

Nº 11 • ENERO-FEBRERO-MARZO 1990



AVGIA

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

- I ENCUENTRO NACIONAL DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA
- ¿PROGRAMAS DISPENSARIZADOS O PROGRAMAS DESCENTRALIZADOS?
- IDENTIDAD DE ENFERMERIA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

Hasta el

10'38*
%

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



Al Nivel de los más exigentes.

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

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

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

Si precisa ampliar esta información, llámenos gratuitamente al



900 125 125

A.B.E. 17.287

W/M

*T.A.E. Según saldos medios.



BANCO DEL COMERCIO

Para una clase de vida.

EDITORIAL

CODIGO DEONTOLOGICO: PARA SER MAS LIBRES

Una noticia ha saltado a la luz pública referida a la Enfermería que llegó avalado con la vitola del consenso general. Semejante «rara avis» no está referida ni a cuestiones salariales, formativas, de especialidades o de ordenación universitaria. No es nada de eso, pero va a suponer mucho más. Y nos estamos refiriendo a la publicación, por parte del Consejo de Enfermería, del flamante Código Deontológico de nuestra profesión.

¿Qué puede significar para el profesional de a pie la existencia de semejante Código? Partiendo de la base de lo que es y representa cualquier Código —¿qué serían los países sin el Civil, o los mares sin el de Señales?, por citar dos ejemplos—, no sería exagerado afirmar que si de algo adolecía la profesión de ATS/DE ha sido la ausencia de una norma que copilara toda la gama de normas que deben presidir en la actuación del profesional. Ahora, por fin, llega con todos los parabienes el Código Deontológico de la Enfermería española, como una prueba más de que esta profesión está atravesando por un periodo de madurez capaz de necesitar, como necesitaba, una «Constitución» como la que acabamos de dotarnos. A lo largo y ancho de sus páginas, de esos casi 90 artículos, se encuentra recogida toda la gama posible de soluciones, desde la conciencia de una recta y honesta postura profesional, para cuantas situaciones demanden salidas hasta ahora no dictaminadas y que cada cual se daba en resolver por el buen camino del sentido común.

Pero cierto es que el Código va a suponer una pequeña revolución entre el colectivo al implicarnos, todos frente a todos, pasando por **«la libertad, seguridad y derecho a ser tratado como ser humano»** que tiene ante nosotros el enfermo, siempre desvalido y en clara situación de inferioridad física y psíquica respecto al profesional que le atiende.

También implica afrontar situaciones que van a suponer toma de posturas personales en tanto la **«obligación de denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente en cualquiera de los miembros del equipo de Salud»**. Ni que decir tiene que, si somos realistas y consecuentes, el Código Deontológico está llamado a ser todo un revulsivo capaz de insuflar ese impensable soplo de aire fresco, renovador y pleno de ética para la gran calidad humana y profesional de la actual Enfermería española.

En la medida en que todos, absolutamente todos, comprendamos el paso dado por nuestra Organización Colegial con la promulgación de este Código, mucho se habrá alcanzado cara al mejor cuidado del enfermo como al futuro de quienes nos hereden en nuestros actuales puestos de trabajo.

Si el catedrático universitario Diego Gracia, experto en Bioética, ha catalogado nuestro flamante Código Deontológico como **«el más avanzado del mundo»**, poco podemos añadir por nuestra parte ante esa magistral apreciación. Tan sólo, aguardar su inmediata difusión entre el colectivo sevillano para que pase a convertirse en «norma de estilo» o conciencia colectiva que trasciende mucho más que cualesquiera de los vaivenes por los que pasan todas las profesiones. Estamos seguros que, al hilo de este comentario Editorial de **Hygia**, el Código Deontológico va a contribuir en gran medida a hacernos más libres, más profesionales y menos esclavos de nada ni ante nadie.



HYGIA

EDITA:

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

DIRECTOR:

José M.ª Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

José Antonio Cervera López
Miguel Angel Alcántara González

JEFE DE REDACCION:

Vicente Villa García-Noblejas

CONSEJO DE REDACCION:

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

IMPRIME:

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

©

D.L.: SE-470-1987

FOTOCOMPOSICION:

FOTOTEC, S.A. (Sevilla)

Publicación autorizada por el Mi-
nisterio de Sanidad y Consumo
con referencia S.V. 88032 R.

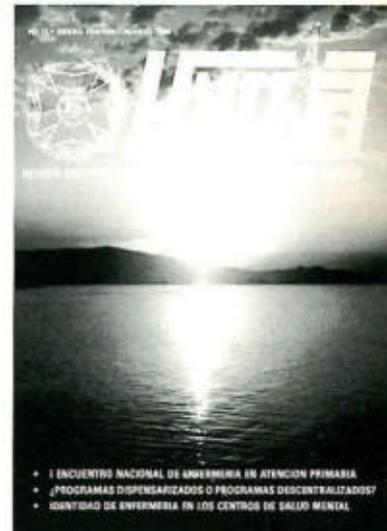
Sumario

— EDITORIAL	3
— PAPEL DEL SUPERVISOR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACION CONTINUADA	5
— DIABETES MELLITUS, PROBLEMA DE SALUD	9
— EVOLUCION Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ATENCION AL NIÑO SANO EN EL CENTRO DE SALUD DE TORREBLANCA (SEVILLA) DESDE EL AÑO 1985 a 1988	13
— CONCURSO FOTOGRAFICO N° 11	16
— I ENCUENTRO NACIONAL DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA	19
— ¿PROGRAMAS DESPENSARIZADOS O PROGRAMAS DESCENTRALIZADOS?	23
— DIFERENCIAS EN LAS NECESIDADES DE LAS GESTANTES DE MAS DE 40 AÑOS	28
— ENFERMERIA PARA EL PACIENTE Y CON EL PACIENTE: LOS REGISTROS	31
— PREMIOS NOBEL: SANTIAGO RAMON Y CAJAL	33
— IDENTIDAD DE ENFERMERIA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	34
— CURSOS - CONGRESOS	37

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

ENERO
FEBRERO
MARZO

11



En portada:
La mirada del sol

Autora:
Catalina Valderas Martín

PAPEL DEL SUPERVISOR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACION CONTINUADA

Autora: **D.^a Rosa León Santolaya**

INTRODUCCION

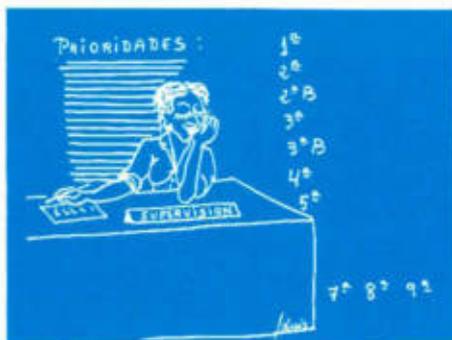
El supervisor como responsable de un grupo se encuentra en una posición estratégica y para potenciar la formación, estimular el aprendizaje y el desarrollo profesional y personal de los miembros de su grupo. La comprensión y utilización que haga de esa posición estratégica definirá su rol como supervisor «moderno», hábil, eficaz y eficiente.

A lo largo de esta ponencia analizaremos el papel que este supervisor, que quizá muchos tenemos y a otros nos gustaría tener por jefe, debe desarrollar para que la formación continuada sea una realidad tangible, una actividad sistematizada en nuestro quehacer diario; me refiero a ese supervisor accesible para ayudar a la resolución de problemas, que programa reuniones en las que recoge las opiniones de las enfermeras, opiniones que son tenidas en cuenta a la hora de tomar decisiones; que organiza el trabajo y anima al grupo a participar activamente cada vez que aparece en el tablón una actividad formativa consecuente con los objetivos trazados en la unidad para ese período.

En esta intervención incluyo en el grupo de supervisores a los coordinadores, jefes de unidad, etc., en definitiva..., a aquellos profesionales que son responsables de la administración de cuidados en un servicio y/o unidad de enfermería y que dirigen un equipo.

EL LIDERAZGO DE LA SUPERVISION EN LAS ACTIVIDADES DOCENTES

En los últimos dos o tres años las organizaciones profesionales y sindicales están planteando el tema de la formación entre sus peticiones y reivindicaciones; sólo revisar la revista del Consejo



General, la información de ciertos Sindicatos sobre acuerdos salariales, nos confirman este hecho.

A partir de la publicación de la Ley General de Sanidad, cuyo planteamiento parte del supuesto de que «toda la estructura asistencial del Sistema Sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales». Se han desarrollado normativas que dan una perspectiva más profunda y un campo más amplio para la actualización y reciclaje de los profesionales de la salud.

El Real Decreto 1.158/86, que establece las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias, tiene entre sus objetivos: «Cooperar en el mantenimiento de la cualificación de los profesionales a su más alto nivel, cuidando su actualización y reciclaje, y favoreciendo su incorporación a la docencia universitaria».

En otros aspectos, se han creado o ampliado canales de financiación a través de la Ley de Ciencia y Tecnología, el FISS, los Fondos Sociales Europeos, etc.

De todo esto parece poder deducirse que la Formación Continuada está de moda. Son varios los profesionales que en los últimos años han escrito sobre el

tema, incluso algunos se han convertido en expertos en la materia. Hoy, en todos los centros de trabajo se realizan actividades docentes con mayor o menor éxito. En Atención Primaria se reguló un tiempo de dedicación específico para la formación. En Asistencia Especializada posterior a la institucionalización en los Hospitales, y con el Decreto de la Comunidad Autónoma 105/86 en la mano, el Director de Enfermería tiene entre sus funciones «organizar la docencia e investigación de enfermería y el Supervisor participar en este campo» (1).

Pues bien, todos estos hechos y todas estas normativas no son más que instrumentos que sirven de marco general y posibilitan la formación. Para que esta formación sea eficaz, para que sea una realidad palpable en nuestros Hospitales y demás centros de trabajo, los Supervisores tienen que asumir el liderazgo en impulsarla, potenciarla y promocionarla.

¿En qué debe incidir el Supervisor para que esta formación redunde en una mayor calidad en las prestaciones, motive a los profesionales y produzca un mayor desarrollo personal?

En mi opinión podemos distinguir tres aspectos fundamentales para describir su papel:

- 1º) Supervisor como **Potenciador**.
- 2º) Supervisor como **Impulsor**.
- 3º) Supervisor como **Organizador**.

Si analizamos cada uno de estos aspectos habremos llegado a definir las actividades que debe desarrollar en este campo, aunque no son comportamientos estancos y se entrelazan permanentemente en la realidad cotidiana.

(1) El R.D. 521/87 en la Legislación General.

EL SUPERVISOR COMO POTENCIADOR

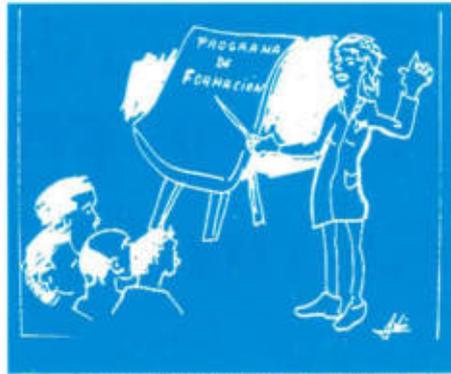
Aquí incluiríamos todas las actividades que realiza con el fin de que el personal pueda asistir a cursos, seminarios, etc., no específicos del Servicio, pero que son de utilidad para el mismo, siendo las más fundamentales:

- Informar sistemáticamente de los programas. (Debe ser una información clara, concreta y destacar el interés que tiene para la Unidad y/o el personal).
- Seleccionar junto con los profesionales aquellas actividades que se consideren más adecuadas.
- Seleccionar con equidad a las personas que vayan a asistir.
- Facilitar la asistencia.
- Organizar los turnos.
- Planificar el trabajo.
- Gestionar los permisos.
- Promover la utilización de los conocimientos adquiridos.

EL SUPERVISOR COMO IMPULSOR

Todos hemos repetido y oído en numerosas ocasiones que la investigación es el medio más importante para ampliar y reafirmar los conocimientos de una profesión. Es, por tanto, necesario que todo responsable de un Equipo promueva y fomente actividades científicas que colaboren en el desarrollo de habilidades para realizar estudios que ayuden a resolver los problemas de salud de la Comunidad y consoliden la base científica para la práctica de la enfermería.

- En este campo un Supervisor deberá:
- Demostrar una actitud positiva hacia estas actividades.
 - Orientar el trabajo.
 - Participar en investigaciones.
 - Fomentar publicaciones.
 - Asesorar en procedimientos.
 - Protocolizar la asistencia.



- Potenciar su utilización en la práctica diaria.

EL SUPERVISOR COMO PLANIFICADOR

En este tercer aspecto se destacan las tareas que ejecutan en el proceso de programación educativa dirigido a planificar la formación específica de su unidad, con el fin de adecuar al personal a sus funciones, unificar criterios, diseñar normas y procedimientos del Servicio, aumentar la participación y promover el trabajo en equipo; así como la incorporación de los conocimientos y destrezas adquiridas en el trabajo diario.

Aunque en todas las fases de la programación tienen actividades que desarrollar, nosotros nos detendremos en aquellas que deben acompañar un rol más activo: priorización de necesidades, definición de objetivos, propuestas de métodos adecuados, organización de actividades, selección de recursos, evaluación de programas y su papel en la aplicación práctica de los resultados de la formación.

DETECTAR Y PRIORIZAR NECESIDADES

«La causa de nuestros problemas no se debe tanto a lo que ignoramos como a lo que creemos equivocadamente saber»

HANEY

Las necesidades se estiman con base en determinaciones de naturaleza diferente en tres sujetos distintos:

— **Necesidades Sociales:** El sujeto de esta determinación serán los individuos y la Comunidad. Se basa en la recopilación relativa a:

- Condiciones sociales y culturales de los pacientes.

- Condiciones culturales del área de influencia.
- Necesidades de los individuos, etc.

— **Necesidades Administrativas o Institucionales:** Describen las necesidades el punto de vista de los requerimientos del sistema sanitario y refleja cómo se distribuyen y utilizan los recursos para la ejecución de las actividades. Incluye:

- Programas y planes de trabajo.
- Tipos de actividades a desarrollar.
- Procedimientos y técnicas que deben aplicarse.

— **Necesidades Individuales:** Se establecen sobre la base de las diferencias del desempeño reconocidas por el individuo o por otros medios, así como sobre las nuevas funciones que deba desarrollar.

Las fuentes a utilizar para determinar necesidades son diversas, y aquí sólo citaremos algunas:

- Manuales de Normas y Procedimientos.
- Estadísticas de Salud.
- Encuestas.
- Revisión de estándares de calidad establecidos.
- Auditorías.
- Estudios del trabajo.
- Valoración de las actividades desempeñadas.
- Supervisión.
- Incidentes críticos.

Nosotros nos vamos a centrar en estas últimas, que pueden ser de utilidad fundamentalmente porque detectan necesidades individuales, ya que las otras dos deben servir para hacer programas de ámbito más general:

— **Estudios de trabajo:** Comprenden un conjunto de técnicas para:

- a) Describir los puestos de trabajo.
- b) Analizar las actividades para definir la capacitación en su ejecución.
- c) Contrastar la diferencia entre lo observado y lo esperado.

Sería, pues, la diferencia entre lo observado y lo esperado.

— **Valoración de las tareas individuales:** Consiste en el análisis del trabajo desarrollado por un individuo para identificar sus puntos débiles y como base para programar conjuntamente con él la formación correspondiente.

Esta valoración se realiza sobre la pertinencia del desempeño de un trabaja-

dor para satisfacer los requerimientos del sistema de salud en el contexto de las necesidades del individuo, familia y comunidad.

— **Supervisión:** Es una herramienta educativa. Como tal, un Supervisor identifica las deficiencias, diagnostica las causas, demuestra prácticamente la forma correcta e instituye los medios para corregirla, incluyendo las oportunidades de aprendizaje.

— **Incidentes críticos:** Los estudios de incidentes críticos ayudan a los profesionales a determinar sus propias necesidades.

El método consiste en pedir al personal que nos describa cinco o seis hechos de su trabajo durante los cuales ellos han percibido inseguridad e incompetencia. Estos son los incidentes críticos, no son mensurables, sólo reflejan percepciones.

El análisis de las necesidades constituye un paso importante, pues en él puede estar implícito el porvenir del programa a realizar. Por ello conviene cuidarse de toda aproximación superficial.

No es posible satisfacer a un tiempo todas las necesidades. Su priorización dependerá: del tipo de programa, de la duración del mismo, de las personas a las que va dirigido, de los objetivos a corto plazo, de los recursos disponibles, de los contenidos a impartir, etc...

Algunos autores recomiendan que se elabore una «matriz de prioridades de enseñanza». En ella se describen las actividades que se realizan bajo dos variables: la frecuencia con que se usan y lo críticamente necesarias (grado de riesgo para el paciente y dificultad de ejecución). Categorizándolas en 4 grupos:

- 1º) Sumamente críticas y frecuentemente utilizadas.
- 2º) Las extremadamente críticas y no utilizadas frecuentemente.
- 3º) Las poco críticas, pero muy frecuentes.

4º) Las poco críticas y poco frecuentes.

Aún dentro de estos cuatro grupos pueden priorizarse de las más simples a las más complejas, por resultar generalmente más fácil el aprendizaje.

DEFINIR OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

En esta fase, el Supervisor tendrá en cuenta no sólo las necesidades detectadas y expresadas, sino también los objetivos institucionales, los generales de la División de Enfermería y los específicos de su área o unidad.

La importancia de definir claramente los objetivos es conocida por todos ustedes, y yo, pensando en lo inoportuno de la hora que es, voy a utilizar la cita de Alicia en el País de las Maravillas; está muy manida y numerosos autores la nombran en este tema, pero creo que sigue siendo de gran utilidad:

«...¿quiere decir qué camino debo tomar?»

— Eso depende de dónde quieras ir —dijo el gato.

— No me importa mucho, a donde sea —dijo Alicia.

— Entonces, puedes tomar cualquier camino —dijo el gato.

— Siempre y cuando llegue a algún sitio —añadió Alicia, a modo de explicación.

— ¡Ah!, ten la seguridad que llegarás si andas lo necesario —dijo el gato.

SELECCION DE METODOS

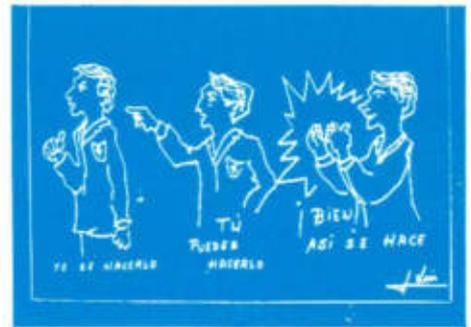
Existen numerosos métodos de enseñanza, la elección de uno u otro vendrá determinada por:

- los contenidos a impartir.
- las características y expectativas de los participantes.
- el ritmo de aprendizaje.
- el tipo de alumnos.
- los recursos disponibles.

En general, si se pretende ampliar conocimientos, se pueden utilizar métodos pasivos (charlas, lecturas, etc.). Si perseguimos desarrollar habilidades y modificar actitudes se utilizarán métodos activos que involucren muy directamente al discente.

El Supervisor deberá tener en cuenta dos aspectos:

- a) Que se dirige a alumnos adultos y el adulto aprende sólo si quiere y necesita saber.



b) La labor de enfermería se compone de un porcentaje muy elevado de trabajo práctico y para fundamentar estos contenidos prácticos se necesita una adecuada formación científica.

ORGANIZACION DE ACTIVIDADES Y RECURSOS

Hasta aquí con dificultades, con mayor o menor éxito, y con esfuerzo personal, el Supervisor logra hacer un programa formativo con bonito diseño, coherente con los objetivos, adecuado a las necesidades, con métodos atrayentes; pero en esta fase se vienen los obstáculos de índole práctico que debe «conocer» para resolver:

- Estructura de los turnos que no facilitan las reuniones.
- Escasa motivación de algunos miembros.
- Falta de entendimiento de otros profesionales.
- Presión asistencial.
- Poco hábito de estudio en ocasiones.
- Plantillas ajustadas.
- Escasos recursos.

El Supervisor afrontará estos problemas con actitud objetiva y crítica, utilizando estrategias que le posibiliten el cumplir los objetivos:

- Grupos pequeños.
- Estudio de bibliografía por turnos.
- Preparación de temas por turnos.
- Repetir la actividad todas las veces que sean necesarias, etc...

En cuanto a los recursos se potenciará la utilización de los propios del Servicio, del Centro y del Área; todos poseemos habilidades para desarrollar algún tipo de actividad, para enseñar alguna cosa a otros profesionales y no son imprescindibles los recursos sofisticados ni los profesores eminentes para una educación continua.

Al alcance de los Supervisores suele estar la biblioteca, las revistas, artículos



fotocopiados, registros de enfermería, la experiencia de algunos compañeros, etc... La eficacia estará en saber utilizarlos adecuadamente.

EVALUAR LOS PROGRAMAS

La evaluación debe determinar las consecuencias del aprendizaje y señalar las deficiencias del proceso para subsanarlas.

No necesariamente hay que realizar evaluaciones sumativas en Formación Continuada, pero sí establecer **un sistema que permita valorar los cambios producidos en la atención a los pacientes.** Al establecerlo se tendrá en cuenta, al menos, los siguientes principios básicos:

- Que debe hacerse de acuerdo a los objetivos del Programa.
- Tiene que ser un proceso continuo.
- Se utilizarán diferentes medios de comprobación, buscando siempre la objetividad.
- Que el propio proceso se debe evaluar.

En esta fase, el Supervisor recabará toda la información posible para detectar las dificultades en el aprendizaje, la efectividad del mismo, los cambios comportamentales en el individuo, el logro de los objetivos y el nivel de aceptación del programa.

La evaluación proporcionará las bases para un juicio de valor que permita tomar mejores decisiones pedagógicas y a la vez determinará nuevos objetivos de aprendizaje, nuevos temas de estudio, descubrirá otras necesidades no detectadas anteriormente y proporcionará a los profesionales orientaciones de cuáles son sus «puntos débiles» y sus limitaciones en la ejecución de las actividades de su área de competencia.

APLICACION PRACTICA

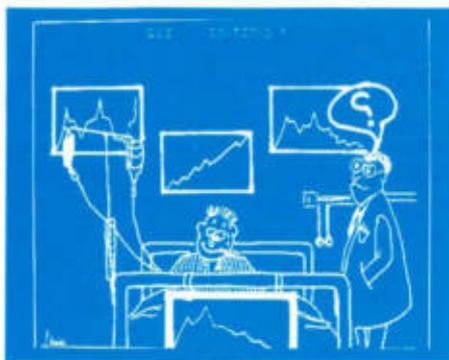
Escasa eficacia poseerá un Programa si no se traduce en una modificación de aptitudes y actitudes.

Aquí es donde la figura del Supervisor adquiere un papel predominante por ser ella, casi en exclusividad, la persona que puede conseguir que se apliquen en su Unidad los conocimientos y las destrezas desarrolladas en el transcurso de la formación y se refuercen los cambios comportamentales necesarios.

Para ello debe prever actividades que

de forma progresiva aseguren la incorporación de esos contenidos en el trabajo cotidiano: Sesiones de recapitulación en las que se determine qué aplicar y cuándo, demostraciones, análisis de las dificultades, búsqueda de los recursos idóneos, etc., serían algunas de estas actividades.

El desarrollo de unas u otras irá en función de las personas implicadas del tipo de contenidos que se pretenda aplicar y del propio Servicio.



CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de mi intervención he ido plasmando los aspectos en los que hay que incidir para poder desarrollar la formación como elemento de la función directiva. Ahora, y como recapitulación, quiero señalar algunos puntos básicos, que en mi opinión debe tener presente un Supervisor a la hora de establecer un marco adecuado para fomentar la actualización y perfeccionamiento del personal que dirige:

— La Formación Continuada es un medio que proporciona el crecimiento y los cambios necesarios para lograr los objetivos previstos. No es un fin en sí mismo.

— La formación mejorará las intervenciones profesionales en la misma proporción en que la efectividad de los programas mejore a las personas responsables de estas intervenciones.

— Cuanto más rápidos y sustanciales son los cambios más flexibles deberá ser la formación para hacer frente a los mismos.

— La adecuación continuada va dirigida a «alumnos» adultos, y el adulto aprende cuando lo que se le enseña lo considera útil. (Orientar contenidos hacia la selección de problemas específicos).

— Las primeras actividades que se

implanten deben desarrollar actitudes positivas hacia el aprendizaje posterior.

— Los programas que se establezcan deben demostrar su utilidad si aspiran a tener apoyo y credibilidad.

Para terminar, quiero resaltar a modo de conclusión y aun a riesgo de ser reiterativo que un Supervisor actual no sólo debe ser técnicamente competente, sino que debe ser capaz de comunicarse, motivar y convencer en las limitaciones de sus colaboradores a la vez que poseer cualidades de un buen docente; así podrá identificar las necesidades del individuo y del grupo, programar junto con su personal el futuro desarrollo profesional del mismo y estimular a sus componentes hacia la autoevaluación sistemática de su competencia y al autoaprendizaje, para satisfacer las exigencias del servicio que como profesional debe cumplir y prestar cuidados de calidad en toda su extensión. Así contribuirá a la consecución de la meta general contemplada en la ley por la que se crea el Servicio Andaluz de Salud: «ELEVAR EL NIVEL DE SALUD DE LOS ANDALUCES.»

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Enfermería Médico-Quirúrgica. Suplemento nº 27. Ediciones Rol.
- Divicenti. *Administración de los Servicios de Enfermería.*
- García Díaz, Adriana y Villar Dávila, Rafael. *Programa de Orientación Específica para el personal de nueva incorporación.* Primer Congreso de Enfermería Intensiva Andaluza.
- Guilbert, J.J. *Guía Pedagógica para el personal de salud.* O.M.S.
- Mosher, R. *Nuevo enfoque de la supervisión.* Editorial Ateneo.
- O.M.S. *Guía para la revisión de programas de enseñanza de enfermería.*
- O.M.S. *Normas para la evaluación de los objetivos de aprendizaje en la formación.* Serie informes técnicos.
- Polit, D. *Investigación científica en ciencias de la salud.* Editorial Interamericana.
- *Cuaderno didáctico curso formación de formadores.* I.N.E.M. Dirección Provincial de Sevilla.
- Documentación curso Supervisores Gerencia Provincial de Sevilla.
- Documento de trabajo «La atención sanitaria especializada». Dirección General de Asistencia Especializada.
- Memorias Formación Continuada Hospitales Servicio Andaluz de Salud, 1987.
- Memorias Actividades de Formación Continuada, Hospital de Valme, 1984, 1985 y 1986.

DIABETES MELLITUS, PROBLEMA DE SALUD

Autores: **D.ª María Luisa Lucena Vera, D.E.**
Supervisora Consultas Externas

D.ª Concepción Baras Japón, D.E.
Coordinadora Consultas Externas

D. Juan Luis Pizarro Núñez, D.E.

D.ª Teresa García Esteban, D.E.



La Diabetes Mellitus asocia una serie de síndromes de etiología y evolución clínica diferentes, cuyo denominador común es la hiperglucemia. Esta hiperglucemia, cuando se mantiene crónicamente, produce un conjunto de síntomas bien conocidos, como son la poliuria, polidipsia y polifagia, así como contribuye, unida a una serie de factores inmunológicos, hereditarios y metabólicos, al desarrollo de las complicaciones tardías de la enfermedad, como la microangiopatía.

En la actualidad, aunque no disponemos de un tratamiento curativo de la enfermedad, sí podemos, utilizando la insulina y/o los antidiabéticos orales, suplir o corregir el déficit de la misma, y a través de una dieta adecuada y la práctica de ejercicio físico, intervenir no sólo en el metabolismo de la glucosa, sino también sobre todos los demás aspectos de la enfermedad.

DEFINICION

Para definir la D.M. podemos utilizar dos criterios:

a) *Clinico*: Enfermedad sistemática caracterizada por hiperglucemia, lesio-

nes específicas de la microcirculación y predisposición a la arteriosclerosis.

b) *Bioquímico*: Déficit de secreción de insulina, con hiperlipidemia e hiperaminoacidemia.

La D.M. es una enfermedad conocida desde la antigüedad y su distribución es universal. Hay factores que tienen un papel determinante en la aparición de la enfermedad:

- Factores genéticos.
- Factores ambientales.
- Diferencias geográficas.

Según los estudios estadísticos realizados, un 4 por ciento de la población está afectada; esto supone en España casi dos millones de diabéticos.

CLASIFICACION

1. *Diabetes Mellitus*:
 - a) Tipo I: Insulino dependiente.
 - b) Tipo II: No insulino dependiente:
 - En los obesos.
 - En los no obesos.
 - c) Diabetes gestacional.
 - d) Diabetes asociada a otras enfermedades:
 - Pancreáticas.

- Endocrinas y hormonales.
- Inducida por fármacos.
- Anormalidades en el receptor de insulina.

2. *Tolerancia a la glucosa alterada*:

- a) En no obesos.
- b) En obesos.
- c) Asociada a otras enfermedades:
 - Pancreáticas.
 - Endocrinas y hormonales.
 - Inducida por fármacos.
 - Anomalías en el receptor de insulina.

ETIOPATOGENIA:

1. *Diabetes Mellitus secundarias*:
Tienen las características de la enfermedad que las condicionan. Son curables.
2. *Diabetes Mellitus primaria*:
Suponen el 99% de todas las causas de D.M.
Está determinada por factores genéticos, inmunológicos y víricos:
 - a) Herencia: Ligada al cromosoma 6; en los genotipos DR-3 y DR-4 en la región HLA.
Este condicionamiento genético se encuentra hasta en el 50% de la población general, pero sólo un 0,2% desarrolla una D.M.
 - b) Factores inmunológicos:
 - Aparición de anticuerpos anti-insulina.
 - Aparición de células K.
 - Disminución del complemento C-4.
 - c) Virus: La infección vírica es un factor importante en la etiología de la D.M., no actuando de

forma exclusiva, sino sobre individuos dispuestos genéticamente.

SINTOMATOLOGIA:

Hay que separar los síntomas debidos directamente a la elevación de la glucosa, de los originados por afección de pequeños y grandes vasos y del sistema nervioso. Estos últimos van a dar lugar a las complicaciones crónicas de la enfermedad.

1. Formas de comienzo:

La D.M. tipo I o insulino dependiente, se manifiesta en días, y suele guardar relación inversa con la edad: a menor edad comienzo más brusco, poniéndose de manifiesto por una cetoacidosis.

La D.M. tipo II o no insulino dependiente, suele comenzar de forma insidiosa y con síntomas atenuados que a veces sólo resalta a través de sus complicaciones (fondo de ojo, alteraciones vasculares).

2. Síntomas predominantes:

a) Poliuria:

Eliminación excesiva de orina durante el día y la noche con gran densidad, debido a la glucosa que contiene; suele ser 3-4 litros por día.

Para que la glucosuria aparezca en la orina, debe superar el dintel renal de 180 mg/dl. Este síntoma aparece por un fenómeno de ósmosis, al ser el riñón incapaz de reabsorber la concentración de glucosa.

b) Polidipsia:

Aumento de la sed. Es a consecuencia de la poliuria.

c) Polifagia:

Aumento del apetito. Es un mecanismo defensivo para compensar la pérdida calórica que supone la glucosuria.

d) Astenia:

Debido al déficit metabólico de la glucosa y al mal aprovechamiento de grasas y proteínas.

e) Adelgazamiento:

Por el déficit de insulina, este síntoma es importante; pues cuando sin causa que lo justifique aparece en un diabético, es un buen indicador de mayores necesidades de insulina, o del cambio de antidiabéticos orales a insulina.

3. Síntomas generales:

a) Prurito:

Se suele localizar en genitales, produciendo vulvovaginitis o balanitis; es debido al aumento de glucosa en la piel. Se asocia a infecciones por hongos.

b) Infecciones cutáneas, retraso en la cicatrización de las heridas:

Es un mito, esto no se ha demostrado.

c) Sonnolencia posprandial:

Este síntoma aparece generalmente en los ancianos.

4. Complicaciones crónicas:

a) Microangiopatía:

Afecta a pequeños vasos, fundamentalmente de riñón y retina.

b) Macroangiopatía:

Son lesiones similares a las de la arteriosclerosis. Aparecen en las arterias de mediano y gran calibre.

DIAGNOSTICO:

Además del cuadro clínico que presenta el paciente, es preciso demostrar por el laboratorio la hiperglucemia.

a) Glucemia basal:

Se realiza después de diez horas en ayunas:

Las cifras normales en sujetos no diabéticos están por debajo de 100 mg/ml. Para considerar a un individuo diabético deberán ser igual o superiores a 120 mg/ml en más de una ocasión.

b) Glucemia posprandial:

Se realiza la prueba a las dos horas de la ingesta, siendo patológica si los valores son iguales o superiores a 180 mg/ml.

c) Insulinemia:

No es una prueba determinante y tiene un elevado costo.

d) Hemoglobina glucosilada:

No es recomendable para el diagnóstico, pero sí para valorar el estado de compensación.

e) Cetonemia:

Esta prueba se realiza para el diagnóstico de descompensación acidótica.

f) Glucosuria:

Es un complemento para el diagnóstico, pero no es esen-

cial, pues sólo aparece cuando el dintel renal sobrepasa los 180 Mg/ml, por lo que en los casos de hiperglucemia no tiene repercusión en la orina. Puede aparecer glucosuria sin D.M. (embarazadas y ancianos con disminución del flujo renal).

g) Cetonuria:

Tiene la misma significación que la cetonemia, retrasada en el tiempo, no es útil su realización.

h) Curva de glucemia:

Es la prueba más sensible para el diagnóstico de D.M.

Está contraindicada en diabéticos ya diagnosticados.

La curva de glucemia con sobrecarga oral es útil en todos aquellos casos en que la glucemia basal es dudosa o existe historia anterior de hiperglucemia.

Asimismo, está contraindicada en todos aquellos pacientes con procesos digestivos que interfieran la absorción normal de la glucosa.

i) Medida del péptido C:

Puede ser útil como medida de la reserva pancreática. Evita el inconveniente que tiene el medir la insulinemia. También es útil para descubrir falsos casos de hipoglucemia por mala administración de insulina.

SITUACIONES ESPECIALES;

a) Tolerancia anormal a la glucosa:

Este término sustituye a las conocidas anteriormente como diabetes latente, clínica o subclínica.

El diagnóstico sólo puede hacerse tras la ingestión oral de glucosa.

La importancia del diagnóstico está en que en estos pacientes existe una mayor prevalencia que en la población normal de enfermedad macrovascular, por lo que es aconsejable que adelgacen si tienen sobrepeso, y corregir otros factores de riesgo como

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre N° Historia
 Estado Civil Fecha
 Dirección Teléfono
 Profesión Edad
 Diagnóstico médico

ENCUESTA BASAL:

- ¿Desde cuándo ha detectado los primeros síntomas?
- ¿Desde cuándo ha sido atendido clínicamente)
- ¿Qué síntomas tenía entonces?
- ¿Qué cifras glucémicas obtuvo?

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- ¿Hay algún familiar que padece diabetes? SI 0 NO
- Padre SI 0 NO 0 • Madre SI 0 NO 0
- Abuelo SI 0 NO 0 • Abuela SI 0 NO 0
- Hijos SI 0 NO 0 • Hermanos SI 0 NO 0
- Otros SI 0 NO 0

ANTECEDENTES PERSONALES:

- | | SI/NO | | SI/NO |
|----------------------|-------|--------------------|-------|
| • Hipertensión | 0 0 | • Obesidad | 0 0 |
| • Retinopatía | 0 0 | • Nefropatía | 0 0 |
| • Neuropatía | 0 0 | • Otros | 0 0 |

REGIMEN DE VIDA:

- | | OPTIMA | BUENA | MALA |
|------------------------------|--------|-------|------|
| • Nivel de instrucción | 0 | 0 | 0 |
| • Situación laboral | 0 | 0 | 0 |
| • Nivel socioeconómico | 0 | 0 | 0 |

HABITOS:

- | | SI/NO | | SI/NO |
|----------------------|-------|-----------------|-------|
| • Tabaco | 0 0 | • Alcohol | 0 0 |
| • Sedentarismo | 0 0 | • Otros | 0 0 |

MEDICACION:

- Antidiabéticos orales NO 0 SI 0 ¿Cuáles)
- Insulina NO 0 SI 0 Tipo Dosis

SINTOMATOLOGIA:

- | | SI/NO | | SI/NO |
|----------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| • Pérdida de peso | 0 0 | • Cicatrización | 0 0 |
| • Sobrepeso | 0 0 | • Entumecimiento | 0 0 |
| • Prurito corporal | 0 0 | • Dolor (pies y manos) | 0 0 |
| • Polifagia | 0 0 | • Hormigueo (pies y manos) | 0 0 |
| • Polidipsia | 0 0 | • Cambios de vista | 0 0 |
| • Poliuria | 0 0 | • Deshidratación | 0 0 |
| • Mareos | 0 0 | • Somnolencia | 0 0 |
| • Sudoración | 0 0 | • Dolor/pesadez cabeza | 0 0 |
| • Fatiga | 0 0 | • Pérdida conciencia | 0 0 |
| • Infecciones | | • Tipos | |
| • Pulsos periféricos | | • Aliento | |
| • Respiración | | • Otros | |

EXPLORACION CLINICA:

- Glucemia
- Glucosuria
- Cetionuria
- Peso Talla P.A.

OBSERVACIONES:

.....

EVOLUCION DE ENFERMERIA

Nombre N° Historia
 Fecha comienzo Fecha revisión
 Diagnóstico de Enfermería
 Afectación «Organos Diana»

SINTOMAS SUBJETIVOS:

- | | SI/NO | | SI/NO |
|----------------------------|-------|----------------------------------|-------|
| • Pérdida de peso | 0 0 | • Cicatrización | 0 0 |
| • Sobrepeso | 0 0 | • Entumecimiento | 0 0 |
| • Prurito corporal | 0 0 | • Dolor (pies y manos) | 0 0 |
| • Polifagia | 0 0 | • Hormigueo (pies y manos) | 0 0 |
| • Polidipsia | 0 0 | • Cambios de vista | 0 0 |
| • Poliuria | 0 0 | • Deshidratación | 0 0 |
| • Mareos | 0 0 | • Somnolencia | 0 0 |
| • Sudoración | 0 0 | • Dolor/pesadez cabeza | 0 0 |
| • Fatiga | 0 0 | • Pérdida conciencia | 0 0 |
| • Pulsos periféricos | | • Aliento | |
| • Infecciones | | • Respiración | |

SINTOMAS OBJETIVOS:

- Glucemia
- Glucosuria
- Cetonuria
- Peso
- Talla
- P.A.

VALORACION:

- | | | SI/NO |
|-------------------------|--------------------|-------|
| • Alto Riesgo | < 60 > a 300 | 0 0 |
| • Riesgo Relativo | 180 a 300 | 0 0 |
| • Bajo Riesgo | < 180 > a 80 | 0 0 |

DIETA:

- | | SI/NO |
|--|-------|
| • Cumplimiento de la dieta indicada | 0 0 |
| • Conocimiento de la misma | 0 0 |
| • Tipo de dieta | 0 0 |
| • Hipocalórica | 0 0 |
| • Hipercalórica | 0 0 |
| • Problemas para seguir la dieta indicada: | |
| • Alimentos favoritos | |
| • Alimentos indeseados | |
| • Encuesta nutricional de 24 horas | |

ELIMINACION:

- | | SI/NO | Por alteración E. Emocional | |
|---------------------------------------|-------|-----------------------------|----|
| | | SI | NO |
| • Líquida (Vómitos 0/ Sudor /0) | 0 0 | 0 | 0 |
| • Diuresis | 0 0 | 0 | 0 |
| • Deposiciones | 0 0 | 0 | 0 |
| • Toma de laxantes | 0 0 | 0 | 0 |

HIGIENE:

- | | BUENA | MALA |
|--------------------------------|-------|------|
| • Bucodental | 0 | 0 |
| • Corporal (manos, pies) | 0 | 0 |
| • Existencia de prótesis | SI:0 | NO:0 |

MEDICACION:

- | | SI/NO | Dosis |
|--|-----------------------|------------------------|
| • Antidiabéticos orales | 0 0 | |
| • Insulina | 0 0 | Tipo Dosis |
| • Uso | Correcto | 0 Incorrecto 0 |
| • Autodeterminación: | | |
| • Glucemia <input type="text"/> Glucosuria <input type="text"/> Cetonuria <input type="text"/> | | |
| • Pautas horarias | | |
| • Auto-inyección | SI 0 NO 0 | |

VALORACION:

- | | BUENO | REGULAR | MALO |
|------------------------|-------|---------|------|
| • Autocontrol | 0 | 0 | 0 |
| • Auto-inyección | 0 | 0 | 0 |

	SI	NO
• Aceptación de su enfermedad	0	0
• Aceptación de las técnicas	0	0
• Aceptación de la dieta	0	0
• Aceptación del entorno familiar	0	0

ACTIVIDADES:

	BUENO	REGULAR	MALO
• Movilidad física	0	0	0
• Ocupación tiempo libre	0	0	0

EVOLUCION:

• Buena	0	• Complicaciones patológicas	0
• Regular	0	• Incumplimiento Tto.	0
• Mala	0	• Incumplimiento autocontroles	0
		• Alteraciones analíticas	0
		• Otros	0

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

puede ser el tabaquismo o las dislipemias y la H.T.A.

b) Diabetes gestacional:

Es un diagnóstico exclusivo durante el embarazo y no debe aplicarse a la diabética que queda embarazada.

Al finalizar el embarazo se debe recalificar a la enferma que puede después quedar como diabética, como portadora de una tolerancia anormal a la glucosa o totalmente anormal.

OBJETIVOS

Hemos creído necesario la realización y estudio de la elaboración de un proyecto de Historia de Enfermería en pacientes diabéticos, por considerarlo importante para conseguir los siguientes objetivos:

1. Ejercer las funciones propias de Enfermería en la Unidad de Diabetología en relación al proceso y evolución de los pacientes diabéticos.
2. Colaborar y facilitar el desarrollo de las consultas médicas.
3. Contribuir en la organización y distribución de los pacientes en el Servicio.
4. Mejorar la atención sanitaria del paciente:
 - Logrando la máxima autonomía del mismo.
 - Ampliando el conocimiento de su enfermedad y colaborando en su aceptación.
 - Fomentar una actitud positiva ante su proceso y entorno.
 - Evitar la aparición de complicaciones y descompensaciones.
 - Contribuir al desarrollo de una actividad laboral y social activa.
 - Conseguir una valoración y evolución positiva del proceso de su enfermedad.

MANUAL DE DIABETOLOGIA

1. Recepción del paciente procedente de la Consulta Médica.
2. Presentación y explicación de lo que es la Consulta de Enfermería.
3. Complimentación de la Historia de Enfermería.
4. Complimentación práctica de datos analíticos:

- Glucemia:
 - * <60> a 300 mg./dl. = Alto riesgo
 - * 180 a 300 mg./dl = Riesgo Relativo
 - * <180> a 80 mg./dl. = Bajo Riesgo

- Glucosuria
 - Cetonuria
- } Ambos en caso de Alto Riesgo

5. Complimentación de signos vitales: Presión Arterial.
6. Peso y Talla.
7. Medicación y su uso.
8. Encuesta Nutricional.
9. Facilitar «Diario del Diabético» (para anotar al paciente autocontroles analíticos).
10. Facilitar folletos explicativos e informativos.
11. Explicar consejos dietéticos, cuidados higiénicos y régimen de vida.
12. Otros, según valoración (Autoinyección, etc.).
13. Extender impreso de solicitud de recetas de «Tiras Reactivas» (sangre y orina).
14. Complimentar ficha personal para archivo.
15. Cita de revisión según valoración:
 - Alto Riesgo (2 a 3 días)
 - Riesgo Relativo .. (1 a 2 semanas)
 - Bajo Riesgo (1 a 2 meses)
16. Diagnóstico de Enfermería del paciente (se hará según el grado de dependencia para las actividades de la vida cotidiana).

REVISIONES:

1. Complimentación de la hoja de evolución de la Historia de Enfermería.
2. Valoración del Diario (facilitado y cumplimentado por el paciente).
3. Si es necesario hacer Glucemia en Consulta y administrar insulina.
4. Tomar signos vitales: Presión Arterial (en hipertensos).
5. Evaluación del proceso y progreso del paciente.

ACTIVIDADES PERIODICAS:

1. Educación sanitaria individual.
2. Educación sanitaria en grupo.

BIBLIOGRAFIA

- SALUD RURAL. N° Especial. «Formación Médica Continuada en Diabetología». Temario Completo Desarrollado en la Revista S.R. durante el año 1985.
- Harrison: «Principios de Medicina Interna». Undécima edición, 1989. Págs. 2167-2187.
- Ferreras, M.I. Undécima edición, 1988. Págs. 1730-1751.
- Botella Romero, F. «Tratamiento de la Diabetes M. Dietoterapia». Salud Rural, 1985.
- Carmena, R. «Dieta y Arteriosclerosis». Información Terapéutica de la S.S., 1988.
- Medicina Integral. Vol. 12, n° 10. Diciembre, 1988.
- Jano. «Salud para todos, todos para la salud». Vol. 35, extra. Noviembre, 1988.
- Jano. «Dietética y Nutrición». Vol. 3, n° 2. Febrero, 1989.

EVOLUCION Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ATENCION AL NIÑO SANO EN EL CENTRO DE SALUD DE TORREBLANCA (SEVILLA) DESDE EL AÑO 1985 A 1988

Autores: **D. Miguel Angel Alcántara González**
D.E. y Coordinador del Programa

D. Juan Ruiz-Canela Cáceres
Médico Pediatra

D.ª Margarita Draeger Lapke
Médico Pediatra

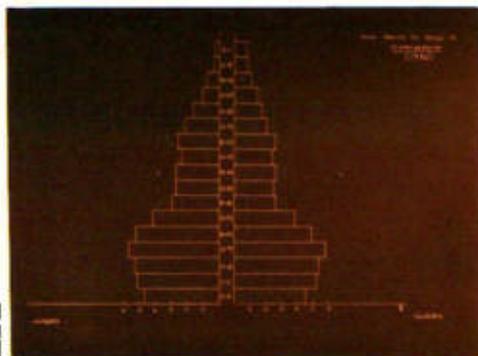
D.ª Esther Casado
Médico de Familia

INTRODUCCION

Torreblanca es el núcleo más oriental del Municipio de Sevilla, situado a la altura del Km. 7 de la carretera de Sevilla-Málaga.

Sobre la primitiva Torreblanca de los Caños, se edificó en 1960 Torreblanca La Nueva, constituida por viviendas de aproximadamente 40 m², que debido a las inundaciones de esos años, vinieron a ocupar las poblaciones procedentes del chabolismo y de los refugios. La población pasó de 5.442 habitantes en 1960 a 17.891 en 1970.

La pirámide de población resultante de los datos aportados por el Censo Municipal del año 1986 nos da una población de características muy jóvenes. (Cuadro 1).



Según los datos suministrados por el Ayuntamiento de Sevilla, se trata de un barrio con unos niveles de analfabetismo y de desempleo muy superiores a los niveles medios de Sevilla capital (55,04% de analfabetismo en Torreblanca, frente 38,23% en Sevilla; 47,86% de desempleo en Torreblanca, frente a 30,82% en Sevilla).

Desde el comienzo del funcionamiento del Centro de Salud de Torreblanca en 1985, y tras el análisis de las características demográficas y socioculturales de la población, se inició un Programa de Atención al Niño Sano.

Consideramos que es fundamental el mantenimiento de la salud infantil y la adquisición de hábitos sanos en la infancia para la consecución de un nivel de calidad de vida y sanitario aceptables de una población en etapas posteriores.

Los recursos humanos de que disponemos para la población de nuestra Zona Básica de Salud son: 3 Pediatras y 1 Enfermero a tiempo completo para realizar dicho trabajo, y 3 auxiliares puericultoras.

Los pediatras compaginan la consulta a demanda con el control de Niños Sanos a través de nuestro programa, lo que permite a los pediatras extrahospitalarios tener una visión más integral de la Salud Infantil de la Zona.

Los objetivos que nos planteamos con dicho programa fueron: (cuadro 2).

ATENCIÓN AL NIÑO SANO (0-4 AÑOS DE EDAD) (Z. B. DE TORREBLANCA)

OBJETIVOS:

- 1 - DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD INFANTIL
- 2 - PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA
- 3 - CONTRIBUIR A LA MEJORA DE LA NUTRICIÓN INFANTIL
- 4 - CONTRIBUIR A LA CORRECTA INMUNIZACIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL
- 5 - IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

1.º Disminuir la morbimortalidad infantil.

2.º Promoción de la lactancia materna.

3.º Contribuir a la mejora de la nutrición infantil.

4.º Contribuir a la correcta inmunización de la población infantil.

5.º Identificación precoz de enfermedades crónicas.

Para cubrir estos objetivos el programa se estructuró en visitas a edades que en nuestra opinión constituyen hitos claves en la vida del niño. En cada visita se presta atención a la exploración, Educación Sanitaria y Valoración del Desarrollo Psicomotor.

CONTROL PERIODICO DEL NIÑO												
	10 Mes	1 año	1 m.	3 m.	7 m.	10 m.	15 m.	18 m.	2 años	3 a.	4 a.	5 a.
	1° 1988	2° 1988	3° 1988	4° 1988	5° 1988	6° 1988	7° 1988	8° 1988	9° 1988	10° 1988	11° 1988	12° 1988
PREIO (mes)												
TARDE (mes)												
P. EMERGENCIAS (mes)												
SALUD MATERNA												
VEJER												
1. Temperatura	1-7	1-2										
2. Ref. Inocuidad												
3. Estado de salud												
4. Alimentación												
5. Signos												
ACCIÓN												
1. Prev. Infección												
DESEMPEÑO PSICOMOTRIZ												
Mot. Adquisición Lengua Social												
EXPLICACION FISICA												
1. Estado C.P.												
2. Puntos												
3. Estado												
4. Estado												
5. Estado												
6. Estado												
7. Estado												
8. Estado												
9. Estado												
10. Estado												
11. Estado												
12. Estado												
13. Estado												
14. Estado												
15. Estado												
16. Estado												
17. Estado												
18. Estado												
19. Estado												
20. Estado												
21. Estado												
22. Estado												
23. Estado												
24. Estado												
25. Estado												
26. Estado												
27. Estado												
28. Estado												
29. Estado												
30. Estado												
31. Estado												
32. Estado												
33. Estado												
34. Estado												
35. Estado												
36. Estado												
37. Estado												
38. Estado												
39. Estado												
40. Estado												
41. Estado												
42. Estado												
43. Estado												
44. Estado												
45. Estado												
46. Estado												
47. Estado												
48. Estado												
49. Estado												
50. Estado												
51. Estado												
52. Estado												
53. Estado												
54. Estado												
55. Estado												
56. Estado												
57. Estado												
58. Estado												
59. Estado												
60. Estado												
61. Estado												
62. Estado												
63. Estado												
64. Estado												
65. Estado												
66. Estado												
67. Estado												
68. Estado												
69. Estado												
70. Estado												
71. Estado												
72. Estado												
73. Estado												
74. Estado												
75. Estado												
76. Estado												
77. Estado												
78. Estado												
79. Estado												
80. Estado												
81. Estado												
82. Estado												
83. Estado												
84. Estado												
85. Estado												
86. Estado												
87. Estado												
88. Estado												
89. Estado												
90. Estado												
91. Estado												
92. Estado												
93. Estado												
94. Estado												
95. Estado												
96. Estado												
97. Estado												
98. Estado												
99. Estado												
100. Estado												

En el cuadro n.º 3 observamos los contenidos y las visitas que realizamos dentro del programa.

Después de cuatro años de funcionamiento, hemos considerado conveniente la realización de una evaluación del año 88 y compararla con otra previa realizada por nosotros en 1986 y así verificar los avances o retrocesos si los hubiere.

MATERIAL Y METODOS

Hemos revisado las historias de los niños nacidos en Torreblanca desde el 1 de enero de 1988 hasta 31 de diciembre del 88. Se han revisado un total de 296 historias.

Los parámetros analizados son los que estimamos que pueden ser influidos por el profesional mediante la persuasión y no analizamos los que dependen de otras circunstancias, como son los hallazgos patológicos.

Los parámetros analizados son:

- 1.—Edad en meses hasta 31 de diciembre 1988.
- 2.—Peso al nacer; valorando el peso superior o inferior a 2.500 gr.
- 3.—La existencia o no del inicio de lactancia materna.
- 4.—La duración de la lactancia materna: inferior a 3 meses, entre 3-6 meses y superior a 6 meses.
- 5.—Introducción correcta o incorrecta de la alimentación complementaria.

Hemos considerado como correctas

las pautas preconizadas por la ESPGAN (Sociedad Europea de Nutrición), es decir, la introducción de la alimentación complementaria a partir del 4.º mes, salvo el gluten, que debe introducirse a partir del 6.º mes, y la administración de leche de vaca higienizada a partir del 6.º mes.

6.—Vacunación adecuada, considerando como tal el cumplimiento del calendario vacunal de la Junta.

7.—Abandono o seguimiento del programa, estimando como abandono la falta de dos o más visitas programadas consecutivamente.

Los datos obtenidos se han evaluado con el método estadístico del Test de Comparación de dos proporciones para muestras independientes y comparados con los obtenidos en la Evaluación del año 85-86.

RESULTADOS

— Abandono y Cobertura (cuadro n.º 4).

ATENCIÓN AL NIÑO SALVO A 4 AÑOS DE EXPERIENCIA (C. S. de TORREBLANCA)		
COBERTURA Y ABANDONO		
	AÑO 1985	AÑO 1988
COBERTURA	46,79 %	90 % (p < 0,01)
ABANDONO	29,27 %	10,9 % (p < 0,01)

— Duración de Lactancia Materna (cuadro n.º 5).

ATENCIÓN AL NIÑO SALVO A 4 AÑOS DE EXPERIENCIA (C. S. de TORREBLANCA)		
DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA		
	AÑO 1985	AÑO 1988
AGE DE 4 MESES	5,07 %	10,6 % (p < 0,01)
DE 3 A 4 MESES	24,80 %	28,3 %
DETERMINO AGE	4,30 %	15,0 %

— Alimentación complementaria inadecuada (cuadro n.º 6).

ATENCIÓN AL NIÑO SALVO A 4 AÑOS DE EXPERIENCIA (C. S. de TORREBLANCA)		
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA INADECUADA		
	AÑO 1985	1988
INTRODUCCIÓN DE LECHE DE VACA ANTES DE 6 MESES	7,00 %	7,9 %
INTRODUCCIÓN DEL GLUTEN ANTES DE 6 MESES	10,90 %	10,10 %

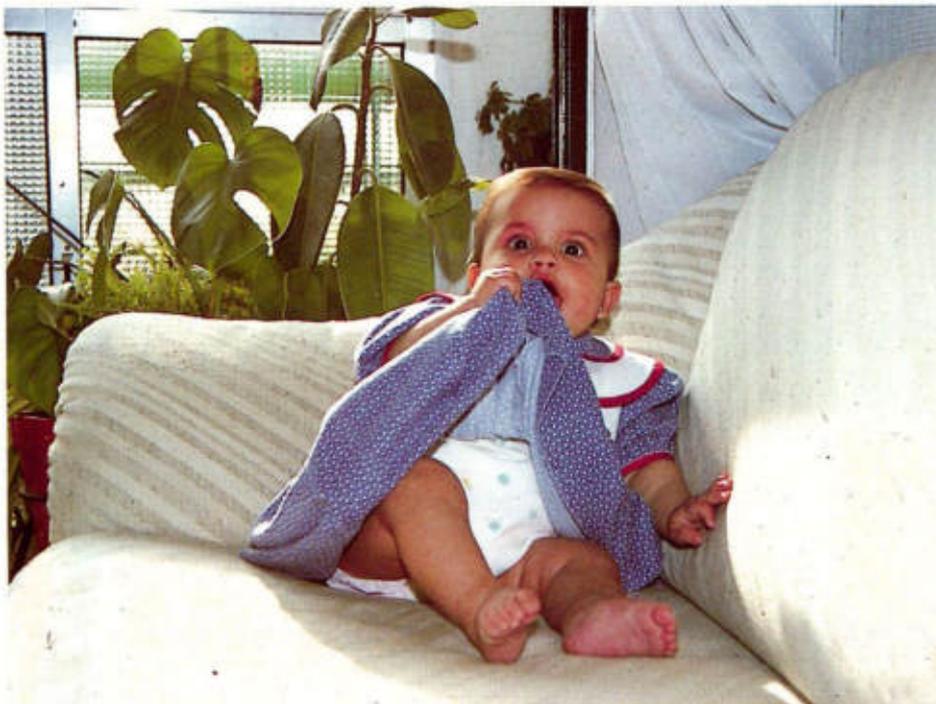
— Vacunaciones (cuadro n.º 7).

ATENCIÓN AL NIÑO SALVO A 4 AÑOS DE EXPERIENCIA (C. S. de TORREBLANCA)		
VACUNACIONES		
	AÑO 1985	1988
1ª Dosis DTP y P	87,11 %	91,81 %
2ª Dosis DTP y P	74,07 %	89,95 %
3ª Dosis DTP y P	66,09 %	78,81 %
DIFERENCIA ENTRE 1ª y 3ª DOSES	21,02 %	13,06 %

DISCUSION

La cobertura que poseemos en 1988 es del 90%, frente a la de 1985, que era del 46,79%; siendo esta experiencia estadísticamente significativa con 0,01.

Nos ha permitido obtener estas cifras la excelente disposición de los miembros del Equipo de Atención Primaria, que nos remiten cualquier lactante; los datos que nos facilita nuestro Hospital de referencia y el excelente registro del Programa P.V.A. del Ayuntamiento.



El abandono en 1985 era del 29,2%, mientras que en 1988 es del 15,5%, valores estadísticamente significativos ($p < 0,01$).

Ha variado estos porcentajes nuestra insistencia sobre la utilidad del control periódico del niño.

La promoción de la Lactancia Materna constituye un aspecto fundamental dentro de los objetivos de nuestro programa. Sin embargo, nos encontramos que en 1985 no inician la lactancia el 15,58%, y en 1988 no la inicia el 18,3%.

En nuestra opinión existen varios factores que influyen sobre esta realidad:

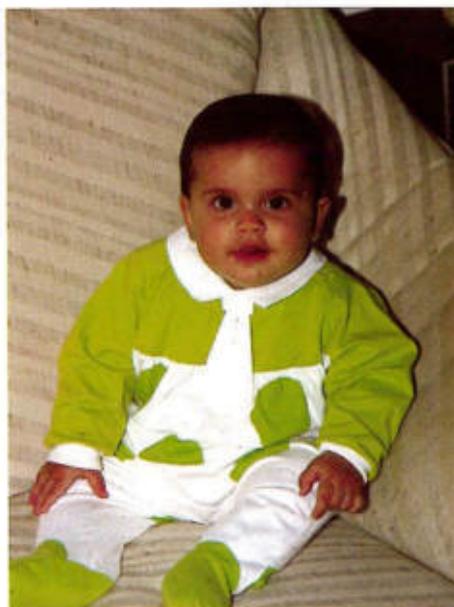
- No funcionaba en nuestro Centro en 1988 un grupo de Educación Maternal y Preparación al Parto.

- Los restantes miembros del equipo no son sensibles a esta problemática.

- Nuestro Hospital de referencia no facilita la Lactancia Materna de los RN ingresados.

- La importancia cada vez mayor del embarazo en adolescentes...

Respecto a la duración de la Lactancia Materna, de 3-6 meses, en 1985 es 24,8%, frente al 28,3% en 1988, y mayor a 6 meses, en 1985 es 24,8%, frente al 28,3% en 1988, y mayor a 6 meses, en 5,07% en 1985 y en 1988 es de 16,6%. Por lo tanto advertimos un incremento estadísticamente significativo en la duración de la lactancia concordantes con lo que sucede con las clases sociales favorecidas.



Esta cifra es también estadísticamente significativa respecto a las apuntadas por la Junta en un estudio realizado en 1986, que era de 6,5% niños mayores de 6 meses.

En cuanto a las prácticas de alimentación, la introducción precoz de leche de vaca a lactantes menores de 6 meses en 1985 era de 7,02% y en 1988 es de 7,5%.

No observamos diferencias significativas aunque sí hemos conseguido la erradicación de la administración de leche de vaca no higienizada. Este factor en nuestra opinión se mantiene en márgenes

razonables si lo correlacionamos con el coste medio de una lactancia Artificial y C. Económica en nuestro medio.

La introducción del Gluten por debajo de los 6 meses representaba en 1985 el 16,98% y en 1988 el 10,16%.

Por último, en la vacunación de los niños menores de 1 año hemos observado un incremento significativo de la cobertura vacunal inicial. Así, 91,81% de los niños vacunados con la 1ª dosis DTP y P en 1988, frente a 87,11% en 1985.

También observamos un menor abandono de la pauta de vacunación, a 78,81% se les ha implantado la 3ª dosis en 1988 frente a 68,09% en 1985. Siendo la diferencia entre el porcentaje de niños que tienen la 1ª dosis y la 3ª, los niños que habrían abandonado la pauta de vacunación: 13% en 1988, frente a 19% en 1985.

Creemos que esta significativa disminución de abandonos de la pauta de vacunación puede atribuirse en parte al seguimiento que se efectúa a través de este programa.

CONCLUSIONES

Durante los cuatro años de recorrido del programa de control del Niño Sano se ha hecho un notable esfuerzo que queda reflejado en las cifras antes comentadas.

Creemos que siguen vigentes los objetivos mencionados al principio de la exposición y previstos en años previos.

- 1.— Ampliar la cobertura al total de niños de la población, teniendo en cuenta principalmente los grupos de riesgo socio-sanitario.
- 2.— Continuar reduciendo los porcentajes de abandono, incidiendo en cada caso particular a través de la consulta de pediatría.
- 3.— Fomentar la lactancia materna, potenciándola en la educación sanitaria de la embarazada y a través de la cooperación del resto de los profesionales del Centro.
- 4.— Incrementar la cobertura vacunal y mantenerla a lo largo de toda la pauta de vacunación, también con la cooperación del Programa de Salud Escolar.
- 5.— Para disminuir la morbimortalidad infantil contamos con la colaboración del Programa de Control de Embarazo, que trata de prevenir el nacimiento de niños prematuros y de bajo peso.

CONCURSO N° 11



PRIMER PREMIO

Autora: D.^a Francisca Peña Espinosa.
Colegiada N° 6.768.
Título: «Plaza de Santa Cruz».

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA N° 12

CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. TEMA: LA MATERNIDAD

2º TRIMESTRE AÑO 90 (ABRIL, MAYO, JUNIO)

El plazo de presentación finalizará el próximo 1 de junio de 1990.

BASES:

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

Formato: 20x25 cm. color, enmarcada en cartulina blanca de 2 cm. de margen (24x29 con marco).
 Cada participante sólo podrá presentar **2 fotografías como máximo**. Cada una de las cuales irá en sobre cerrado e identificadas en su reverso con el título de la composición.

En sobre aparte, cerrado, irá el nombre y el número de colegiado, máquina con la que 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 3º trimestre 90 será «LA VEJEZ».



SEGUNDO PREMIO

Autor: D. Manuel Jesús García Martínez.
Colegiado N° 7.789.
Máquina: Olympus OM-10.
Título: «Amanecer Medieval».



TERCER PREMIO

Autor: D. Javier García Castro.
Colegiado N° 8.639.
Máquina: Ricoch KRIOX.
Título: «Atardecer de Sevilla».

Enfermería
FANCIACIÓN
FANTASIA

1990

1º ENCUENTRO NACIONAL

SEVILLA

14-17 MARZO

PATROCINA

TENAFORM
ABSORBENTES PARA INCONTINENCIA

Mölnlycke

Organiza:
Colegio Oficial
de
Enfermería



Sevilla.

Más de cuatrocientos profesionales de toda España lo avalaron

EXITO DEL «I ENCUENTRO NACIONAL DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA» ORGANIZADO POR NUESTRO COLEGIO

- **Más de noventa comunicaciones de alta cualificación**
- **El primer premio, a una ponencia llegada desde Granada**



La entrada al Congreso.

Como de gran éxito puede calificarse el resultado final del «I Encuentro Nacional de Enfermería en Atención Primaria», celebrado en nuestra ciudad entre los días 14 al 17 del pasado mes de marzo. Y debe considerarse como tal porque así se desprende del alto nivel de participación, elevado número de comunicaciones presentadas y balance definitivo ante una experiencia hasta ahora inédita para la Enfermería española y que a buen seguro deberá tener continuidad en cualquier otro rincón de nuestro país.

Para empezar, digamos que se desbordó el número de profesionales asistentes al Encuentro, porque si en un principio la organización calculaba una cifra de asistencia próxima a los trescientos, a la hora de inaugurarse el I Encuentro el cómputo de congresistas estaba al filo de las cuatrocientas cincuenta personas, llegadas desde todos los puntos geográficos.

La iniciativa que durante más de un año corrió a cargo del Colegio Oficial de ATS/DE sevillano, empezó a ser una realidad cuando en un amplio salón del Hotel Porta Coeli, de Sevilla, diversas personalidades del ámbito sanitario procedían a dar oficialidad a una inauguración asamblearia plena de asistencia.

En la mesa que presidía el acto, tras una apertura a cargo de Antonio Hernández, presidente del Comité Organizador, se daban cita el consejero de Salud de la Junta de Andalucía, Eduardo Rejón; el diputado provincial de Sani-



La mesa inaugural del Encuentro.

dad, Sánchez Monteseirín; gerente provincial del Servicio Andaluz de Salud (SAS), Ricardo Vázquez Albertino; director general de Atención Primaria de la Consejería de Salud de la Junta, José M. Cabrera; presidente del Comité Organizador, Antonio Hernández, y del Científico, Miguel Angel Alcántara, así como el vicepresidente y presidente de nuestro Colegio Oficial, Francisco Baena y José María Rueda.

Los intervinientes —Monteseirín, Rueda y Rejón— dejaron bien patente la importancia de fomentar foros como el presente, que supone para Enfermería proseguir en su línea de trabajo y profundización que le son tan naturales. El consejero de Salud de la Junta de Andalucía felicitó «a los profesionales por esta nueva iniciativa», como igualmente se congratuló, instantes antes, el presidente del Colegio sevillano, José María Rueda, porque este I encuentro significaba «un paso más al frente en la filosofía de ir armando de soportes a la mesa que todos queremos configurar para nuestra Enfermería. Es como hablar —dijo— del Código Deontológico recién presentado por el ministro de Sanidad o las palabras del rector de la Universidad Complutense, doctor Villapa-

los, en el sentido de que por vez primera estamos ante un pronunciamiento favorable a la existencia de la Licenciatura para Enfermería».

Consumida la jornada inaugural, los más de cuatrocientos profesionales españoles se pusieron a laborar en apretadas sesiones de mañana y tarde, mediante una serie de comunicaciones y ponencias que prácticamente recorre-

rían el espectro de nuestra actividad en el campo específico de la Atención Primaria. Las más de noventa comunicaciones presentadas al efecto hablan por sí solas de la desbordante atención que Enfermería presta, sin ningún géneros de dudas, a la Atención Primaria en cualquier parte del país, pues no en vano había acentos catalanes, vascos, gallegos o andaluces en cualesquiera de



Más de cuatrocientos compañeros llegaron desde toda España.



S.M. la Reina Sofía, presidenta de honor.

las exposiciones, reuniones o, simplemente, contactos surgidos al calor del acontecimiento.

De ese modo fue discurrendo el Encuentro, hasta que el Comité Organizador enfiló la recta final con la apoyatura tanto de las Conclusiones definitivas —que incluimos en espacio aparte— como de dar a conocer los nombres de las tres comunicaciones que a juicio del Comité Científico merecieron los galardones como resumen de esta primera edición de la Enfermería viviendo de cerca los problemas de la Atención Primaria.

El responsable del Comité Científico, Miguel Angel Alcántara, pronunció un discurso en la jornada de cierre, antes de oficializar el nombre de los vencedo-

res, ante la mirada de un auditorio expectante y con la presidencia de la viceconsejera de Salud del Gobierno Vasco, doña Dolores Ruiz, cuya deferencia en acompañarnos en la ocasión sirvió para comprobar el grado de sensibilidad que el departamento vasco dedicado a la Salud tiene con los problemas inherentes a la Enfermería, de un lado, y la gentileza en la citada viceconsejera, que no dudó en tomar un avión y presentarse en Sevilla a la sesión de clausura del I Encuentro Nacional.

Miguel Angel Alcántara, como decimos, hizo hincapié en destacar *«el hallazgo que para el Comité Científico supone encontrarse ante una realidad cuantitativa y cualitativa de tantos esfuerzos puestos a contribución del I En-*

cuencro en lo relativo a las comunicaciones». Se refirió, igualmente, al *«grado de madurez que Enfermería estaba demostrando con esta oportunidad dentro de la Atención Primaria»*, así como el hecho incuestionable de considerar que *«Enfermería está llamada a desempeñar un rol fundamental en este campo específico de la Salud»*.

Tras agradecer a las firmas y entidades colaboradoras en los tres premios, *«por lo que encierran de apoyo y no sólo su aportación económica»*, terminó congratulándose de que la Atención Primaria haya trascendido del *«ámbito estrictamente profesional para convertirse en un asunto que afecta e interesa a toda la sociedad»*.

Acto seguido, se procedió a hacer entrega de recompensas, que fueron distribuidas del siguiente modo:

Primer premio a la mejor comunicación, dotado con 100.000 pesetas, y patrocinado por el Ilustre Colegio Oficial de Sevilla, a don Francisco García García, de Granada, autor de la comunicación oral presentada bajo el lema *«Enfermería ante la Atención Primaria de Salud en los pies del niño, adulto y anciano»*.

Segundo premio a la mejor comunicación, dotado con 75.000 pesetas y patrocinado por la FUDEN, a don Javier Castaño, don Miguel Sánchez y don Francisco de Llanos (Sevilla), coautores de la comunicación presentada bajo el lema *«Elaboración de un programa de salud en la tercera edad»*. Entregó el premio don Antonio Vera Borreguero.

Tercer premio a la mejor comunicación, dotado con 50.000 pesetas, y patrocinado por el Banco de Comercio, a doña Lupe Figueiras, R. Mene, M. Rivera y M. R. Oriach (Barcelona), coautores de la comunicación presentada bajo el lema *«Programa de educación sanitaria en alimentación y nutrición a la comunidad»*. Entregó don Juan Carlos Guerrero, director general del Banco del Comercio.

Este podría ser, a grandes rasgos y en una lectura apretada, el resumen que esta publicación quiere hacer llegar a todos sus lectores, colegiados sevillanos y de toda España, acerca de lo que ha resultado ser un acontecimiento para nuestra profesión, que, ojalá, esperemos tenga la segura continuidad. Si Enfermería persevera en esta línea de esfuerzo y competencia, como han demostrado cuantos han laborado por el mejor

desarrollo del Encuentro, habremos acertado en lo más esencial: difundir, contrastar, intercambiar y profundizar en las experiencias de cada campo de acción concreto. El I Encuentro Nacional de Enfermería de Atención Primaria celebrado en nuestra Sevilla fue un total éxito y desde estas páginas de HYGIA hacemos votos de los mismo pensando en la segunda edición, que se celebrará en San Sebastián.

¡Hasta dentro de un año, en la hermosa ciudad donostiarra!

LAS CONCLUSIONES DEL ENCUENTRO

Las conclusiones, a juicio del Comité Científico de este I Encuentro Nacional de Enfermería de A.P.S., se apoyan en una serie de razonamientos fundamentales como colofón y resumen a las distintas jornadas de trabajo. En un breve repaso, y como respuesta a los objetivos programáticos marcados por este I Encuentro, se entiende que:

1. Resulta imprescindible profundizar en algunos casos, o reorientar y relanzar en otros, la expansión de la Atención Primaria de Salud donde los enfermeros realizan y llevan tiempo demostrando un papel de clara relevancia.

2. A pesar de las grandes dificultades y precariedades de todo tipo que hoy por hoy se destinan al apartado de Enfermería y que está acarreado una no deseada desmotivación, se constata la



La viceconsejera de Salud del Gobierno Vasco, que aparece con nuestro presidente, clausuró el Encuentro.

alta valoración en el trabajo que llevan a cabo los enfermeros en la Atención Primaria de Salud.

3. En relación a las distintas comunidades autónomas que componen el Estado español, se comprueba el diferente grado de implantación de la A.P.S., por lo que se preconiza un más intenso acercamiento y armonización de los criterios que deben presidir la implantación de la A.P.S.

4. En el caso concreto de la Comunidad Autónoma Andaluza, pionera en el desarrollo tanto organizativo como legislativo en la A.P.S., se constata que actualmente sufre un estancamiento en el apartado concreto de la Enfermería, con una disminución de recursos en los Centros de Salud.

5. Necesidad de potenciar con recursos suficientes la atención domiciliaria como importante modalidad de trabajo en la Enfermería comunitaria.

6. Obligatoriedad de que los enfermeros logren superar una carencia histórica, cual es romper la barrera profesional para que la población tome conciencia de nuestra actuación, sin lo cual todos los esfuerzos del colectivo apenas si tendrían repercusión más que en los propios enfermeros, con la subsiguiente falta de sintonía entre Enfermería y la sociedad a la que sirve.

7. Se asume que la Enfermería debe realizar una autocrítica en aras a profundizar en los mecanismos, actividades e instrumentos de la A.P.S. frente a la estimación que otros poderes sociales, políticos y culturales son exclusivos detentadores de la total responsabilidad en el campo de la salud.

8. Por último, reafirmar la conveniencia de seguir promoviendo Encuentros como el presente para el mejor intercambio de experiencias, metodologías y objetivos de Enfermería en la A.P.S.



Miguel A. Alcántara, presidente del Comité Científico, durante su intervención.

¿PROGRAMAS DISPENSARIZADOS O PROGRAMAS DESCENTRALIZADOS?

Autor: **D. Manuel López Morales**
*Adjunto de Enfermería.
 Centro de Salud
 Torreblanca*

Polémica muy de actualidad entre los Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud andaluces.

La dispensarización de un programa de Salud supone que las actividades del mismo sean realizadas por uno o varios —pocos— profesionales para toda la población de la Zona Básica de Salud en cuestión.

A primera vista, la eficiencia y, en menor medida, la eficacia de estas actividades sería mayor así. Pero, y ésta es la pregunta clave, ¿ello contribuye a una mayor calidad de la atención? Por otra parte, ¿los profesionales se sienten más satisfechos con tal distribución del trabajo?

En el nivel de Atención Especializada, nivel donde los cambios metodológicos

son más complejos de realizar que en Atención Primaria, los enfermeros y las direcciones de Enfermería progresistas están realizando cada vez más y con más satisfacción la distribución del trabajo en función de número de pacientes/enfermero y no como anteriormente, por actividades. Y ello, ¿por qué?, muy sencillo: en honor a un concepto muy necesario de contemplar: LA ATENCIÓN INTEGRAL.

Este principio de la Atención Integral figura en todos los manuales y bibliografía especializada en la Atención Primaria. ¿No es lógico que si un médico y un enfermero de un Equipo de Atención Primaria atienden a un determinado conjunto de habitantes de una zona sean ellos quienes realicen las activida-

des específicas de los programas de salud para esa población? ¿O prefiere, por ejemplo, una usuaria, que cuando tenga una herida le atienda el enfermero X, cuando se quede embarazada le atienda el enfermero Y, cuando nazca el niño que sea atendido por el enfermero Z, y cuando presente una hipertensión arterial le atienda el enfermero H?

Es posible que el enfermero que sólo se dedique a curar heridas domine de tal forma la técnica para ello, que en la mitad de tiempo y con la mitad de instrumental que otro, la realice correctamente. También es posible que la enfermera del Programa de Planificación Familiar haya trabajado tanto en ese tema que sepa resolver todas y cada una de las dudas que pueda plantearle una usuaria del programa de inmediato y sin vacilar. Quizá la enfermera del Programa de Embarazo atienda al doble de embarazadas en el mismo tiempo que otra que no sea del programa, y así sucesivamente...

Pero... ¿el/la usuario/a se siente más satisfecho cuando para cada cosa tenga que ir a una consulta diferente?

¿Y el profesional?... ¿Se siente satisfecho viendo una barriga y otra barriga y otra barriga? ¿Se siente satisfecho el enfermero que repite la misma dieta ocho veces seguidas a ocho pacientes seguidos en el plazo de dos horas, y todos los días igual? ¿Se siente realizado aquel enfermero que se pasa toda la jornada poniendo inyectables intramusculares?

Recordemos algún concepto más: el individuo como ser bio-psico-socio-espiritual. Este concepto, más o menos completo, ha sido propuesto, avalado y defendido por eminentes enfermeras y enfermeros de la actualidad. Creo que a estas alturas todos lo reconocemos como acertado. ¿Cómo vamos a atender psico-socio-espiritualmente a un in-



Técnicas de Relajación. Enfermero: Manuel López. Centro de Salud Torreblanca.



Educación Maternal y preparación al parto. Centro de Salud Torreblanca. Enfermera: Ilde Zarza.

dividuo si ni siquiera la parte biofísica del mismo la atendemos integralmente?

La enfermera E «de embarazo» le recomienda a una usuaria embarazada la ingesta de alimentos ricos en hierro (como la carne). Esta enfermera no sabe que esta mujer tiene cincuenta mil pesetas al mes para alimentar tres hijos, uno de ellos con síndrome de Dawn y su madre encamada con hemiplejía; el marido no tiene relaciones con ella desde hace dos años (¿quién es el padre de la criatura?). Todos estos datos los conoce el enfermero comunitario C que visita a la familia de vez en cuando, vigila el estado de la abuela y valora la situación familiar completa. Es posible que la enfermera E le recomiende que haga largos paseos en compañía de su marido y que vayan ambos a las clases de preparación al parto por aquello de la participación del padre en el nacimien-

to de su hijo... La enfermera E es más rápida y eficaz en el control del embarazo, pero... ¿es más eficaz en la atención de enfermería prestada?

Podría darse la circunstancia que sí que valorara todos y cada uno de los datos comentados y adecuara el plan de seguimiento del embarazo a esas otras condiciones del núcleo familiar atendido... ¿Pero esto qué es?... Ni más ni menos que una duplicación de trabajo: dos enfermeros recopilando los mismos datos y haciendo valoraciones paralelas.

¿Y qué me dicen de esta señora contando su vida privada a uno y luego a otro, y después a otro?

Y del registro, ¿qué pasa con el registro? Si cada programa tiene sus propias hojas de evolución, sus datos de filiación, su número de historia, su ficha piloto... ¿para qué sirve la historia familiar y personal? ¿Cómo se integra el epi-

sodio de infección urinaria que padece una mujer que es controlada en el programa de Planificación Familiar? Para tal proceso infeccioso, el médico de familia le prescribió el antibiótico T. Ocurrió durante un intervalo entre una consulta de planificación familiar y otra. Los datos de la infección urinaria se registran en la hoja de seguimiento de la Historia Personal. Los medios anticonceptivos usados se registran en la hoja de evolución del programa de Planificación Familiar. ¿Alguien puede explicar cómo se podrá evaluar la relación entre determinados métodos anticonceptivos y las infecciones urinarias?

Al principio puede parecer más rentable la dispensarización de los programas pero a la larga sale más costoso: derroche de recursos y/o disminución de la calidad asistencial.

Las trabas para la descentralización de

los programas de salud: ¿cómo vamos a enviar una mujer a su enfermera para que le realice el seguimiento del método anticonceptivo, su uso correcto, efectos adversos, etc, cuando esta enfermera ideológicamente no comparte los objetivos de la planificación familiar?

¿Cómo un profesional de la salud puede negarse a facilitar una información o una asistencia requerida por un usuario por motivos ideológicos? Es anticonstitucional.

Pero... «No todos los enfermeros comunitarios pueden asumir la atención de embarazadas»... ¿Por qué no? ¿Qué de complejo tiene la atención de una embarazada en un Centro de Salud? Recuerdese que la Atención Primaria se basa en procedimientos básicos y sencillos. Un programa de salud tiene limitadas sus competencias cuando el caso atendido requiere técnicas de mayor complejidad y profesionales para ello especializados. La Atención Primaria asume el 80% de las necesidades de atención de los usuarios, que son las necesidades de atención elementales y básicas. Dejemos que los hospitales hagan su trabajo. No nos planteemos objetivos de otros niveles asistenciales. ¿No será



Consulta del Programa de NIÑO SANO. Enfermero: Miguel Angel Alcántara. Centro de Salud Torreblanca.



Consulta de Enfermería. Enfermero: Manuel López. Centro de Salud Torreblanca

este afán de solucionar todos los problemas uno mismo en el Centro de Salud lo que provoca la idea de que los demás no son capaces de hacerlo bien? No convirtamos el Centro de Salud en un aparcamiento de especialistas frustrados. La verdadera especialización del enfermero comunitario se fundamenta en el dominio de conocimientos y técnicas de acción comunitaria: metodología de la entrevista, enfoque de riesgo, epidemiología, interacciones psicosociales...

No olvidemos, por otra parte, que la Formación Continuada tiene un papel muy relevante en la puesta en marcha de los programas de salud. Cualquier enfermero comunitario correctamente actualizado puede asumir la atención de Enfermería correspondiente a cualquier programa de salud.

La atención dispensarizada contradice la metodología de trabajo en Atención Primaria. Seamos enfermeros de verdad, seamos enfermeros integrales.

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.

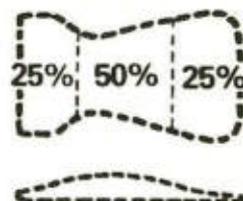
Por último, TENAFORM consta de dos piezas: Apósito Absorbente en tres tamaños, que se adaptan a los distintos grados de incontinencia, más una braga de sujeción.

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 ABSORCION Y DIFUSION: 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 o 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

DIFERENCIAS EN LAS NECESIDADES DE LAS GESTANTES DE MAS DE CUARENTA AÑOS

Autores: **D. José Luis Álvarez Gómez**
 Prof. titular del Area Materno-Infantil
D.ª Asunción Valiente Morilla
 Prof.ª Asociada del Area Materno-Infantil
D.ª Encarnación Fernández Zamudio
 Matrona en Atención Primaria

RESUMEN

Se valoran las necesidades durante el embarazo, a las cuarenta y ocho horas del parto, de veintidós mayores de cuarenta años y se compara con un grupo control de treinta y un gestantes en circunstancias similares con edades entre los veinte y los treinta y cinco años.

Se estudian sus posibles diferencias que fueron significativas ($p < 0.05$ ó < 0.01) entre los resultados de los dos grupos en determinados aspectos de las necesidades de reposo-sueño, ingesta, eliminación, oxigenación, psicológica y socio-económica. Se analizan los resultados.

INTRODUCCION

Venimos trabajando sobre la hipótesis de que el embarazo modifica las necesidades normales de la gestante, posiblemente como consecuencia de múltiples factores: cambios fisiológicos normales que se producen en la embarazada, cambios psicológicos, por el entorno familiar, por factores socio-culturales y muy posiblemente por los distintos factores considerados de riesgo para la gestación (del 1 al 6).

En este último aspecto hemos publicado (7) las diferencias observadas en las embarazadas adolescentes, y vamos a exponer a continuación los resultados obtenidos en una primera muestra en gestantes mayores de cuarenta años.

Para ello hemos tratado de valorar las necesidades de la embarazada mayor de cuarenta años durante el embarazo, como hicimos con las adolescentes, y compararlas con las de gestantes con edades comprendidas entre veinte y treinta y cinco años. Y hemos partido

de un concepto dinámico, considerando como necesidad a la falta o ausencia de algo esencial para la persona, y que es el «motivo» de que muestre «deseo» de satisfacerla y «tienda» a ello. Y las hemos clasificados siguiendo la propuesta de Maslow adaptándola al caso (del 8 al 13).

MATERIAL Y METODO

Se formuló un cuestionario a veintidós puerperas mayores de cuarenta años y a treinta y una adultas, escogidas al azar, mientras permanecían ingresadas durante el puerperio precoz, a las cuarenta y ocho horas del parto, entre las gestantes que habían dado a luz en el Servicio de Maternidad del Hospital Universitario «Virgen Macarena», de Sevilla, desde octubre del 88 a mayo de 1989. Con el cuestionario de opción múltiple se obtuvo un análisis de las necesidades de la gestante. El análisis de las respuestas se realizó de forma individualizada, computándose con posterioridad utilizando una base de datos. Para el estudio de significancia se utilizó la prueba de Chicuadrado.

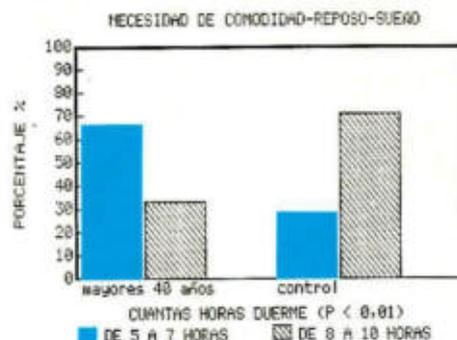
Sus edades estaban comprendidas entre 40 y 45 y 20 a 35, con edades medias de 42 y 27,3 años y la paridad que se muestra en la tabla I.

EDAD Y PARIDAD

Edad	I	II	III	IV	+IV	Paridad
40	2	1	1	1	—	—
41	—	—	2	3	1	—
42	1	—	—	2	2	—
43	—	—	2	—	—	—
44	—	—	—	—	3	—

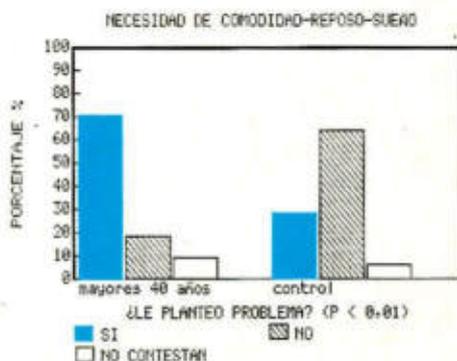
RESULTADOS

Necesidad de comodidad-reposo-sueño: Catorce gestantes mayores de cuarenta años (66,6%) nos dijeron que dormían de cinco a siete horas durante la gestación, frente a nueve (29%) del grupo control ($p < 0,01$). Ver gráfica I.



GRAFICA I

En quince (71,4%) mayores de cuarenta años les planteó problemas el cubrir esta necesidad y ocurrió igual sólo en nueve (29%) del grupo control ($p < 0,01$). Ver gráfica II.



GRAFICA II

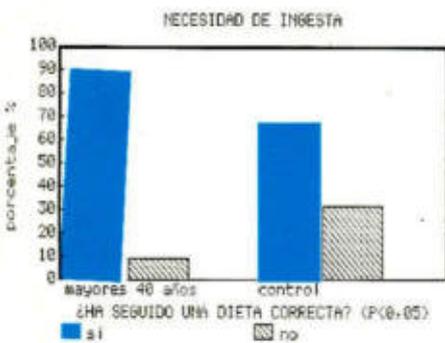
Necesidad de ingesta: A cinco ges-

tantes mayores de cuarenta años (23,8%) les planteó mayor problema el poder cubrir esta necesidad, y sólo en una (3,2%) del grupo control sucedió igual ($p < 0,05$). Ver gráfica III.



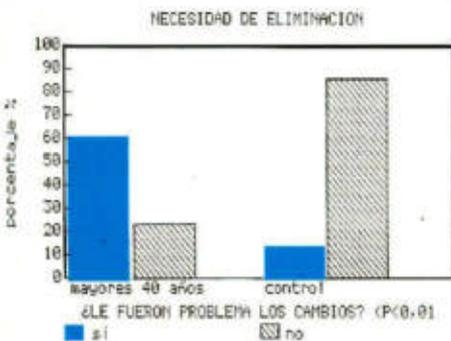
GRAFICA III

El 90% de las gestantes mayores de cuarenta años (diecinueve en total) consideraron que habían seguido una dieta correcta. Esta proporción fue del 67,7% (veintiuna en total) en el grupo control ($p < 0,05$). Ver gráfica IV.



GRAFICA IV

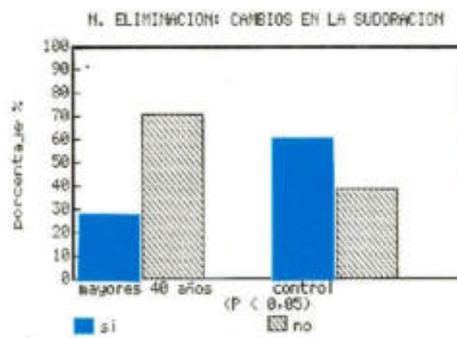
Necesidad de eliminación: A las gestantes mayores de cuarenta años les acarrearón algunos problemas los cambios producidos en esta necesidad en el 61,9% (trece en total) ello sólo ocurrió en el 14,3% (tres en total) de las gestantes del grupo control ($p < 0,01$). Ver gráfica V.



GRAFICA V

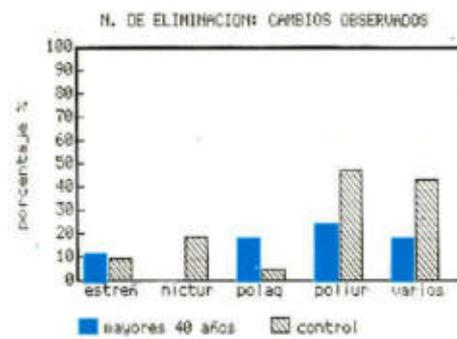
Las gestantes mayores de cuarenta

años notaron un cambio en el aumento de la sudoración significativamente menos frecuente que en grupo control seis (28,6%) mayores de cuarenta años y diecinueve (61,3%) del grupo control ($p < 0,05$). Ver gráfica VI.



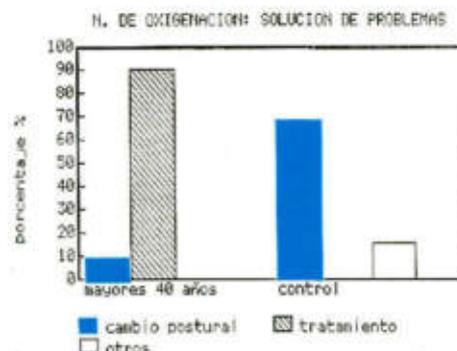
GRAFICA VI

La necesidad de eliminación, en general, planteó problemas ($p < 0,01$) a las mayores de cuarenta años con diferente distribución de los problemas. Ver gráfica VII.



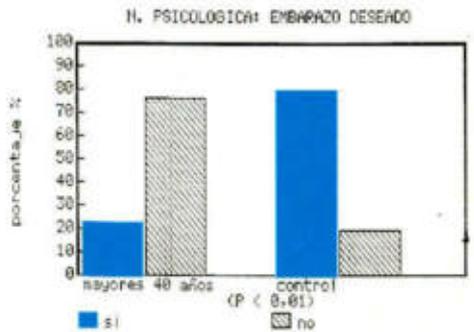
GRAFICA VII

Necesidad de oxigenación: Las gestantes mayores de cuarenta años necesitaron tratamiento médico en el 90% de las ocasiones cuando se presentó dificultad respiratoria (nueve en total). Este hecho no se dio en ninguna ocasión entre las once gestantes del grupo control que también presentaron dificultad respiratoria. Ver gráfica VIII.



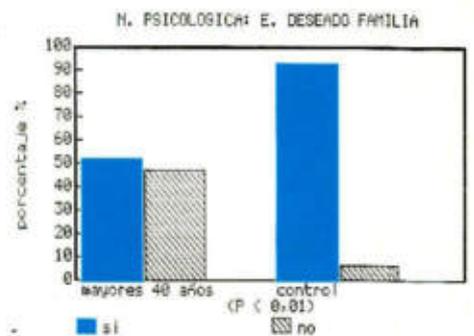
GRAFICA VIII

Necesidad psicológica: Es, sin duda, en la necesidad psicológica en la que se observa una mayor diferencia cuando se introdujo el factor edad. En dieciséis gestantes mayores de cuarenta años (76,2%) no fue deseado el embarazo. Esto sólo ocurrió en seis gestantes del grupo control (19,3%) ($p < 0,01$). Ver gráfica IX.



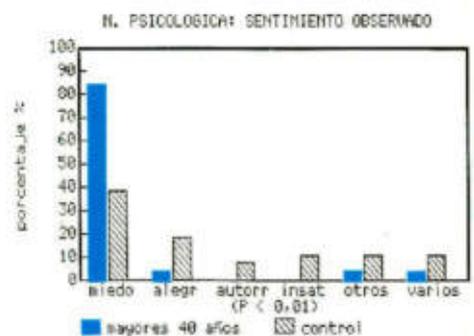
GRAFICA IX

Tampoco fue deseado en el entorno familiar en diez gestantes mayores de cuarenta años (47,6%) frente a dos del control (6,4%) ($p < 0,01$). Ver gráfico X.



GRAFICA X

Fueron diferentes los sentimientos observados en diecisiete gestantes de mayores de cuarenta años (85% del total) sintieron miedo frente a diez del grupo control (38,4%). Ver gráfica XI.

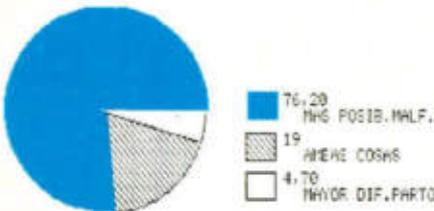


GRAFICA XI

El 100% de las gestantes mayores de cuarenta años piensa la posibilidad de

poder presentar más problemas o complicaciones durante el embarazo o parto por razón de la edad y sobre todo por la posibilidad de malformaciones en el recién nacido (76%), ver gráfica XII, llegando a consultar por este motivo a al-

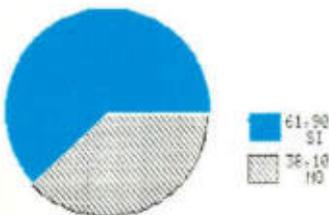
NECESIDAD PSICOLÓGICA: TEMORES



GRAFICA XII

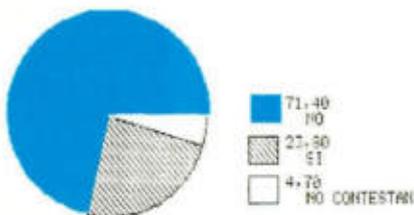
gún tipo de profesional sanitario el 61,9% de las gestantes (ver gráfica XIII) e incluso plantearse la interrupción de la gestación en el 23,8%. Ver gráfica XIV.

N. PSICOLÓGICA: CONSULTA POR SUS TEMORES



GRAFICA XIII

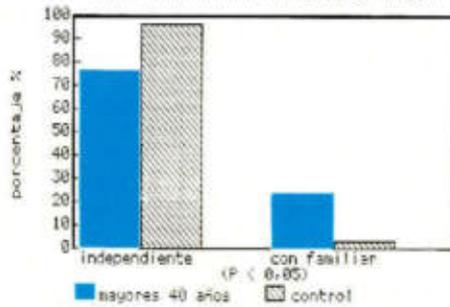
N. PSICOL.: SE PLANTEA ABORTAR (T. MALF.)



GRAFICA XIV

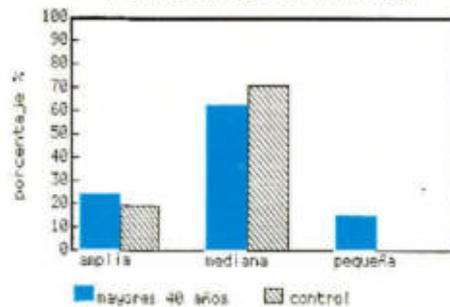
Necesidad socio-económica: Existió diferencia significativa en cuanto a nivel de independencia en la vivienda, el 23,7 por ciento de las mayores de cuarenta años (cinco en total) se vieron abocadas a recibir a algún familiar a su cargo ($p < 0,05$) (ver gráfica XV), y en el 14,3% de las ocasiones les resultó pequeña. Ver gráfica XVI.

N. SOCIOECONÓMICA: VIVIENDA COMPARTIDA



GRAFICA XV

N. SOCIOECONÓMICA: TIPO DE VIVIENDA



GRAFICA XVI

COMENTARIOS

— La tendencia a satisfacer sus necesidades las embarazadas mayores de cuarenta años es diferente en algunos aspectos a las de las embarazadas entre veinte y treinta y cinco años, tanto fisiológica, psicológica como socialmente.

— En los aspectos que se encontró mayor diferencia entre los dos grupos fueron:

- N. de comodidad-reposo-sueño.
- N. de eliminación.
- N. psicológica.

— Otros aspectos diferentes entre los dos grupos en el que no fue tan alta la significancia, se encontró en:

- N. de ingesta.
- N. de oxigenación.
- N. socio-económica.

— Muy posiblemente esa diferencia, como se comentaba en el caso de las adolescentes, no sea consecuencia de un único factor, sino del contexto general en que se desenvuelve la gestante mayor de cuarenta años, en este caso distintas a la de otras edades.

— Consideramos que debemos continuar el estudio de las necesidades de las gestantes y la incidencia de los distintos factores de riesgo sobre dichas necesidades, con el objeto de que nos permita establecer una relación clara causa-efecto respecto a las posibles necesidades alteradas.

BIBLIOGRAFIA

- AUBRY, R.M.Y., PENNINGTON, J.C.: «Identificación y valoración del embarazo con alto riesgo: la noción perinatal». *Clin. Obst. Ginec. Nort.* 3: 7, 1973.
- AYLLON, R., ESCALANTE, J.M., Y OTROS: «La adolescencia y la edad avanzada como factores de riesgo en obstetricia». *Bol. de Gin.* 8:13-24, 1977.
- CABALLERO, A., PALOMO, A., Y CABALLERO, J.L.: «Primiparidad joven y añosa. La edad como condición obstétrica». *Acta Gin.* 42: 161-178, 1986.
- CLAVERO, P.A., Y COLS: «Factores relacionados con la mortalidad perinatal. I: edad materna». *Acta Ginec.* 32: 269-276, 1978.
- CONDOR, L.M., PEREZ, V., DE AGUSTIN, J.L., JIMENO, J.L., Y GALVEZ, E.: «Valoración del riesgo fetal anteparto. II: Edad materna como factor de riesgo fetal». *Acta Gin.* 40: 607-615, 1983.
- RODRIGUEZ, F.J.: «Influencia de la edad materna en el resultado perinatal». *Clin. Invest. Gin. Obst.* 7: 85-92, 1980.
- ALVAREZ, J.L., Y OTROS: «Valoración de enfermería de las necesidades en la embarazada adolescente: Algunas diferencias significativas con la embarazada adulta». *Enferm. Cient.* N° 83, 1989.
- YURA H., Y WALSH, M.B.: «El proceso de enfermería: valoración, planificación, implementación y evaluación». Ed. Alhambra. Madrid, 1982.
- MARRINER, A.: «El proceso de atención de enfermería. Un enfoque científico». Ed. Manual Moderno. México, 1983.
- DU GAS, B.W.: «Tratado de enfermería práctica». Interamericana. México, 1986.
- GRIFFITH, J.W., Y CRISTENSEN, P.J.: «Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos». Ed. Manual Moderno. México, 1986.
- MASLOW, A.: «Motivación y personalidad». Ed. Sagitario, S.A. Barcelona, 1975.
- MASLOW, A.: «La tercera fuerza». Ed. Trillas. México, 1977.

ENFERMERIA PARA EL PACIENTE Y CON EL PACIENTE: LOS REGISTROS

Autores: **D. Julián M. Asenjo Jiménez**
D. Manuel Silva Parejón

*Enfermeros Hospital General
H.U.V. Rocío*

Posiblemente el objetivo más importante de los Registros de Enfermería sea asegurar la continuidad de los cuidados de los pacientes, constituyendo una evidencia escrita de la administración de dichos cuidados y siendo la garantía del cumplimiento de la administración de medicamentos en el caso de registros tales como las Hojas de Medicación y Tratamiento. Aunque éstos en su mayor parte reflejen órdenes médicas, es la propia Enfermería la que, con criterio propio y basándose en sus conocimientos, organiza la administración y los horarios más adecuados para cada paciente, en coordinación con el resto del equipo de salud.

Planeemos un poco sobre el Hospital y veamos a vista de pájaro lo que podría ser la Historia de Enfermería, esto es, los Registros adecuados a las necesidades de los pacientes de cualquier Hospital, sin aventurarnos siquiera en los terrenos aún poco explorados en la práctica del Diagnóstico de Enfermería, Planes de cuidados, etc.

Haciendo un recorrido cronológico desde que el paciente llega a nuestra unidad de Enfermería veremos que en primer lugar necesitamos recoger una serie de datos básicos para conocer al paciente y entablar relación con él, en un Registro de Valoración Inicial o similar; en base a los datos recogidos realizaremos una valoración de las necesidades del paciente y partiendo de estas necesidades, diseñaremos los cuidados que vamos a prestarles. No debe asustarnos el concepto «diseñar cuidados», porque esto es algo que venimos haciendo de una forma empírica, es decir, en base a nuestra propia experiencia, desde hace años. Lo único que tendríamos

que cambiar sería la metodología de trabajo, realizarlo todo de una manera sistematizada, protocolizada, en definitiva, con sistemas de trabajo lógicos y racionales, utilizando el Método Científico, lo que nos permitirá posteriormente el análisis de lo que se hizo para poder estudiar la efectividad de los procesos de enfermería realizados y rectificar en base a datos sólidos. Este primer contacto con el paciente, que debe hacerse en un cierto grado de intimidad, nos permitirá empezar a conocerle, al tiempo que nos damos a conocer como los profesionales que se van a encargar de cuidarle, ya que no debemos olvidar que la Enfermería es, en suma, la PROFESIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS.

Un aspecto en el que nos gustaría hacer hincapié es en la necesidad de profundizar en las técnicas de comunicación, porque debemos recordar que la Enfermería es el nudo de comunicación hacia todos los estamentos de un Hospital, además de ser el eslabón más cercano y continuo de comunicación de los pacientes con el medio extraño en que se encuentra. Hay quien acertadamente ha acuñado el término «comunicología» referido a esta faceta de la relación Enfermería/Paciente, que nos abre un vasto campo de posibilidades (educación a pacientes pre y posthospitalizados, los que van a intervenir, ostomizados, informaciones complementarias, nexos con el estamento médico, e interpretación del léxico profesional, información a pacientes de una misma patología: alérgicos, respiratorios, educación para la salud, etc.). Es a través de este carácter de vía privilegiada de comunicación e información que tiene la Enfermería, mediante el cual podremos conseguir la tan buscada humanización

de la relación Paciente/Sistema para nuestros pacientes.

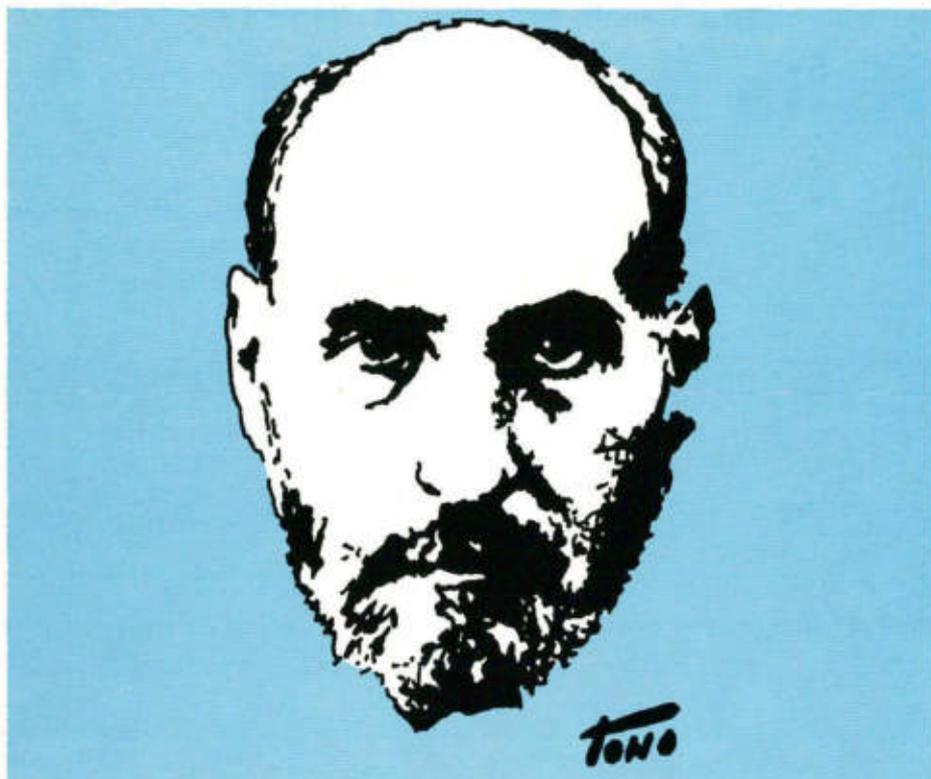
COMUNICACION, RELACION e INFORMACION, son los conceptos que tendremos que utilizar dentro de un PROCESO SISTEMATIZADO DE RECOPIACION DE DATOS que nos permitirá relacionar dichos parámetros para desarrollar nuestra estructura de trabajo con un enfoque integral del paciente.

Para todo esto necesitamos que nuestros datos sean lo más fiables posible, porque de datos correctos podremos sacar conclusiones acertadas que nos llevarán a una buena actuación de Enfermería, atenderemos las necesidades detectadas en nuestro paciente y tendremos un mayor grado de satisfacción que el conseguido tras desarrollar un trabajo sin sistematizar. Podemos deducir que es necesario cumplimentar correctamente todos los apartados de los Registros de Enfermería, con la mayor pulcritud posible, utilizando para ello los espacios reservados para cada uno de los cuidados, así como expresando con un léxico adecuado a nuestro nivel profesional las incidencias y cambios que se produzcan, ya que podrían llevarnos a modificar algún aspecto de los cuidados preestablecidos.

Unos registros claros y actualizados nos ahorrarán trabajos innecesarios, dudas, serán fiables para ofrecerles a los pacientes el mayor nivel de seguridad en cuanto a las medicaciones administradas, la continuidad de los cuidados trazados, la llegada de información fiable a otros servicios, unidades, estamentos, etc. Por ejemplo, cuando un paciente va al quirófano, y lleva sus datos correctamente cumplimentados en el registro correspondiente diseñado a tal fin, en

PREMIOS NOBEL DE MEDICINA 1906

SANTIAGO RAMON Y CAJAL



Santiago Ramón y Cajal, natural de Petilla de Aragón (Navarra), donde nació el 1 de mayo de 1852, hijo de un médico rural que le inclina al estudio de la medicina, hizo su formación profesional en la Universidad de Zaragoza, obteniendo la graduación en 1873, sirvió como médico en una de las últimas guerras coloniales (Cuba, 1874-75), y a su regreso, de nuevo en la capital aragonesa, prosigue su formación científica, consagrándose al cultivo de la anatomía; profesor de esta disciplina en la Universidad de Valencia en 1883, es nombrado cuatro años más tarde titular de la cátedra de Histología en la Universidad de Barcelona, ocupando desde 1892 y hasta su jubilación la misma cátedra en la Facultad de Medicina de Madrid. La iniciación de Cajal en la investigación histológica tuvo lugar bajo el magisterio de Aureliano Maestre de San Juan; en su dedicación al estudio micrográfico del sistema nervioso influyó de modo decisivo Luis Simarro, de quien aprendió el primitivo método de

tinción de Golgi (impregnación cromoargéntica). Los trabajos que realizó Cajal durante la epidemia colérica de 1885 a punto estuvieron de vincularle a la bacteriología. Murió Ramón y Cajal en Madrid el 18 de octubre de 1934.

En la vida científica de Ramón y Cajal cabe deslindar cuatro etapas. En la primera (1878-1888), con la vocación aún no bien polarizada, aborda diversos problemas cuya incógnita consigue atraer su curiosidad; en la segunda etapa (1888-1903) realiza sistemáticas investigaciones sobre la estructura del sistema nervioso, utilizando una personal modificación del método cromoargéntico de Golgi; con esta técnica, que él denomina «proceder de doble impregnación», elabora, con hechos, la doctrina de la neurona. Da comienzo la tercera etapa (1903-1912) con el uso de una nueva técnica de investigación: el nitrato de plata reducido, que le permite aportar conocimientos, que serán decisivos, sobre los procesos de regeneración y degeneración en nervios y vías centrales; en ta-

les hallazgos se apoya para defender la doctrina neuronal ante las concepciones, opuestas a ella, de Held y Apathy. La cuarta etapa se inicia con la utilización de originales técnicas de tinción: el nitrato de uranio (1912) y el sublimado-oro (1913); el segundo método abre camino a la labor ulterior de Río-Hortega.

De la amplia producción escrita de Ramón y Cajal es de mención obligada, al margen de sus excelentes manuales de Histología y Anatomía Patológica, el trabajo «Nuevo concepto de la histología de los centros nerviosos» (*Revista de Ciencias Médicas*, 1892; 18; 457-76). La exposición que de la teoría de la neurona hizo en 1894 en la Royal Society de Londres es publicada el mismo año con el título «Consideraciones generales sobre la morfología de la célula nerviosa»; lo expuesto en dicho trabajo es ampliado y corroborado, con nuevas investigaciones, en otros estudios, especialmente el que publicó en 1897 con el título «Leyes de la morfología y dinamismo de las células nerviosas». Fundamentales en la bibliografía cajalana son la obra, en tres volúmenes, *Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados* (Madrid, 1897-1904), y el libro de *Estudios sobre la degeneración y regeneración del sistema nervioso* (Madrid, 1913-14). De fecha anterior son sus trabajos, también importantes, «Estudio sobre la corteza cerebral humana» (1899-1900), sobre la estructura de la corteza olfativa (1901) y el consagrado a describir la textura del «septum lucidum» (1902). Su obra *Reglas y consejos sobre la investigación biológica*, versión ampliada de su discurso de ingreso en la Real Academia de Ciencias (1897), ha influido hondamente en la vocación de buen número de científicos españoles.

Los trabajos de Ramón y Cajal, decisivos en la historia del conocimiento del sistema nervioso, fueron galardonados con el Premio Nobel de Fisiología y Medicina de 1906, que compartió con Golgi. En tal ocasión Cajal resumió sus teorías en la conferencia «Structure et connexions des neurones».

IDENTIDAD DE ENFERMERIA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

Protocolo clínico, social y familiar en la visita domiciliaria

Autor: **D. Manuel Escamilla Cardeñosa**
Diplomado en Enfermería
Hospital de la Merced
OSUNA



INTRODUCCION

El análisis metodológico del trabajo que he elaborado ofrece la posibilidad de caminar de forma más concreta hacia el nuevo perfil del profesional de Enfermería en Salud Mental Comunitaria, posibilitando la delimitación de las nuevas funciones y tareas, así como contribuir a la filosofía del trabajo en equipo multidisciplinario.

Un análisis comparativo de las antiguas y de las nuevas modalidades de trabajo en la Enfermería Mental Comunitaria exige la elaboración de estudios como el que presento a continuación, con la pretensión de servir de instrumento para el diseño de las actividades de Enfermería.

PROPOSITOS FUNDAMENTALES. JUSTIFICACION

El Centro de Salud Mental, como espacio asistencial, no constituye en sí una técnica específica de tratamiento, es una modalidad particular de aplicar técnicas en un periodo dado, la visita domiciliaria por parte del personal de Enfermería es un instrumento imprescindible para desarrollar la tarea asistencial que se nos encomienda.

Acoger al paciente como persona en conflicto, y no sólo psicopatológicamente en conflicto, permite aproximarnos a su realidad y vivirla con él en sus interacciones múltiples, en el Centro de Salud Mental y en el domicilio.

El tratamiento en el Centro de Salud Mental se concreta con el programa asistencial, compuesto por un cúmulo de actividades y/o técnicas psicoterápicas, farmacológicas o mixtas. El programa es considerado como un todo y cada actividad no es más que una parte de ese todo que es el programa global.

El Enfermero trabaja con otros profesionales de la salud (y con no profesionales) en un método multidisciplinario dentro de un medio que está construido como ambiente terapéutico. El enfermero puede funcionar como coordinador de un equipo de trabajo con el fin de desarrollar un enfoque holístico del paciente.

LA VISITA DOMICILIARIA

La Enfermería de Salud Mental Comunitaria, atendiendo al paciente en su domicilio y realizando visitas domicilia-

rias programadas, se sitúa de forma privilegiada para conocer y observar la complejidad de necesidades y problemas relacionados con la salud mental del paciente en el entorno familiar y social.

Este proceso de observación y captación de necesidades, al ser registrado en la Historia Familiar y Personal mediante el Protocolo Clínico-Social y Familiar que propongo y que más adelante explicaré, permitirá al Equipo Terapéutico conocer los factores sociales y familiares que afectan a la salud del paciente, posibilitando la toma de decisiones.

La participación familiar en el proceso terapéutico no sólo son útiles, sino necesarias; prácticamente en todos los casos en que al paciente le falta apoyo de los suyos, bien porque éstos no controlaban la medicación, bien porque éstos no eran capaces de vencer sus resistencias a colaborar con el equipo terapéutico, el desenlace será invariablemente el abandono del tratamiento al poco tiempo. Si la familia rehuye sistemáticamente el contacto con la unidad terapéutica provocará que no haya coherencia alguna entre el planteamiento del equipo terapéutico y el familiar respecto al paciente, o que el propio paciente se convierta en un intermediario patológico, y por tanto distorsionador al máximo de los mensajes entre su familia y los miembros del equipo terapéutico.

Es indudable que el modificar en alguna medida la estructura familiar o su dinámica, produciría efectos terapéuticos más profundos y duraderos.

OBJETIVOS DE LA VISITA DOMICILIARIA

1. Objetivos Generales:

1.1. Prolongación de los periodos en los que el enfermo se encuentra compensado y no necesita, por tanto, un ingreso psiquiátrico.

1.2. Disminución del aislamiento familiar y social y del empobrecimiento funcional.

1.3. Capacidad para llenar las necesidades esenciales (autoconfianza cuando sea posible).

2. Objetivos Específicos:

2.1. Mejoría en la comunicación y relación familiar.

2.2. Comprensión y aceptación de la enfermedad del paciente.

2.3. Identificación de las tensiones características de cada familia.

2.4. Adquisición de recursos familiares frente a dificultades ambientales.

2.5. Cubrir las necesidades físicas esenciales: empleo, recursos financieros (para lograr una alimentación adecuada, transporte necesario...), etc.

2.6. Llenar necesidades emocionales a través de relaciones importantes, actividades sociales, un sistema de apoyo general, etc.

2.7. Educación al paciente y a su familia para que comprendan la enfermedad, su componente genético si lo hubiere, la necesidad de emplear quimioterapia en su caso y los signos y síntomas de intoxicación.

2.8. Aceptación de la necesidad de continuar, en su caso, con la administración de medicamentos.

2.9. Establecer y mantener un funcionamiento biológico adecuado en las áreas de nutrición, hidratación, eliminación, reposo y sueño.

2.10. Recoger información objetiva del medio familiar.

PROTOCOLO CLINICO-SOCIAL Y FAMILIAR EN LA VISITA DOMICILIARIA

El proceso de observación y captación de necesidades es registrado en la historia familiar y personal mediante el protocolo clínico-social y familiar que propongo, que no es más que una valoración de enfermería en la visita domiciliaria.

a) Dinámica social

a.1.) Intensidad y grado de invalidez psico-social en relación a los síntomas:

a.2.) Capacidad de interacción social y familiar:

— Familiar	1	2	3	4
— Relacional	1	2	3	4
— Ocupacional	1	2	3	4

a.3.) Actitud del paciente antes sus dificultades psíquicas:

- No las reconoce.
- Las quiere resolver.
- Las niega.
- Racionaliza.
- La atribuye a otros.
- Las reprime.
- Culpa factores somáticos.

a.4.) Actitud del paciente ante la medicación:

- Aceptación pasiva.
- Dependencia.
- Indiscriminación.
- Rechazo.
- Aceptación.

b) Dinámica clínica.

b.1.) Síntomas que presenta el paciente:

b.1.1.) Trastornos de la orientación:

- En el tiempo.
- En el espacio.
- Confusional.

b.1.2.) Trastornos de la sensorio-percepción.

- De la sensación.
- De la percepción.
 - Trastornos del esquema corporal.
 - Alucinaciones.
 - Desrealizaciones.
 - Despersonalización.
 - Transformación.

b.1.3.) Trastornos de la atención:

- Hipervigilancia.
- Distractibilidad.
- Hiperconcentración.
- Dirección de la atención:
 - Hacia dentro.
 - Hacia fuera.

b.1.4.) Trastornos del pensamiento:

- Del Curso:
 - Lentificación.
 - Aceleración.
 - Prolividad.
 - Perseveración.
 - Interrupción.

- Disgregación.
- Incoherencia.

- Del contenido:

- Ideas sobrevaloradas.
- Ideas fijas.
- Fobia.
- Obsesión.
- Delirios.
 - De interpretación.
 - De persecución.
 - De autoacusación.
 - De influencia.
 - De grandeza.
 - De celos.

- b.1.5.) Trastornos de la esfera afectiva:

- Euforia.
- Disforia.
- Angustia.
- Indiferencia.
- Ambivalencia.
- Afecto discordante.
- Bloqueo.

b.1.6.) Trastornos de la conducta:

- Abulia.



- Anorexia.
- Bulimia.
- Automutilación.
- Hiperactividad.
- Agitación psicomotora.
- Negativismo.
- Compulsiones.
- Trastornos del sueño.
- Mutismo.

c) Dinámica familiar.

c.1.) Grado de patología del grupo familiar:

- No detectable.
- Bajo.
- Medio.
- Alto.

c.2.) Atribución mítica de causalidad de enfermedad por parte del grupo familiar:

- Influencias sociales ajenas.
- Influencias sociales particularizadas.
- Fruto de contradicciones socio-familiares.
- Enfermedad hereditaria paterna.
- Enfermedad hereditaria materna.
- Desavenencias parentales.
- Azar del destino.
- Enfermedad idiopática.
- Castigo divino.
- Exclusiva responsabilidad del paciente.

c.3.) Actitud predominante del grupo familiar frente a la problemática del paciente:

- Sobreprotección.

- Rechazo.
- Segregación interna.
- Utilitarista-rentista.
- Exigente-chantajista.
- Solidaria-realista.
- Indiferencia.
- Fatiga.
- Negación.

c.4.) Actitud del grupo familiar frente al tratamiento en el centro de salud mental:

- Colaboradora-participativa.
- Boicoteadora.
- Indiferente-neutral.
- Sumisa-conformista.
- Perturbadora-pasiva.

BIBLIOGRAFIA

- Hernández Espinosa, V. *Algunas reflexiones sobre la institución psiquiátrica*. Informaciones Psiquiátricas, 1/1987.
- *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. D.S.M. III Ed. Masson. Barcelona, 1983.
- *Tratado de Psiquiatría*. D.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.Y. Sedock. Ed. Salvat. Barcelona, 1982.
- *Criterios diagnósticos para la esquizofrenia y las psicosis afectivas*. World Psychiatric Association. Ed. Espax. Barcelona, 1982.
- *Uned 1981*. Area 4, «Salud Pública». Cap. 3, pag. 343-348. Curso Nivelación ATS.
- Ministerio de Sanidad, *Guía de Funcionamiento equipo de Atención Primaria*. Colección A.P.S. nº 1 pag. 69.

CURSOS • JORNADAS • CONGRESOS

JORNADAS NACIONALES DE GEROCULTURA Y SALUD

Alicante • Del 2 al 4 de mayo de 1990

VII JORNADAS DE ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL EN CANTABRIA

Santander • Del 2 al 4 de mayo de 1990

JORNADA SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA. EXPERIENCIAS Y PRACTICAS

Valencia • Días 17 y 19 de mayo de 1990

II SIMPOSIUM NACIONAL DE ENFERMERIA EN ONCOLOGIA

San Sebastián • Días 16 y 17 de mayo de 1990

II REUNION INTERNACIONAL DE ENFERMERIA EN ALAVA

Vitoria • Del 29 de mayo al 1 de junio de 1990

CURSOS • JORNADAS • CONGRESOS

CURSO INTERNACIONAL SOBRE PRINCIPIOS BASICOS DE ENFERMERIA ONCOLOGICA

Salamanca • Días 13 al 19 de mayo de 1990

V JORNADA DE ENFERMERIA EN LA SAFOR

Gandía • Del 16 al 19 de mayo de 1990

IX CONGRESO NACIONAL DE A.T.S.-D.E. EN ANALISIS CLINICOS

Jaca • Del 16 al 19 de mayo de 1990

XI REUNION NACIONAL DE ENFERMERIA DE CUIDADOS INTENSIVOS, PEDIATRIA Y NEONATALES

Valencia • Días 17 y 18 de mayo de 1990

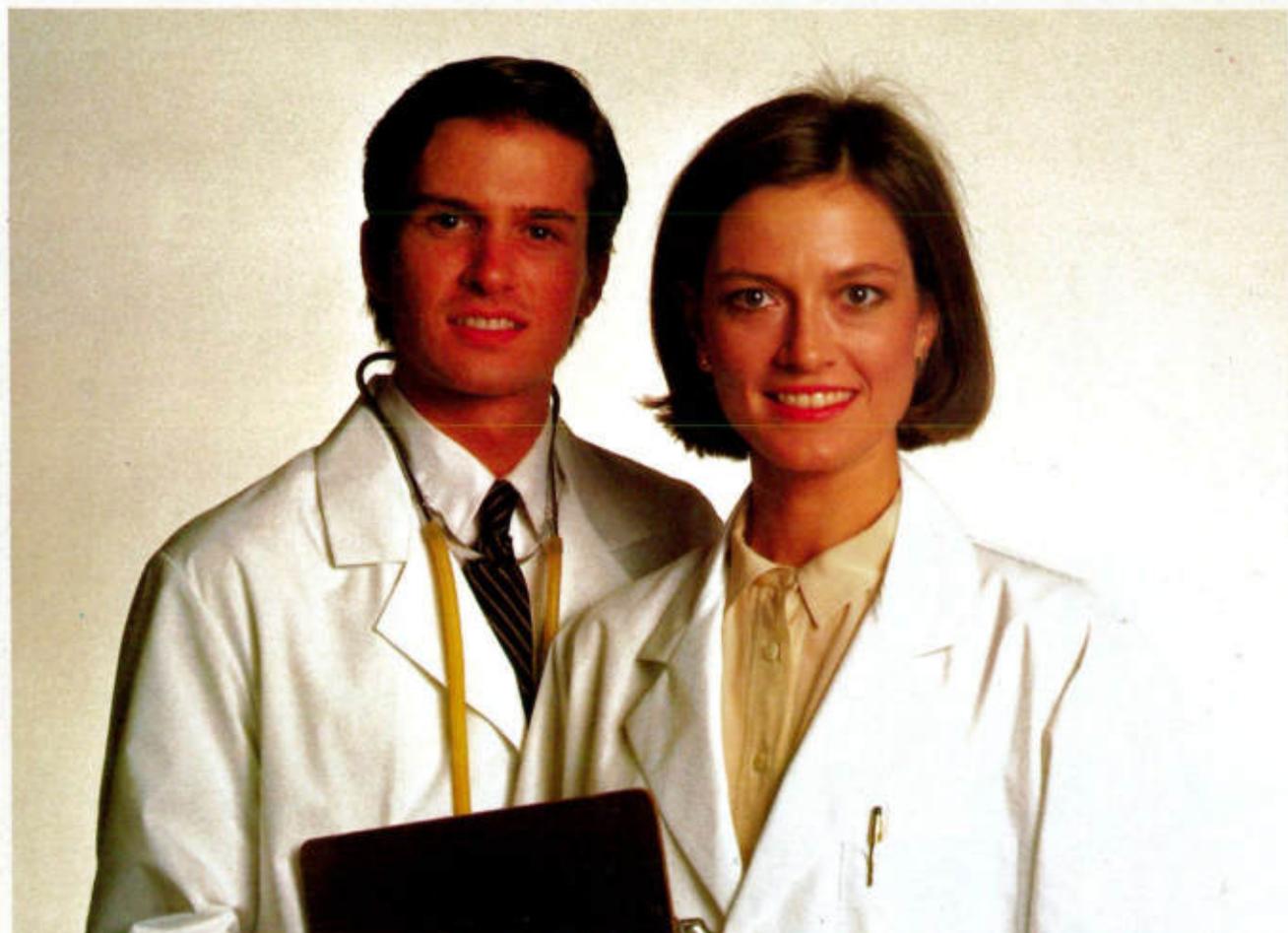
CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA VASCULAR

Barcelona • Días 30 de mayo al 2 de junio de 1990

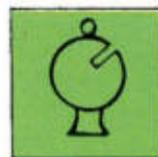
I CURSO SOBRE ENFERMERIA PREHOSPITALARIA

Ronda • Del 3 de mayo al 21 de junio de 1990

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

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

Grupo Allianz RAS España

Con la garantía y solvencia de **CRESA**, integrada en **Allianz RAS**, primer grupo asegurador de Europa.

6º CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA "CIUDAD DE SEVILLA"

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA DE SEVILLA

PREMIOS

PRIMERO 400.000 ptas.

SEGUNDO 200.000 ptas.

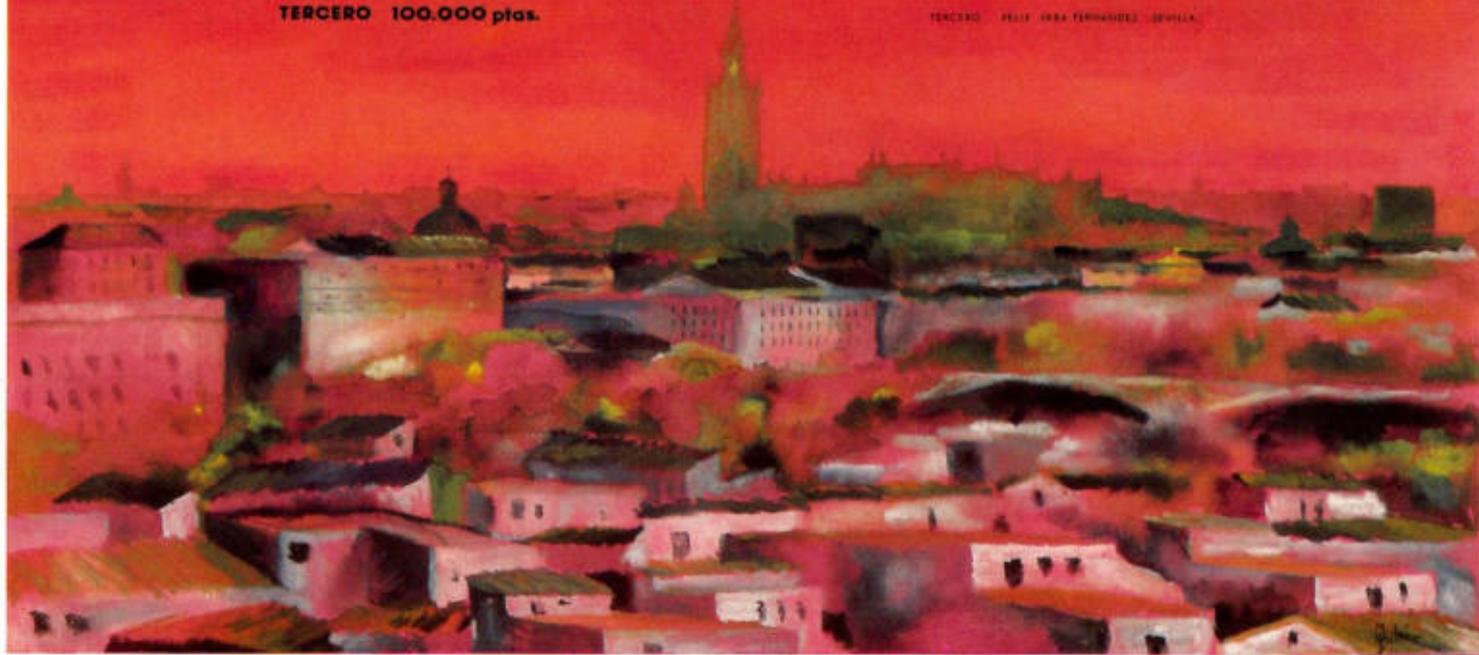
TERCERO 100.000 ptas.

PREMIOS 1990

PRIMERO: TERESA SÁNCHEZ TEJA (GRANADA)

SEGUNDO: ESTHER ESTEBE DOMÍNGUEZ (CÁDIZ)

TERCERO: FELIX ORA FERNÁNDEZ (SEVILLA)



CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA "CIUDAD DE SEVILLA"

Colegio de Diplomados en Enfermería de Sevilla

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

B A S E S

- 1.º **Denominación:** Título "Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla".
- 2.º **Objeto:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del Mismo.
- 3.º **Dotación:** La dotación económica será de CUATROCIENTAS MIL pesetas (400.000) para el trabajo premiado en primer lugar, de DOSCIENTAS MIL pesetas (200.000) para el premiado en segundo lugar y CIEN MIL pesetas (100.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4.º **Presentación:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrá limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentará por duplicado ejemplar en papel tamaño D.I.N. A4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara, y encuadrado; incluirán en separata, un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
- 5.º **Concursantes:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados; serán admitidos trabajos realizados en equipo. En este caso se entiende por autor, a los efectos de lo dispuesto en estas Bases, el primer firmante de cada trabajo.
- 6.º **Jurado:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Diplomados de Enfermería de Sevilla, o persona en quien él delegue. Cinco Vocales, cada uno de los cuales representarán: al Colegio de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, dos Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continua de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- 7.º **Decisión del Jurado:** Los concursantes por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable.
- 8.º **Documentación:** Los trabajos que opten al premio, serán remitidos por correo certificado, con acuse de recibo, al Colegio de A.T.S. y D.E.: calle Infanta Luisa de Orleans, n.º 10, SEVILLA 41004, deberán indicar en el sobre: para el 6.º Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla. No llevarán remite ni datos de identificación del autor ni del Centro de Trabajo, si lo hubiere. Los trabajos serán firmados con seudónimos y acompañarán sobre cerrado con la misma identificación, en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección completa, lugar de trabajo, si lo hubiese, certificado de colegiación reciente y "Curriculum Vitae", que se abrirá tras las concesiones de los premios.
- 9.º **Propiedad de los trabajos:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio, para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados en el 6.º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla.
- 10.º **Incidencias:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación previa de las presentes Bases.
- 11.º **Titular del Premio:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el día 9 de Noviembre de 1990. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante, por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.
El fallo del Jurado se hará público el día 10 de Diciembre de 1990.

PATROCINA



BANCO DEL COMERCIO