

N.º 10 OCTUBRE - NOVIEMBRE - DICIEMBRE 1989



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

—ASIGNACIÓN ENFERMERO-PACIENTE
—APOYO PSICOLÓGICO A LA GESTANTE
—INMUNOTERAPIA ENFERMOS ALÉRGICOS

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



Nuevo Alfa 33.

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



Información en:

CASTELLANO MOTORS, S.L.

NUESTRA VOCACION: SERVICIO AL CLIENTE

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

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

EDITORIAL

¿DIRECTORES DE ENFERMERÍA?: SÍ, POR SUPUESTO

No se sabe cómo, aunque sí el cuándo, pero a determinadas mentes, doctas en el saber y entender en asuntos de gestión sanitaria, no ha mucho tiempo que una idea luminosa parece habérseles encendido en lo alto de la sesera con más visos de desatino que otra cosa. Sólo es, de momento, un rumor y dice así: ¿Está en peligro de extinción la figura del Director de Enfermería? Ítem más: ¿Existe un velado, aunque tan sutil como firme, intento por derribar la figura del máximo responsable de los A.T.S./D.E. en nuestros centros hospitalarios?

Cuesta trabajo pensar que pueden dedicar tiempo y esfuerzos los prohombres del sistema sanitario en tratar de desvirtuar una conquista de todos los A.T.S./D.E. españoles conseguida a base de años de trabajo por reivindicarla. Un Director de Enfermería, si el ocupante del puesto ejerce tal cargo en base, ¡ojo!, a su condición de profesional A.T.S./D.E., es la cúpula organizativa y responsable de nuestro colectivo en el centro de trabajo donde se trate. Por su alta remuneración (doble que el profesional de a pie), dedicación y simbolismo, constituye una referencia vital para todos nosotros, independientemente de que quien ostente tal Dirección sea la persona más o menos adecuado en según y qué circunstancias. Pero ésta es otra cuestión bien diferente.

Nosotros, los profesionales de Enfermería, necesitamos la «bandera» del Director como el mismo abanderado necesita de todos nosotros. Es la representación tangible de que, en cualquier Centro, hay un Gerente que gerencia los asuntos globales del Hospital; hay un Director Médico dirigiendo al colectivo de galenos. Y hay un Director de Enfermería porque todos nosotros «estamos ahí» por algo y él asume nuestra representación profesional. Dicho con otras palabras: encarnado en nuestro Director nos encontramos todos los que accedimos a esta profesión: usted, usted y yo.

Por ello, imaginar que alguien pretenda abolir tal figura sería creer que estamos veinte años atrás en el calendario. Sería pretender que los A.T.S./D.E. somos menores de edad. Y sería, en fin, pensar que íbamos a quedar impasibles ante semejante atropello. Por lo mismo, esta Revista HYGIA a través de su Editorial, como hicieran los contestatarios de la energía nuclear, alza aquí y ahora su grito: ¿Directores de Enfermería?: Sí, por supuesto.



HYGIA

EDITA:

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

DIRECTOR:

José M.^a Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCIÓN TÉCNICA:

José Antonio Cervera López
Miguel Ángel Alcántara González

CONSEJO DE REDACCIÓN:

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

IMPRIME:

PAO, Suministros Gráficos, S. A.
(Sevilla)

FOTOMECAÁNICA Y FOTOCOMPOSICIÓN:

Hispalense, S. A. (Sevilla)

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

Sumario

— EDITORIAL	3
— ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN EL PERÍODO PREOPERATORIO DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS	5
— ASIGNACIÓN ENFERMO-PACIENTE	8
— PREMIOS NOBEL DE MEDICINA	11
— LA CONTAMINACIÓN DE LA ROPA EN EL ÁREA DE LABORATORIO	12
— CONCURSO FOTOGRÁFICO N.º 9	15
— APOYO PSICOLÓGICO A LA GESTANTE	17
— ERRADICACIÓN DE BRUCELOSIS EN POBLACIONES RURALES	24
— CONCURSO FOTOGRÁFICO N.º 10	29
— PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL DIABÉTICO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA	31
— CURSOS-CONGRESOS	36
— INMUNOTERAPIA EN ENFERMOS ALÉRGICOS	37
— ASISTENCIA PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA EXTRACORPÓREA	40

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

OCTUBRE
NOVIEMBRE
DICIEMBRE

10



**A través de
la ventana**

Autor:

M.ª José Buiza Rubio.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO PREOPERATORIO DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS

Ana María Márquez Rendón

D.E. Hospital Universitario «Virgen Macarena»

INTRODUCCION

La **colostomía** es un tipo de ostomía intestinal que consiste en la exteriorización de una parte del colon a través de la pared intestinal a la piel, para la evacuación artificial del contenido fecal.

Tipos de colostomías:

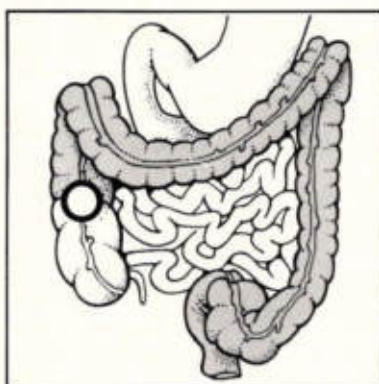
Las colostomías pueden ser **permanentes** o **temporales** dependiendo del tipo de patología que presente el enfermo.

He aquí algunas de las patologías más frecuentes, en las cuales es indicada la intervención para dejar al paciente con una colostomía definitiva.

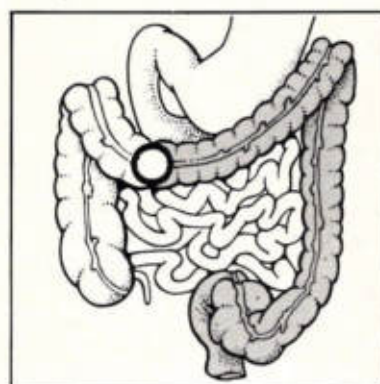
- Neoplasia de recto y ano.
- Ca. epidermoide de ano.
- Prolapso rectal intratable.
- Incontinencia anal definitiva.
- Lesiones de médula espinal, etc.

Dependiendo de la **localización anatómica**, las colostomías pueden dividirse en:

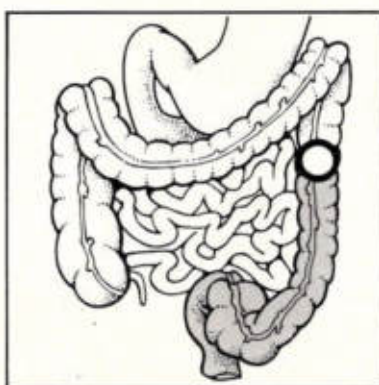
- a) **Colostomía ascendente:** La porción anulada es la totalidad del colon transverso, descendente y recto. Las deposiciones suelen ser semilíquidas.
- b) **Colostomía transversa:** Se anula la parte del colon transverso, colon descendente y el recto. La deposición suele ser pastosa.
- c) **Colostomía descendente:** Se anula el colon descendente y el recto. La deposición suele ser sólida.
- d) **Colostomía sigmoidea:** Se anula la parte del sigma y el recto. La deposición es sólida.
- e) **Cecostomía:** Se anula todo el colon y el recto. La deposición es líquida.



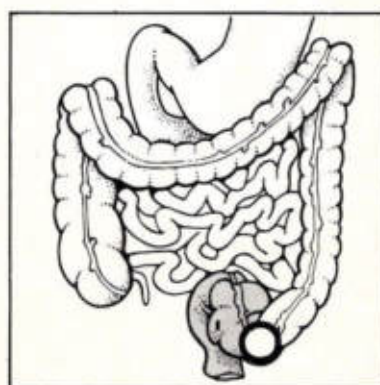
1. colostomía ascendente



2. colostomía transversa



3. colostomía descendente



4. colostomía sigmoidea

f) **Ileostomía:** Se anula todo el colon, incluido el ciego y el recto. La deposición es líquida y continua.

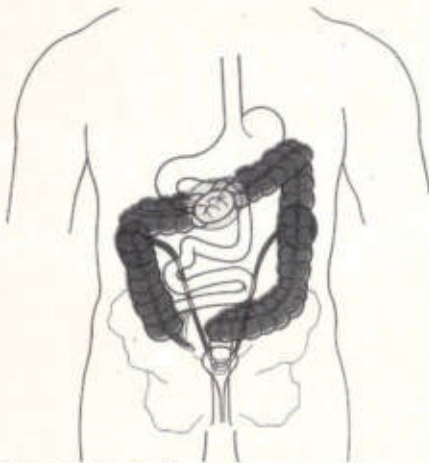
Técnicas quirúrgicas

Se suelen utilizar tres técnicas quirúrgicas en la construcción del estoma.

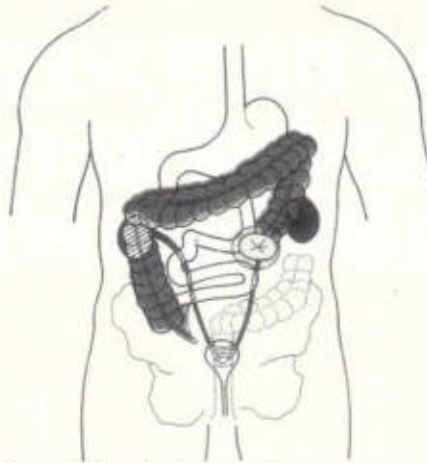
- a) **Ostomía en asa o lateral:** Se exterioriza un segmento del colon. Se suele hacer cuando se trata de una colostomía temporal.
- b) **Ostomía terminal:** Se efectúa la

exteriorización del colon proximal y se realiza la amputación de la parte distal del colon y el recto (abdominoperineal), o bien se extirpa la parte afecta y se conserva el recto dentro de la cavidad peritoneal (Hartman). Esta intervención suele hacerse para colostomías definitivas.

c) **Ostomía en cañón de escopeta:** Se exteriorizan los dos segmentos del colon, separados ambos. Uno estará en reposo y el proximal será el funcionante. Se utiliza en colostomías temporales.



5. colostomía lateral



6. colostomía terminal



7. colostomía en cañón de escopeta

VALORACION

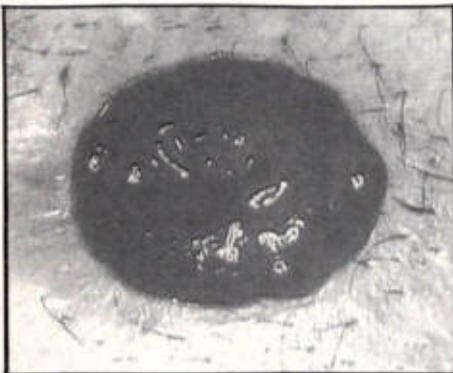
La valoración del paciente se hará mediante una **entrevista** programada según un método científico, donde podremos recabar información para la recogida de datos, tanto **objetivos** como **subjetivos**. Esta comunicación enfermero-a y paciente tiene que ser dinámica.

- Hábitos personales (higiene corporal, aseo dental, alergias, hábitos sexuales, etc.).
- Hábitos de ingesta de alimentos sólidos y líquidos.
- Nivel de educación.

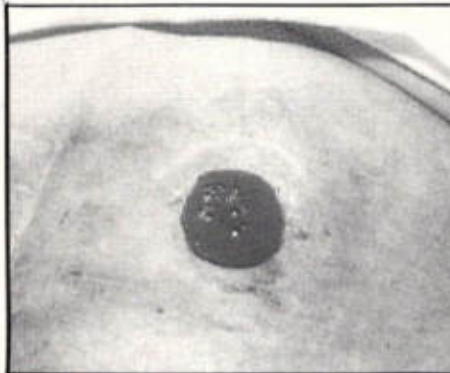
DATOS SUBJETIVOS

- **Miedo** a la intervención, a la anestesia, al futuro, al dolor.

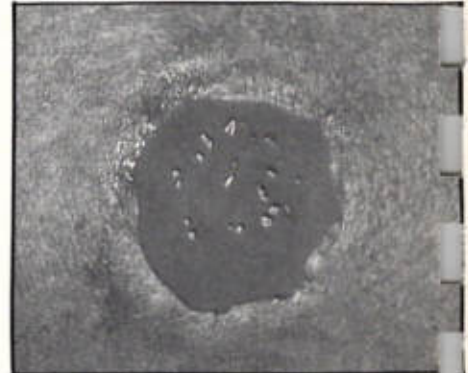
- Alteración electrolítica por diarreas frecuentes.
- Alteración de la ingesta de alimentos.
- Alteración de la eliminación, tanto como digestiva.
- Alteración del bienestar=dolor.
- Miedo al futuro, a la intervención, etc.
- Alteración de la necesidad de reposo-sueño.



8. colostomía ascendente



9. colostomía transversa



10. colostomía sigmoidea

DATOS OBJETIVOS

- Edad, sexo, estado civil.
- Debemos valorar si se trata de un paciente de alto riesgo (cardiopatías, diabetes, etc.).
- Comprobar que su estado físico es óptimo para la intervención.
- Tipo de trabajo que realiza, aficiones, deportes y actividades habituales del paciente.
- Tipo de ropa que suele utilizar normalmente.
- Anormalidades físicas que pueda presentar (estado de la visión, artritis, disminución física, pérdida de algún miembro, etc.).
- Situación laboral, social y familiar.

- Debemos observar manifestaciones como enfado, ansiedad depresión, etc.

En estos pacientes el primer problema que se nos va a presentar va a ser de tipo psicológico, debido al shock que provoca este tipo de intervención.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Una vez obtenidos todos los datos mediante la entrevista podemos detectar problemas potenciales y reales y llegar a los distintos diagnósticos de enfermería. A continuación algunos de los diagnósticos más frecuentes que se pueden encontrar en estos tipos de pacientes.

- Ansiedad.
- Alteración de la piel perianal (por diarreas, estreñimiento).

OBJETIVOS

Dentro de los objetivos que nos debemos marcar en estos pacientes existen unos a largo plazo y otros a corto plazo.

- A corto plazo debemos conseguir:
 - a) Una buena **evacuación y limpieza** del **colon** antes de la intervención para una buena cicatrización de la herida.
 - b) Evitar posibles **infecciones postoperatorias**.

c) Intentar que el enfermo **mantenga su peso** sin que disminuya hasta el día de la intervención.

• A largo plazo debemos proponerlos:

a) El paciente debe estar **informado** de todo lo concerniente a la intervención y del proceso postquirúrgico.

b) Debe **conocer** todos los **dispositivos**, que llegaran a serle familiares a lo largo de su vida.

c) El paciente colostomizado debe **aceptar** su intervención con la mayor confianza posible y reducir la ansiedad todo lo que sea posible.

d) El paciente debe en el futuro **autovalerse** por sí mismo sin depender de nadie.

PLANIFICACION DE CUIDADOS

Una vez planteados los objetivos, elaboramos un plan de cuidados a corto plazo.

a) **Evacuación y limpieza del colon:** Existen varios protocolos; el más utilizado es el siguiente. Cuatro o cinco días antes de la intervención el enfermo mantendrá una dieta sin residuos; algunas veces se suelen utilizar unas dietas ya preparadas por algunos laboratorios.

Tres días antes de la intervención, se practicarán al enfermo enemas de limpieza de agua templada, cada doce horas.

Dos días previos a la intervención, el enfermo pasa a una dieta líquida. El día previo a la intervención, el enfermo a las 24 h. se quedará en ayunas.

b) **Evitar posibles infecciones postoperatorias:** Se suele administrar una profilaxis antibiótica cada 8 h. según prescripción médica.

Se administra por vía IV o IM, el día previo a la intervención.

A veces también se suele administrar una dosis profiláctica de heparina cálcica, según los casos, para evitar posibles complicaciones tromboembólicas.

c) **Mantener el peso:** Para que este objetivo se lleve a cabo es necesario un control de la ingesta de alimentos, si son tolerados por el enfermo, y en caso contrario probar otros alimentos dentro de la dieta prescrita. Si lo que el enfermo toma son las dietas preparadas por laboratorios, debemos observar si son toleradas; en caso contrario, cambiar a otra dieta.

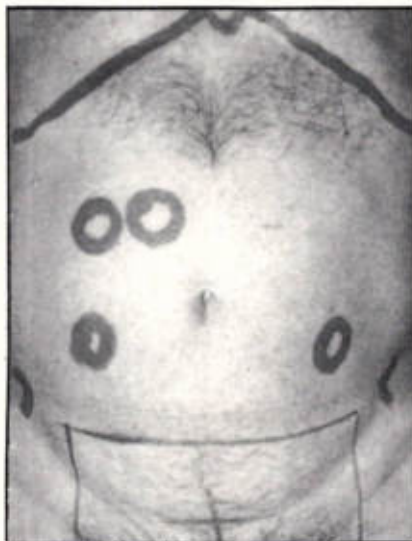
El control de la eliminación de he-

ces y orina nos va a indicar si el enfermo pierde gran cantidad de líquidos, con la consiguiente pérdida electrolítica y deshidratación. Se solucionará con un aporte extra de electrolitos y de líquidos.

A largo plazo, el plan de cuidados respecto a los objetivos anteriormente expuestos son:

a) Para que la **preparación psicológica** sea la adecuada y el enfermo acepte la situación lo mejor posible, y evitar los miedos y angustias, debemos facilitar información al paciente, tanto de las pruebas preoperatorias como todo lo relacionado con las características de la intervención.

b) **Enseñarle los dispositivos** y accesorios que tendrá que utilizar en el futuro.



11. Emplazamientos más frecuentes de colostomías.

c) La **información** debe extenderse al ámbito **familiar** del enfermo; esto ayudará posteriormente a aceptar el enfermo su nueva situación.

d) **La localización del estoma:** Es un capítulo muy importante en todo el proceso, puesto que, muchas veces, una incorrecta localización del mismo lleva a la imposibilidad de que el enfermo, en el futuro, pueda colocarse su propia bolsa de colostomía y además se evita otras posibles complicaciones como eventraciones, retracciones, etc.

La elección del estoma debe hacerlo la víspera de la intervención una enfermera especializada y seguir unas pautas.

— El estoma debe situarse en una zona donde el paciente pueda acceder con facilidad.

— Debe situarse en una zona plana del abdomen.

— Localización a 4 cm. o más de prominencias óseas, ombligo.

— Evitar cualquier pliegue de tejido graso, y zonas de la piel afectadas por problemas crónicos dermatológicos.

— Evitar la localización en cicatrices anteriores quirúrgicas, hernias, línea del cinturón.

— En pacientes obesos es conveniente situar el estoma más arriba que en los demás pacientes de complexión normal, ya que el estoma se puede hundir en algún pliegue adiposo.

— La localización y evaluación del estoma debe hacerse en tres posiciones: de pie, sentado y en decúbito supino.

— La colaboración del paciente para la localización del estoma es vital.

— Una vez elegido el lugar, se deberá poner una bolsa de colostomía para ver si está en el lugar adecuado y que el paciente pueda verla con facilidad.

— Como norma general se debe elegir como mínimo tres lugares de posible ubicación.

— Por último se debe marcar el lugar donde deberá ir la colostomía antes de ir a quirófano.

e) Debemos convencer al paciente que en futuro podrá **autovalerse** por sí mismo sin depender de nadie.

BIBLIOGRAFIA

- Enfermería del estoma Ed. Convatec.
- Enfermería del estoma Ed. Palex.
- Revista ROL de Enfermería.
- Revista NURSING.
- Revista HYGIA (Ilustre Colegio Oficial de A.T.S.).

ASIGNACIÓN ENFERMERO-PACIENTE

Autor: **Joaquín S. Lima Rodríguez**

Supervisor del Hospital Universitario «Virgen Macarena»

Asignación Enfermero/Paciente

La utilización de un nuevo método de trabajo debe suponer un importante cambio en la manera de entender nuestra función asistencial. Este nuevo método exige que el enfermero estudie a su paciente, lo valore, lo diagnostique, le prescriba cuidado, etc., y, evidentemente, para desarrollar este nuevo modelo de trabajo debemos cambiar nuestra forma tradicional de actuar, caracterizada fundamentalmente por las exigencias, casi exclusivas que padecemos, de realizar tareas delegadas; donde vivimos tan intensamente el papel de ayudantes de otros que casi nos impide desarrollar nuestro propio rol. Virginia Henderson nos recuerda que: Ningún componente del equipo de salud debe exigir tanto, a otros componentes, hasta el punto de que estas exigencias le impidan realizar su función primordial, en nuestro caso el cuidado del paciente. Los enfermeros españoles tendremos que exigir, cada día, que estas palabras se hagan realidad.

En mi opinión, un requisito previo a la utilización de Proceso de Enfermería debe ser establecer un Sistema de ASIGNACIÓN ENFERMERO/PACIENTE.

En los últimos años, en la mayoría de las unidades asistenciales se ha pasado de trabajar por asignación de tareas a hacerlo por asignación de pacientes. Este cambio ha supuesto una importante mejoría en nuestra forma de trabajar, al determinar responsabilidades, aumentar la satisfacción del personal de Enfermería, que nota cómo sus actuaciones se traducen en una mejor evolución del paciente, etc.; sin embargo, pienso que esta asignación de pacientes no se ha llevado a sus últimas consecuencias, es decir; un enfer-

mero, independientemente de su turno de trabajo, se hace responsable de los cuidados que debe recibir un determinado paciente.

Planteado con otras palabras:

ESTE ES MI PACIENTE

ESTE ES MI ENFERMERO

Probablemente esta relación puede ser fácil de establecer en aquellos casos en que un único enfermero se hace cargo de uno o varios pacientes, como, por ejemplo, las consultas de Enfermería, en Centros de Salud, Ambulatorios, Consultas Externas, etc., pero, probablemente, encontraremos dificultades en aquellas unidades en las que los enfermeros estamos sometidos a sistema de turnos, donde un paciente es atendido por varios enfermeros a lo largo de una misma jornada, y en los servicios de apoyo, laboratorios, rayos, quirófanos, etc., donde puede resultar difícil establecer relaciones con el paciente. Por todo ello, es evidente que tendremos que articular las fórmulas que nos permitan establecer este tipo de asignación.

Quizá sea en los servicios de apoyo, donde, por la falta de una asistencia directa al paciente, sea preciso un mayor esfuerzo imaginativo para crear este tipo de relaciones; sin embargo, sé que existen numerosos compañeros que intentan hacerla realidad dentro de determinadas unidades de los mismos como pueden ser la consulta de sobrecarga oral de glucosa, la cámara de donantes, la antesala del quirófano, etc.

Siguiendo nuestra experiencia, os pondré un ejemplo de cómo se pueden asignar pacientes en una unidad de hospitalización:

INTRODUCCION

Ultimamente se está produciendo un movimiento en la Enfermería española que se caracteriza por el interés de muchos de nuestros profesionales en poder utilizar la metodología científica en su trabajo diario.

En los últimos meses he podido contactar con numerosos compañeros de distintos puntos de España y, por supuesto, de nuestra provincia, que intentan adoptar el Proceso de Enfermería como método de trabajo.

En muchos casos las dificultades con las que tropezamos, que no son pocas, suelen ser de características similares. Es frecuente encontrarse con grupos de trabajos inmersos en la elaboración de registros, en la formación de personal, en la búsqueda de un marco conceptual, etc., y, tras muchos esfuerzos, cuando intentan llevarlo a la práctica, encuentran dificultades.

Nuestra experiencia al respecto, en el Área Quirúrgica de Hospitalización del Hospital Universitario Virgen Macarena, nos ha demostrado que es necesario adoptar algunos cambios en nuestra dinámica tradicional de trabajo si queremos utilizar con un mínimo de éxito el Proceso de Enfermería.

Unidad de 32 pacientes

Dotación total de enfermeros en la unidad:

- 8 enfermeros/as en turno rotatorio (M.T.N.).
- 1 enfermero/a en turno fijo de noches.

Puestos de trabajo en la unidad

	L	M	X	J	V	S	D
Mañanas	3	3	3	3	3	2	2
Tardes	2	2	2	2	2	2	2
Noches	1	1	1	1	1	1	1

Con los ocho enfermeros de turno rotatorio podemos formar dos equipos. Equipos A y B. Cada equipo contará con cuatro enfermeros, de manera que cada equipo cuente con un enfermero de cada uno de los cuatro turnos de trabajo.

Asignación por equipos

A cada equipo podemos asignar 16 de los pacientes que componen la totalidad de la unidad.

Asignación Enfermero/Paciente

A cada enfermero de cada equipo asignaremos cuatro de los pacientes asignados a su equipo. De esta forma, cada enfermero tiene asignado cuatro pacientes y cada paciente tiene asignado un enfermero.

Equipo A

Enfermero 1 A	Pacientes 1, 2, 3, 4.
2 A	5, 6, 7, 8.
3 A	9, 10,...
4 A	13,...

Equipo B

Enfermero 1 B	Pacientes 17, 18, 19, 20.
2 B	21, 22,...
3 B	25,...
4 B	29,...

Este modelo de asignación implica que cada enfermero valorará, diagnosticará, planificará cuidados y evaluará los pacientes que tiene asignados; además, colaborará, dentro de su turno de trabajo, en la aplicación de tratamientos y cuidados a los pacientes

asignados a su equipo, pudiendo modificar los planes de cuidados elaborados por su compañeros, en ausencia de éstos, si la evolución del paciente así lo aconsejara.

En este ejemplo no hemos asignado pacientes al enfermero en turno fijo de noche, sino que actuaría como colaborador en su turno de trabajo aplicando tratamientos y cuidados prescritos y modificando los planes de cuidados elaborados por sus compañeros, si la evolución del paciente así lo aconsejara.

Utilizar un modelo de asignación de estas características puede suponer introducir un importante cambio en nuestra profesión, en la medida que supone establecer un cambio sustancial en las relaciones enfermero paciente, pudiéndolas encuadrar entre las denominadas relaciones de ayuda. Pienso que es muy importante que los enfermeros reflexionemos en este punto. Cuando un individuo necesita de algún profesional que le asesore en temas legales, o desea recibir algún tipo de formación, o que le traten de una enfermedad, se pone en contacto con un determinado abogado, profesor o médico, y establece relaciones personales con éste, y cuanto más positivas sean estas relaciones se obtendrán mejores resultados. Sin embargo, cuando un individuo necesita ayuda o asesoramiento de un enfermero, de un agente de cuidados, no se produce el mismo tipo de relación que se establece con otros profesionales. Insisto en la importancia de reflexionar sobre estos conceptos. Quizá cuando los enfermeros seamos capaces de mantener este

tipo de relaciones con nuestros clientes, y éstos reconozcan los beneficios que les pueden aportar dichas relaciones, la sociedad cambie sus esquemas sobre nuestra profesión. Tal vez cuando los enfermeros entendamos que nuestra misión primordial es ayudar al paciente para que reciba los cuidados que necesita, potenciaremos estas relaciones. Nuestra experiencia en este sentido es enormemente positiva para nuestros pacientes y para nosotros como enfermeros.

Relaciones de ayuda

Pueden ser definidas como aquel tipo de relación en la que al menos uno de los participantes en la misma trata de ayudar al otro u otros implicados en esta relación.

En este sentido, podemos considerar relaciones de ayuda las que se establecen entre un padre y su hijo, un abogado y su defendido, un enfermero y su paciente, etc.

Como bien sabéis los enfermeros trabajamos con seres humanos en el campo de la salud, intentando ayudar a éstos a recuperarla, mantenerla, fomentarla y, en caso de que ello no sea posible, a morir dignamente. Por ello, desde el mismo momento en que un individuo solicita nuestra asistencia podemos establecer un proceso de relación de ayuda con el mismo.

Las relaciones de ayuda, de la misma forma que cualquier tipo de relación humana, debe contar con una serie de características para que este tipo de relaciones se puedan establecer

Asignación Enfermero-Paciente

ESTE ES MI PACIENTE

ESTE MI ENFERMERO

Relación de ayuda

Asesor —→ Ayudado
↓ ↓
Enfermero-Paciente

Asignación Enfermero-Paciente

↓
Relación de ayuda
↓
Proceso de Atención de Enfermería

de forma positiva. Dentro de las mismas, podemos distinguir entre las que dependen de la actitud del asesor al establecer la relación y las que dependen de la percepción que el ayudado tenga del asesor y de la relación que se establece entre ambos.

En nuestro caso, tendríamos que referirnos a la actitud del asesor y la percepción del paciente.

Características de una relación de ayuda

La persona que actúa como asesor debe mantener fundamentalmente las siguientes actitudes:

Ser permisiva, aceptativa y democrática.

Ser cálida y equitativa.

Fomentar la interacción y participación del ayudado.

Mantener relaciones de persona a persona.

Tener capacidad de comprender (querer comprender).

No querer servir de modelo. No interferir las decisiones. Actuar con respeto.

Ser sincera.

Las relaciones por parte del ayudado deben percibirse en la forma siguiente:

Con sensación de confianza.

Con comprensión por parte del asesor.

Aclaratoria de dudas por el asesor.

De respeto mutuo.

Recompensatoria.

Con independencia de la toma de decisiones.

Conocidas las características que deben regir una relación de ayuda para que ésta sea positiva, tendríamos que preguntarnos: ¿En la actualidad, los enfermeros estamos en condiciones de mantener este tipo de relaciones con nuestros pacientes?, o, por el contra-

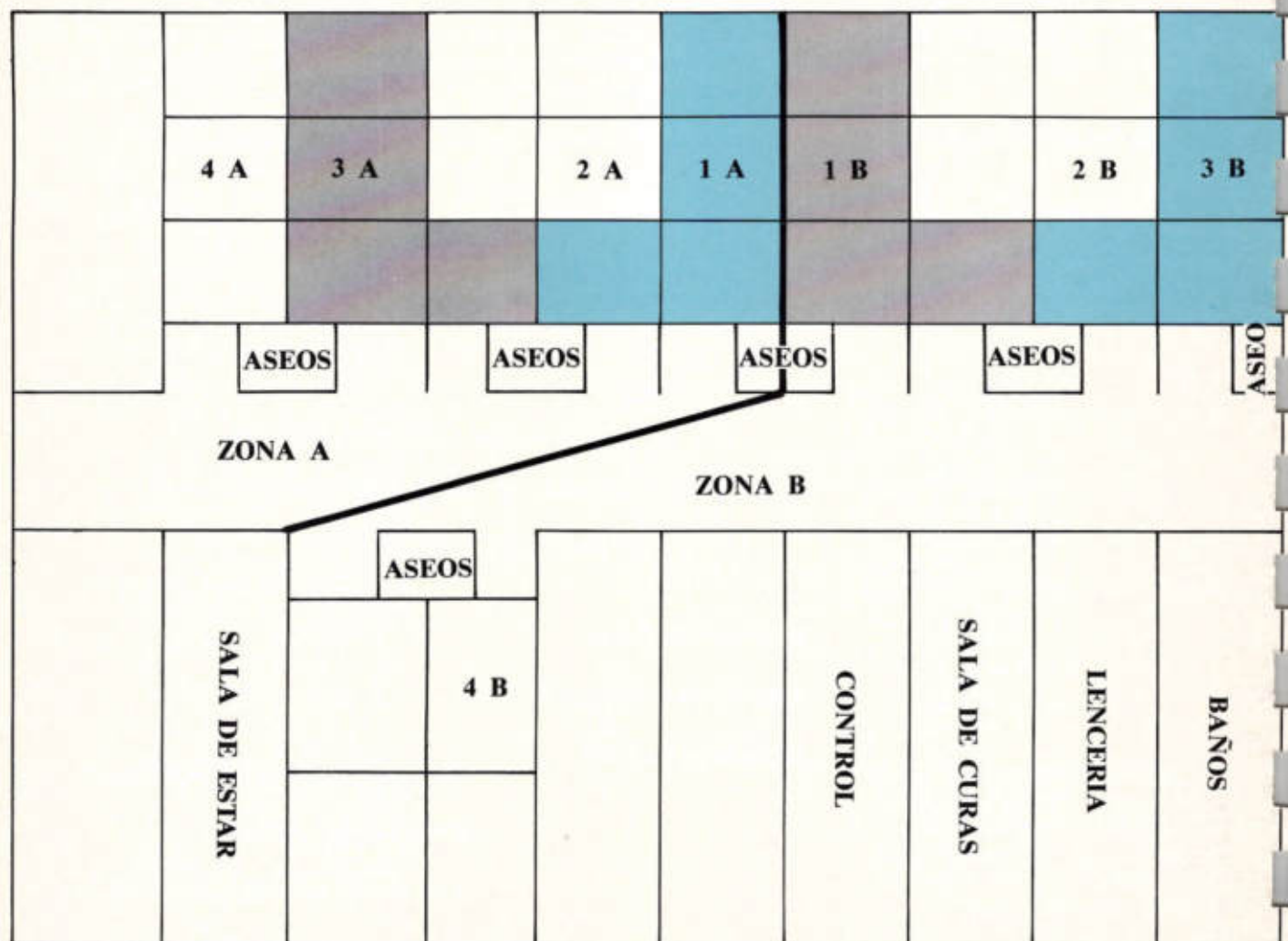
rio, ¿tendremos que modificar nuestros métodos de trabajo? Pienso que la respuesta debe partir de cada uno de nosotros en función de condiciones particulares en las que venimos trabajando.

Para finalizar este artículo voy a resumir los conceptos que en el mismo he intentado transmitir.

Utilizar el Proceso de Enfermería como método de trabajo debe significar establecer unas relaciones con nuestros pacientes en las que un determinado enfermero se haga responsable de los cuidados que debe recibir este paciente.

Las relaciones enfermero-paciente deben ser consideradas relaciones de ayuda y, por tanto, ajustarse a los requisitos que hacen que este tipo de relación sea positiva.

En los momentos actuales tenemos, y es posible conseguirlo, que desarrollar las fórmulas que hagan posible con los medios y recursos de que disponemos, este tipo de relación.



PREMIOS

NOBEL



Robert Koch nace en Klausthal (Hannover) el 11 de diciembre de 1843. Estudia en Göttingen, donde tuvo por maestro a Jacob Henle, y se doctora en dicha Universidad en 1866. Practicó primero en el Hospital General de Hamburgo y en 1869 se inicia en el ejercicio profesional en Rakwitz (Posen); tras intervenir en la guerra franco-prusiana reanuda la práctica de la medicina, ahora en la localidad de Bomst (Wollstein); en un laboratorio muy modesto, por él improvisado, llevará a cabo Koch su fundamental trabajo sobre el carbunco (1873-1876), con el que da comienzo su vida de investigador. En 1880, recomendado por Cohnheim, es nombrado miembro del Departamento Imperial de Sanidad en Berlín, donde tuvo como colaboradores a Hoeser y Gaffky; cinco años más tarde es nombrado profesor de Higiene y Bacteriología en la Universidad berlinesa, y en 1891 funda el Instituto de Enfermedades Infecciosas. Desde 1892 realizó Koch varios y todos importantes viajes científicos; en 1896 estudia la fiebre bovina en Africa del Sur y en la India; dos años después hace investigaciones sobre el paludismo en Italia e Indonesia; en el Africa Oriental Alemana, en 1904, realiza trabajos sobre la fiebre recurrente y

DE MEDICINA 1905 ROBERT KOCH

la enfermedad del sueño. La visita que hizo Koch en 1908 a Japón y Norteamérica sirvió para dar testimonio del renombre universal alcanzado por su labor como investigador. La muerte puso fin a su vida el 27 de mayo de 1910.

El quehacer científico de Robert Koch incluye un copioso elenco de hallazgos. Mencionada queda su contribución al conocimiento del carbunco; entre las novedades técnicas que introdujo en la investigación bacteriológica figuran métodos de tinción, mejoras en la práctica de la microfotografía, la esterilización mediante el vapor y, sobre todo, la introducción de medios de cultivo sólidos y transparentes. Descubre el vibrión cólerico, el agente productor de la conjuntivitis infecciosa (bacilo de Koch y Weeks) y el micrococo tetrágeno; importantes son, asimismo, sus estudios sobre génesis y epidemiología de un vario número de enfermedades infecciosas: cólera, fiebre tifoidea y paludismo, fiebre recurrente, enfermedad del sueño y «fiebre de Tejas», peste, tripanosomiasis y «fiebre del agua roja de Rhodesia». Resta por citar, en este apretado recuerdo de su labor, el más importante capítulo de la misma, su fundamental contribución al conocimiento de la tuberculosis, por la que le fue concedido el Premio Nobel de Medicina de 1905.

La utilización de una técnica original, consistente en la saponificación con potasa de la cubierta del germen de la tuberculosis, antes de intentar su teñido, le permite descubrir y describir el bacilo que había de llevar su nombre; el hallazgo lo dio a co-

nocer en la Sociedad Berlinesa de Fisiología el 24 de marzo de 1882, publicándose su comunicación, titulada «Die Aetiologie der Tuberkulose», en el *Berliner Klinische Wochenschrift* (1882; 19: 221-30). La aportación de Koch abría nueva etapa en los propósitos de dar solución a un grave problema médico, cuya explicación científica inició el médico militar francés Jean Antoine Villemin, al demostrar, en 1868, la contagiosidad de la tuberculosis y confirmar la posibilidad de inocular la dolencia a animales sanos.

El empeño puesto por Koch en idear recursos terapéuticos efectivos contra la tuberculosis le llevan a la obtención de la «tuberculina», de la que informó en el X Congreso Médico Mundial (Berlín, 1890), y por escrito en su trabajo «Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose» (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1890; 16: 1029-32; 1891, 17: 101-02, 1189-92). Los resultados no respondieron, ciertamente, a las ilusiones puestas en tal recurso, y lo mismo sucedió con la nueva «tuberculina» obtenida por Koch en 1897 («Ueber neue Tuberkulinpräparate». *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1897; 23: 209-13). Las investigaciones de Robert Koch sobre el agente causante de la enfermedad prosiguieron con el examen biológico y patogenético de los dos tipos de bacilo tuberculoso: bovino y humano, diferenciados en 1898 por Theobald Smith. Los escritos de Robert Koch, con el título genérico *Gesammelte Werke*, fueron reeditados en Leipzig a los dos años de la muerte de su autor.

LA CONTAMINACIÓN DE LA ROPA DE TRABAJO EN EL ÁREA DE LABORATORIO

Autora: **María de los Angeles Martín Fuentes**
D.U.E. Departamento de Microbiología. Área de Laboratorios del Hospital Universitario «Virgen Macarena» de Sevilla

INTRODUCCION

Es causa de preocupación el origen de las infecciones y mayor interés aún puede motivarnos las que se producen dentro del mismo ámbito hospitalario, no presentes en el paciente en el momento de su admisión.

Son varios los factores que se postulan interactuantes en la génesis de tales infecciones denominadas nosocomiales. Según Péchere y cols. (1982), han de recibir atención especial, desde un punto de vista fundamentalmente preventivo, la existencia de fuentes microbianas, de vectores, debilidad de las defensas y las acciones médicas favorecedoras.

En este contexto, el personal hospitalario cobra especial relevancia no sólo por constituir una fuente microbiana —en la medida en que sirve como portador de microorganismos contagiosos—, sino, y esencialmente, porque constituye uno de los principales vectores en el proceso de transmisión de las infecciones (Eickhoff y cols., 1969).

Es ésta, por tanto, una cuestión que nos afecta de manera importante a las A.T.S./D.E., ya que somos los miembros del equipo sanitario que más cerca se halla del enfermo.

Han sido descritos distintos medios por los cuales podemos constituirnos en un factor de diseminación de gérmenes. Así, tiende a aludirse (Barrett-Connor y cols., 1978) a las manos, a los equipamientos difíciles de esterilizar, etc., que constituyen el fundamento de ciertas directrices primarias de higiene y asepsia.

Con nuestro esfuerzo podremos reducir de manera importante el riesgo de transmisión de infecciones mediante el cumplimiento de estas reglas básicas (lavados frecuentes de manos, uso de jabones germicidas) que al mismo tiempo evitaría nuestra propia contaminación.

Sin embargo, hay factores que escapan a nuestro control, por otra parte escasamente referidos en la literatura al respecto. Uno de ellos ha requerido especialmente nuestra atención: la ropa de trabajo.

De esta forma nos planteamos en qué medida podría influir este factor a la hora de desplazarnos a los diferentes servicios y principalmente a aquellos donde encontramos enfermos con un sistema inmunitario especialmente comprometido, como puede ser una unidad de coronaria o una unidad de cuidados intensivos.

Esta preocupación es la que nos ha llevado a estudiar el nivel de contaminación de nuestros uniformes a la vez que los distintos tipos de gérmenes y su patogenicidad.

MATERIAL Y METODO

La muestra objeto de nuestro estudio está constituida por porciones de tejido extraídas de los uniformes de 100 personas que trabajan en los diferentes Departamentos del Área de Laboratorio cuya distribución es la siguiente:

— Bioquímica	41%
— Microbiología	28%
— Hematología	26%
— Anatomía patológica	3%
— Endocrinología	2%

De modo específico, las muestras fueron obtenidas en un 90% de las batas, y de los pijamas en el 10% restante. Las porciones proceden de dos lugares estándares en lo que respecta a las batas: parte inferior interna de la manga derecha (53%) y dobladillo interno derecho (37%).

De los pijamas, fueron obtenidas del borde superior del bolsillo de la blusa en todos los casos.

Por otra parte, mencionar que es conocido el peso de cada una de las muestras obtenidas, en orden a facilitar el recuento general de gérmenes.

Paralelamente a la extracción del tejido, se administró una encuesta con el fin de obtener información relativa a determinadas variables que, consideramos, podrían tener un peso específico en cuanto a la distribución de los gérmenes. Así fueron valoradas: el tiempo de uso de la bata desde último lavado, la utilización o no de lejías, la forma y el lugar de lavado.

Una vez obtenidas las porciones de tejido, se llevó a cabo su procesamiento, en orden a la siguiente secuencia:

- Siembra del tejido en 10 c.c. de Tioglicolato que fue incubado durante 24 h. a 36° C.
- Pasado este tiempo, se dio pase a medio sólido, sembrándose en medios Agar Sangre y Brucela Agar. La siembra en Agar Sangre se efectuó en recuento y se incubó durante 24 h. a 36° C.

El medio Brucela Agar se sembró en aislamiento y se incubó durante 48 h. a 36° C en jarra de anaerobiosis.

- Posteriormente, a los gérmenes crecidos en el medio Brucela Agar, se volvió a dar pase a medios Brucela Agar y Agar Sangre, incubándose de la manera anteriormente descrita. Esto se realizó para determinar que los gérmenes crecidos en la placa original eran estrictamente anaerobios.

La identificación de los microorganismos obtenidos se llevó a cabo por medio del Método de Edwards y Ewing para gérmenes aerobios y el de Holdemans y More para los anaerobios.

Una vez identificados todos los gérmenes, se determinaron sus frecuencias de aparición, tanto de forma aislada como en asociación, al igual que la relación entre éstas y las distintas variables sometidas a estudio, para lo cual

Se hizo necesario el empleo de un método estadístico no paramétrico: la prueba de Chi-cuadrado. Con el objeto de incrementar la potencia de la misma y poder analizar al mismo tiempo tablas de contingencia complejas se introdujeron las correcciones de Yates y Kullbach (Estadístico de información para el Test de homogeneidad o independencia de una tabla de contingencia).

RESULTADOS Y DISCUSION

De forma previa a la exposición de los datos obtenidos en relación con los objetivos que han servido de base al presente estudio, resulta oportuna la exposición de los resultados de la encuesta inicial. En lo que respecta al tiempo de uso de la bata desde el último lavado:

- 1 día de uso 4%
- 2 días de uso 8%
- 3 días de uso 11%
- 4 días de uso 48%
- 5 días de uso 11%
- 6 días de uso 4%
- Más de 6 días 14%

Los porcentajes de sujetos relativos a la utilización o no de lejías en el lavado:

- El 51% utiliza este producto.
- El 39% no lo utiliza.
- El 10% restante no sabe/no contesta.

La forma de lavado:

- A mano 10%
- A máquina 90%

Por último, y en lo que concierne al lugar de lavado:

- Hospital 7%
- Domicilio 92%

Las acusadas diferencias en lo que respecta a los datos porcentuales de las muestras en estas dos últimas variables dificulta el poder determinar el grado de relación entre las mismas y el modo en que se distribuyen los diferentes tipos de microorganismos.

Un estudio tipológico como el efectuado en primera instancia antes de incorporar las variables de interés señaladas, al objeto de clarificar la existencia o no de variaciones en los resultados obtenidos, debe centrarse en la determinación de los distintos tipos de microorganismos tal como se manifiestan en la realidad. Una actitud simplificadora por parte del investigador con una finalidad claramente didáctica (como hubiese sido el análisis en base a las frecuencias de los distin-

tos gérmenes independientemente de sus formas de aparición) implicaría un sesgo en una información que se presume de utilidad para estudios posteriores.

De hecho, la combinación de microorganismos se muestra más usual que la forma de aparición aislada (Tabla 2).

De entre aquellos que se manifiestan de esta última forma, es el *Staphylococcus Epidermidis* el tipo de germen predominante (22%).

Entre las configuraciones de microorganismos observadas, es de nuevo el *Staphylococcus Epidermidis* el que se muestra mayoritariamente presente, el cual, junto al *Clostridium Spp* conforman la combinación más frecuente (31%) en comparación con el resto (*S. epidermidis-E. faecalis*, *S. epidermidis-Clostridium Spp-P. alcalifaciens*), (Tabla 1).

Por otra parte, han sido numerosas las configuraciones de gérmenes con escasa frecuencia.

Una vez establecida la tipología, consideramos oportuno determinar en qué medida distintas variables consideradas de interés muestran su influencia en el modo de distribución de los gérmenes.

En lo que respecta a los distintos departamentos de donde fueron extraídas las muestras de tejido (Tabla 3), no se observan diferencias significativas entre los mismos en las frecuencias de aparición del *S. epidermidis*, de la combinación *S. epidermidis-Clostridium Spp*, *S. epidermidis-Es. faecalis*, otras combinaciones (punto 7, Tabla 2) y de placas negativas.

Por el contrario, el germen *Clostridium Spp* sí da lugar a tales diferencias ya que su aparición es más frecuente en el Departamento de Microbiología que en el de Bioquímica y en el de Anatomía Patológica en comparación con los de Hematología y Bioquímica.

De igual forma, otros gérmenes aislados (recogidos en el punto 6, Tabla 1) aparecen un mayor número de veces en el Departamento de Anatomía Patológica en comparación con el de Microbiología.

Próximas a la significación, también se observan importantes diferencias entre los Departamentos de Bioquímica y Microbiología en la configuración *S. epidermidis-Clostridium Spp-P. alcalifaciens*, manifestándose en mayor medida en el primero de ellos, al igual que la combinación 6 (otros gérmenes ais-

lados), cuya aparición resulta excepcional en el Departamento de Microbiología en comparación con los de Hematología y Anatomía Patológica.

En otro orden de cosas, el uso o no de lejías no da lugar al establecimiento de diferencias que pudiéramos considerar significativas desde un punto de vista estadístico en lo que respecta a los distintos microorganismos aparecidos (Tabla 4). Por consiguiente, este factor parece no mostrar su influencia en la forma real de distribución de los mismos.

En lo que respecta a la variable lugar de extracción de las porciones de tejido (Tabla 5), hemos de concluir su importancia en la medida que introduce variaciones en el modo como se distribuyen los diversos tipos de microorganismos. Prueba de ello es que la combinación *S. epidermidis-E. faecalis* se muestra más frecuente entre las muestras extraídas del bolsillo en comparación con el resto (procedentes de la manga y del dobladillo). De igual forma, la combinación 5 (*S. epidermidis-Clostridium Spp-P. alcalifaciens*) se manifiesta significativamente un mayor número de veces en las muestras procedentes del bolsillo del pijama que en aquellas extraídas del dobladillo, en las cuales se observan, por el contrario una alta frecuencia de placas negativas al compararlas con las procedentes de la manga.

Finalmente, el tiempo de uso de los uniformes también muestra su influencia en la distribución de las frecuencias de determinados gérmenes (Tabla 6), caso de las diversas configuraciones recogidas en el punto 7 (Tabla 1), las cuales tienden a mostrarse y de una forma significativa en mayor medida entre las muestras que exceden los 6 días de uso. Antes de ese intervalo no se producen variaciones importantes.

Por consiguiente, y en orden a la patogeneidad de los diversos microorganismos expuestos, hemos de concluir la necesidad de medidas que tiendan a favorecer cuando menos el incremento del grado de asepsia de los uniformes de las personas que desarrollan su labor en el área de laboratorio y la inhibición efectiva de sus oportunidades de contacto con pacientes especialmente sensibilizados a tal efecto. Efectivamente, la ropa de trabajo se convierte en vector potencial de transmisión en el proceso infeccioso junto a otros factores, sobradamente conocidos y en torno a los cuales, por lo general, sí se

llevan a cabo medidas primarias de prevención.

El hecho, evidenciado en nuestro estudio, de que existan diferencias entre los departamentos con respecto a gérmenes específicos promueve la creencia lógica de la existencia de ambientes en alguna medida diferenciados como consecuencia de actividades características.

De igual forma y considerando este factor en el área general de laboratorio, cabría suponer condiciones especiales que la diferenciaron, en lo que respecta a los tipos de microorganismos predominantes, de otras áreas del hospital. En la medida en que puedan determinarse este tipo de variaciones podrán extrapolarse o no las necesidades planteadas a otros departamentos y servicios.

GERMEN	PORCENTAJE
1. <i>Staphylococcus epidermidis</i>	22%
2. <i>Clostridium Spp.</i>	4%
3. <i>S. Epidermidis</i> + <i>Clostridium Spp.</i>	31%
4. <i>S. Epidermidis</i> + <i>E. faecalis</i>	8%
5. <i>S. Epidermidis</i> + <i>Clostridium Spp.</i> + <i>P. alcalifaciens</i>	4%
6. Otros gérmenes aislados	7%
• <i>Enterobacteria Spp.</i> no patógena.	
• <i>Enterococcus faecalis</i> .	
• <i>Klebsiella ozenal</i> .	
• <i>Citrobacter</i> .	
• <i>Sarcina</i> .	
7. Otras combinaciones de gérmenes	17%
• <i>S. aureus</i> + <i>E. faecalis</i> + <i>C. Spp.</i>	
• <i>S. aureus</i> + <i>E. faecalis</i> .	
• <i>S. aureus</i> + <i>Bacillus Spp.</i>	
• <i>S. aureus</i> + <i>C. Spp.</i>	
• <i>B.G.N.</i> + <i>C. Spp.</i>	
• <i>S. epidermidis</i> + <i>Enterococo D.</i>	
• <i>S. epidermidis</i> + <i>C. Spp</i> + <i>Streptococcus Spp.</i>	
• <i>S. epidermidis</i> + <i>Streptococcus Spp.</i>	
• <i>S. epidermidis</i> + <i>Hafnia alvei</i> .	
• <i>S. epidermidis</i> + <i>S. viridans</i> .	
• <i>S. aureus</i> + <i>C. Spp.</i> + <i>Enfaecalis</i> + <i>Pal calif.</i>	
8. Negativas	6%

Tabla 1.—Datos porcentuales relativos a las frecuencias de aparición de los distintos gérmenes.

GERMEN	FREC.	%
1. <i>S. Epidermidis</i>	22	22
2. <i>S. Epidermidis</i> en asociación ..	51	51
<i>Clostridium Spp.</i>	4	4
4. <i>Clostridium Spp.</i> en asociación ..	38	38
5. <i>E. faecalis</i>	2	2
6. <i>E. faecalis</i> en asociación	11	11
7. <i>E. aureus</i>	0	0
<i>E. aureus</i> en asociación	6	6

Tabla 2.—Frecuencias de aparición de los distintos gérmenes predominantes en forma aislada y en asociación. (Categorías no excluyentes.)

GERMENES	BIO.	MICRO.	HEMAT.	ANAT. PAT.	ENDOCR.
	Frec. %	Frec. %	Frec. %	Frec. %	Frec. %
1	8 19,6	8 28,6	5 19,2	0 0	1 50
2	0 0	3 10,7	0 0	1 33,3	0 0
3	11 26,8	11 39,3	8 30,7	0 0	1 50
4	3 7,3	1 3,6	3 11,1	0 0	0 0
5	4 9,7	0 0	0 0	0 0	0 0
6	3 7,3	0 0	3 11,1	1 33,3	0 0
7	11 26,8	4 14,3	4 15,4	0 0	0 0
8	1 2,4	1 3,5	3 11,5	1 33,3	0 0
TOTAL	41	28	26	3	2

Tabla 3.—Distribución de los gérmenes en función de los distintos departamentos del Área de Laboratorio.

GERMENES	USO LEJAS	NO USO LEJAS	NS/NC
(1)	10 20%	9 23,7%	3 27,3%
(2)	3 6%	1 2,6%	0 0 %
(3)	14 28%	13 34,2%	4 36,3%
(4)	3 6%	5 13,1%	0 0 %
(5)	3 6%	1 2,6%	0 0 %
(7)	11 22%	4 10,5%	2 18,2%
(8)	4 8%	2 2,2%	0 0 %
TOTAL	50	38	11

Tabla 4.—Distribución de los gérmenes (frecuencias y porcentajes correspondientes) según el uso o no de lejías.

GERMENES	MANGA	DOBLADILLO	BOLSILLO PULGAMA
(1)	12 22,6%	9 24,3%	1 11,1%
(2)	3 5,6%	1 2,7%	0 0 %
(3)	18 33,9%	12 37,4%	1 11,1%
(4)	4 7,5%	0 0 %	4 44,4%
(5)	2 3,7%	0 0 %	2 22,2%
(6)	2 3,7%	4 10,8%	1 11,1%
(7)	11 20,7%	6 16,2%	0 0 %
(8)	1 1,8%	5 13,5%	0 0 %
TOTAL (N)	50	39	11

Tabla 5.—Distribución de los gérmenes (frecuencias porcentajes respectivos) en función de la localización de la muestra de tejido.

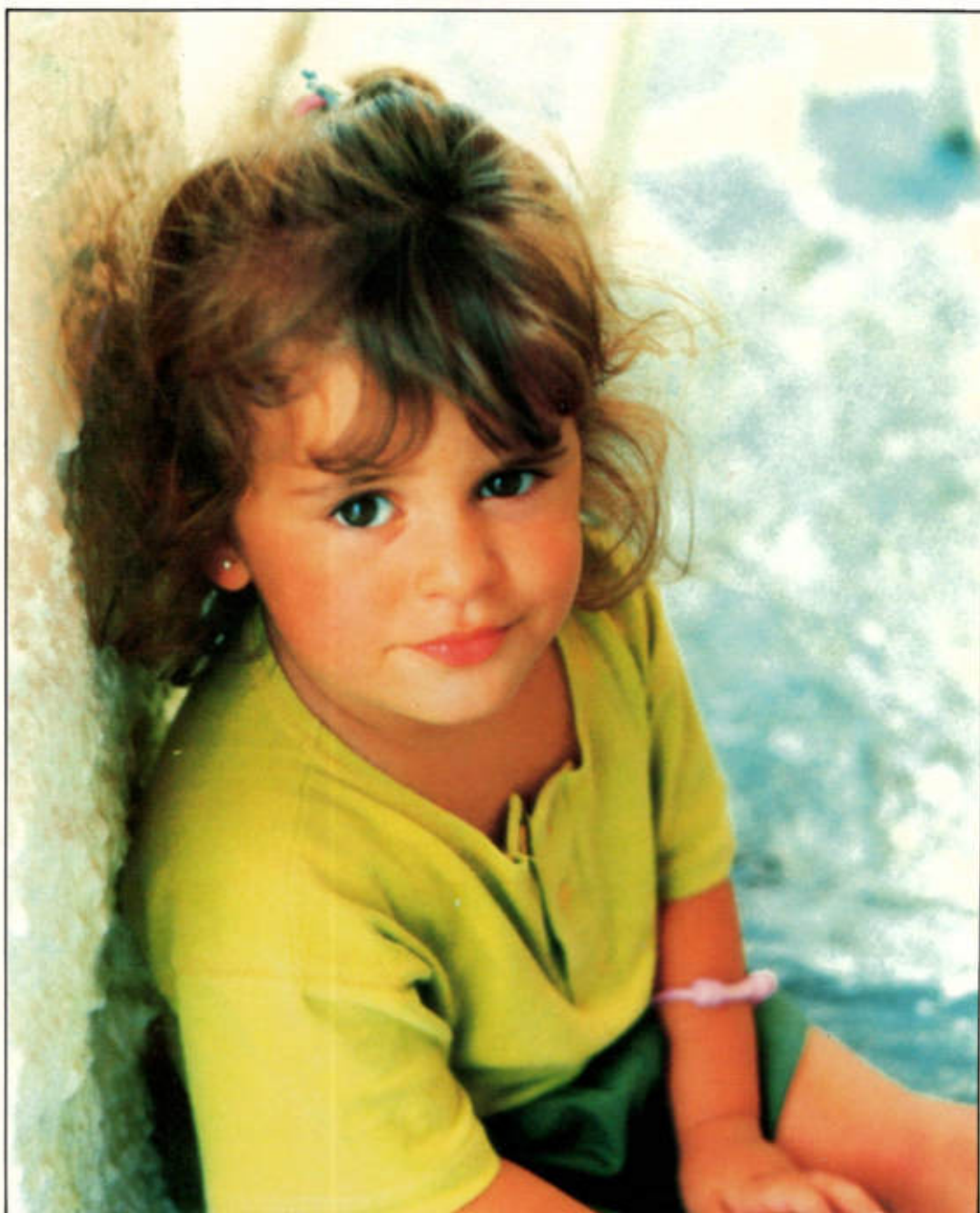
GERMENES	1	2	3	4	5	6	Más de 6
1	(25%)	(25%)	(36,3%)	(18,7%)	(20%)	(0%)	(28,5%)
2	(0%)	(0%)	(0%)	(4,3%)	(20%)	(0%)	(0%)
3	(0%)	(37,5%)	(18,1%)	(41,6%)	(20%)	(0%)	(28,5%)
4	(25%)	(12,5%)	(9,1%)	(8,3%)	(0%)	(25%)	(0%)
5	(0%)	(0%)	(0%)	(4,3%)	(0%)	(0%)	(7,1%)
6	(0%)	(0%)	(9,1%)	(8,3%)	(20%)	(0%)	(7,1%)
7	(25%)	(25%)	(18,2%)	(10,4%)	(0%)	(75%)	(28,1%)
8	(25%)	(0%)	(9,1%)	(4,16%)	(20%)	(0%)	(0%)

Tabla 6.—Distribución de los gérmenes (datos porcentuales) en relación con los días de uso de los uniformes.

BIBLIOGRAFIA

- ARMILLO ROJAS, R. *Epidemiología*. Buenos Aires, Inter-Médica, 1976.
- BARRETT-CONNOR, E.; BRANDT, S. L.; SIMON, H. J.; DECHAIRO, D. J. *Epidemiology for the infection control nurse*. Sant Louis, C. V. Mosby Company, 1978.
- EICKHOFF, T. C.; BRACHMAN, P. S.; BENNETT, J. V. *Surveillance of nosocomial infections in community hospitals*. J. Infec. Dis., 1969, 120, 305-317.
- PECHERE, J. C. *Las infecciones*. Barcelona, Ed. Médica y Técnica, S. A., 1982.
- PIEDROLA GIL, G.; PUMAROLA BUSQUETS, A.; BRAVO OLIVA, J. *Higiene medicina preventiva y social*. Madrid, Amaro, 1963.

CONCURSO N. 9



1.^{er} Premio.

Autor: Teresa Poblet Fanet.

Colegiada n.º 3908.

Máquina: Yashica FX-3.

Título: «Por una mirada un mundo».



2.º Premio.
Autor: María Teresa Braojos Moya.
Colegiada n.º 7653.
Máquina: Nikon MG-20.
Título: «Niño bebiendo».



3.º Premio.
Autor: Emilio Sánchez de Enciso Ruiz.
Colegiado n.º 8884.
Máquina: Yashica FX-3.
Título: «Flores».

APOYO PSICOLÓGICO A LA GESTANTE

Autoras: **María Teresa Sampere Llanos**
Isabel Machío Sousa
DUE-Matronas del Hospital Virgen del Rocío

Recientemente se ha llevado a cabo, en el Colegio de Enfermería de Sevilla, uno de los cursos que se vienen impartiendo sobre APOYO PSICOLÓGICO A LA GESTANTE, que ha permitido a las matronas asistentes efectuar una revisión de sus actitudes básicas ante la gestante en el proceso que comprende el pre-parto, parto y post-parto.

Se han estudiado diversos aspectos concernientes a las relaciones con este tipo de pacientes, entre los que podemos destacar:

- Problemática de la gestante.
- Problemática de la matrona en su relación con la gestante.
- La relación entre la gestante y la matrona. Fases. Problemática psicológica.
- La ansiedad en la gestante.
- El comportamiento asertivo en la actuación profesional de la matrona.

Como en nuestra opinión esta faceta de la asistencia sanitaria no está en la actualidad suficientemente desarrollada y por consiguiente es susceptible de mejorar, hemos considerado que sería conveniente exponer los aspectos más significativos relacionados con la ayuda psicológica a la mujer embarazada.

PROBLEMATICA DE LA GESTANTE POR LA VIVENCIA DE SU SITUACION

Esta problemática, que la subdividimos en tres grupos, la enumeramos a continuación esquemáticamente.

Problemas «por sí» de la gestante

- Falta de información.
- Edad:
 - Adolescente.
 - Mayor de 40 años.
- Número de hijos.
- Hijo deseado o no deseado.
- Nivel cultural.
- Educación sanitaria.
- Alimentación y hábitos dietéticos.

- Cambios corporales (estructura).
- Cambios de hábitos de vida.
- Necesidad de protagonismo (que estén pendientes de ella).
- Temor al embarazo (por experiencia nueva o anteriores).
- Miedo al parto:
 - Ansiedad.
 - Stress.
 - Dolor.
- Miedo a lo desconocido:
 - Hijo malformado.
 - Hijo deficiente mental.
 - Cambio de imagen.
- Temor a no recibir de la matrona el trato adecuado.
- Sentimiento de culpabilidad por el sexo del hijo.
- Necesidad de educación maternal.
- Cambios de personal sanitario en las visitas tocológicas.
- Situación geográfica:
 - Ciudad.
 - Rural.
- En general, problemas reales o posibles que se pueden presentar.

Problemas por su situación social

- Pareja estable o inestable.
- Estado social:
 - Casada.
 - Viuda.
 - Separada.
 - Soltera.
- Relación familiar de la gestante.
- Medios sanitarios a su alcance.
- Estabilidad económica.
- Aceptación o rechazo laboral de la gestante.

Problemas por su situación afectiva

- Aceptación o rechazo de la gestación (autoaceptación).
- Aceptación o rechazo por parte de la pareja.
- Relaciones sexuales satisfactorias o no.

PROBLEMAS DE LA MATRONA EN SU RELACION CON LA GESTANTE

También aquí, como en los proble-

mas de la gestante, nos limitamos a consignarlos sucintamente.

- Preparación:
 - Profesional.
 - Cultural.
 - Humana.
- Impotencia ante situaciones concretas.
- No poder solucionar un problema por falta de recursos.
- Relación de empatía con la gestante.
- Situación psicológica y física de la matrona en el momento.
- Percepción distinta de la realidad (mi realidad no es la suya).
- No saber transmitir un mensaje.
- Realizar el acto asistencial rutinariamente.
- Caer en actitudes maternalistas.
- Autocontrol ante actitudes de agresividad de la gestante.
- Responsabilidad por la posible repercusión que puedan tener su actuación en el futuro del hijo o de la madre.
- Establecimiento de «feed-back» (si se le transmite un mensaje a la paciente, conocer su respuesta —si lo ha entendido o no— y actuar en consecuencia).
- Tiempo y masificación.
- Falta de coordinación por parte del equipo.
- Falta de medios (zona rural).
- Sentirse culpabilizada por parte de la gestante o la familia.
- Nivel educacional y cultural de la gestante.
- Falta de colaboración de la gestante.
- Excesiva dependencia de la gestante hacia la matrona.

LA RELACION ENTRE LA GESTANTE Y LA MATRONA

La relación normal entre personas es buscada y por consiguiente existe libertad de aceptarla o no. En cambio, la

relación matrona-gestante no es buscada. Debe ser aceptada.

En la relación matrona-gestante las dos aportan algo y las dos desean obtener alguna cosa. La gestante aporta su incomodidad y la necesidad de ser asistida. La matrona aporta su capacidad profesional y su deseo de tener éxito en el desarrollo de su función. Las dos aportan sus necesidades de ser aceptadas, apreciadas y respetadas. Cuando las necesidades de ambas encuentran una respuesta, la relación es recíprocamente satisfactoria.

Esta relación se desarrolla a través de unas fases, cada una con sus propias características.

Fase de contacto

Esta primera fase es de orientación e información debiéndose establecer una confianza mutua. La matrona asume una responsabilidad, a ella le incumbe crear la atmósfera deseada y fijar los límites dentro de los cuales se desarrollará la relación.

Dicho de otra forma, la matrona debe presentarse a la gestante informándole de cuándo, por cuánto tiempo y a qué ritmo podrá estar con ella y con qué finalidad.

Fase de trabajo

El pase de la fase de contacto a esta segunda fase de trabajo no tiene un comienzo prefijado. Si la gestante está motivada, serán suficientes dos o tres «encuentros»; en cambio, si padece mucha ansiedad, la relación puede no progresar más allá de la fase de contacto.

En la fase de trabajo el objetivo fundamental es conseguir de la gestante una colaboración activa dentro de lo posible. Para ello es importante mantenerla informada sobre su estado, tratamiento, evolución, y al mismo tiempo sensibilizarla acerca de la forma en que ella misma puede contribuir.

Fase final

Es conveniente, siempre que sea posible, que la gestante sepa con un poco de antelación cuándo va a dejar el hospital, o en qué momento debe dejar el servicio la matrona con la que ha establecido relación.

Con ocasión de este último encuentro es muy importante resumir todo lo acaecido. La gestante tiene aquí la ocasión de expresar lo que le ha gustado y lo que le ha desagradado en la rela-

ción. Esta especie de evaluación es útil para la gestante, pero sobre todo para la matrona con objeto de poder corregir o perfeccionar las futuras relaciones con otras pacientes.

Fases de la relación matrona-gestante

FASE DE CONTACTO

Objetivo: conseguir confianza

- «Situación» a la gestante.
- Crear la atmósfera deseada.
- Fijar el marco de la relación.

FASE DE TRABAJO

Objetivo: conseguir colaboración

- Información sobre su estado.
- Información sobre su tratamiento.
- Información sobre su evaluación.
- Señalar cuál puede ser su contribución.



FASE FINAL

Objetivo: conseguir hacerse cargo

- Feed-back: que exprese lo que ha sentido.
- Ayudarle a hacerse cargo de su situación final.
- Ayudarle a canalizar su situación futura.

Perturbaciones en la relación

Hasta ahora hemos visto las relaciones que generalmente existen entre gestante y matrona, pero es importante considerar los factores inherentes a la gestación que pueden perturbar o complicar esta relación.

Una desmesurada ansiedad puede bloquear la relación en la fase de orientación y provocar diversos mecanismos de defensa: regresión, llantos, hostilidad, dependencia, indeferencia, etc.

En cuidados de urgencias, cuando se trata de procesos graves (eclampsias, cesáreas, etc.), lo mismo que si se trata de enfermedades no relacionadas con el embarazo (hipertensión, diabetes, etc.) se produce una regresión y una dependencia de la gestante con respecto a sus cuidadoras, que puede durar más o menos tiempo. Esto es normal mientras la gestante no haya recuperado una suficiente autonomía.

Sin embargo, aparte de las circunstancias citadas, si las gestantes se defienden en demasía por medio de la regresión, el llanto, la hostilidad, la dependencia y la indiferencia, es probable que le acongoje un problema subyacente.

te. En este caso es necesario que pueda hablar de ello antes de estar dispuesta a entrar en una relación satisfactoria.

También pueden surgir situaciones de ansiedad en otras fases de la relación, por lo que el peligro de bloqueo en la relación matrona-gestante se mantiene constante y exige de la matrona una vigilancia continuada.

Perturbaciones en la relación matrona-gestante

1. Fase de contacto
2. Fase de trabajo
3. Fase final

CITROËN BX GTI 16 VALVULAS

PRIMERA POTENCIA

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

Así es el Citroën BX GTI 16 válvulas.

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

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

Dispone de un sistema Motronic

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

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

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

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

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

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



Citroën BX. La Fuerza de la Tecnología.



**VDA. DE
MARIANO TERRY, S.A.**

POLIGONO CTRA. AMARILLA, 172
TELEF. 401 45 11 41007 SEVILLA

CITROËN

BLOQUEOS

Producidos por

ANSIEDADES

Pueden generar

MECANISMOS DE DEFENSA

- regresión
- llanto
- hostilidad
- dependencia
- indiferencia

LA ANSIEDAD EN LA GESTANTE

En general podemos definir la ansiedad como los distintos modos de transformación de la energía psíquica que fluye constantemente de la persona. Por consiguiente, es normal que se produzca y, en determinadas proporciones, no constituye ningún estado excepcional del ser humano.

Debemos redescubrir la utilidad que tienen las ansiedades y dejar de considerarlas como elementos indeseables que perturban la actividad normal y racional de la conducta humana.

Cuando nos referimos a la mujer embarazada, nuestro objetivo no consistirá en que se halle en el estado máximo de su aplacamiento de ansiedades, sino de lograr «el nivel justo» de su ansiedad y canalizar esa energía hacia una actitud de colaboración y participación activa, procurando evitar al mismo tiempo que una ansiedad excesiva pueda producirle desequilibrios.

Para ello es preciso conocer ante qué tipo de ansiedad nos encontramos. Las tres ansiedades básicas son:

Ansiedad confusional

La podemos definir como la amenaza de desintegrarse por no entender lo que ocurre dentro o fuera de uno, por no encontrar la reacción o la respuesta adecuada, por perderse en el caos, por «liarse».

Ansiedad paranoide

Diríamos, de la forma más aproximada posible, que es como la amenaza de desestructuración por un ataque

externo, porque algo o alguien ponga en peligro nuestra integridad.

Ansiedad depresiva

Sus manifestaciones son más polifacéticas que las dos anteriores. Se podría definir como el temor a la desintegración por pérdida, por el vaciamiento, por la falta de fuerzas e interés para vivir, por la de arribar a una situación en la que se sienta que nada vale la pena, ni siquiera uno mismo.

La presencia de la ansiedad en la gestante

Las tres ansiedades están presentes a lo largo de la estancia de la gestante en el hospital. Siempre una de ellas predomina sobre las otras y, por tanto, requiere mayor cuidado y atención.

La paciente suele emitir una serie de señales que si sabemos recogerlas nos pone sobre aviso de qué es lo que está ocurriendo desde el punto de vista anímico. Estos signos unas veces son claros pero en otras es preciso un trabajo de interpretación para entrar en su significado.

Con objeto de no extendernos demasiado, a continuación presentamos un cuadro por cada una de las tres ansiedades básicas, en los que se detallan de forma esquemática:

— Las manifestaciones de cada una de ellas.

— Las actitudes que indican el predominio de cada ansiedad.

— Factores introductores de tal o cual ansiedad.

Estos cuadros nos ayudarán a acercarnos a su identificación.

EL COMPORTAMIENTO ASERTIVO Y LA ACTUACION PROFESIONAL DE LA MATRONA

El concepto de asertividad es reciente. Se introduce a final de la década de los 60 en los escritos relacionados con la modificación de conductas. Nace de la necesidad que crea el incremento de la efectividad personal.

Podríamos decir que ser asertivos consiste en hacerse valer, en ser capaz de plantear y defender un argumento, una reclamación o una postura desde una actitud de confianza en sí mismo. En otras palabras, la asertividad se basa en la fe que las personas tienen en su propio juicio y por consiguiente en ser responsables de sí mismo y de sus actos.

ANSIEDAD CONFUSIONAL (por confusión)

MANIFESTACIONES de la ansiedad confusional	ACTITUDES que indican un predominio de ansiedad confusional	FACTORES que introducen ansiedad confusional
— Confusión. — Indecisión. — Vacilación. — Incoordinación. — Tartamudez. — Temblores. — Torpeza. — Incertidumbre.	— Preguntas abundantes y reiteradas sobre detalles técnicos y mecánicos de la intervención. — Dificultades notorias en la comprensión de la situación. — Signos de desorientación espacial y/o temporal. — Dislalias u otras alteraciones del habla. — Insistencia por garantizarse la pericia y prestigio del centro y del equipo.	— Las medidas de urgencia. — Los cambios de planes, fechas, etcétera. — La terminología excesivamente técnica. — La exageración del número de personas que componen el equipo. — Los cambios y rotación del personal. — La profusión de prescripciones medicamentosas y el reemplazo de unas por otras. — La complejidad del instrumental y la maquinaria quirúrgica.

ANSIEDAD PARANOIDE (por ataque externo)

MANIFESTACIONES de la ansiedad paranoide	ACTITUDES que indican un predominio de ansiedad paranoide	FACTORES que introducen ansiedad paranoide
— Miedo. — Desconfianza. — Terror. — Paralización por pánico.	— Tono agresivo, preguntas inquisidoras. — Intentos de acercamiento y curiosidad por los aspectos personales y afectivos de la vida de los distintos miembros del equipo. — Abundancia de reclamaciones, querellas, protestas, amenazas. — Reticencias, tendencia a verificar reiteradamente el diagnóstico y a hacerlo comprobar por varios profesionales. — Idealización, establecimiento de un vínculo de veneración o adoración hacia uno o varios miembros del equipo.	— Todas las medidas que impliquen sufrimiento de dolor físico. — Las ropas quirúrgicas. — Las entrevistas y consultas con familiares a espaldas del paciente. — Las actitudes autoritarias. — Los regímenes disciplinarios excesivamente rígidos. — El encierro, la inmovilización física. — El uso de sedantes hipnóticos.

ANSIEDAD DEPRESIVA (por vaciamiento)

MANIFESTACIONES de la ansiedad depresiva	ACTITUDES que indican un predominio de ansiedad depresiva	FACTORES que introducen ansiedad depresiva
— Tristeza. — Aburrimiento. — Fatiga. — Insomnio. — Impotencia. — Euforia o manía. — Anorexia.	— Euforia, exceso de optimismo, verbosidad, abuso del humor. — Tristeza acentuada, anorexia, insomnio, incontinencia del llanto, autoabandono. — Insistencia marcada de establecer relaciones amorosas y/o sexuales con uno o varios miembros del equipo.	— La anestesia total. — La postración y las indicaciones de reposo. — La falta de colorido en la decoración. — Las dietas alimentarias rígidas. — La cohabitación con enfermas de mayor gravedad. — El deceso de compañeras de sala. — La prohibición de visitas, la sobrecarga de visitas. — La sobreprotección.

Desde el punto de vista del comportamiento de la matrona debemos tener en cuenta que cualquier desequilibrio en la gestante puede generar una tensión.

La asertividad de la matrona debe manifestarse en que no sienta la necesidad anormal de proteger su «ego» y por consiguiente no dar respuestas de ataque a la paciente, o de autoculpabilización, o de disculpa, sino que tiene que valorar las situaciones y problemas en su justa medida, sin menospreciarlos, pero no dándole tanta importancia que llegue a sentirse dominada por ellos.

El comportamiento de la matrona debe tener objetivos claros, que se persiguen con perseverancia y que toman responsabilidad plena por las consecuencias de sus actos, aceptando con igual elegancia un cumplido que la admisión de un error. Ser asertiva significa, en fin, saber definir y defender los propios derechos y opiniones y respetar los de los demás.

Las personas no son estáticas en sus modos de comportamiento. Adquirir una forma de comportamiento cada vez más asertivo en nuestras relaciones con las gestantes nos llevará a una mayor competencia en nuestro trabajo, tanto en nuestras relaciones con las personas que nos rodean como en la toma de decisiones.

Desarrollar nuestra asertividad no es tarea fácil. En nuestra actuación asertiva pueden surgir ciertos temores (por ejemplo, si actuamos con poca clarificación o sin ella, o bien nuestro comportamiento no se ajusta a lo que creemos que debemos hacer), entonces nuestro desarrollo personal se detiene o incluso puede retroceder.

La aparición de alguno de estos temores impide o dificulta la adopción de una conducta asertiva.

Enumeramos a continuación los que suelen aparecer con mayor frecuencia y a continuación de cada uno de ellos las reflexiones que debemos hacer.

Temores. Reflexiones sobre los mismos

— *Temor a perder el apoyo afectivo de los superiores, compañeros y/o subordinados.*

Tenemos un cincuenta por ciento de posibilidades de que ello ocurra. Deberíamos saber si el apoyo afectivo es una condición fundamental para el desarrollo de nuestro trabajo. Lo cierto es que si somos asertivos, nos valoraremos más a nosotros mismos que si buscamos el apoyo de los demás.

— *Temor a limitar nuestras oportunidades profesionales.*

Cuando somos asertivos podemos manejar mejor una situación de un superior o un subordinado enfadado con nosotros. Si el enfado es irracional no es culpa nuestra y ello no puede limitar nuestras oportunidades a menos que adoptemos una actitud agresiva como respuesta al enfado de la otra persona.

— *Temor a que una conducta asertiva por nuestra parte sea manipuladora.*

No es lógico pensarlo puesto que una conducta asertiva defiende los derechos propios respetando los de los demás. Además, supone un planteamiento abierto, sin intenciones ocultas.

— *Temor a quedarnos sin argumentos al defender nuestras ideas y opiniones.*

Una persona asertiva puede admitir su fuerza y su debilidad. Ser capaz de admitir la propia ignorancia frente a algo ya es una respuesta asertiva.

— *Temor a ser considerados «fríos» e indiferentes hacia los demás.*

Es posible que nos consideren así las personas que se consideran con derecho a manipularnos o que piensen que debemos estar siempre de acuerdo con ellas.

— *Temor a ser demasiado asertivos rebasando áreas de competencia de otras personas.*

No se puede ser nunca demasiado asertivo. Precisamente una de las características de ser asertivo consiste en la adecuación de nuestra conducta a la situación del momento.

— *Temor a ser demasiado directo con los demás.*

En general, nos gusta que los demás sean claros y directos al darnos sus opiniones. ¿Por qué no pensar, por consiguiente, que los demás también lo desean y tienen la misma entereza para aceptar nuestras opiniones?

Hay que señalar, por último, algunos de los principales motivos para asumir un comportamiento asertivo: induce mejores sentimientos a las dos partes y da a las personas mayor seguridad, incrementa la serenidad, ejerce mayor control sobre el comportamiento, ayuda a mejorar la eficacia en el trabajo y es respetuoso para ambos interlocutores.

Jakubowski dice que es la «autoexpresión a través de la cual una persona se mantiene en cualquier situación firme a sus propios derechos humanos básicos sin violar los derechos humanos básicos de los demás».

Citamos a continuación algunos de estos derechos:

— El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.

— El derecho a ser escuchado y tomado en cuenta seriamente.

— El derecho a mantener su dignidad siendo propiamente asertivo (incluso si las otras personas se sienten heridas) mientras no se violen los derechos humanos básicos.

— El derecho a pedir información (incluyendo a los profesionales).

— El derecho a equivocarse y a ser responsable de ello.

— El derecho a tener y expresar sus propios sentimientos y opiniones.

— El derecho a pedir lo que quiere (reconociendo que la otra persona tiene derecho a decir que no).

— El derecho a establecer sus propias prioridades y a tomar sus propias decisiones.

Finalmente, queremos dejar constancia de que este trabajo no es más que un resumen de los escritos y enseñanzas recogidos durante el Curso de Apoyo Psicológico a la Gestante y tiene por finalidad darlo a conocer a otras personas interesadas en estos temas que no pudieron asistir al mismo.

Incontinencia:

Un sistema completo,
exclusivamente diseñado
para la incontinencia
de adultos.

La problemática de los adultos incontinentes no es fácil de resolver. Factores como el grado de incontinencia, complexión física de cada paciente o su capacidad de movimientos, determinan que cada uno de ellos necesite un tratamiento acorde a su caso particular: un tratamiento individualizado que le ofrezca protección total tanto de día como de noche.

El sistema TENAFORM para el tratamiento de la incontinencia es fruto de una larga y meticulosa investigación realizada con más de 10.000 adultos incontinentes, en colaboración con las más prestigiosas instituciones médicas. Desde 1976, año en que aparece sustituyendo a los tradicionales Apósitos Absorbentes rectangulares, ha sufrido una continua evolución hasta ser, hoy en día, el sistema más popular de Europa.

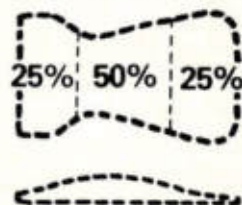
Por último, TENAFORM consta de dos piezas: Apósito Absorbente en tres tamaños, que se adaptan a los distintos grados de incontinencia, más una braga de sujeción.

TENAFORM®



ADAPTACION TOTALMENTE ANATOMICA.

ANATOMICOS: Se ajustan perfectamente al cuerpo del paciente, evitando desviaciones y derrames de orina. Además, el 50% de la pulpa está concentrada en el centro del Apósito. Justo donde se necesita mayor absorción.



NO IRRITA LA PIEL: La capa superficial de tela sin tejer deja pasar el líquido, pero no lo absorbe, evitando que la piel del paciente esté en contacto con la humedad de la orina.

MEJOR ABSORCIÓN Y DIFUSIÓN: La pulpa de celulosa está perfilada y comprimida para evitar la formación de bolsas de aire. Así se garantiza una mayor absorción y difusión de la orina.

CAPA IMPERMEABLE: Con los bordes recubiertos por tela sin tejer.

UNA PROTECCION PARA EL DIA Y OTRA PARA LA NOCHE.



TENAFORM NORMAL



Es un Apósito Absorbente que ofrece una discreta protección. Está indicado para un grado de incontinencia MODERADA a MEDIANA y para uso DIURNO.

Peso: 65 grs.
Tamaño: 32 x 60 cms.
Capacidad de Absorción: superior a 600 ml.
Bolsa 80 u. + 4 bragas.
PVP: 6.240 Ptas.
N.º C.N.: 459966

TENAFORM EXTRA



Especialmente indicado para uso DIURNO cuando el grado de incontinencia es GRAVE y para uso NOCTURNO cuando la incontinencia es MODERADA.

Peso: 100 grs.
Tamaño: 34 x 63 cms.
Capacidad de Absorción: superior a 900 ml.
Bolsa 60 u. + 3 bragas.
PVP: 6.600 Ptas.
N.º C.N.: 459974

TENAFORM SUPER



Indicado para un grado de incontinencia MEDIANA y GRAVE, y para uso NOCTURNO. Dada su gran capacidad de absorción puede durar toda la noche (aprox. 8 horas) sin necesidad de ser cambiado.

Peso: 135 grs.
Tamaño: 36 x 70 cms.
Capacidad de Absorción: superior a 1.200 ml.
Bolsa 60 u. + 3 bragas.
PVP: 7.920 Ptas.
N.º C.N.: 459982

**INCLUIDO EN LA
SEGURIDAD SOCIAL**



VENTA EXCLUSIVA EN FARMACIAS

Mölnlycke

Apdo. 279. ALCALA DE HENARES (MADRID). Tel.: (91) 889 39 98

¿ES POSIBLE LA ERRADICACIÓN DE BRUCELOSIS EN LAS POBLACIONES RURALES?

INTRODUCCION

La fiebre de Malta o Brucelosis es una zoonosis, enfermedad que afecta a determinados animales: bovinos, ovinos, caprinos, porcinos, etc., y al hombre.

El agente causal es un pequeño bacilo gramnegativo, aerobio, inmóvil de crecimiento lento, capaz de proliferar intracelularmente.

El reservorio natural de las brucelas son los animales: cabra, vaca, oveja, cerdo, etc. El hombre se contamina por contagio DIRECTO: pastores, veterinarios, matarifes, etc., o por consumo de productos contaminados: leche, queso, mató, etc.

Actualmente la enfermedad está erradicada en: Suiza, Dinamarca, Finlandia y Luxemburgo (1). Desgraciadamente, no podemos decir lo mismo de nuestro país, que tiene tasas elevadas: 17.66/100.000 hab. en 1975, con 6.320 casos; las cuales van en aumento: en 1984, se declararon 8.698 casos que corresponde a una tasa de 22.23/100.000 hab. (2).

Las repercusiones de la enfermedad son innegables, desde el punto de vista social, económico, laboral, etc. Da lugar a invalideces. Las pérdidas económicas de la Brucelosis humana se cifraron en «varios miles de millones de pesetas» para la Seguridad Social (3). El problema se agrava, cuando según los expertos, PROF. FOZ, NO se declara todos los casos.

Existen también las pérdidas y gastos derivados de la Brucelosis animal: Son los llamados GASTOS DIRECTOS E INDIRECTOS del ganado afectado.

Los gastos directos repercuten en la economía del ganadero, son: baja producción de leche, aumento del número de abortos, esterilidad de las hembras de cría, o de los machos, el bajo peso en las variedades de carne, etc.

Los gastos indirectos repercuten en la economía nacional, son: la importación de ganado indemne, importación de leche, carne, forraje, etc. Baste citar que las pérdidas totales por Brucelosis animal, para el año 1984, se-

gún la revista «EL CAMPO» (4), alcanzaron los QUINCE MIL MILLONES DE PESETAS, para nuestro país.

No exageramos diciendo que la Brucelosis es un problema grave, como lo demuestra la FAO/OMS, a través de su Comité Mixto de Expertos, que emitió un informe con los métodos de lucha contra la Brucelosis animal y humana.

Esperamos y deseamos que el Ministerio de Agricultura ponga en marcha dichos planes, que conduzca a la

ciones sacro-iliacas, intervertebrales, coxo-femorales, etc. Puede dar lugar al signo de PEDRO PONS: que es la epifititis del ángulo anterosuperior del cuerpo vertebral.

Este trabajo es un estudio realizado por ENFERMERIA en la población de Montellano, acerca de la Fiebre de Malta. Se comparan los años 86/87 con la actualidad 89. Plantea la hipótesis de trabajo: ¿Es posible la erradicación de Brucelosis en las poblaciones



ERRADICACION de Brucelosis en España.

rurales? Y propone soluciones concretas hasta hoy no contempladas.

DEFINICION

La Brucelosis humana es un proceso polimorfo en sus manifestaciones clínicas. Clásicamente —aunque no es la única forma de debutar—, cursa con una tétrada típica: ESTREÑIMIENTO, FIEBRE ONDULANTE, ALGIAS y SUDORACION. Alrededor del 60/70% existe hepato-esplenomegalia por afectación linfática.

Las algias suelen afectar al aparato locomotor, principalmente las articula-

MATERIAL Y METODOS

Desde el 1.º de enero de 1986 al 1.º de enero de 1987 se registraron 16 nuevos casos diagnosticados de Brucelosis humana en nuestra población: Montellano.

Montellano es una población rural de 7.211 hab. (censo corregido de 1987), situado en la sierra sur de Sevilla, de la cual dista 60 km. Sus recursos son agrícola y ganadero.

Detectado el problema de SALUD,

se elaboró un PLAN DE ACTUACION DE ENFERMERIA, que básicamente consistió en:

1. Aplicación del tratamiento anti-biótico específico:
Estreptomicina 1 g/IM/día/21 días. Se controlaron los demás fármacos administrados por vía oral: Septrim 2 com/12 horas. Doxiciclina 200 mg/día. AINES, etc.
2. Recogida de la sintomatología clínica predominante:
Fiebre: ver gráfica en figs. 1 y 2.
Artralgias.
Sudoración.
Orquitis, etc.
3. Identificación de las necesidades básicas del paciente, en relación a su alimentación; hidratación; regulación del balance hidro-electrolítico; evacuación, etc. Se realizó y promovió técnicas de autocuidado, suplencia, etc. Coincidiendo con la mejoría clínica del paciente, consolidamos una buena relación: PACIENTE-FAMILIA/ENFERMERO, dando paso a nuestro programa de EDUCACION PARA LA SALUD (6).
4. EDUCACION PARA LA SALUD: Esta iba dirigida, además del paciente, al resto de los familiares directos. Consistió en charlas explicativas de 10 minutos de duración, en su domicilio con los siguientes objetivos:
 - 4.1. Información de qué es la Brucelosis.
 - 4.2. Animales reservorios implicados: cabra, oveja, vaca, cerdos, otros.

4.3. La cadena epidemiológica: reservorio, huésped, vector, etc.

4.4. Normativa legal existente en cuanto a Brucelosis:

- Vacunación animal, indicaciones, costos, etc.
- Sacrificio de animales infectados, decomiso.
- Indemnizaciones, etc.

4.5. NORMAS A TENER EN CUENTA para evitar la enfermedad, su extensión y la posible erradicación, dirigidas al:

4.5.1 USUARIO:

Cocción y hervido de la leche correctamente.

Consumo de productos higiénicamente controlados por veterinario: queso fresco, etc.

Lavado de manos y/o utensilios en los contactos animales.

Desinfección de alimentos crudos con lejía, etc.

4.5.2. PROFESIONALES: Fueron las mismas del punto anterior más:

- Protección de manos con guantes durante el ordeño.
- Protección de boca-nariz, con mascarilla, especialmente en las manipulaciones del estiércol.
- Protección con botas de goma.
- Limpieza y desinfección con agua, cepillo y jabón y/o clorhexidina al manipular abortos, placentas y envolturas fetales de animales.
- Prohibición de comer, fumar durante las manipulaciones citadas con el ganado.
- Vacunación del ganado, que es GRATUITA, con las siguientes pautas admitidas internacionalmente (7) (8).

— Bóvidos hembras 3 a 7 meses edad: vacuna B-19.

— Cabras hembras de 4-6 meses edad: vacuna Rev-1.

— Ovejas hembras de 4 meses edad: vacuna Rev-1.

— Cerdos: puede utilizarse vacuna atenuada de brucellas abortus (Argentina), o la Suis B-61.

La anterior norma fue suministrada a título orientativo, remitiendo a los ganaderos al VETERINARIO TITULAR, como es preceptivo. Debe señalarse que para la ERRADICACION DE BRUCELOSIS no basta sólo con la aplicación de las vacunas animales: existen otras medidas como: el sacrificio de animales seropositivos, la localización de explotaciones infectas, control de abortos y siguientes cubriciones, desinfección de establos, cochinerías, etc. Estas y otras medidas escapan a nuestro cometido, siendo responsable el veterinario.

Con todos los datos hemos llegado a los siguientes...

RESULTADOS

1. La tasa de incidencia de Brucelosis humana en Montellano para el año 86/87 fue de 22.1 casos/10.000 hab., diez veces superior a la media nacional.
2. La distribución por grupos de edad, sexo, profesión, se recogen en las Tablas 1, 2 y 3. A destacar:
X: Al desconocer el límite superior del intervalo, no la calculamos.
Mdn: 23.4 años.
Mo: 7 y 22 años.
La máxima frecuencia se objetivó en los grupos 0-14 años y 15-29 años con 5 casos cada uno, lo que suponen el 62% del total (31% cada grupo).
3. La variable sexo dio los siguientes guarismos:
13 casos (81%) corresponden a varones.
3 casos (19%) corresponden a mujeres.
4. Profesión/Actividad: se recoge en la Tabla 3: Agricultores y ganaderos, con 4 y 3 casos respectivamente, son los más afectados; no obstante existen otras actividades atípicas a tener en cuenta en Brucelosis.
5. Distribución número casos/mes del año: En la fig. 3 se recogen,



a destacar que abril/mayo da la máxima frecuencia con 5 y 3 casos cada uno. Posiblemente relacionado con la ingesta de queso de cabra-vaca de venta ambulante, no higienizado. Fuera de estos meses existieron casos de Brucelosis, sin que se pudiera demostrar relación causa/efecto. ¿Contagio aéreo? ¿Contacto animal?

6. Factores epidemiológicos demostrados: A pesar de no haberse tipificado las especies de *Brucella*: *Melitensis*, *Abortus*, *Suis*, etc., por razones que se nos escapan de nuestro cometido, se estableció relación entre la ingesta de queso fraudulento, enfermedad en el foco de los meses de abril-mayo, por afectar a varios miembros de una familia. Los otros casos no se pudo objetivar claramente.

SITUACION ACTUAL

Desde enero 87 hasta la actualidad, octubre 89, tenemos conocimiento de un solo caso de Brucelosis. Se trata de un varón de 58 años, ganadero, ya diagnosticado en la serie, que ha debutado con un nuevo brote brucelar. ¿Brucelosis crónica? ¿Recaída? ¿Fracaso de tratamiento?

A la vista de lo que llevamos expuesto, ¿podemos hablar de una ERRADICACION de Brucelosis en Montellano? Vayamos por partes:

CONCLUSIONES/COMENTARIO

1. NO PODEMOS HABLAR DE ERRADICACION DE BRUCELOSIS, cuando observamos:
 - 1.1. Venta ambulante de leche.
 - 1.2. Los ganados siguen pasando por las calles de la población dejando sus excretas, a pesar que aconsejamos a la Autoridad vías alternativas. Ver plano adjunto.
 - 1.3. Actitudes incomprensibles en pastores y algunos ganaderos, que no vacunan a sus ganados, como es preceptivo y gratuito.
 - 1.4. No se exige a los ganaderos Guía Sanitaria de Indemnidad de los rebaños para Tuberculosis y Brucelosis.
 - 1.5. No se pone en marcha lo legislado en el RD/RESOLUCION 286 y 581 del 24-I-1979 y

19-2-1979. EPIZOOTIAS (Dir. Gral. Producción Agraria). Desarrolla Orden 25-XI-1978.

- 1.6. No se crean, localmente, MESAS o JUNTAS multidisciplinarias, formadas por ganaderos, veterinarios, sanitarios locales, representantes de la Administración, etc., que asuman este problema de SALUD.
2. HABLAREMOS DE ERRADICACION DE BRUCELOSIS, cuando:
 - 2.1. Constituidas las mesas o juntas del punto 6, exista un consenso de las partes implicadas. Prioricen NORMAS DE ACTUACION en la localidad.
 - 2.2. Se exija el cumplimiento de las mismas y la RESPONSABILIDAD a que da lugar su incumplimiento.
 - 2.3. Sanciones a los infractores, según ley.
 - 2.4. Se indemnice el ganado sacrificado, teniendo en cuenta su valor real, su rendimiento, etc.

Concluimos diciendo: que actualmente vivimos en la localidad, en cuanto a Fiebre de Malta se refiere, una situación de impases. NO SE PUEDE HABLAR DE ERRADICACION DE BRUCELOSIS, porque no se dan las condiciones arriba apuntadas; bastará que exista una sola cabra enferma, para que, inexorablemente,

se ponga en marcha la Cadena Epidemiológica. A pesar de nuestros esfuerzos.

BIBLIOGRAFIA

1. FUENTE SALVADOR, J.: «Distribución espacial y tendencia de la Brucelosis en España. Encuentro Internacional sobre Brucelosis. Madrid 85, págs. 161 y ss.
2. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Boletín Epidemiológico Semanal*, núm. 1.671, 19 de febrero de 1985.
3. FOZ, A. BRUCELOSIS. *Medicine*, IDEPSA, págs. 282 y ss. 1981.
4. Revista EL CAMPO: Publicaciones del Banco de Bilbao, págs. 49 y ss. 1981.
5. ALTON, G. G.; PLOMMET, M.: «Cumbre sobre Brucelosis en Ginebra, VI Reunión del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Brucelosis.
6. MONROY, C.: «Educación para la Salud dirigida a pacientes y/o familiares afectados de Brucelosis». Primer Premio QUIRON 87, del Il. Colegio Oficial de ATS/DE de LA CORUÑA.
7. ZARZUELO, É.: «Las vacunaciones». *Publicaciones de Capacitación Agraria. Serie Técnica*, núm. 24 del Ministerio de Agricultura. Madrid, 1967.
8. ALJAMA GUTIERREZ, P.: «Las Brucelosis animales, su importancia económica y planes de lucha». *Publicaciones Ganaderas*, núm. 2. EXCMA. DIPUTACION PROVINCIAL DE CADIZ, junio 1977.
9. CUESTA BENJUMEA, C.; LARROSA FERRER, S.: «El trabajo de la enfermera en la Comunidad: Visita Domiciliaria». *Curso de Nivelación ATS. SALUD PUBLICA, UNED*, págs. 343 y ss. 1983.





Figura 1. Distribución de la temperatura corporal axilar en un paciente afecto de Brucelosis. Caso n.º 4.

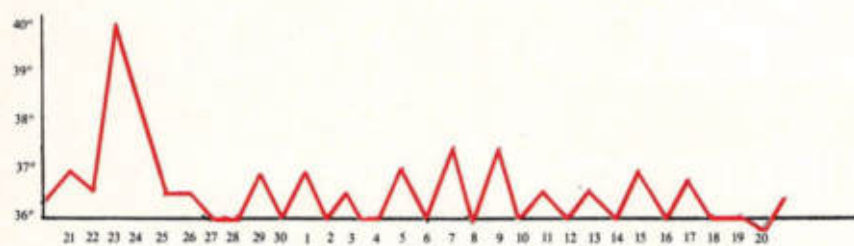


Figura 2. Distribución de la temperatura corporal axilar, en un paciente afecto de Brucelosis. Caso n.º 6.

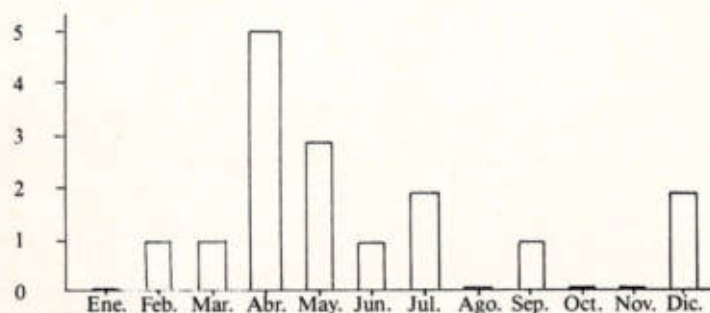
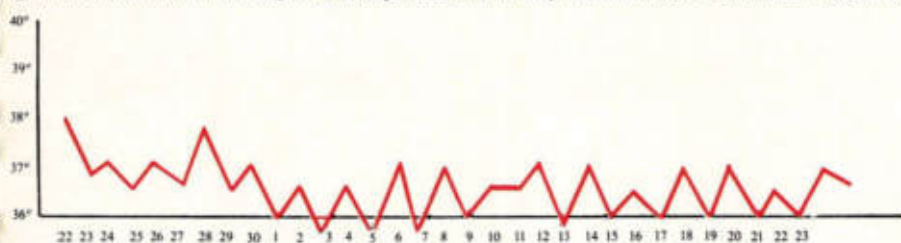


Tabla 1: Distribución por edades de la Brucelosis

EDAD	n	n _a
Más de 60	1	16
45-59	3	15
30-44	2	12
15-29	5	10
0-14	5	5

Tabla 2: Distribución de la Brucelosis por sexo

SEXO	CASOS	PORCENTAJE
Masculino	13	81
Femenino	3	19
TOTALES	16	100

Tabla 3: Distribución de la Brucelosis según profesión/actividad

PROFESION Y/O OCUPACION	CASOS
Agricultores	4
Estudiantes EGB	4
Ganaderos	3
Otros: amas de casa	1
escalador industrial	1
s. doméstico	1
s. ocupación	1

$$Mdn = Li + \frac{\frac{N}{2} - nd}{nc} \cdot 1$$

$$Li = 50\%N = \frac{50,16}{100} = 8,16 = 8, IC = 15 - 29$$

$$\frac{N}{2} = \frac{16}{2} = 8$$

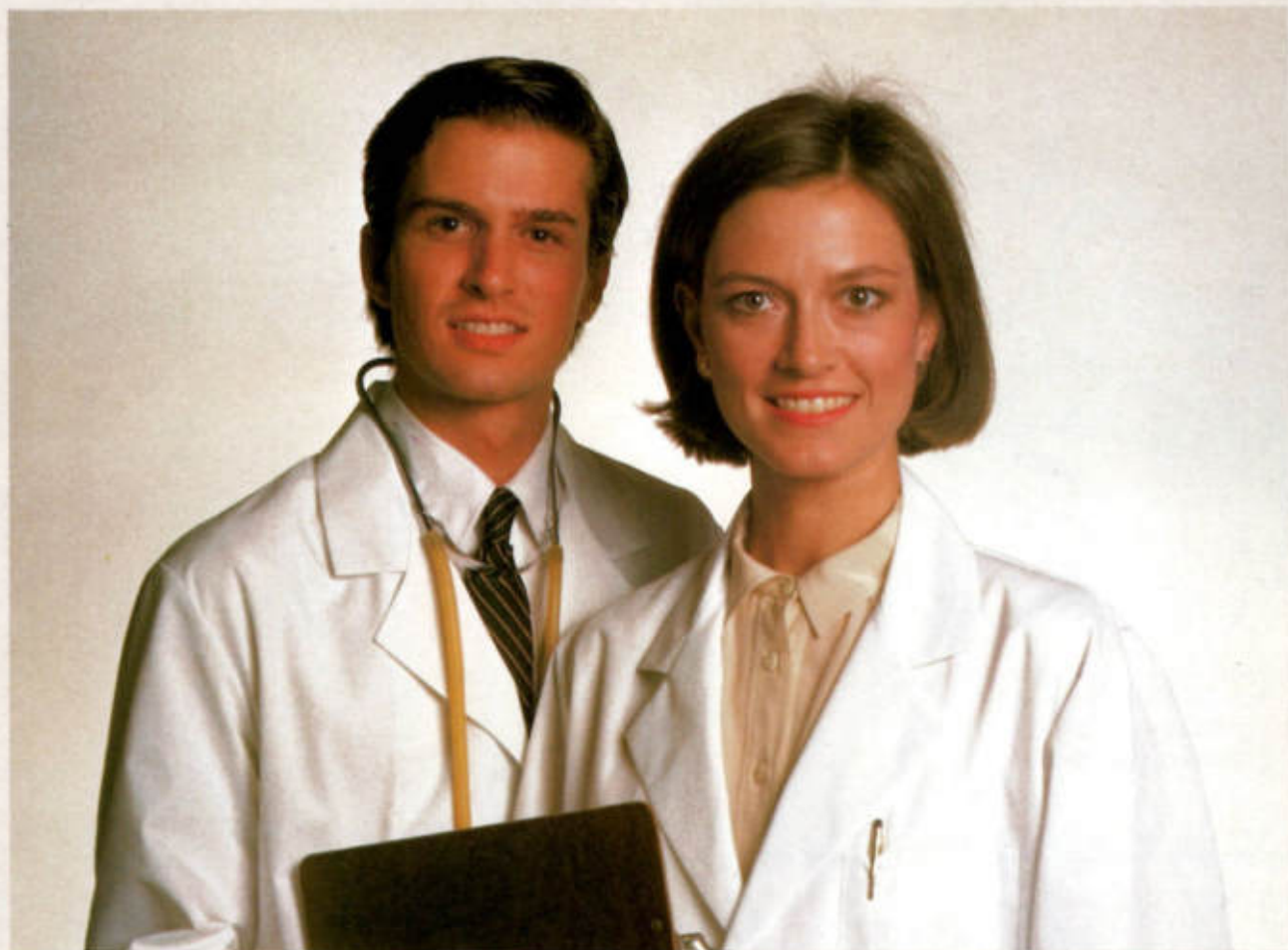
$$nd = 5$$

$$nc = 5$$

$$i = 15 - 29 = 24$$

$$Mdn = 23,4 \text{ años}$$

MAS VALE PREVENIR



Con la más completa gama de seguros elaborados específicamente para asegurarle a usted y a su familia así como a su patrimonio, tanto en su faceta de particular como de profesional: accidentes, jubilación, vida, automóvil, hogar, responsabilidad civil, consultorio...



CRESA
SEGUROS

Grupo Allianz RAS España

Sucursal en Sevilla:
Pº Cristóbal Colón, 20
41001 **SEVILLA**
Tel. 422 47 11

CONCURSO N.º 10



1.º Premio.
 Autor: Javier García Castro.
 Colegiado n.º 8639.
 Máquina: Ricoh XR 10X.
 Título: «Azul y cal».

CONCURSO FOTOGRÁFICO HYGIA N.º 11

CONCURSO FOTOGRÁFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E.
 TEMA: MONUMENTOS DE SEVILLA Y PROVINCIA
 1.º TRIMESTRE AÑO 90 (ENERO, FEBRERO, MARZO)

El plazo de presentación finalizará el próximo 28 de febrero de 1990.

BASES:

Premios: 1.º Premio: 50.000 Ptas.
 2.º Premio: 25.000 Ptas.
 3.º Premio: 10.000 Ptas.

Formato: 20×25 cm. color, enmarcada en cartulina blanca de 2 cm. de margen (24×29 con marco).

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

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

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

Los autores de las fotografías no ganadoras podrán recoger sus negativos a los 90 días de transcurrido el fallo, mientras que en los ganadores el negativo pasará a ser propiedad del Colegio.

El tema para el 2.º trimestre'90 será «LA MATERNIDAD».



2.º Premio.
Autor: Francisca Peña Espinosa.
Colegiada n.º 6768.
Máquina: Praktica MTL 5 B.
Título: «Calle Capuchinos».



3.º Premio.
Autor: José Luis Ortega Cabañas.
Colegiado n.º 8965.
Máquina: Pentax ME-Super.
Título: «La cab».

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

Manuel López Morales
M. Angel Alcántara González
M.^a Paz García Grimaldi
Teresa García Pérez
Carmen Guevara Muñoz
José Luis Iglesias Gutiérrez

Francisco López García
Manuel Tapia Muñoz
Lourdes de la Pisa Latorre
Amelia Aguilera Ortiz
Ildefonso Zarza Arroyo
José Antonio Suffo Aboza

Unidad de Enfermería del Centro de Salud de Torreblanca. Sevilla. Enero de 1988

INTRODUCCION

El presente documento es una guía de asistencia y educación al diabético, modificable y adaptable a las necesidades individuales del paciente o la masificación de la consulta de Enfermería en cuestión.

El modelo de Enfermería en que se desenvuelve este protocolo es aquel que tiene como objetivo el autocuidado del individuo. Servir de recurso y apoyo mientras no sea autosuficiente, pero educándole desde el principio para que asuma la responsabilidad de su cuidado y autonomía de los servicios sanitarios.

El carácter de provisionalidad es inherente al concepto de protocolo, por lo que está permanentemente abierto a toda modificación que lo mejore en cuanto a capacidad de consecución de sus objetivos.

Este protocolo se encuadra en la dinámica general del trabajo en equipo con el resto de los profesionales mediante las interconsultas y derivaciones con éstos.

Para no sobrecargar las consultas, las actividades a realizar con los diabéticos se dividen a lo largo de 6 visitas y constituyen un primer ciclo de asistencia-educación. Se continúa con un segundo ciclo, que constituirá su participación como discente en un curso de educación diabetológica. Las visitas sucesivas de revisión serán una prolongación del proceso educativo, como tercer ciclo.

El orden de temas a tratar es alterable según necesidades del paciente. Se sugiere seguir el propuesto en el caso de un diabético que llega por primera vez a la consulta y no ha tenido contacto previo con ningún educador diabetólogo.

La autoinyección, aunque está programada en la quinta visita, puede llegarse a conseguir mucho antes con la colaboración de los enfermeros en la sala de curas. Cada vez que venga al Centro de Salud para inyectarse, le explicarán el método y supervisarán sus progresos.

OBJETIVOS

1. Sistematizar la recogida de datos en la Historia clínica respecto a los diabéticos y su cuidado.
2. Unificar criterios de actuación en consulta de los enfermeros del Centro de Salud de Torreblanca, en cuanto a la atención y educación de los diabéticos.
3. Facilitar la puesta al día y adaptación al trabajo de los nuevos profesionales incorporados o sustitutos temporales.
4. Posibilitar futuros trabajos de investigación sobre la atención diabetológica y mejora de la misma.

SIMBOLOGIA Y CONCEPTOS PREVIOS

E. Exploración del diabético en cada consulta.

P. Plan de cuidados establecido en cada consulta.

SINTOMATOLOGIA

Con esta palabra, que aparecerá repetidamente en el cronograma de actividades, se entenderán los siguientes conceptos.

- A) General de diabetes: Polidipsia, Polifagia, Poliuria.
- B) De hipoglucemia: sudor, temblor, taquicardia, irritabilidad, hambre, somnolencia, mareos, cefaleas...
- C) De hiperglucemia: sequedad de mucosas, sed, prurito, dolor abdominal, náuseas, vómitos, respiración dificultosa...

la medición de la glucosa en la orina o en sangre mediante la utilización de tiras reactivas.

AUTOCONTROL

Concepto más amplio que el anterior, que implica la toma de decisiones y modificación del tratamiento (dieta, ejercicio e insulina) por el propio paciente, tras la interpretación de sus valores de glucosa en sangre y/o orina.

Las modificaciones de insulina que el paciente podrá realizar será del orden de 1 a 3 unidades/día y no más de dos veces consecutivas, pues en este último caso debe realizarse por parte del paciente una consulta (demanda). En el caso de tratamiento con Hipoglucemiantes Orales (H.O.) la dosis modificable será de 1/2 comprimido e, igualmente, a la segunda modificación consecutiva le obliga a ir a la consulta.

de los mismos ingeridos por el paciente en el día anterior a la visita en consulta.

HOJA SEMANAL DE ALIMENTACION

Documento de tamaño folio dividido en siete columnas, donde el paciente (o familiar) registrará los alimentos y sus cantidades ingeridas durante una semana.

DIARIO DEL DIABETICO

Librito de tamaño cuartilla, generalmente aportado gratuitamente por casas comerciales, donde el diabético, médico, enfermero o cualquier especialista que le visite anotará las determinaciones de glucosuria, glucemia, peso y cuantas observaciones sean de interés para el seguimiento y control del diabético que acuda a consulta.

AUTODETERMINACION DE GLUCOSA

Realización por el propio paciente de

ENCUENTA NUTRICIONAL DE 24 HORAS

Relación de alimentos y cantidades

CARNET DEL DIABETICO

Documento plastificado de identi-

be los valores con el reflectómetro de la consulta. Debe llevarse, junto a las tiras, el código del tubo al que pertenecen.

Las recetas de todos estos modelos precisan la rúbrica del inspector de zona. A la receta se le adjuntará un P-10 dirigido al Inspector (este requisito sólo es preciso la primera vez que se le receta), donde se le exponga la necesidad de la tira reactiva y se acredite la capacidad del paciente en su manejo. Debe constar en el P-10 la dirección del



usuario; deberá registrarse en la ficha de control de medicación cada vez que se facilite una receta de este tipo.

JERINGUILLAS DE INSULINA

Se usarán de plástico. Se instruirá en el manejo y respeto de las normas básicas de asepsia con objeto de poder utilizar la jeringuilla tres o seis veces, según las condiciones ambientales, conocimientos y destrezas que demuestre el diabético.

Las jeringuillas serán facilitadas por el enfermero correspondiente al cupo del usuario y se registrará la cantidad facilitada y fecha en que se realiza en la ficha diseñada a tal fin.

NORMAS SOBRE EL MANEJO DE JERINGUILLAS

1. Se lavarán bien las manos antes de cada manipulación de insulina y jeringuillas.
2. Se cuidará de que la aguja no ro-

ce nada que no sea la piel que perfora en el acto de inyectar; si así no fuere, se desechará inmediatamente.

3. Se guardará, bien encapuchada, junto con la insulina en el frigorífico (apartado de la mantequilla).
4. Se desechará la jeringuilla que se despunte, doble, provoque dolor al inyectar o presente algún tipo de duda en cuanto a sus condiciones de conservación.
5. En caso de desacostumbrado gasto de jeringuillas deberá justificarse ante el enfermero correspondiente.

NOTA DE CONSEJOS HIGIENICOS Y DIETETICOS A DIABETICOS

Son dos documentos, el uno con dibujos, el otro mecanografiado, donde se le explica al diabético las normas básicas de su cuidado.

NORMAS DE INYECCION DE INSULINA

Tenemos varios documentos al respecto, todos con dibujos y explicaciones por escrito. Utilizar según necesidades (manejo y conservación de insulina, rotación de zonas de punción, mezclas de insulina...).

CRONOLOGIA DE EDUCACION-ASISTENCIA

PRIMERA VISITA

— Presentación, explicación de lo que es la consulta de Enfermería.

— Realización de glucemia
60
300 Alto riesgo
180-300 Riesgo relativo
180 Bajo riesgo
mgr/dl

- Talla, peso y T.A.
- Sintomatología.
- Integridad de la piel.
- Medicación y su uso.
- Encuesta nutricional de 24 horas.

• Función renal: edemas, calambres, signos de infección urinaria.

- P: • Si es de alto riesgo o presenta sintomatología específica... medir cetonuria.

- Explicar modo de recogida de orina para medir glucosuria fraccionada. Dar botes de recogida en recepción (1 bote grande y 3 pequeños de muestras).
- Dar hoja y explicar consejos dietéticos y de cuidados higiénicos.
- Otros, según valoración.
- Intervalo de citas: Alto riesgo a los 2-3 días. Riesgo relativo: 1-2 semanas. Bajo riesgo: 1-2 meses.

SEGUNDA VISITA

- E: • Encuesta nutricional de 24 horas.
- Valoración de glucosuria fraccionada (explicar procedimiento de realización simultáneamente).
 - Glucemia (instrucción en autodeterminación simultáneamente).
 - Higiene corporal (uñas, pelo, vestimenta, etc.).
 - Eliminación intestinal.
 - Sintomatología.
 - Capacidad visual (valoración subjetiva según él), agudeza visual y otros síntomas (visión borrosa, picores, irritación conjuntival).
 - Ejercicio físico habitual. Ocupación.

- P: • Instrucción en autodeterminación de glucosurias y glucemias por punción capilar.
- Dar P-10 a oculista si no fue revisado hace menos de 6 meses.
 - Regulación de dieta y actividad física.
 - Dar recetas de tiras reactivas de orina junto P-10 inspección.
 - Dar diario del diabético.
 - Pedir realice glucosurias fraccionadas (según pauta adjunta) hasta la próxima visita y que anote resultados en el diario.
 - Otras según valoración.

TERCERA VISITA

- E: • Sintomatología.
- Glucemia.
 - Valoración de anotaciones sobre glucosuria. Valores y su capacidad de interpretación.
 - Peso.

- Valoración de: motivación, capacidad física para autocontrol, capacidad psíquica, nivel de instrucción, patologías asociadas, problemas socioeconómicos, otros.

- P:
- Educación en autodeterminación de glucemias. Dar receta de tiras reactivas y P-10 inspector.
 - Dar P-10 para E.K.G. (si no tiene uno hecho hace menos de un año y éste es normal).
 - Pedirle se haga un perfil para el próximo día.
 - Otros según valoración.

CUARTA VISITA

- E:
- Valorar capacidad y habilidad en autodeterminación de glucemia y sus anotaciones.
 - Realizar glucemia él mismo.
 - Sintomatología.
 - Historia nutricional de 24 horas.
 - Ejercicio físico realizado.
- P:
- Instruir sobre:
 - Generalidades sobre la diabetes.
 - Fisiología de las glucemias, relación con la dieta y ejercicio.
 - Hiperglucemias e hipoglucemias. Signos de alarma y actuación inmediata.
 - Complicaciones a largo plazo.
 - Dar hoja de valoración de alimentación semanal.
 - Pedir realización perfil el día anterior a próxima visita.
 - Otros según valoración.

QUINTA VISITA

- E:
- Sintomatología.
 - Valoración de perfil día anterior.
 - Valoración de hoja valoración alimentación semanal.
 - Peso.
 - Ejercicio físico realizado.
- P:
- Instrucción sobre autoinyección de insulina, rotación de pinchazos, mezclas, conservación de insulina, modificación de dosis según glucemia, etc.
 - Corregir dieta, en su caso.
 - Dar hoja de valoración de alimentación semanal.
 - Pedir perfil para próximo día.
 - Otros según valoración.



SEXTA VISITA

- E:
- Sintomatología.
 - Ejercicio.
 - Perfil glucémico día anterior.
 - Peso.
 - Dieta.
 - Valoración capacidad de autoinyección. Demostración con suero fisiológico.
- P:
- Instrucción en medición de cetonuria.
 - Realizar encuestas de conocimientos.
 - Introducción en un grupo para Educación grupal.
 - Informar sobre asociaciones de diabéticos.
 - Dar receta de tira reactiva para cetonuria (si es tipo I) junto P-10 para inspector.
 - Dar folletos según necesidades.
 - Otros según valoración.

VISITAS SUCESIVAS

- E:
- Sintomatología.
 - Perfil del día anterior.
 - Historia nutricional de 24 horas.
 - Ejercicio realizado.
 - Uso de la medicación.
 - Integridad de la piel. Especialmente pies.
 - Capacidad para autocontrol.
 - Función renal: edemas, calambres, signos de infección urinaria.
 - Peso.
 - Capacidad visual.
 - Valorar sus anotaciones en el diario del diabético.

- Comprobar conocimientos mediante preguntas sencillas.

- P:
- Según problemas detectados.
 - Refuerzo positivo de sus logros.
 - Intervalo de cita:
 - Bien controlado cada tres meses.
 - Control mediocre .. 1-2 meses.
 - Mal control según gravedad y riesgo.
 - Traer perfil del día anterior a cada consulta.
 - Repaso de conocimientos.

CADA AÑO

- Pedir analítica de sangre:
 - HbA_{1c} (Hemoglobina glucosilada) Si hay muchas alteraciones de glucemias, pedirlo cada tres meses.
 - Ac. urico.
 - Hematocrito.
 - V.S.G.
 - Colesterol.
 - Triglicéridos.
 - Creatinina.
 - Urea.
 - Sodio.
 - Potasio.
- Analítica de orina:
 - Albúmina.
 - Acetona.
 - Densidad.
 - Sedimento.
 - Cantidad de 24 horas.
- P-10 oculista para revisión.
- E.K.G.

NOTA: Con todas estas pruebas complementarias realizadas y el diario del diabético el enfermo se derivará a la consulta médica.

VISITA A DEMANDA

Quando presente sintomatología de descompensación y no cede con medidas realizadas por él mismo.

Quando precise más de dos modificaciones de las dosis de insulina o hipoglucemiantes orales (H.O.) por él mismo.

Quando tenga alguna duda para resolver sobre sus autocuidados.

AUTODETERMINACIONES DE GLUCOSA

DIABETICOS TIPO I: Sin sintomatología y estabilizado.

- Perfil glucémico de 6 puntos día

anterior a cada consulta (llevar tiras en tubo).

- Perfil glucémico de 3 puntos cada 8 días.
- Glucosuria antes de cada comida 2-3 veces por semana.
- Glucemia ante cualquier eventualidad.
- Cetonuria si existe alteración cuantitativamente significativa de glucemia o glucosuria.

DIABETICOS TIPO II: Estable y sin sintomatología.

- Perfil de 6 puntos día anterior a cada consulta.
- Perfil de 3 puntos cada 15 días.
- Glucosuria fraccionada cada 8 días.
- Glucemia ante cualquier eventualidad.

CRITERIOS DE DERIVACION A CONSULTA MEDICA

1. Existencia de 3 controles seguidos con perfiles glucémicos en los que haya 2 puntos con glucemia superior a 200 mgr/dl con respecto de la dieta, actividad física y medicación instaurada, hasta el momento.
2. Aparición de enfermedad intercurrente que deteriore el estado general.
3. Referencia por parte del enfermo de la existencia de 3 crisis de hipoglucemia leve distantes entre sí menos de 1 semana.
4. Si no cumple las condiciones anteriores se derivará cada 6 meses para control sistemático, previa petición de analítica protocolizada si procede.

GENERALIDADES SOBRE LA DIETA

1. Prohibidos los glúcidos simples mono y disacáridos) y las grasas saturadas.
2. Dividir los alimentos a lo largo del día en ingestas frecuentes y de pequeña cantidad.
3. Porcentaje de Principios Inmediatos sobre el Valor Calórico Total: polisacáridos 60%; prótidos, 15%; lípidos insaturados, 25%.
4. Incrementar las cantidades de alimentos ricos en fibra y de absorción lenta (vegetales, frutas, productos integrales).
5. Evitar tóxicos (alcohol, tabaco, ...).
6. Desaconsejar el uso de alimentos específicamente elaborados para diabéticos.

EJERCICIO

- Según cualidad del diabético:
 - Uno) Carrera.
 - Dos) Paseos, caminar.
- No deportes con riesgo (como escalada o submarinismo).
- Valorar cuidadosamente la realización de deportes competitivos (tenis, fútbol, natación, etc.).
- Evitar trabajo peligrosos (por ejemplo, aquellos que requieran subir a un andamio o poste, o bien que generen gran cantidad de estrés.)

FASE OPTIMA PARA LA EDUCACION

Si el paciente, en las primeras semanas tras el diagnóstico, presenta una reacción de negación, angustia, depresión, etc., centrar los esfuerzos en la aceptación de su enfermedad. Una vez superado, iniciar el ciclo educativo.

Actuar de igual forma, es decir, solventando los problemas prioritarios para el diabético, si existe una grave descompensación u otras circunstancias que afecten a la capacidad de concentración y distraiga la atención del paciente.

DOCUMENTOS QUE HA DE RECIBIR EL DIABETICO A LO LARGO DEL CICLO EDUCATIVO

- Hoja de consejos dietéticos (mecanografiado).
- Hoja de consejos higiénicos y autocuidados.
- Hoja de procedimiento de autoinyección de insulina.
- Diario del diabético.
- Hoja de valoración semanal de alimentación.
- Dieta hipocalórica según sobrepeso.
- Folletos, revistas, libritos según capacidad de comprensión y necesidades individuales.
- Ficha de signos de alarma y actuación inmediata.
- Carnet del diabético. Facilitar el impreso de solicitud.
- Impreso de solicitud para ingresar en la Asociación de Diabéticos del Sur (ADISUR).

NOTA 1: En caso de analfabetismo, dar a familiar que se haga cargo.

NOTA 2: Toda instrucción que se dé por escrito debe ser explicada verbalmente y luego recordada.

Visitas en consulta										
EXPLORACION	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a	Suc.	Cada 6 m.	Cada año	PLAN DE CUIDADOS
Sintomatología	E	P	E	E	E	E	E			Normas dietéticas
Glucemia	E	P	E	E	E					Normas higiene y autocuidados
Peso	E			E	E	E	E			Normas ejercicio físico
Talla	E	P	P							Instruir en glucosuria fraccionada
Presión arterial	E		P			P				Corregir dieta
Integridad de la piel	E		P				E			Corregir ejercicio físico
Medicación y su uso	E		P					E	P	P-10 Oculista
Glucosuria fraccionada		E	P							Receta tiras glucosuria
Actividad física		E	P	P	E	E	E			Instrucción en autodeterminación de glucemia
Capacidad visual		E		P				E		Receta tiras de glucemia
Valorar capacidad para autodeterminación glucosurias				E			P	E		Instrucción autodet. cetonuria
Higiene corporal		E					P			Receta tiras cetonuria
Valorar capacidad para autodeterminación glucemias				P	E				P	P-10 Electrocardiograma
Val. capacidad autoinyección		P				E	E			Dar Diario del diabético. Instruir en anotaciones
Val. Anotaciones del diario				E	E		P	E		Dar folletos según necesidades
Val. Alimentación semanal					P	E	P	E		Dar hoja alimentación semanal
Val. Condiciones generales: patología asociada, motivación, relaciones familiares, probl. socioeconómicos, val. Fis. y Psi.										Instruir: fisiología diabética Hiperglucemias Actuación ante crisis Complicaciones
Encuesta nutricional de 24 h.	E	E		E		P	E	E		Instrucción en autoinyección, modificación de dosis, rotación puntos de inj., merdas de insulina...
Val. Conocimientos generales								E	P	Repaso de conocimientos
Val. Perfil día anterior				P	E	P	E	P	E	Pedir perfil glucémico para próximo día
Función renal	E							E		Pedir analítica según protocolo
Eliminación intestinal		E						P		Refuerzo positivo de logros
								P		Introducción en grupo para Educ. Salud
									P	Derivar médico
								P		Encuesta de conocimientos
								P		Informar sobre Asociación Diabéticos
	P	P	P	P	P	P	P	P	P	Otros según necesidades

CURSOS . JORNADAS . CONGRESOS

X CERTAMEN DE ENFERMERÍA ESPAÑOLA

Fecha de celebración: hasta 9 de febrero de 1990
Organiza. Escuela U. Enfermería San Juan de Dios (Ciempozuelos)

I JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA

Fecha de celebración: 25-27 de octubre de 1990
Lugar de celebración: Zaragoza
Organiza. Escuela Univ. Enfermería

CONGRESO GENERAL

Fecha de celebración: 7-12 de octubre de 1990
Lugar de celebración: Japón 1990

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE LAS ÚLCERAS DE LA PIEL

Fecha de celebración: 5-7 de abril de 1990
Lugar de celebración: Valencia
Organizado por: Dirección Enfermería Hospital Arnau de Vilanova

III CURSO NACIONAL DE OBSTETRICIA PARA MATRONAS

Fecha de celebración: 14-16 de junio de 1990
Lugar de celebración: Las Palmas de Gran Canaria
Organizado por: Instituto Dexeus y Hospital Carlos Haya

LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

Fecha de celebración: 2-3 de marzo de 1990
Lugar de celebración: Sevilla
Organizado por: Enf. Hospital General Virgen del Rocío

IV JORNADAS DE GESTIÓN HOSPITALARIA

Fecha de celebración: 7-9 de febrero de 1990
Lugar de celebración: Sevilla
Organizado por: Dir. Gerencia Hospital Univ. de Valme

INMUNOTERAPIA EN ENFERMOS ALÉRGICOS

Dr. Manuel Díaz Fernández

Unidad de Alergia. Servicios Comunes H.U. V. del Rocío

INMUNOTERAPIA. SITUACION ACTUAL

La Inmunoterapia (IT) es un procedimiento terapéutico que se realiza con aquellos enfermos ALÉRGICOS en los que se ha demostrado de forma clara que su proceso (RINITIS, RINO-CONJUNTIVITIS, ASMA BRONQUIAL) está inducido por la sensibilización a un alérgeno ambiental (ACAROS DEL POLVO DOMESTICO, POLENES, HONGOS, etc.), que no puede ser fácilmente eliminado.

No está limitada la IT a estos casos, sino que también se aplica en otras circunstancias, como por ejemplo en aquellos casos de ALERGIA A VENENO DE INSECTOS, donde además se ha demostrado de una alta eficacia. Pero estos casos, por revestir determinadas condiciones en las que se incluyen su peligrosidad, están limitadas al manejo por parte del especialista y generalmente deben ser sólo administradas dentro del ámbito hospitalario.

Así pues, nos vamos a referir sólo a la IT mencionada al principio, que es además la que con más frecuencia es manejada por el A.T.S. o DIPLOMADO EN ENFERMERIA.

No se trata de una terapéutica nueva, ya que su aplicación comenzó a principios de este siglo, pero desde entonces ha experimentado cambios considerables, no en su fundamento, pero sí en los criterios de distinta naturaleza que sobre ella han ido desarrollándose, que la han convertido en un procedimiento terapéutico útil en muchos casos, pero, naturalmente, si se cumplen una serie de condiciones.

Inicialmente, estos tratamientos tenían, como muchos otros, mucho de empírico, pero el avance de los conocimientos, la identificación de los alérgenos, su purificación y estandarización, la mayor fiabilidad de los métodos diagnósticos, la precisión de sus indicaciones, etc., hacen que disponga-

mos de un buen procedimiento de tratamiento para este tipo de enfermos.

A lo largo de los años, ha ido recibiendo distinto tipo de nombres, como «DESENSIBILIZACION», «HIPOSENSIBILIZACION», etc., que no son correctos. Aún sigue estando vigente en algunos ambientes el denominarlos «VACUNAS», término que no sólo es incorrecto, sino que también puede generar confusiones de concepto. Es mucho más adecuado el término de INMUNOTERAPIA (IT) que es el que seguiremos usando a lo largo de esta descripción.

Si bien, como decíamos anteriormente, el desarrollo de la IT ha sido considerable, sobre todo en los últimos 10 años, no es menos cierto que su aplicación práctica sigue conteniendo muchos errores, debido en unos casos a incorrectos diagnósticos, a prescripciones con composición inadecuada del

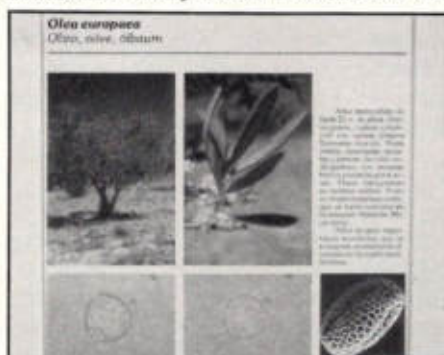
tractos sean de calidad, que exista disciplina por parte del enfermo y que la persona que administra el extracto disponga de la información y medios suficientes para ello.

Es el A.T.S. o DIPLOMADO EN ENFERMERIA un escalón fundamental de esta cadena. Por ello vamos a tratar de proporcionar aquí los datos iniciales más importantes, aunque será necesario una información más amplia y documentada que atienda aquellas necesidades más puntuales de estas cuestiones.

Recientemente la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica ha editado unas recomendaciones para este tipo de tratamientos, que son de gran utilidad y que, en parte, vamos a comentar aquí.

Como hemos apuntado, la INMUNOTERAPIA ESPECIFICA consiste en la administración de dosis progresivamente crecientes del alérgeno o alérgenos y constituye en la actualidad el único medio eficaz para llevar a cabo un tratamiento etiológico de determinados procesos alérgicos. Como también comentábamos anteriormente, puede utilizarse en enfermedades alérgicas mediadas por IgE como CONJUNTIVITIS, RINOCONJUNTIVITIS, ASMA BRONQUIAL EXTRINSECO Y REACCIONES ANAFILACTICAS POR PICADURA DE HIMENOPTEROS, no estando indicada en otros procesos también de base alérgica, pero mediados por otros mecanismos (Reacciones citolíticas, Enfermedad del suero, Dermatitis de contacto, etc.).

Aunque, como decíamos antes, la IT se hacía desde hace mucho tiempo, esto era de forma empírica, el avance de las diferentes técnicas de estudio ha permitido conocer la existencia de cambios en la respuesta inmunológica en un sujeto, ante un antígeno, cuando éste es sometido a tratamiento con IT. Es decir, realmente estamos interfiriendo con este tratamiento en las reaccio-



extracto, pautas inadecuadas, mantenimiento durante corto tiempo con interrupciones prematuras del mismo, aplicación incorrecta, etc. Todo ello lleva a no sólo a un porcentaje grande de fracasos, sino, lo que es peor, a un aumento de los riesgos, que en ocasiones han provocado situaciones de extraordinaria gravedad.

Es necesario, pues, que todo aquello que concierne a la IT goce del mayor nivel de calidad posible. Todo esto afecta a que el médico que prescribe estos tratamientos posea el mayor grado posible de capacitación, que los ex-

nes que los alérgenos producen en los sujetos sensibilizados a los mismos.

Pero también es verdad que no conocemos totalmente los mecanismos de acción de la IT y, lo que es más importante, su uso EXIGE un manejo exquisito de las técnicas y modos de aplicación.

En primer lugar, conviene recordar que el extracto que se aplica contiene aquellos elementos a los cuales el sujeto está sensibilizado y, con su administración en dosis progresivamente crecientes, intentamos inducir una «tolerancia» a dicho antígeno para que posteriores exposiciones al mismo no produzcan los desagradables síntomas que caracterizan a estos procesos. Estos antígenos son, en general, muy bien conocidos, caracterizados, purificados y estandarizados, hasta el punto de que las distintas pautas de tratamientos permiten precisar el contenido y cantidad del producto que estamos utilizando.

Los extractos pueden presentarse en forma **ACUOSA**, en solución o liofilizados para reconstruir antes de su uso. Estos tienen el inconveniente de precisar un mayor número de inyecciones para alcanzar las dosis de mantenimiento y mayor riesgo de producir reacciones generales.

Los extractos **DEPOT o RETARDADOS** son extractos en suspensión, adsorbidos en algún elemento que permita su liberación lenta, con lo que se pueden administrar menos dosis y a intervalos mayores.

Los extractos **MODIFICADOS** están sometidos a una modificación química, siendo el número de dosis e intervalos similares a los anteriores.

Estas modificaciones de los extractos tienden a producir un máximo beneficio clínico para el enfermo, con menores riesgos de intolerancias, al mismo tiempo que son más cómodos de aplicar al espaciarse el intervalo entre dosis.

En líneas generales, hay dos formas de administrarlos:

La **PAUTA PREESTACIONAL**, que consiste en administrar el mismo en los meses previos a la polinización. Este es un método frecuentemente utilizado en enfermos con alergias al polen. Esta pauta, que se interrumpe, en estos casos, antes de la primavera, por ejemplo, es repetida en años consecutivos, en la misma forma.

La **PAUTA PERENNE o CONTINUA** es aquella que puede iniciarse en cualquier época del año y consta de una primera fase de *iniciación* en la

que se van inyectando dosis progresivamente crecientes del alérgeno hasta alcanzar la dosis óptima y una segunda fase de *mantenimiento o continuación*, en la que se mantiene dicha dosis, distanciando la frecuencia de las inyecciones. Esta pauta se utiliza generalmente con enfermos alérgicos a ácaros, hongos, venenos de insectos, etc., pero también se usa con los enfermos polínicos, aunque en éstos es aconsejable, en general, disminuir la dosis de mantenimiento en las épocas de polinización.

Los laboratorios fabricantes de estos tratamientos acompañan al mismo un folleto que advierte de las características del mismo, condiciones de conservación, uso, riesgos, etc., y además de una pauta «standard», que es la que se suele aplicar a la mayoría de los sujetos. Pero en todos los casos la tolerancia individual, o distintos acontecidos en el paciente durante dicho tratamiento, pueden aconsejar una modificación de dicha pauta. Hay que prestar mucha atención a la aparición de intolerancias con reacciones locales, como describiremos luego, pues ellas pueden avisarnos de que aquel sujeto puede tener intolerancias más graves si se sigue incrementando la dosis en inyecciones posteriores. Esto nos lleva a la idea de que la IT debe ser un **TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO PARA CADA PACIENTE**.

Uno de los errores que se cometen con más frecuencia en este tipo de tratamientos es el suspenderlo prematuramente. La **DURACION DEBE SER ENTRE LOS 3 Y 5 AÑOS**.

Como se ha señalado ya en varias ocasiones, el ATS juega un papel muy activo en este tipo de tratamientos y, por ello, el Comité Nacional de Inmunoterapia de la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica ha elaborado una serie de recomendaciones dirigidas al A.T.S. y Diplomado en Enfermería que se detallan a continuación:

1.—La administración de extractos alérgicos no está totalmente exenta de riesgos, *por lo que hay que prestar una especial atención a la técnica de administración, dosis de cada inyección e intervalo de días señalados en la cartilla de seguimiento*.

2.—*No debe administrarse el extracto, en ningún caso, en el domicilio del paciente, debiendo acudir a un centro con capacidad para poder tratar las po-*

sibles reacciones adversas que pudieran aparecer y donde exista, al menos, otra persona que pueda auxiliar al ATS si éste lo precisara.

3.—Circunstancias en las que *no debe administrarse el extracto*

a) No se administrará el extracto en caso de: *Infección de vías respiratorias, fiebre, afección cutánea severa, hepatitis intercurrente, tuberculosis activa o proceso infeccioso similar, crisis asmática, rinitis severa y si no se dispone de adrenalina al 1/1.000 en la proximidad.*

b) En caso de embarazo, puede no estar contraindicado el administrar el extracto, pero se debe consultar al alergólogo.

c) No se deberán inyectar dos extractos el mismo día.

4.—Tras la administración del extracto, el paciente permanecerá en presencia del A.T.S., al menos 30 minutos, no realizando ejercicio físico violento ni baños con agua caliente en las tres horas siguientes a la aplicación del mismo.

5.—**TECNICA DE ADMINISTRACION DEL EXTRACTO:**

a) Deben utilizarse *siempre* jeringas desechables, graduadas hasta 1 ml, para uso subcutáneo (26 ó 27 mm).

b) Antes de proceder a inyectar la dosis correspondiente, es *imprescindible*:

— Preguntar si ha tolerado la dosis anterior y el tiempo transcurrido desde la misma.

— Asegurarse bien del vial a emplear y de la dosis a inyectar.

— Investigar la situación clínica del paciente.

c) Se reconstruirá, en el caso de los extractos liofilizados, el vial que se va a utilizar y, sólo ése, siempre con el diluyente que proporciona el fabricante.

d) Se agitará suavemente el vial del que se va a extraer la dosis correspondiente. Se extraerá dicha dosis y se comprobará que es la correcta.

e) La inyección debe hacerse en la cara externa del brazo, a media distancia entre el codo y el hombro, alternando el izquierdo con el derecho. Se hará por vía subcutánea (la aguja formará un ángulo oblicuo de unos 45 grados con la piel: la punta estará dirigida hacia arriba), aspirando antes de inyectar la solución, con objeto de asegu-

rase que no se ha interesado un vaso sanguíneo. Una vez inyectado el extracto se retirará la aguja y se presionará el sitio con un algodón, sin realizar masaje, aconsejándole al paciente que evite el rascado.

f) Antes de que se marche el enfermo, se anotará en la cartilla de seguimiento la fecha, vial, dosis administrada y el tamaño de la reacción local, así como si se ha producido alguna incidencia.

6.—ACTITUD EN CASO DE REACCION LOCAL:



a) Inmediata (en los primeros 30 minutos):

— Si el diámetro mayor de la reacción local es menor de 5 cm, se continuará con la pauta.

— Si el diámetro mayor de la reacción local es superior a 5 cm, se volverá a la dosis anterior tolerada, repitiéndola tres veces para después seguir la pauta establecida previamente.

b) Tardía (al cabo de una o más horas), la actitud ante la misma será:

— Si el diámetro mayor es menor de 10 cm, se continuará con la misma pauta.

— Si el diámetro mayor es superior a 10 cm, se repetirá la última dosis tolerada.

— Sólo se tratarán aquellas reacciones locales tardías que ocasionen un gran malestar al paciente. Por orden, las medidas a adoptar serán:

- Aplicación de frío en el área afectada.
- Antihistamínicos orales.
- Cuando la reacción persista más

de 48 horas, se consultará con el médico.

c) En el caso de algunos extractos de tipo depot pueden aparecer unos nódulos subcutáneos en la zona de la inyección que, generalmente, son indolores y desaparecen a las pocas semanas. Si son persistentes, se consultará con el especialista.

7.—ACTITUD EN CASO DE REACCION SISTEMICA:

La reacción sistémica o general consiste en la aparición, en los 30 minutos siguientes a la inyección del extrac-

to, de rinitis, enrojecimiento y prurito generalizado, urticaria, angioedema, afonía, broncoespasmo, mareo, náuseas, vómitos, zumbidos de oídos, dolor abdominal, relajación de esfínteres, etc. Se aconseja el *tratamiento inmediato* de este tipo de reacciones, con el objeto de minimizar los posibles riesgos que entrañan, en especial en pacientes portadores de asma. La actitud inicial será:

a) Colocación de un torniquete por encima del lugar de la inyección.

b) Administración de adrenalina al 1/1.000 por vía subcutánea en solución acuosa, según la siguiente pauta:

— Adultos: se les inyectará 0,3 ml en el lugar de la inyección del extracto y 0,5 en el brazo contrario.

— Niños: La dosis será de 0,1 ml por cada 10 kg de peso.

Puede servir de orientación la siguiente tabla:

Niños hasta 5 años	0,2 ml
Niños de 6-10 años	0,4 ml
Adultos	0,8 ml

Esta dosis se podrá repetir hasta en tres ocasiones, si fuera necesario, con intervalos de 15 minutos.

c) Raras veces, además de lo anterior, se necesitará administrar antihistamínicos parenterales, broncodilatadores, esteroides parenterales, líquidos intravenosos, etc.

8.—ACTITUD A ADOPTAR EN CASO DE INTERRUPCION DE LA INMUNOTERAPIA:

a) Interrupción de 4 semanas: repetir la última dosis.

b) Interrupción de 5 semanas: repetir la antepenúltima dosis.

c) Interrupción de más de 5 semanas: Consultar con el alergólogo.

d) Se recomienda reducir la dosis, siempre que se vaya a comenzar una nueva caja de extracto, si el laboratorio productor no garantiza el mismo grado de alergenidad en los lotes.

La Inmunoterapia es tanto más eficaz cuanto más dosis acumulada de extracto se consigue. Esto significa que hay que intentar conseguir administrar las dosis más elevadas posibles, dentro del marco de las que se recomiendan y, naturalmente, de la tolerancia del enfermo, pero, para ello, el A.T.S. debe tener unos conocimientos lo más completos posibles sobre este tipo de tratamiento.

Con lo aquí, apuntado dispondrá de referencias suficientes para conocer cuál es el comportamiento adecuado en cada circunstancia, pero aún así se producen situaciones que deberá consultar con el alergólogo, y para ello se deberán procurar los medios para un acceso fácil a dicho especialista.

Existen una serie de instrumentos muy recomendables en el seguimiento de este tratamiento. La Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica está elaborando unas «*Cartillas de seguimiento*» que son de una gran utilidad, ya que con ellas no sólo tendrá el A.T.S. una visión de conjunto del tratamiento aplicado a un enfermo, sino que, además, en ella se consignan datos precisos, con lo que resulta mucho más fácil consultar al especialista, suministrando al mismo los datos concretos de cada caso, que ya mencionábamos en párrafos anteriores.

Siguiendo estos consejos, es muy probable que se consiga una mayor eficacia de este tratamiento, disminuyéndose al mismo tiempo los riesgos que la misma conlleva.

ASISTENCIA PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA EXTRACORPÓREA

M.^a del Pilar Nieto Gutiérrez
U.C.P. Hospital Universitario Virgen Macarena

INTRODUCCION

Todos sabemos que una de las necesidades básicas que el individuo debe cubrir es la psicológica, pero no siempre le damos la importancia que merece. Podemos pensar que los problemas emocionales no son asunto nuestro y que la prioridad es para la salud corporal, o que al ocuparnos de las necesidades físicas no nos queda tiempo para afrontar las necesidades emocionales.

Sin embargo, la correcta asistencia de esta necesidad puede ser fundamental para el buen desarrollo de cualquier posoperatorio y, aún más, el de cirugía extracorpórea.

Nuestro objetivo debe ir encaminado a prevenir la aparición de cualquier tipo de alteración emocional, y ésta no es fácil, ya que muchas de estas alteraciones pueden pasar inadvertidos, y son muchos los factores que, de alguna forma, atacan al paciente.

FACTORES DE RIESGO

- Factores facilitadores.
- Características de la intervención.
- Factores ambientales de la Unidad.
- Dolor.
- Alteración del sueño.
- Hábito de tomar tranquilizantes.
- Edad del paciente.
- Actitud del equipo sanitario.

1) Factores facilitadores:

- Causantes de lesiones orgánicas.
- Duración de perfusión extracorpórea: La falta de riego coronario es bien tolerada sólo durante 30 minutos, puede ser causa de insuficiencia contráctil si se prolonga más de este tiempo.
- Microémbolos cerebrales de gas.

2) Características de la intervención:

Aunque el progreso de la cirugía cardíaca es uno de los más rápidos y espectaculares de la medicina en los últimos años, ésta sigue siendo de alto riesgo por afectar un órgano tan vital y por las frecuentes complicaciones, que en su mayoría ocurren en los primeros días u horas del posoperatorio.

Todo esto condiciona que el paciente deba ser ingresado en una unidad especial, en la que al despertar, además de encontrarse en un medio extraño, su estado será muy aparatoso rodeado de tubos, monitores, sueros,

etc., que le harán sentirse muy grave y aumentará su miedo y estrés.

3) Factores ambientales de la Unidad:

Son fácilmente comprensibles. Los principales son:

- El «aislamiento» en que queda tras su ingreso, sobre todo el aislamiento familiar.
- El utillaje extraño.
- Los ruidos.
- La ausencia de objetos personales.
- La supresión brusca de hábitos personales muy arraigados.
- La dependencia del personal, incluso para la higiene más elemental.

4) Dolor:

Este tipo de intervención causa uno de los dolores posoperatorios más intensos.

La percepción del dolor llega a perturbar enormemente al paciente, creando en él un estado de extrema ansiedad que variará según la propia personalidad del paciente. Así, en el paciente coronario el impacto emocional de su dolor torácico es mayor, pues se le une el miedo a la aparición de un nuevo angor.

Haremos todo lo posible para reducir el dolor mediante analgésicos, a la vez que estimularemos psicológicamente al enfermo doliente para que sea capaz de vivir con sentido positivo la experiencia del dolor.

5) Alteración del sueño:

El paciente, durante los primeros días del posoperatorio, duerme mal, incluso algunos no duermen prácticamente nada, debido a los factores anteriormente mencionados.

Se ha comprobado que alguna de las alteraciones psíquicas que pueden presentar estos pacientes coinciden con cuadros provocados experimentalmente mediante la privación del sueño.

6) Hábito de tomar tranquilizantes:

La supresión de este hábito tras la intervención debe ser considerado como un problema potencial, pues en este caso aumenta la incidencia de trastornos en la conducta.

7) Edad del paciente:

En otros trabajos anteriores se llega a afirmar que la aparición de alteraciones psíquicas es muy baja en edades inferiores a los 25 años, aumentando su incidencia, sobre todo, al pasar los 45 años.

8) Personalidad del paciente:

Según sea la personalidad de cada individuo, éste modulará su respuesta ante la enfermedad y determinará en gran parte su comportamiento en la Unidad.

Las respuestas van a ser muy varia-

das: algunos de estos enfermos desarrollan un mecanismo de negación, otros desvían su atención a detalles menos importantes, otros presentan alteraciones psíquicas eminentes.

9) Actitud del equipo sanitario:

De ella depende en gran parte la estabilidad emocional del paciente ingresado en la Unidad. Este debe observar a su alrededor eficiencia y también comprensión para sus problemas personales.

ALTERACIONES EN EL PACIENTE

Debemos tener presente que en los pacientes sometidos a cirugía extracorpórea fue en los primeros en que se describió la aparición del llamado síndrome psiquiátrico de los cuidados intensivos, que cursa con un estado orgánico confusional: desorientación espacio-temporal, pérdida de la memoria, pobre función intelectual, llegando incluso a presentar ilusiones, alucinaciones, ideas paranoides y delirios.

Suele aparecer a los 2-5 días de posoperatorio y desaparece con el traslado fuera de la Unidad.

El origen de todas estas manifestaciones está, además de en los factores anteriormente descritos, en la ANSIEDAD que ataca al paciente desde el posoperatorio, alcanzando la máxima intensidad en el operatorio y posoperatorio inmediato.

La ansiedad funciona como una señal de alarma y es sentida como amenaza de la desintegración de la personalidad.

La intensidad y el significado de la ansiedad no siempre es el mismo, así como la conducta del individuo frente a esa ansiedad. Así pues, podemos distinguir tres formas fundamentales:

- Ansiedad Confusional.
- Ansiedad Paranoide.
- Ansiedad Depresiva.

Ansiedad Confusional

Se caracteriza porque amenaza la estructuración del individuo por confusión. Algunas manifestaciones van a ser: indecisión, vacilamiento, incoordinación, tartamudez, temblores, torpeza, incertidumbre.

Este tipo de ansiedad suele ser la que predomina en el posoperatorio. El individuo intentará nivelar su conducta mediante preguntas constantes, refle-

xiones, etc. Esta confusión debemos contrarrestarla con explicaciones breves y sencillas.

Ansiedad Paranoide o miedo

La amenaza le llega al paciente a través de ataques externos hacia su persona. Las manifestaciones de este tipo de ansiedad serán: terror, desconfianza, paralización por pánico, agitación.

La nivelación la intentará el individuo a través de contraataques hacia el agresor, precaución, cautela y indignación.

Este tipo de ansiedad tiene una importancia fundamental. Es característica del operatorio, donde alcanza sus mayores cotas, aunque se puede encontrar en toda la situación quirúrgica.

Desciende si se consigue una alianza entre el paciente y el equipo sanitario.

tensa: comer, leer, dormir, divertirse.

Suele aparecer en el posoperatorio algo tardío. Se reduce lentamente, a medida que se recuperan y compensan las pérdidas que el acto quirúrgico crea en el paciente. Estas pérdidas son:

- Pérdida del vínculo con la vida cotidiana.
- Pérdida de la integridad física.

Durante la estancia en la Unidad podemos encontrar en el paciente manifestaciones de tres tipos de ansiedad, predominando el miedo o ansiedad paranoide en el posoperatorio más inmediato, para después ir pasando hacia una forma depresiva.

Otra manifestación muy frecuente en este tipo de pacientes es la úlcera de estrés, que aparece junto con otras alteraciones como la agitación, insomnio, fatiga.



Ansiedad Depresiva

Aparece como un temor a la desintegración de la personalidad por la pérdida de la personalidad o falta de fuerzas e interés para vivir; en esta ansiedad el peligro está en el propio paciente.

Las formas más comunes de manifestarse son: tristeza, anorexia, aburrimiento, fatiga, insomnio, impotencia o, también, alegría, bienestar, satisfacción.

Debido a esta doble forma de manifestarse este tipo de ansiedad es difícil de identificar. Las conductas niveladoras irán encaminadas al fortalecimiento y desarrollo del individuo cuando la ansiedad depresiva no es muy in-

ASISTENCIA

Debe ir encaminada a conseguir la psicoprofilaxis desde el inicio del proceso quirúrgico. Sabiendo que la psicoprofilaxis quirúrgica tiene como objetivo principal orientar y canalizar la energía psíquica del paciente y la del cuerpo técnico hacia una actitud de colaboración correcta para el éxito de la operación.

DETECCION DEL PROBLEMA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Si bien el grado de las alteraciones no llega a ser de tal intensidad que necesite ineludiblemente la atención del psiquiatra, no han de ser infravaloradas en cuanto a su importancia y a su po-

sible repercusión sobre la morbilidad del paciente.

Lo habitual es que el paciente no se queje y, por ello, a veces, a estos problemas no se les presta la atención necesaria.

Podemos percibir los problemas psicológicos por alguno de estos mecanismos:

— Que el paciente se dedique a expresarlo y solicite sedantes.

— Signos objetivos muy evidentes: sudoración profusa, cara de miedo, inquietud, hiperventilación.

— Que los notifique algún familiar del paciente.

— Que nos situemos mentalmente en el lugar del enfermo.

Pero estos métodos no son buen sistema para asegurar un diagnóstico correcto, y los estados iniciales e incluso los de intensidad moderada nos pasarán inadvertidos.

Por eso habrá que prestar una mayor atención y para ello el personal de enfermería está en mejores condiciones de detectar la aparición del problema, por encontrarse un mayor tiempo de contacto con el paciente, debiendo estar alertado e instruido en los criterios a utilizar para un diagnóstico precoz. Juega un papel fundamental la H.^a de enfermería, donde incluiremos una exploración de la función psíquica del paciente: capacidad de atención y concentración, orientación espacio-temporal, memoria.

Conociendo las características del paciente, y con los datos que obtengamos de una simple conversación con él, si estamos suficientemente alerta podremos llegar al diagnóstico de enfermería.

CARACTERÍSTICAS Y AMBIENTE DE LA UNIDAD

La Unidad debería de contar con luz diurna propia y amplias ventanas. Los pacientes plenamente conscientes podrían estar en habitaciones individuales o dobles.

Los monitores han de mantenerse alejados de su vista, debemos prevenir la aparición de falsas alarmas que puedan asustar al paciente o darle una explicación sencilla de cuáles son los motivos de los mismos.

Hay que evitar todo lo que pueda llevarle a la pérdida del sentido del tiempo, es aconsejable que el paciente conserve su reloj siempre que sea posible, a esto contribuye el contar con

ventanas que permitan seguir los cambios de luz.

Se les facilitará el contacto con su ritmo de vida rodeándoles de objetos personales. La visita de familiares y el contacto personal con los mismos resulta de gran ayuda, siempre que no transmitan su ansiedad al paciente.

ACTITUD ASISTENCIAL DEL PERSONAL SANITARIO

Para que la asistencia durante el posoperatorio sea más efectiva, es fundamental que el paciente haya sido preparado psicológicamente durante el preoperatorio. En esta preparación debemos incluir:

— Conocimiento psicológico del paciente.

— Conocimiento por parte del paciente y la familia de la gravedad de su enfermedad, al igual que del riesgo quirúrgico.

— Posibilidad de elección de tratamiento por el paciente.

— Explicación al paciente de las distintas fases de su estancia en el hospital.

— Explicación de la entrada en quirófano.

— Sedación preanestésica.

— Explicación del despertar postquirúrgico.

Todas estas explicaciones deberán ser breves y sencillas, fácilmente comprensibles para el paciente. En esta información, que habrá de ser repetida en numerosas ocasiones, se hará énfasis sobre sus posibilidades de reincorporación a su ritmo de vida.

Una vez el paciente ingrese en la Unidad:

1) Le procuraremos información de cada procedimiento previamente a su realización. Esta información, hecha de modo claro y sencillo, hará más llevadera las molestias que produzca y, al mismo tiempo, evitará en parte que sea vivida como una agresión.

El paciente intubado habrá de recibir información sobre lo transitorio de su situación. Esta información será repetida tantas veces como sea necesario.

2) Igualmente, deberemos ejecutar todas las acciones con seguridad, ya que si mostramos nuestra alarma con gestos y movimientos precipitados le transmitiremos al paciente ansiedad y miedo.

3) Debemos tener presente las molestias que sufre el paciente. Una co-

recta planificación del trabajo, con ausencia de improvisaciones, disminuirán las molestias.

4) Evitar cualquier comentario adverso, o que pudiera ser interpretado como tal por el paciente. No olvidemos que si el enfermo no nos puede responder (intubado) esto no significa que no pueda oírnos.

5) Mantener períodos de conversación informal con el paciente. Aprovechar ratos de menos trabajo para el acercamiento al enfermo resulta un apoyo psicológico muy útil.

Debemos hablar al enfermo intubado acerca de su buena evolución, identificándonos e intentando darle apoyo en todo momento.

6) Respetar los períodos de sueño. Podemos evitar, con una planificación cuidadosa, procedimientos y exploraciones en horas de reposo, también evitaremos la producción de ruidos e iluminaciones que no sean imprescindibles.

7) Prevenir al paciente sobre su traslado con suficiente tiempo, haciendo hincapié sobre el buen significado de ello con respecto a la evolución de la enfermedad, porque aunque la mayoría así lo considera, algunos hacen una dependencia de la seguridad que les supone estar en la Unidad.

Igualmente habrá que prevenirle con antelación la posibilidad de un traslado a horas fuera de lo normal por necesidades de una cama.

8) Administración de analgésicos y sedantes prescritos.

9) Información a la familia de todo el proceso evolutivo del paciente. Si conseguimos disminuir la ansiedad en la familia, disminuirá la ansiedad en el paciente.

Para terminar, sólo recalcar que en otros centros hospitalarios, entre los pacientes sometidos a cirugía de curación extracorpórea, el número de afectados con trastornos psicológicos disminuye gracias a:

— Mejor organización y estructura de la Unidad.

— Detección precoz de los problemas.

— Atención psiquiátrica rutinaria.

BIBLIOGRAFIA

- REVISTA NURSING, 1986-1987.
- REVISTA ROL, 1985.
- «CUIDADOS INTENSIVOS EN CARDIOLOGIA». G.A. SANZ y L. MAGRIÑO.
- PUBLICACION DEL CONGRESO NACIONAL DE CARDIOLOGIA, 1985.

BANCA PERSONAL

EN PRIVADO.



Banca Personal del Banco del Comercio, es un departamento especializado en el tratamiento financiero individual, que le ofrece un servicio exclusivo y muy personal.

Para ello, le asigna un colaborador particular que gestiona integralmente todos sus asuntos económicos, asesorándole sobre las soluciones que mejor se adapten a sus necesidades financieras.

En privado. Banca Personal, porque no hay dos clientes iguales.



BANCO DEL COMERCIO

Para cualquier consulta
llame gratuitamente al 900 125 125.

Para una clase de vida.

CONFERENCIA ENCUENTRO NACIONAL

1990

1º ENCUENTRO NACIONAL

SEVILLA

14-17 MARZO

PATROCINA

TENAFORM
ABSORBENTES PARA INCONTINENCIA

Mölnlycke

Organiza:
Colegio Oficial
de
Enfermería

