCENTES, INTELLECTUALES Y TEORICOS

Veamos, ¿qué pasa en el campo de la docencia y afines?, ¿cuál fue y está siendo su aportación para que los profesionales adquieran una identidad productora de motivación? Si bien, hay que reconocer que desde este ámbito, es de donde parte la vanguardia de las nuevas ideas —mayormente por sus circunstancias de acercamiento a bibliografía y modelos foráneos—. Igualmente hay que resaltar la amalgama y disparidad de sus componentes en cuanto a sus capacidades y formación, y a veces, antagonismos entre las distintas escuelas.

Al ser pocos los eruditos capaces de originar trabajos autóctonos, se impuso la moda de copiar todo lo que nos llegaba sobre teoría; difícilmente se podía filtrar desde una óptica científica lo bueno y lo malo de la información.

Ante la nueva situación, desde este entorno, se propuso acometer el cambio; a mi modo de ver con una posición demasiado ortodoxa, sin tener en cuenta la tradición y la



práctica profesional de nuestro país. Esta postura no era precisamente la más acertada por cuanto Enfermería es una ciencia abierta, dinámica y en constante evolución. De hecho, aunque se reconoce la universalidad de Enfermería, en cada territorio o país se normaliza a las necesidades, al estilo, al uso, y a las características del lugar; con un esperado objetivo: un común encuentro.

Posteriormente estamos comprobando como el no inclinarse por una opción pragmática, ha traído serias consecuencias en cuanto a las señas de identidad de nuestro profesionales. Se podía haber hecho más fácil y atractivo.

## 2º ORGANIZACION COLEGIAL

La Organización Colegial actualmente está desfasada, caduca, no sirve, exige una renovación completa de sus estructuras. La organización colegial mal puede motivar a los profesionales con estructuras decimonónicas e inoperantes.

No les faltan razones a quienes piensan que la mayoría de los Colegios son meras oficinas burocráti-

cas, pero no es menos cierto que modificar este ordenamiento y dar servicios, requiere una dedicación, un tiempo y una profesionalización, que muy pocos están dispuestos a aportar.

Después de haber expuesto lo anterior, quiero romper una lanza en favor de un grupo de dirigentes que desde dentro de la propia organización están decididos, y trabajan por Enfermería en condiciones muy duras, bajo fuerte presiones y, lo que es peor, sin ninguna ayuda que pueda alentarles.

Tengo el convencimiento de que la disposición de los profesionales, nucleados alrededor de una organización sólida, nos reportaría beneficios y elementos de motivación al colectivo y, lo que es más importante: con una nueva mentalidad alejada del corporativismo, al servicio de la sociedad, sería enormemente positivo para la población a la que hemos de servir.

Si los enfermeros/as sostuviéramos las mismas ideas en cuanto a los cuidados que debemos prestar y la organización que debemos tener, seríamos un colectivo muy importante para la sociedad y en la sociedad.

### 3º DIRECTIVOS, CUADROS Y CARGOS INTERMEDIOS, Y ASESORES Y TÉCNICOS DE LAS ADMINISTRACIONES DEL ESTADO

Después de lo dicho hasta ahora, en la misma línea, me parece oportuno preguntarse: ¿están preparados y formados los directores de Enfermería, supervisores, asesores técnicos... para hacer frente satisfactoriamente a las responsabilidades que implican dichos puestos?, ¿son válidos para implementar las ideas del rol que debe desempeñar el profesional de Enfermería?, ¿para despertar la Motivación de su personal?...

Todavía se denota un nivel pobre. Se da poca profesionalización en los cargos de gestión. Ni son todos los que están, ni mucho menos, están todos los que son. Poco se ha exigido para ocupar estos puestos. Bajo el término confianza se da bastante el tráfico de influencias, y a veces, clientelismo en determinados sectores.

Se hace absolutamente necesario una profesionalización de estos cargos ya que el cambio hay que provocarlo, porque difícilmente surgirá de forma espontánea o a través de una gestión deficiente. Por eso los directivos tienen responsabilidad en el tema de la motivación. Los gestores de Enfermería además de versados en administración deben tener muy asentada la idea de lo que es Enfermería y de una política de personal clara. Si no hay objetivos establecidos, ni prioridades, ni orientaciones y si falta esa política de personal, fallarán también los factores de **incentivación** y **motivación**.

### 4º ADMINISTRACION POLITICA

Es su función legislar en cuanto al marco legal de la profesión y por otro lado, a través de la sanidad pública, regular la actividad de los profesionales.

Que decir que no se sepa, sobre una Administración que a diez años vista desde la creación de la carrera de Diplomado en Enfermería, parece totalmente inhibida sobre la promulgación de la ley de funciones, especialidades, licenciatura, remuneración adecuada para cada puesto, reorganización de las escuelas universitarias, reglamentación para los cargos de responsabilidad, etc.

Aunque las manifestaciones de los políticos sean elocuentes, y las declaraciones de principios nos quieren llevar a la persuasión por el sistema de repetir una mentira muchas veces, abrigados de alguna manera por la tibieza de sus asesores compañeros nuestros..., la realidad que vive la profesión es otra muy distinta.

Junto a las desmesuradas deficiencias ya apuntadas, podríamos apuntar innumerables cuestiones de menor rango que nos llevan a una profesión con entidad propia y un

gran peso específico en el campo de la salud, a una discriminación ostensible con otras profesiones de referencia.

Por más que se empeñen, la verdad viene dada por la razón de los hechos y no por el hecho de las palabras. La retórica es grande pero la voluntad política de poner Enfermería en el lugar que le corresponde es casi nula.

Esta situación de «no tratarnos profesionalmente como adultos» no hace más que alejar a los profesionales de una adecuada motivación que por otro lado, serviría para un mejor aprovechamiento de los recursos y un aumento de la calidad asistencial a los usuarios. La administración tiene la obligación y la responsabilidad de dotar los recursos necesarios para el buen funcionamiento del sistema.

En los cuatro grupos o instituciones citados encontramos fuerzas positivas y negativas. Creo que priman las negativas, y de hecho se está dando entre los profesionales una situación peligrosa de desmotivación y desincentivación; incluso desasosiego, fácilmente comprobable.

Esta falta de motivación es un factor que interfiere radicalmente la implantación del cambio y la consolidación de una identidad profesional, y es un freno para el avance de la profesión.

Nuestra situación me parece seria y preocupante: somos 150.000

profesionales. De este número ¿cuántos perciben esa autonomía en un grado de igualdad con otros profesionales de la salud? ¿Cuántos se identifican con los postulados de Enfermería? ¿Cuántos se sienten motivados... 20.000... 30.000... 40.000...? ¿Y el resto?

A continuación y para finalizar, paso a exponer los factores favorecedores de la motivación, a modo de síntesis para no alargarme más, aunque cada punto ya de por sí, podría abrir un nuevo debate de reflexión. En la implantación de dichos factores estarán implicados los grupos anteriormente citados, cada uno en su parcela de responsabilidad.

#### A NIVEL GENERAL

- Identidad Profesional (nuestro trabajo de enfermeros es muy importante).
- Que la sociedad nos conozca y nos identifique (reconocimiento).
- Desarrollo legislativo de la profesión.
- Formación continuada.
- Trabajo en equipo (enriquecimiento profesional, intercambios de ideas y conocimientos).
- Retribuciones justas para cada puesto (incentivación económica).

#### A NIVEL DE CENTRO DE TRABAJO

- Ideas clarificadas del rol profesional de Enfermería por parte de los órganos directivos.

— Objetivos claros, posibles de realizar, participativos y conocidos por todos.

— Red de información (cauces de comunicación horizontal / vertical, información puntual de dificultades).

— Descripción del puesto de trabajo.

— Delimitación de responsabilidades (organigrama).

— Posibilidades de promoción.

— Reconocimiento oficial (felicitaciones, facilitar asistencia a cursos, congresos, etc.).

— Sentirse respaldado por los cargos superiores.

— Apoyo a nuevas ideas.

— Sentirse escuchados ante una necesidad.

— Refuerzos positivos. (Discriminación entre el buen y el mal profesional).

— Empatía entre órganos directivos y personal de Enfermería básico.

— Transparencia de la gestión y administración de Enfermería.

— Fomentar la participación del personal base y directivo.

— Reglamentación de normativas internas de cada centro.

Esta política global hará que los enfermeros/as se sientan satisfechos y alegres en el desempeño profesional.

Trabajar no tiene por qué ser aburrido ni monótono, nos debemos divertir con el trabajo.

Después de una implantación progresiva de estos factores, les corresponde a los profesionales trabajar acorde con su propio rol. Así nos situaremos en la dirección acertada. Ser útil a la sociedad, comporta el reconocimiento de la población a la que servimos, y el respeto en un plano de igualdad, de las demás profesiones con responsabilidad en la salud.

En definitiva... a través de la información/formación, hemos de llegar necesariamente a conformar nuestra identidad profesional que es causa y fundamento de **Motivación**.

La Motivación refuerza la propia Identidad.

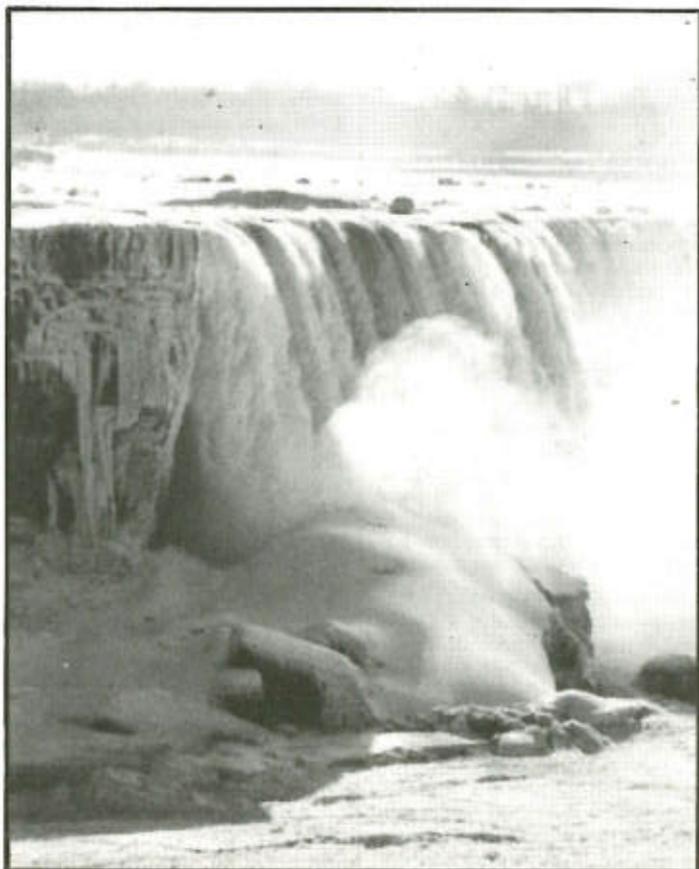
De igual forma, hay que tener en cuenta otros factores que por su trascendencia pueden **generar** o **extinguir** la Motivación.

Por último, por encima de situaciones más o menos adversas, son los propios profesionales individualmente, **quienes tienen la obligación y el deber de sobreponerse a las circunstancias**, para dar una atención de salud cada vez más profesionalizada, por otra parte, demandada con insistencia por la población.

Motivación: palabra clave como factor del cambio.

El reto está lanzado...

FRANCISCO BAENA MARTIN



# FRENOCLASTIA *(Sectas destructivas)*

La Psiquiatría y la Psicología, ha venido a formar parte de la vida cotidiana. La conducta humana viene siendo objetivo de diversos grupos con diversos intereses económicos, políticos, etc. El creciente uso de medios y personal «científicos» para el control y la manipulación de la mente humana, por medio de la información y la publicidad, la educación, la industria cultural, etc.

Se confía a los Especialistas, la tarea de informar a los hombres.

Pero donde adquiere tintes siniestros, es en las actuaciones de las denominadas sectas destructivas, ya que el individuo que cae en su esfera de influencia, a través de un proceso neurofisiológico, sufrirá una especie de lobotomía psicológica, quedando convertido en una especie de robot carente de voluntad, incapaz de pensar en decidir por sí mismo, siendo un objeto en manos del GURU (dirigente de la secta) de turno.

Para producirse, una transformación tan radical en un ser humano, tienen que darse una serie de circunstancias, que intentaré describir a continuación.

Los dos reproches que se hacen, con mayor frecuencia a las sectas comunitarias, son la privación de sueño, y la insuficiencia alimenticia, caracterizada ésta por una pobreza de proteínas: dos elementos imprescindibles para el bienestar y el equilibrio mental y el físico de la persona.

**La fatiga muscular:** es provocada con tareas determinadas, como un componente más del lavado de cerebro o fenómenos frenoclastico.

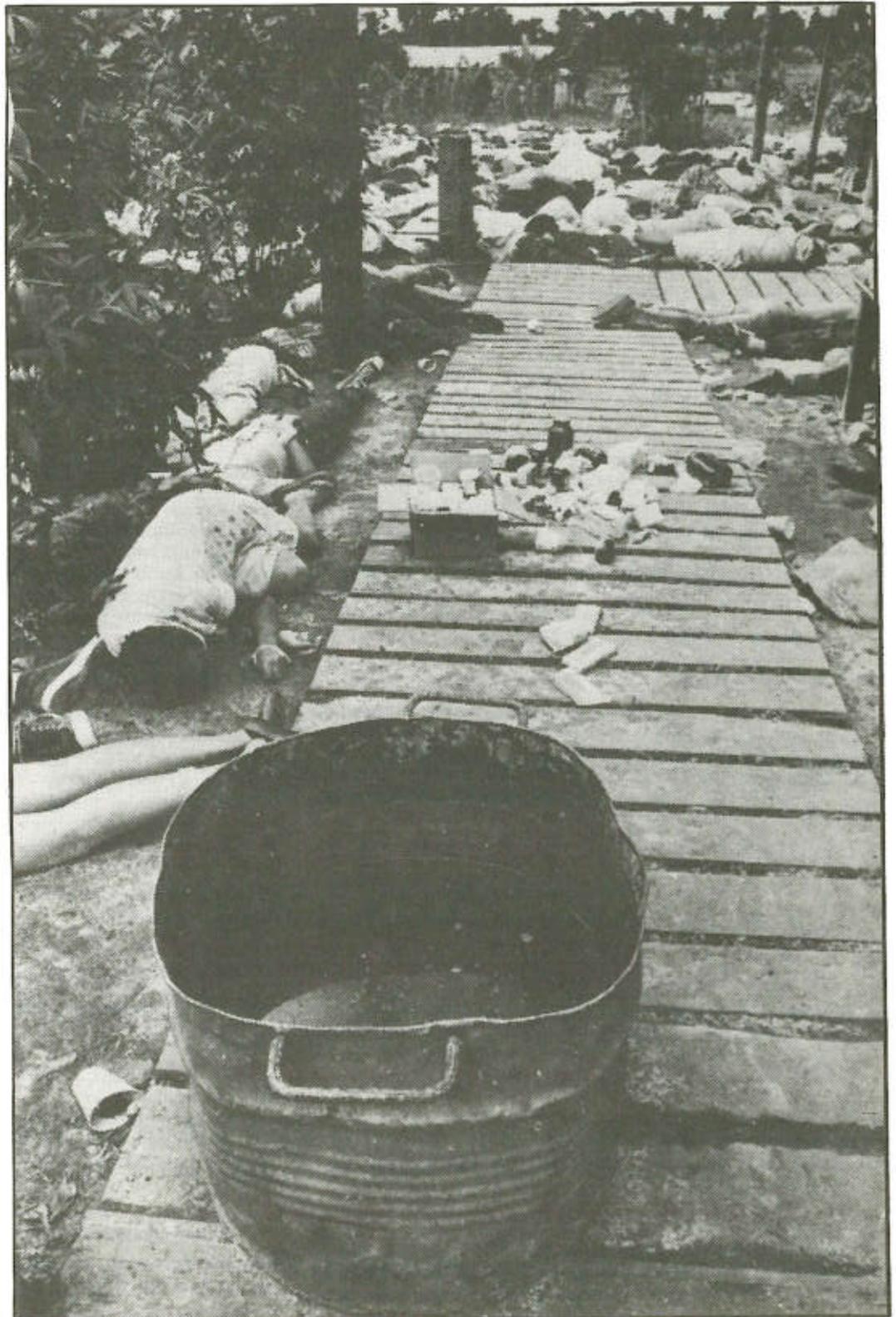
Después de un trabajo muscular intenso, queda en la sangre un exceso de ácido láctico, sobre todo si el sujeto carece de entrenamiento.

Es incapaz de suministrar un trabajo intelectual, y se encuentra en un estado de somnolencia. Experimenta dificultades para fijar su atención incluso por un tiempo muy breve,

sobre un objeto o sobre un texto. Tiene una baja simultánea de la acuidad, de la tenacidad, de la atención, y una franca dis-

minución del tiempo de reacción. El sujeto presenta entonces una mayor actitud para someterse y obedecer.

**La privación de sueño:** El sueño responde a una necesidad vital de reposo periódico. Su ritmo está condicionado por



*Bajé por el sendero, hasta una tina llena de un repugnante líquido rojizo. Me dijeron que aquella gente había sido envenenada.*

una especie de reloj interior y por la sucesión del día y la noche. Es necesario a todos. Un animal privado de sueño, durante cierto tiempo muere. Un individuo puede permanecer despierto durante una o dos noches; pero si prolonga por más tiempo esta vigilia, trastornos psíquicos cada vez más importantes, que se traducen por una alteración de la memoria, por razonamientos ilógicos y sobre todo por una pérdida total del sentido crítico. El sujeto es incapaz de distinguir la buena información de la falsa. Pierde la posibilidad de refutar lo que se le impone. El campo de lo consciente se restringe en beneficio de lo inconsciente, que asimila en su totalidad la información no seleccionada por la censura. La información que conviene al guru de la Secta, puede franquear sin alteración las barreras de la comprensión y de la censura, para grabarse en el inconsciente sin pasar al campo de lo consciente, que ha dejado de existir.

**La insuficiencia alimenticia:** Está comprobado, que la subalimentación, al cabo de cierto tiempo, provoca una disminución activa cerebral. En el curso de un ayuno prolongado, la sangre que alimenta las células nerviosas y elimina sus residuos, se concentra a causa de la falta de agua, de sales minerales y de alimentos orgánicos.

Existe una mala eliminación urinaria del agua, la hipótesis segrega al mismo tiempo una sustancia antidiurética. Los riñones funcionan mal, y permiten que se acumulen en el cuerpo humano residuos metabólicos (sobre todo urea). La víctima del grupo, comienza a presentar trastornos en la mente, que pueden llegar hasta la pérdida del conocimiento. Pierde toda capacidad de defensa y parece incapaz de rebelarse, aún en el caso de que el sentido común se lo impusiera. Sabido es que en un exceso de glucosa en la sangre (caso de los diabéticos), provoca una disminución de la atención, el cerebro trabaja a ritmo más lento y la memoria pierde eficacia.

Un exceso de calcio, por mal funcionamiento de las glándulas paratiroides, deprime igualmente al sistema nervioso.

La vitamina B<sub>1</sub>, aneurina o tiamina, es la vitamina del cere-

bro. Sabemos que se encuentra sobre todo, en la envoltura de los granos de arroz. La carencia de éstas vitaminas, producen el beri-beri, enfermedad difundida en Oriente.

Tras un período de somnolencia se produce una hiperexcitación con violentos ataques convulsivos.

La falta de ácido nicotínico (vitamina PP), que resulta de una alimentación pobre en carne y sustituida por el maíz, produce pelagra. Esta afección se manifiesta por un desequilibrio psíquico con estupor y confusión mental. Ha sido frecuente en algunas provincias de Italia, donde la alimentación está basada, casi exclusivamente en el maíz.

La ausencia de las vitaminas C (ácido cítrico), D (antirraquítica), B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, provocan también un desequilibrio importante del sistema nervioso.

La falta de sueño, la fatiga y la subalimentación provocan la desaparición del sentido crítico y de la autocrítica. La censura está neutralizada, si se inyectan repetidas veces en el conjunto de estas condiciones unas informaciones culpables, se obtiene lo que llamamos el lavado de cerebro.

**Por este procedimiento, las personalidades más fuertes, pueden ser transformadas en pingajos humanos enteramente, sometidos a la voluntad de un individuo que las manipulará como se le antoje.**

Sirva de ejemplo la masacre de la GUYANA en Noviembre de 1978. Jin Jones, dirigente de la secta norteamericana (procedencia de casi todas) ordena que se suiciden sus adeptos, y mueren más de mil personas, hombres, mujeres y niños. A partir de este hecho en una conferencia pública, escuché la manifestación de un periodista que esta fue una experiencia de la CIA.

**En una sociedad vertiginosamente cambiante, donde la competitividad y las actitudes agresivas es moneda corriente, una forma de soslayar la sensación de inseguridad es buscar una utopía, en que toda solución viene dada al entrar a formar parte de un grupo fanático de «elegidos».**

Y es ahí donde aparecen los Mesías, los Salvadores de Hombrés que ofrecen protección, valores seguros absolutos, metas elevadas para huir de la realidad cotidiana ambigua y conflictiva.

**SECTAS:** Etimológicamente viene de la palabra «secarse» (cortar) o del verbo latino «sequar» (seguir).

En sociología se entiende por secta, «grupo contracultural de voluntarios que comparten una misma esencia» (Fingerman 1977).

Según Rodríguez (1985), las sectas destructivas o frenoclasicas, son estructuras que potencian la irracionalidad hasta desembocar en el fanatismo.

Suelen ser consituídas por jóvenes de 18 a 30 años y según Kelley, en un informe del Instituto de Salud Mental de los E.E.U.U. tanto varones como soleteros es mayoritaria.

No son personas enfermas, desde el punto de vista psiquiátrico, solo un reducido porcentaje, tuvieron problemas de este tipo antes de entrar. El resto según Lo Mand y Stark 1965 son contactados en un momento de depresión temporal, crisis personal agravada por la agresividad e incomunicación social antes apuntada.

Son individuos de clase media (Chark 1981; Rodríguez 1985; Woodrow 1979).

Según West y Suijer (en prensa) las fases del proceso de adaptación de forma escueta, son las siguientes:

1. Aislamiento del devoto y manipulación del entorno.
2. Control sobre los canales de comunicación e información.
3. Debilitamiento por cansancio y escasa alimentación.
4. Inducción, de sentimientos de temor, y confusión, frente al objetivo de satisfacción y certidumbre que se obtiene, sometiéndose a la secta («verdad absoluta» y «bombardeo de amor»)
5. Degradación y deterioro del yo: Autoinculpaciones, miedos.
6. Mezcla de premio y castigo, por una misma acción.
7. Presiones de los compañeros, de la secta, para hacer confesiones colectivas y prohibi-

ción de ocultar los pensamientos más íntimos.

8. Repetición de que la supervivencia física y psíquica del sujeto depende del grupo.

9. Asignación de tareas que no impliquen compleja participación mental, rezos, mantras, copiar textos, etc, etc.

10. Actos destinados al rompimiento total, en todo lo que era y tenía antes de entrar a formar parte del grupo (cambio de nombre, ropa, etc.), familia, degradación de la figura de los padres para sustituirlos por la figura del padre Guru-deificado jefe absoluto de la Secta.

Shein (1961) sistematiza una serie de técnicas para lo que el denomina «persuasión colectiva». Anular los apoyos tanto sociales como internos (ruptura del diálogo interior) no dejando sólo a la víctima ni para ir al lavabo.

Cambiar el sistema de creencias, actitudes. Esto se realiza suministrando un conjunto, predeterminado de información, creencia en la situación temporal, en la que el sujeto esté más receptivo.

Mantener estos nuevos comportamientos, mediante programas de reforzamiento, y castigo gradual. También se le suministran estrategias para inmunizar al sujeto, respecto al cambio de actitud que se le pudiera inducir para abandonar la secta, procedimiento de inoculación, según Mc. Quire.

En todo este proceso de conversión existen factores neurofisiológicos básicos, que apuntamos a continuación.

El lóbulo frontal es el responsable de la intencionalidad de la conducta. Esta última es llevada después de recurrir, al lóbulo lateral, siendo éste el encargado de sintetizar, todas las informaciones que llegan al cerebro. El comportamiento es así guiado sobre la base de un mínimo de certeza que pueden ser cambiadas mediante, razonamientos a tenor de nuevas informaciones. Las creencias sin embargo no se establecen a través del sistema terciario, sino a través del sistema límbico que rige las emociones. Esta es la razón porque el primer paso del adoctrinamiento, antes que un control de información sea una inducción a adoptar pautas

de comportamiento emocional, creando un clima propicio hasta llegar a un aislamiento total.

Este aislamiento, se inicia con una ruptura de comunicación, seguida por una ruptura física y más tarde por una pérdida de contacto, con su realidad social (hermanos, compañeros, estudios, etc.).

La secta califica a la sociedad y a la familia, de demoníaco, cabras negras, «mundo de iniquidad» según los Moon, Hare Krishna, Testigos de Jehová, etc.

Al adepto se le impide progresivamente tener acceso, a otro canal de información que no sea el del grupo. Se le prohíbe el razonamiento individual, cortando el diálogo interno, potenciador del pensamiento crítico. La víctima es modelada con frases como «entre todos pensamos mejor», «pensar fomenta separatismo», «Dios exige hermanos con la misma mente y la misma fe», «Dios está buscando gente fiel que quiera someter sus propias ideas por amor al grupo». Estraído de un manual de la Secta Agora (1974) Hénrichsen.

Desde el principio se le muestra al sujeto una realidad adorable y distinta. Dentro del grupo se le va inbuyendo cierto sentido de culpabilidad por su vida anterior, causante de todas sus desdichas. Con todo esto, el adepto va tomando como grupo de referencia y a la vez de referencia a la estructura sectaria. Pienso que es el motivo, por lo que se hace tan difícil la recuperación posterior ya que, crea un círculo afectivo y cognitivo cerrado del cual el individuo no saldrá sin ayuda.

Se les va creando una serie de angustias, inseguridades, que se le verán colmadas en la secta. El individuo verá a los componentes del grupo como puros poseedores de la verdad.

Tras lo anteriormente expuesto, vemos que es el control de la información y de la comunicación uno de los principales factores que provocan el cambio de actitudes.

Haciendo un análisis pormenorizado podríamos destacar: la primera toma de contacto es a través de un tema en común, se proporciona una información falsa, presentándose



*Casi todos los cuerpos yacían boca abajo. Entonces me di cuenta de que entre los muertos había niños.*

como interesados en rehabilitar toxicómanos, ecología, asociación científica, etc.

Manipulación del lenguaje, cambiando el significado de determinadas palabras, dándoles connotaciones emocionales que solo captan los del grupo, «pececitas» jóvenes que se prostituyen «por amor a la humanidad»; «rey» individuo al que se extorsiona que puede proporcionar abundantes fondos al grupo (secta de los niños de Dios).

El lenguaje se hace restrictivo, llevando ésto a una disminución de la capacidad de pensar y de la actitud crítica, al hablar con miembros de una misma secta puedes comprobar la utilización de los mismos términos y el mismo tipo de razonamientos.

La comunicación tiene lugar mediante frases cortas y clichés. «Frases cortas contundentes y claras que sustituyen a elaboraciones mentales. Son la verdad razonada», Rodríguez (1985).

Se aplica una sobrecarga de información, con el «bombardeo» afectivo da lugar a un choque en el sistema nervioso. Esto se debe a la imposibilidad de procesar, tal cantidad de estímulos. Algunos especialistas denominan a este fenómeno «enfermedad de la información». Edward ex-devoto de los Moon, califica a la secta como tecno-religiosa. Apunta que ésta se basa en técnicas muy sofisticadas para el control de la información, relaciona la conversión con una perspectiva

mental de la clasificación de datos. Edward 1979.

Todo lo expuesto, junto al debilitamiento físico, metas de pureza, culpabilidad, miedo y aislamiento, convirtiendo al individuo en un ser desprovisto de juicio crítico e identidad personal propia.

#### EFFECTOS DEL LAVADO DE CEREBRO:

Para hacer un análisis real hay que efectuar un estudio del historial anterior del sujeto. Haremos a continuación un repaso breve de las secuelas que dejan un proceso de éste tipo.

En cuanto al aspecto externo, los afectados presentan facciones flácidas e inexpresivas y rigidez postural. Hablan pausadamente y tienen escasa capacidad de respuesta a estímulos externos.

Respecto al comportamiento se observa pasividad. Presentan incapacidad para tomar decisiones. Se evidencia una falta total de discernimiento e intolerancia a la frustración. Anulación de los sentimientos a lo ajeno al grupo. Participación monótona en las conversaciones con sensación de cansancio y distanciamiento.

En lo que se refiere al contenido del pensamiento, se presentan síntomas de despersonalización e incomprensión con respecto a lo que le rodea. También presentan obsesiones de tipo suicida y homicida en casos extremos. En este punto habría que citar algunos ejemplos, uno de los más dramáti-

cos, la masacre de Guyana (1978), donde más de 1.000 personas se suicidaron por orden de su Guru Jin Jones, de la Secta Templo del Pueblo. Ha habido acusaciones públicas de ser una experiencia de la CIA. Aquí entramos en el terreno resbaladizo de la utilización de estos grupos, por los servicios de información del llamado «mundo libre», que al igual que en el tema de la droga, el mundo de la secta es un instrumento eficaz, para neutralizar los sectores más dinámicos de la población juvenil que pueden introducir alternativas de auténticos cambios.

Los crímenes de Mason: En Diario 16 vino el relato del suicidio de dos hermanos de la secta Moon porque según ellos sus cuerpos habían envejecido (tenían 20 y 22 años). En Sevilla (Correo de Andalucía) el suicidio de dos ex-adeptos de los Niños de Dios (1982).

Juan Lennon, líder pacifista en contra de la guerra del Vietnam, existiendo un dossier de más de un kilo de peso del FBI para expulsarlo de los E.E.U.U. sin conseguirlo, aparece un sectario, (dato investigado por dos periodistas ingleses) y lo asesina. La prensa habla de un loco y caso cerrado.

**DESPROGRAMACION:** Consiste en devolver al afectado la personalidad que anteriormente poseía. Aquí el proceso informativo debiera jugar un papel crucial.

La desprogramación, se inicia separando al sujeto del grupo y aprovechando un primer choeto (hacer «snaning») para destruir por mecanismos de defensa generados por la secta. Posteriormente se inicia un proceso constructivo: por un lado se lleva a cabo un proceso de revinculación con lo anterior. Por otro se ayuda, proporcionándoles información sobre su conversión y posibilitándole la comprensión de su situación emocional y conjuntiva. Es fundamental dar la información adecuada de la forma adecuada. Este es el inicio para una terapia oportuna posterior.

La familia y los más cercanos, también necesitan un asesoramiento del especialista que complete y ayude al proceso.

P.C.

MAFALDA, ¿TE HAS ENTERADO QUE VIAJANDO POR "VIAJES ITALICA S.A." TE CUESTA IGUAL QUE SI SACASES EL BILLETE TU MISMA EN IBERIA O RENFE?

NO; LO PUEDES RESERVAR POR TELEFONO, LLAMANDO AL 224349 Y 227682 Y ADEMAS TE LO ENTREGAN EN TU

¿Y NO TIENES QUE ESPERAR COLA?

DOMICILIO ¡SIN RECARGO!



¡Y TAMBIEN PUEDO RESERVAR APARTAMENTOS, HOTELES... ALQUILER DE COCHES... ETC!



¡VAMOS CORRIENDO!

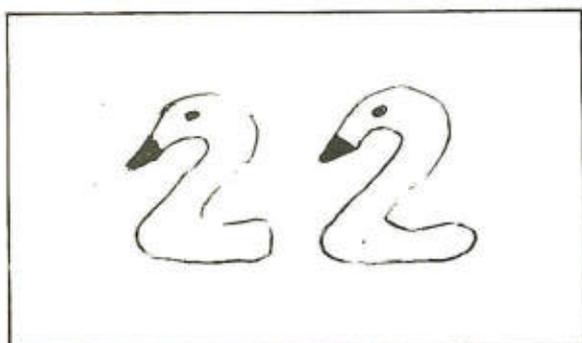


VIAJES ITALICA S.A. AGENCIA COLABORADORA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ATS. Y D.E., LE OFRECE LOS MEJORES VIAJES AL MEJOR PRECIO.

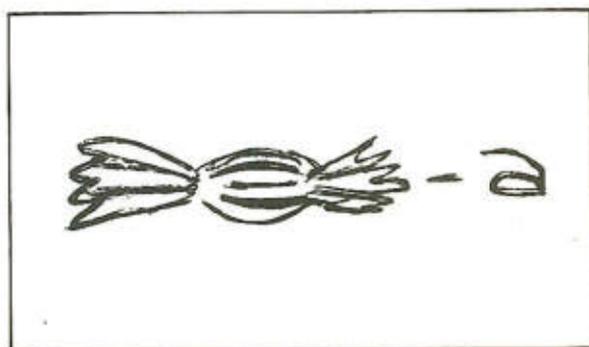


Y ADEMAS CON VIAJES ITALICA S.A. VAS ASEGURADO

P R U R I T O C O N D D T  
 E A P A L I D E Z O A I T  
 T A L C A L O S I E D U A  
 E O C I A N O S I S E R Q  
 Q I T D L E A L U T I E U  
 U C I O E L A D R E S S I  
 I A T S O D O O E R N I P  
 A T E I N R O S A T A S N  
 S I T S A D I C O O A S E  
 S R T A Q U I C A R D I A  
 A N D A R D I S N E A D O  
 A I C N A L I B I S N A S



¿Cuántos fueron a la manifestación?



¿Quién se trajo el sapo?



¿Quién dice VEMOS?

P R U R I T O C O N D D T  
 E A P A L I D E Z O A I T  
 T A L C A L O S I E D U A  
 E O C I A N O S I S E R Q  
 Q I T D L E A L U T I E U  
 U C I O E L A D R E S S I  
 I A T S O D O O E R N I P  
 A T E I N R O S A T A S N  
 S I T S A D I C O O A S E  
 S R T A Q U I C A R D I A  
 A N D A R D I S N E A D O  
 A I C N A L I B I S N A S

- SOLUCION SOPA DE PALABRAS
2. ALCASIA
  20. BRUXISMO
  17. CENOFOBIA
  4. DISMIMIA
  9. ENDOGAMIA
  7. FOMITE
  15. GREGARIO
  12. HIGIENE
  21. IMPETIGO
  3. LUTENA
  1. MEDETRON
  8. NUTACION
  5. OLIGEMIA
  16. PEDILUVIO
  18. QUERION
  23. RECIDIVA
  22. SUPERINFECION
  6. TINNITUS
  10. USAGRE
  14. VIBRISIS
  13. CENOFOBIA
  18. YODEMIA
  11. ZEISMO

# La banca paga.

Cuenta Libre **BNP** DEL **8% AL 10%** DE INTERES EN CUENTA CORRIENTE A PARTIR  
(SEGUN SALDOS MEDIOS)

DE 100.000 PTS. SIN GASTOS NI COMISIONES.

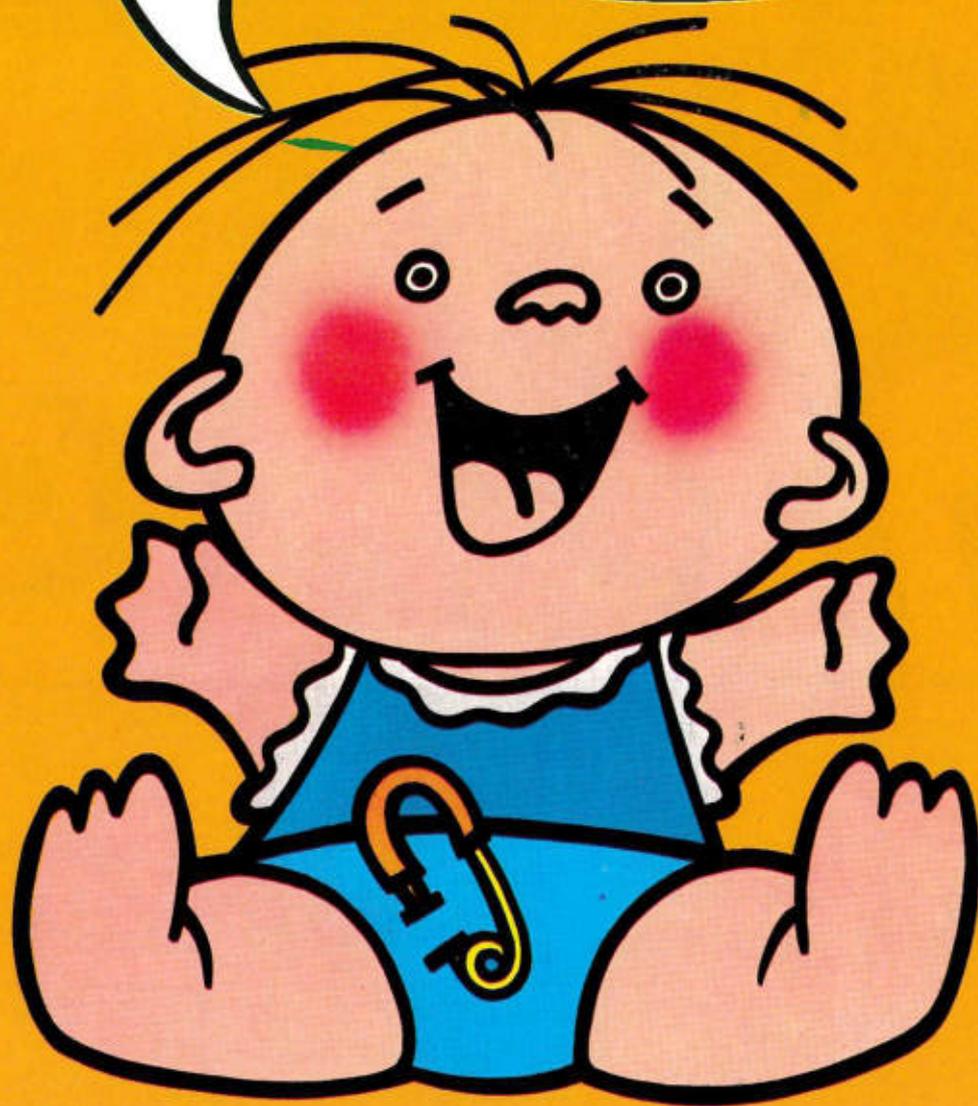


**BNP ESPAÑA, S.A.**  
Grupo Banque Nationale de Paris  
El Primer Banco de Europa.

A.B.E. 16.299

ALICANTE. PASEO DR. GADEA, 13 (965) 22 98 47 • ALMENDRALEJO (BADAJOZ). GRAL. PRIMO DE RIVERA, 31 (924) 66 21 00 • BARCELONA. O.P. ENTENZA, 321 (93) 321 59 00 • BARCELONA. DIPUTACION, 278 (93) 301 02 54 • BARCELONA. SANTIS, 52 (93) 431 58 00 • BARCELONA. TUSET, 8-10 (93) 218 45 66 • BARCELONA. P.<sup>a</sup> GRACIA, 87 (93) 216 05 74 • BARCELONA. GRAN VIA CORTS CATALANES, 509 (93) 253 37 18 • BILBAO. O.P. PL. FEDERICO MOYUA, 1 (94) 416 50 77 • BILBAO INDAUCHU. ALAMEDA DE SAN MAMES, 36 (94) 444 45 50 • BURGOS. PZA. STO. DOMINGO DE GUZMAN, 6 (947) 20 96 45 • CACERES. AVDA. DE ESPAÑA, 28 (927) 22 88 00 • CASTELLON. PZA. HUERTO DE SOGUEROS, 7 Y 8 (964) 20 16 11 • CORDOBA. AVDA. GRAN CAPITAN, 2 (957) 47 47 44 • LA CORUÑA. RUA NUEVA, 3 Y 5 (981) 22 96 04 • GRANADA. GRAN VIA DE COLON, 12 (958) 22 15 24 • HUELVA. ARQUITECTO PEREZ CARASA, 17 (955) 24 87 00 • JAVEA (ALICANTE). MAYOR, 5 (965) 79 02 16 • LEON. GENERAL SANJURJO, 10 (987) 23 40 50 • LOGROÑO. GRAN VIA, 28 (941) 22 01 16 • LUGO. RUA DO PROGRESO, 1 (982) 22 49 12 • MADRID. O.P. GENOVA, 27 (91) 419 80 49 • MADRID. BATALLA DEL SALADO S/N (91) 410 52 70 • MADRID. GENERAL PERON, 26 (91) 410 39 76 • MADRID. CARRERA SAN JERONIMO, 19 (91) 410 30 67 • MADRID. FERNANDEZ DE LOS RIOS, 7 (91) 410 30 05 • MADRID. GOYA, 115 (91) 410 28 61 • MADRID. SAN FRANCISCO DE SALES, 30 (91) 410 19 56 • MADRID. VELAZQUEZ, 96 (91) 410 18 71 • MADRID. BOLIVIA, 28 (91) 410 17 82 • MADRID. SOR ANGELA DE LA CRUZ, 17 (91) 410 28 99 • MADRID. AVDA. DE AMERICA, 29 (91) 410 34 13 • MADRID. RODRIGUEZ SAN PEDRO, 70 (91) 410 15 60 • MOSTOLES (MADRID). SIMON HERNANDEZ, 5 (91) 613 97 16 • MURCIA. GRAN VIA, 19 (968) 21 22 77 • PALENCIA. MAYOR PRINCIPAL, 50 (988) 74 48 24 • PAMPLONA. SAN ROZAS (MADRID). REAL, 2 (91) 637 21 01 • SALAMANCA. ISCAR PEYRA, 2 (923) 21 71 00 • SAN SEBASTIAN. GUETARIA, 2-3<sup>a</sup> (943) 42 37 66 • SEGOVIA. PZA. DEL AZOGUEJO, 1 (911) 43 78 11 • SEVILLA. PLAZA NUEVA, 8 (954) 21 58 05 • VALENCIA. JATIVA, 30 (96) 351 82 37 • VALLADOLID. PASEO DE ZORRILLA, 14 (983) 33 07 99 • VITORIA. GENERAL ALAVA, 20 (945) 23 00 70 • ZARAGOZA. SANCLEMENTE, 4 (976) 23 48 09

*¡Tómate la leche  
a pecho!*



**NATURALMENTE  
LECHE MATERNA**



JUNTA DE ANDALUCIA



Consejería de Salud

# 3<sup>er</sup> Certamen Nacional de Enfermería «CIUDAD DE SEVILLA»

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS  
EN ENFERMERIA DE SEVILLA



## PREMIOS:

Primero: 400.000 ptas.  
Segundo: 150.000 ptas.  
Tercero: 100.000 ptas.



### PREMIOS 1986

1<sup>o</sup> Premio: D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> CARMEN CERNILDA MENENDEZ de Madrid  
2<sup>o</sup> Premio: D<sup>a</sup> RAQUEL BUSAN PELAY de Madrid  
3<sup>o</sup> Premio: D. MANUEL C. CO. GONZALEZ de Sevilla

## CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA «CIUDAD DE SEVILLA». Colegio de Diplomados en Enfermería de Sevilla

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería. Tienen cabida todas aquellas líneas de investigación, asistenciales, docentes, planificadoras, teóricas, especialidades, etc., que cumplan las siguientes:

## BASES

- 1.—**Denominación:** Título «Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla».
- 2.—**Objeto:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este concurso con las bases del mismo.
- 3.—**Dotación:** Premios Nacionales: La dotación económica será de CUATROCIENTAS MIL pesetas (400 000) para el trabajo premiado en primer lugar, y de CIENTO CINCUENTA MIL (150.000) para el premiado en segundo lugar.  
Habrá un premio especial Provincial de CIENTO MIL pesetas (100.000) para los Colegiados de Sevilla. Se otorgará al trabajo que quede mejor clasificado de los presentados por los Colegiados de la Provincia. Si coincidiera éste con el primer premio nacional, se otorgará el Provincial al segundo clasificado o para el tercero si los dos primeros Nacionales coincidieran ser Colegiados de Sevilla.  
No serán divisibles y podrán ser declarados desiertos, en este caso su importe se incrementará al del año próximo.
- 4.—**Presentación:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrá limitación de espacio y deberán acompañar si la hubiese, Bibliografía al final del trabajo.
- 5.—**Concursantes:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados; serán admitidos trabajos realizados en equipo. En este caso, se entiende por autor, a los efectos de lo dispuesto en estas bases, el primer firmante de cada trabajo.
- 6.—**Jurado:** Será Presidente el del Colegio de Diplomados en Enfermería de Sevilla, o en quien él delegue. Cinco Vocales, cada uno de los cuales representará al Colegio de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, Federación de Colegios Andaluces de A.T.S. y D.E. y dos por las Escuelas Universitarias de Enfermería de Sevilla.  
Actuará como Secretario, el del Colegio de Diplomados en Enfermería de Sevilla, con voz, pero sin voto.  
El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.

- 7.—**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.
- 8.—**Documentación:** Los trabajos que opten al premio, deberán ser mecanografiados por duplicado y remitidos por correo certificado, al Colegio de Diplomados en Enfermería, calle Infanta Luisa de Orleans, 10 de Sevilla-41004, deberán indicar en el sobre «Para el Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla».  
Los trabajos deberán ser firmados con seudónimos y acompañarán sobre cerrado con la misma identificación en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección, lugar de trabajo si lo hubiese y «Curriculum Vitae» que se abrirán tras las concesiones de los premios.
- 9.—**Propiedad de los trabajos:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación por el Colegio total o parcialmente de 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 han sido premiados en el «Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla».
- 10.—**Incidencias:** El hecho de participar en este Concurso supone la aceptación previa de las presentes bases.
- 11.—**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 15 de Agosto de 1987.  
Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante, si se trata de un equipo, por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.  
El fallo del Jurado se hará público el 10 de Noviembre de 1987.