

Nº 13 • JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE 1990



HYGIA

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

- CORPORATIVISMO: UNA FORMA DE HACER PROFESION
- DESHIDRATACION: LA RESPUESTA DE ENFERMERIA
- PROGRAMA DE SALUD EN LA TERCERA EDAD

BANCA PERSONAL

EN PRIVADO.



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

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

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

A.B.E. 17 615

M/M

Para cualquier consulta
llame gratuitamente al **900 125 125**.



BANCO DEL COMERCIO

Para una clase de vida.

EDITORIAL

NUESTRA RESPONSABILIDAD

Cuando el presente número de HYGIA llegue a hogares de profesionales, Hospitales y Centros donde Enfermería tiene voz y presencia activa, es seguro que el verano del 90 será un recuerdo y el comienzo de las actividades inherentes al curso escolar 90-91 un hecho.

Nadie podrá negar a estas alturas que lo que en principio fue una empresa de envergadura, económica y técnica, cual fue poner en circulación una Revista con las específicas características de HYGIA, hoy bien puede decirse que el reto ha merecido la pena y el Colegio de Sevilla bien que se alegra con haber arriesgado lo suyo a la hora de hacerse un hueco entre el —seamos justos— escaso panorama de publicaciones afines.

Es por todo ello momento más que propicio para que en este inicio de nuevo año académico a todos los niveles, el Colegio de ATS/DE sevillano quiera relanzar el reto que el propio órgano colegial decidió asumir en su momento, pero, ahora, implicando a la profesión y a su responsabilidad frente y cara a todos los que configuramos la inmensa familia sanitaria. Porque cuando oímos voces, legítimas, por otra parte, criticando lo poco que Enfermería dedica a investigar (sin entrar en condicionantes que darían lugar a otro debate) y lo menos aún que Enfermería publica para entender y propagar sus conocimientos, bueno será mirarnos unos a otros en lugar de lanzar críticas al aire y pensar sobre si no somos nosotros únicos y verdaderos responsables de todo aquello que se nos imputa en este campo concreto de nuestra actividad.

Mucho más claro: HYGIA quiere con esta Editorial alentar y movilizar a toda la Enfermería sevillana para que participe en sus páginas desde la consideración de un nivel técnico y digno que se entiende por razones obvias. Cuando el Colegio Oficial asumió los costos, en muchos miles de duros, para editar esta publicación, lo hacía, y sigue haciéndolo, convencido de que es el mejor vehículo para pasaportar a nuestra profesión y a sus protagonistas hacia los nuevos rumbos que demandan los tiempos y las profesiones. Aquello de nuestros abuelos sobre que «el buen paño en el arca se vende» ya no tiene validez alguna que no sea de mera anécdota respecto a lo que fue pero ya no es posible. Ahora, cuando todos nos reincorporamos al puesto de trabajo, aquí está HYGIA para ser receptora de las experiencias profesionales de TODOS: desde el trabajo relativo al mundo rural, con sus inabarcables carencias merecedoras de un estudio urgente por parte de Enfermería, hasta el tecnificado del Centro Urbano con su problemática cada día más sorprendente.

Enfermería, y nuestra Enfermería sevillana por descontado, tiene en los dos casos un destacado protagonismo y debemos reflejarlo aquí, en estas mismas páginas, que sin ser ningún «descubrimiento», al menos están abriendo surco para otras iniciativas que seremos los primeros en aplaudir. Cualesquiera de nuestros lectores, profesionales en esta o aquella faceta, tiene una asignatura pendiente sobre la que no vamos a cejar en su demanda: Siquiera para que no podamos amputar a nadie que en el actual viaje hacia adelante en que se encuentra nuestra profesión falló el vehículo transmisor de las ideas. El vehículo se llama HYGIA, está a disposición de todos los ATS/DE y, además, no necesita de mayores peajes.



HYGIA

EDITA:

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

DIRECTOR:

José M.^a Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

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. García 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

JULIO
AGOSTO
SEPTIEMBRE

13

— EDITORIAL	3
— CONTROL DE CALIDAD EN CONSULTA DE ENFERMERIA	5
— LA DESMOTIVACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN UNIDADES ASISTENCIALES HOSPITALARIAS	9
— CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA EN LA DESHIDRATACION .	11
— CONCURSO FOTOGRAFICO N° 13	19
— SEGUIMIENTO VACUNAL EN SIETE COLEGIOS DE EDUCACION GENERAL BASICA DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE BELLAVISTA (SEVILLA)	21
— ELABORACION DE UN PROGRAMA DE «SALUD EN LA TERCERA EDAD» EN EL CENTRO DE SALUD CANDELARIA DE SEVILLA	24
— CITOSTATICOS: CONSEJOS PRACTICOS PARA UN USO MAS CORRECTO	26
— PREMIOS NOBEL: PAUL EHRLICH	29
— NORMATIVA DE PRESENTACION DE TRABAJOS PARA SU PUBLICACION EN LA REVISTA HYGIA	30
— BECAS	31
— CURSOS - CONGRESOS	33



En portada:
Los Siete Magníficos

Autor:
Jaime Domínguez-Palacios Gómez

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.

CONTROL DE CALIDAD EN CONSULTA DE ENFERMERIA

Autor: **D. Manuel López Morales**
Adjunto de Enfermería
(Centro de Salud Torreblanca,
Sevilla)

RESUMEN

El control de calidad de la Atención de Enfermería en Consulta de Enfermería es necesario y está poco sistematizado. La Consulta de Enfermería pretende facilitar a los individuos el acceso a su autocuidado como garantía de su salud.

El presente trabajo, tomando como ejemplo a los pacientes diabéticos, evalúa el trabajo realizado en una consulta de Enfermería en el Centro de Salud de Torreblanca (Sevilla).

Los resultados arrojan cifras significativas sobre el positivo impacto de la Consulta de Enfermería en el autocuidado de los pacientes —el 70%, aproximadamente, se autoanaliza la glucemia por punción capilar y casi un 90% se autoinyecta la insulina— y su buena valoración de la atención recibida (calificada de buena o buenisima en su mayoría).

La Consulta de Enfermería estudiada resulta ser muy eficaz en la consecución de sus objetivos.

PALABRAS CLAVE:

Control de Calidad.
Consulta de Enfermería.
Diabetes Mellitus

INTRODUCCION

Control de Calidad es un término que despierta recelos entre algunos profesionales y esperanza entre otros.

Si no volvemos la vista atrás de vez en cuando y evaluamos el camino recorrido, corremos el riesgo de encontrarnos perdidos en otro diferente al elegido.

Las Consultas de Enfermería pretenden dar respuesta a las necesidades de los pacientes en los aspectos específicos de Enfermería, en las áreas de prevención de la enfermedad, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud (1).



Las sesiones grupales ofrecen, como metodología educativa, grandes posibilidades en el proceso de atención. Enfermero: Manuel López.

A muchos profesionales sanitarios les cuesta pensar en la asistencia en términos de producción, pero desde el punto de vista económico, no es otra cosa que producción de servicios sanitarios (2).

Las normas de calidad del cuidado de Enfermería definen la esencia de la práctica de Enfermería al describir el alcance y el contenido de un excelente cuidado (3).

¿Cómo entonces podemos constatar si el trabajo de los enfermeros en Consulta de Enfermería está respondiendo a estos objetivos? Hacerlo a través de los registros, la historia personal, tiene importantes dificultades por la insuficiencia y la inadecuación del registro como en otros estudios se ha concluido (4) (5).

Por ello en este estudio optamos por realizar, como método más factible, una encuesta entre los pacientes con objeto de valorar su estado de salud y la repercusión en el mismo de la Consulta de Enfermería.

Buscando homogeneidad y comparabilidad se tomó el grupo de los diabéticos de una Consulta de Enfermería del Centro de Salud de Torreblanca, que lleva cinco años funcionando.

Partimos de la hipótesis de que la Consulta de Enfermería contribuye a mejorar el nivel de salud de la población atendida; integrando en el concepto de salud la capacidad para su autocuidado y la motivación para asumir la responsabilidad de su salud (6) (7) (8).

MATERIAL Y METODO

En el Centro de Salud de Torreblanca (Sevilla) se tomaron las direcciones de los 112 diabéticos de una Consulta de Enfermería. Se les envió el cuestionario del anexo 1 junto con una hoja de instrucciones sobre su cumplimentación y un sobre con franqueo postal para enviar la respuesta de forma gratuita y anónima.

Los diabéticos suponen un 42% de

los pacientes incluidos en la consulta en cuestión, y se tomaron para el estudio por ser un grupo de homogéneas características factibles de medir. Estas características, a su vez, nos aproximan a algunos importantes aspectos de la salud de los diabéticos.

Intentamos con el cuestionario, por tanto, valorar el impacto de la Consulta de Enfermería: cambio esperado en su estado de salud, cambios ambientales relacionados con él y el grado de satisfacción del mismo (3).

Esto se realizó en el mes de febrero de 1990. La encuesta contenía preguntas referentes a datos de su patología, tipo de tratamiento, complicaciones, edad, sexo, ingresos hospitalarios en los últimos diez años, tiempo que lleva siendo tratado en Consulta de Enfermería, su propia valoración de su estado de salud, si se autoinyecta la insulina y se autoanaliza la glucemia, si asistió a algún curso de educación diabetológica y su opinión sobre la atención recibida en la consulta.

RESULTADOS

De las 112 cartas enviadas fueron devueltas por el Correo tres de ellas. Se recibieron 61 cuestionarios, que suponen un 54,4%.

Se observa una limitación en esta recolección de datos de importancia significativa: la memoria escasa y la alta tasa de analfabetismo entre los pacientes pudo haber influido en la ausencia de una respuesta más generalizada. De igual forma también influiría en la no cumplimentación de algunos datos de la encuesta, como las fechas de diagnóstico de diabetes, fecha de inclusión en consulta, fecha de inicio de tratamiento insulínico, etc. En otras ocasiones, en que sí contesta, no se hace más que con el año, con lo que la cuantificación, para hacerla comparativa, se tomó sólo con años enteros.

Hecha esta aclaración, veamos la información que arroja el cuestionario:

La edad media de los pacientes es de 61,2 años. Rango desde 41 a 86 años.

El sexo se reparte en un 31% para hombres, 19 pacientes, y un 69% para las mujeres, 42 pacientes.

El tiempo que hace que los pacientes conocen su diagnóstico de diabetes se clasifica en los tres siguientes intervalos: menos de cinco años, entre cinco y diez años y más de diez años. En la distribución entre ellos se observa que 34 pacientes, un 56%, hace menos de cinco años que fueron diagnosticados de diabetes; 11 pacientes lo fueron hace más de cinco y menos de diez años. Nueve de ellos fueron diagnosticados

hace más de diez años. Siete diabéticos no contestan esta pregunta.

El tipo de tratamiento que tiene actualmente es el siguiente: 30 son tratados con hipoglucemiantes orales, 19 con insulina y 12 lo son sólo con dieta.

Las complicaciones declaradas por los propios pacientes son las siguientes: 33 tienen algún grado de afectación ocular, 17 padecen alteraciones circulatorias, 7 tienen repercusiones renales y dos manifiestan afectación cardíaca.

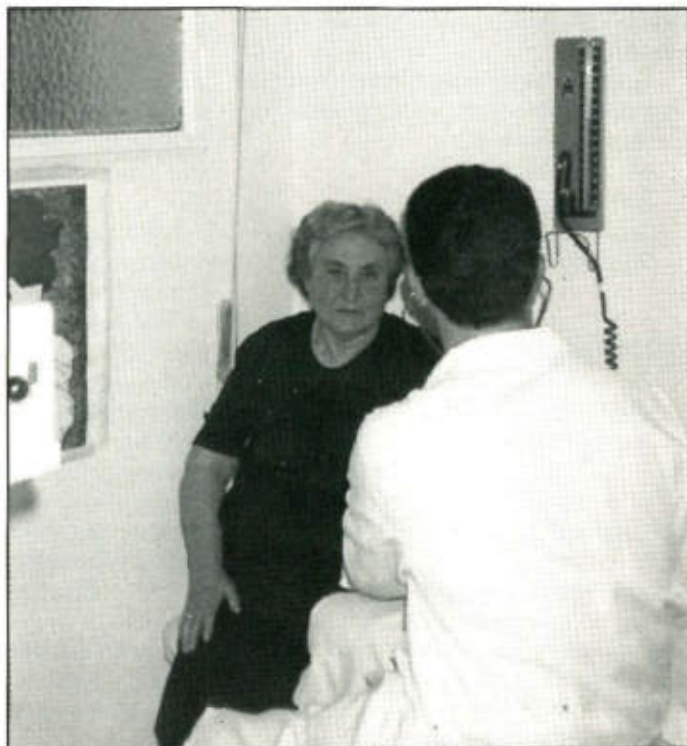
La pregunta sobre los ingresos hospitalarios, a través de la cual se pretendía valorar si la atención en Consulta de Enfermería influía en la reducción del número y gravedad de los ingresos hospitalarios, no dio suficiente información para confirmar tal hipótesis. El número de ingresos declarados fue muy bajo: sólo trece. Su distribución en el tiempo, duración y motivos causales no permiten hacer inferencia alguna.

El tiempo que llevan siendo tratados en Consultas de Enfermería es como sigue: Cinco pacientes llevan incluidos en tal consulta menos de un año, 17 llevan de uno a dos años y 31 declara estar siendo atendido en Consulta de Enfermería hace más de dos años. Ocho pacientes no responden a esta pregunta.

La valoración subjetiva que hacen los pacientes sobre su estado de salud desde que son atendidos en Consulta de



EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. La multidisciplinariedad de los profesionales que atienden a una misma unidad familiar y la prolongación en el tiempo del proceso, hacen del registro, la Historia Familiar, un documento imprescindible en el proceso de atención. Enfermero: Manuel López.



La valoración de parámetros vitales en la Consulta de Enfermería. Enfermero: Manuel López.



La Formación Continua es de trascendental influencia en la metodología de trabajo y la actualización de los profesionales. Equipo de Salud de Torreblanca.

Enfermería arroja los siguientes valores: se autovaloran mejor que antes 53 de ellos; seis opinan encontrarse igual que anteriormente y dos se sienten peor.

El número de pacientes que se autoinyecta la insulina es de 17. Respecto a los 19 insulinotratados suponen casi un 90% (89,5%).

Los pacientes que se autoanalizan la glucemia por punción capilar son 42, es decir, un 69%.

El tiempo que transcurrió desde su inclusión en Consulta de Enfermería y la ejecución por sí mismo de la determinación de la glucemia se refleja de la siguiente forma: 21 lo hicieron en menos de un año. 14 invirtieron entre uno y dos años en asumir tal actividad. Cuatro tardaron más de dos años, y como antes referimos, 19 no lo han hecho aún. Tres personas quedan que no facilitan información al respecto.

Con los pacientes que se autoinyectan no pudo hacerse análisis similar. Entre las no respuestas, los autotratados antes de ser incluidos en Consulta de Enfermería y el número de pacientes que pasa por evolución lógica de su patología de ser tratado con hipoglucemiantes orales a serlo con insulina, resulta difícil la asociación entre inclusión en Consulta de Enfermería y autorresponsabilización en el tratamiento de in-

sulina; aunque es lógico pensar que tal asociación puede ser demostrable en otro estudio más específico sobre ello.

Dieciséis pacientes de los que respondieron el cuestionario asistieron a un cursillo sobre educación diabetológica en el Centro de Salud. Suponen un 26%. Estos pacientes, de ellos seis insulino tratados, arrojan un 100% en los indicadores de autoinyección y auto determinación de glucemias.

El estudio de la última pregunta del cuestionario, que solicita la opinión del paciente sobre la Consulta de Enfermería, ofrece las siguientes calificaciones: un paciente la calificó de «aceptable». Otro, dijo: «Funciona correctamente». Se le calificó como «buena» o «bien» por doce pacientes. Quince de ellos escribieron «muy bien», «excelente», «insuperable» o «buenísima». Un paciente reflejó: «Lo mala que me pone esperar». Cuatro de ellos hacen referencia y destacan el aspecto formativo de la Consulta de Enfermería: «Gran ayuda para nosotros», «Nos informa de cosas de interés», etc. Dos pacientes destacan el trato recibido: «Nos tratan que da gusto», «Muy amables».

El tiempo que transcurre desde que se les realiza el diagnóstico de diabetes mellitus y son incluidos en Consulta de Enfermería se comenta seguidamente.

Para ello sólo se tuvieron en cuenta aquéllos que fueron diagnosticados hace menos de cinco años, tiempo que hace que la Consulta de Enfermería a la que pudieron ser derivados lleva funcionando. Resulta así que del total de 34, 26 tardan menos de un año en incluirse en Consulta de Enfermería; seis, entre uno y dos años, y dos no facilitan datos suficientes para saberlo.

DISCUSION

De un análisis más detenido de los datos surge uno que merece una pausa y un comentario: nueve pacientes estaban incluidos en Consulta de Enfermería con anterioridad a su diagnóstico de diabetes. Revisadas las historias personales de los mismos, constatamos que lo estaban por motivos diferentes a tal patología y que la primera glucemia alta registrada se le detectó en Consulta de Enfermería por medio de tiras reactivas a siete de ellos.

Los resultados generales del estudio son bastante reconfortantes. Teniendo en cuenta las pésimas condiciones socioeconómicas del barrio, la masificación del Centro de Salud en todas sus actividades y programas, los individuos obtenidos sobre nivel de autocuidados, valoración subjetiva de la atención reci-

bida y su estado de salud, son muy positivos.

Vemos cómo la inclusión de pacientes diabéticos en Consulta de Enfermería desde su diagnóstico de diabetes es muy temprana.

Estos pacientes valoran, en general, muy positivamente la atención prestada en la misma.

CONCLUSION

Por todo ello puede concluirse que la atención de Enfermería de esta consulta es eficaz. La posible extrapolación de este razonamiento a otras consultas será bueno poderla argumentar con estudios de calidad de atención. Si algún compañero se anima, le sugiero introduzca algunas variables que permitan afinar aún más en el nivel de salud del diabético (si es con este grupo de pacientes con quien va a trabajar), como por ejemplo la hemoglobina glucosilada, o el grado de afectación ocular a través de examen oftalmológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. M. O. Jiménez y E. Ruiz: Consulta de Enfermería en consultorios y ambulatorios. Cuadernos de Salud N. 3. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 1986.

2. H. Vuori: El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios: Conceptos y metodología. Edit. Masson. Barcelona, 1988.

3. E. J. Mason: Normas de Calidad en Enfermería. Métodos de elaboración. Edit. Doyma. Barcelona, 1988.

4. A. Frías: Control de Calidad en Atención Primaria de Salud. Criterios y estándares de proceso en Enfermería Comunitaria: Estudio piloto en dos Centros de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 1988.

5. M. Sagristá: Identificación y estudio de los factores que determinan la calidad en la cumplimentación de historias clínico-sociales en Centros de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 1988.

6. C. Helerle: Estudio sobre la calidad de vida de los crónicos adscritos a las consultas de Enfermería de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 1986.

7. B. Kershaw y J. Salvage: Modelos de Enfermería. Edit. Doyma. Barcelona, 1988.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE EVALUACION SOBRE CALIDAD DE ATENCION A DIABETICOS EN CONSULTA DE ENFERMERIA

- ¿Desde cuándo es usted diabético? Fecha: _____
- ¿Qué tipo de tratamiento tiene para ello?
Sólo dieta ☐ Pastillas ☐ Insulina ☐
- ¿En qué año nació usted? _____
- Su sexo es: Varón ☐ Hembra ☐
- ¿Qué complicaciones tiene usted de la Diabetes? ¿Qué tiene usted afectado?
Los ojos ☐ Heridas que no cierran ☐ El riñón ☐
La circulación sanguínea ☐ Otros ☐ (especificar) _____
- ¿Qué ingresos en el hospital ha tenido usted en los últimos diez años?

FECHA	MOTIVO	DURACION (días)	RESULTADO
- ¿Desde cuándo es controlado en Consulta de Enfermería? Fecha: _____
- ¿Cómo valora usted su estado desde que se le atiende en ella?
Mejor que antes ☐ Igual que antes ☐ Peor que antes ☐
- En caso de ser tratado con insulina, ¿se la pincha usted? _____
¿Desde cuándo se la pincha usted? Fecha: _____
- ¿Se analiza usted mismo el azúcar pinchándose en dedo? _____
En caso afirmativo, ¿desde cuándo? _____
- ¿Ha asistido a algún cursillo sobre diabetes en el Centro de Salud? _____
- ¿Qué opinión tiene usted sobre la Consulta de Enfermería?

NOTA: Ponga una cruz (x) en el cuadro correspondiente a las respuestas de las preguntas 2, 4, 5 y 8.

LA DESMOTIVACION ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN UNIDADES ASISTENCIALES HOSPITALARIAS

Autor: **D. Juan Ignacio Valle Racero**
(D.E. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla)

Desde un tiempo a esta parte, venimos acudiendo a un aumento de la falta de motivación entre nuestros profesionales de Enfermería que les incita a buscar «soluciones alternativas» a la situación cotidiana del desencanto en que se vive.

La problemática, bien conocida por todos, parte de una serie de puntos a tener en cuenta, y entre ellos tenemos: la falta de reconocimiento —a varios niveles— de la labor que ejercen los profesionales de Enfermería, y especialmente aquéllos que trabajan en macrohospitales o se dedican al nivel asistencial. En segundo lugar, la gravosa retribución económica de estos profesionales, que se acentúa aún más cuando se compara con otros profesionales del mismo nivel universitario, incluso con otros no universitarios.

La falta de una verdadera incentiva-ción docente que haga de la formación del personal algo continuo y permanente e inherente a la propia institución. Aun reconociendo la labor que tratan de hacer los adjuntos de Formación Continua en los centros, «luchando» contra todo tipo de problemas.

El deterioro que se produce en el contacto directo hospitalario con el usuario de salud es continuo y aumenta el estrés del profesional, que a veces tiene que solventar asuntos (administrativos, sociales, de gestión...) que no están dentro de su competencia pero que dejan recaer sobre él.

La avalancha de pacientes que acuden a los servicios de urgencias por la falta de un screening eficaz en otros niveles de la asistencia, junto con la mayor cobertura asistencial ordenada en su día por las autoridades sanitarias prácticamente con el mismo personal o con incrementos no proporcionales a dicha



apertura; todo ello aderezado con el aumento de los «pacientes en pasillos», que por su frecuencia empiezan a ser un serio problema, ya cotidiano, por resol-

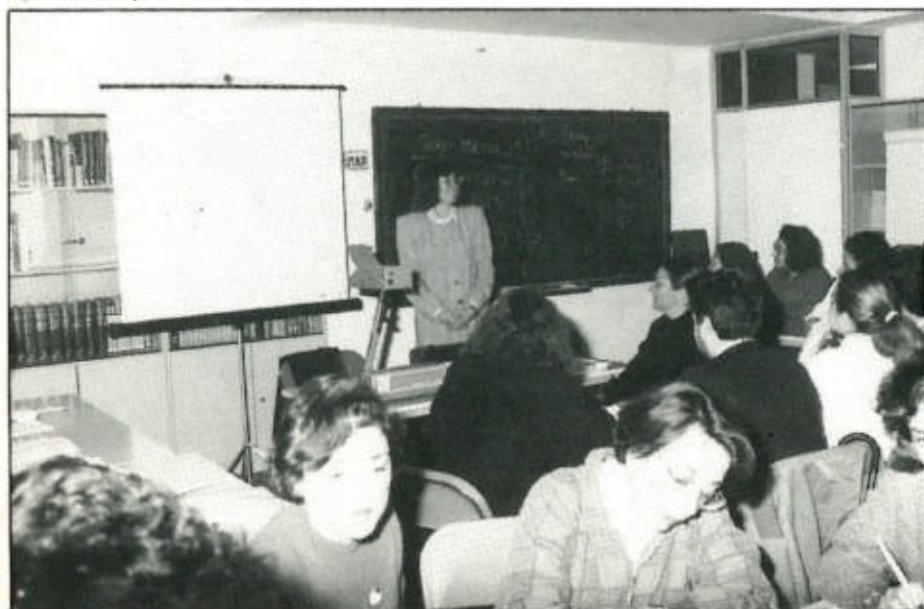
ver. Además, el déficit creciente del personal (denunciado por algunos medios profesionales) hace que las cargas de Enfermería aumenten, y más especial-

mente a la hora de cubrir un descanso o festivo de un compañero.

Esta problemática se acentúa en periodo de vacaciones, donde a veces hay que «asumir» el trabajo del compañero, cambiar de turno, etc., redundando todo esto en la calidad de la prestación que se hace al usuario.

Ello hace que los profesionales vean minada en parte su vocación y —a modo de égira— peregrinen hacia servicios más cómodos, menos estresantes, o con mejor distribución de descansos... Otros, intentan «dar el salto» a otras actividades no relacionadas con la actividad sanitaria —tal como viene ocurriendo en otros países, por ejemplo Reino Unido—, donde nuestros colegas ingleses vienen abandonando la Sanidad Pública hacia la Privada, o bien, hacia otras actividades no sanitarias donde su calidad profesional y su esfuerzo va a estar mejor reconocido a todos los niveles.

Esta problemática se une, por si fuera poco, a problemas ya endémicos de la profesión, como son: la falta de desarrollo de la Carrera de Enfermería con sus distintos niveles, el no poder acceder a la licenciatura o a segundos ciclos universitarios, la falta de una verdadera Ley Profesional y de Especialidades de Enfermería que regule la profesión... O a otros problemas posibles que en un futuro pudieran afectar a Enfermería, como: la posible llegada de técnicos de asistencia hospitalaria procedentes de F.P. y en base a criterios meramente económicos, el «encorsetamiento» de los profesionales de Enfermería exclusivamente en A. Primaria; el «primamien- to» de los profesionales de APS en ni-



vel superior y retributivo en detrimento del personal asistencial que —quírase o no— hoy por hoy soportan la carga más pesada del Sistema Sanitario, etc.

Pienso, al igual que otros muchos compañeros, que todo esto debe de servir para hacer reflexionar a nuestros gestores sanitarios y dejar a un lado la «miopía» de la que, al parecer, algunos han hecho gala y con miras más amplias tender entre todos hacia un verdadero diagnóstico (o macrodiagnóstico) del COLECTIVO DE ENFERMERIA y su repercusión en el medio sanitario, sensibilizándonos ante esta situación que perdura en el tiempo y tratar de buscar soluciones satisfactorias por parte de todos por el bien de la Enfermería, de la asistencia y del respeto que nos merece la atención al usuario de salud.

CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA EN LA DESHIDRATACION

Autor: **D. José Luis Aguilar Carrasco**
A.T.S. (Hospital Infantil Ciudad Sanitaria «Virgen del Rocío». Sevilla)

INTRODUCCION

El término de deshidratación se emplea de forma clínica para designar el estado consecutivo a la pérdida en grado variable de agua y/o solutos. Sin embargo, podría hacerse la distinción entre deplección de agua (pérdida fundamental de agua) y deshidratación (cuando las pérdidas son tanto de agua como de solutos). Esto tiene mayor importancia que lo puramente semántico, ya que la patogenia para una y para otra es distinta en tanto que la deplección se observa en casos de diabetes insípida de origen central, o en enfermos comatosos, que no ingieren agua por sí solos. La deshidratación se observa en casos de diarreas severas y en aquellos casos de vómitos incoercibles. En nuestro medio la deshidratación por gastroenteritis es la alteración hidroelectrolítica observada con más frecuencia.

Para efectuar los cuidados de Enfermería, primero tendremos que valorar las necesidades del niño, según el estado en que se encuentre, y lo hacemos por los métodos observacional y analíticos, y bajo estos parámetros.

- Estado de gravedad.
- Grado de deshidratación.
- Tipo de deshidratación.

ESTADO DE GRAVEDAD

- Shock.
- No shock.

GRADO DE DESHIDRATACION

Si corresponde a un 5%, a un 10% o a un 15%.

Walker-Smith y Bakmann nos dan un cuadro respecto a las manifestaciones clínicas relacionándolas con el grado de deshidratación antes descrita y la pérdida de agua, que creo es interesante señalar:

Manifestaciones clínicas	Grado	Déficit de agua
Moderada pérdida de la turgencia de la piel. Fontanela hundida. Ojos hundidos las órbitas. Sed. Oliguria	5%	Unos 50 ml./Kg. de peso corporal
Pliegues cutáneos pronunciados. Fontanelas hundidas. Ojeras acentuadas. Disminución de la tensión ocular. Apatía. Inquietud. Sed intensa. Oliguria que llega a anuria.	7 a 8%	Unos 100 ml./Kg. de peso corporal
Todo lo anterior más vasoconstricción periférica (acrocianosis, extremidades frías). Hiperpirexia, puede no haber sed.	10% o más	Unos 150 ml./Kg. de peso corporal

TIPOS DE DESHIDRATACION

— Hipotónica. Cuando el Na. está por debajo de 135mEq./l.

— Isotónica. Cuando el Na. es de 135 a 145 mEq./l.

— Hipertónica. Que la dividimos en: Moderada. Cuando el Na. es de 145 a 160 mEq./l.

Grave. Cuando es de más de 160 mEq./l.

Una vez vistos estos parámetros, vamos a mencionar una serie de síntomas que se repiten y que nos van a dar una idea ante qué tipo de deshidratación nos encontramos.

Pasamos a hablar de las medidas generales, y en este apartado vamos a comentar lo que normalmente hacemos al ingreso de un niño en nuestras unidades.

Aseo general y peso. Ficha somatométrica que se realizará si el estado del niño lo permite. Toma de muestra para analítica, ya sea de Laboratorio, Hematología, Microbiología, etc., y aquí quiero hacer hincapié en que las tomas de muestras deben efectuarse de forma correcta, para evitar los errores en los valores producidos por una mala técnica de extracción. Creo que no será necesario comentar las técnicas, ya que por

Síntomas	Hipertónica	Iso-Hipotónica
Temperatura-Fiebre	Frecuente	Ausente
Mucosa-lengua	Muy seca y rasposa	Pegajosa y viscosa
Pliegue	Vaselina-Gelatina	»
T/A.	Poco descendida	Muy descendida
Sensación de sed	Muy pronunciada	Escasa o ausente
Pérdida de peso	Muy pronunciada	Ligera
Diuresis	Muy reducida	Variada
Psiquismo	Hiperirritable	Letargo o coma
Vómitos o náuseas	Ausentes	Frecuentes
Convulsiones	Frecuentes	Raros
Signos de shock	Menos acentuados	Muy acentuados

una parte son conocidas por todos ustedes y por otra es obvio de que en cada centro existen unas pautas para tal fin adaptadas al sistema de trabajo, pero que insisto deben de hacerse de forma correcta.

De las constantes o controles habituales, como son: la Respiración, el Pulso, la Temperatura, la P.V.C. si la tuviera y la T/A, sólo hacer resaltar la corrección en las tomas.

Sobre la piel, podremos observar el color y el aspecto, si está hidratada o no, si tiene pliegue o, por el contrario, está gelatinosa, sucia, y en los casos más graves, se puede observar la formación de las durezas escleromatosas.

De la mucosa-lengua, veremos si está seca o bien hidratada, si la lengua es rasposa o por el contrario es pegajosa y viscosa, como vimos anteriormente.

Sobre el psiquismo, se puede observar el estado de conciencia, si responde a estímulos o no, si se relaciona bien con el exterior, y que todo esto nos va a dar una serie de datos y de información general sobre qué tipo y grado de deshidratación presenta el niño.

Dentro del apartado anterior, o sea, el del psiquismo, quiero hacer un paréntesis para hablaros un poco de algo que en las unidades de cuidados intensivos, a veces, que no todas, se nos pasa por alto. Todos sabemos que estas unidades, por su sistemática de trabajo, están muy tecnificadas y mecanizadas, pendientes siempre de situaciones de

peligro para la vida del niño, y se nos pasa eso tan importante como es el trato para con el niño. Esta parte la voy a enfocar bajo los métodos de comunicación tanto verbal como no verbal, como son: el contacto físico, la palabra, el olfato y la vista.

Para un niño, y sobre todo si es pequeño, la separación de su madre para ingresar en una institución sanitaria u hospitalaria implica un riesgo psíquico de gravedad variable, según la edad del niño. Sobre la problemática psicológica del niño ingresado en las unidades de cuidados intensivos no vamos a profundizar, por no ser este el tema y también porque existe una gran bibliografía que está al alcance de cualquier compañero que esté interesado.

Y hablábamos del contacto físico. El niño nos percibe a través de la piel y le transmitiremos calor y seguridad, sin sensación de peligro. Ha de cogerse al niño entrañablemente, con firmeza, con arrulladora intimidad, con certeza y confianza, debiendo evitarse el provocar dolor o molestias, así como transmitir angustia, nerviosismo, intranquilidad, mal humor o brusquedades. La voz del que atiende al niño ha de ser suave, armónica, festiva, alegre y bien entonada, transmitiendo paz y tranquilidad, y ha de carecer de estridencias, chillidos, etc.

Articulando frases que denoten cariño, para que éste perciba que no hay peligro y pueda descansar tranquilo.



Sólo unas palabras sobre el olfato, ya que sin duda alguna los niños ejercitan en las personas mayores. El olor de la adecuada higiene personal, la ligereza de los uniformes, la fragancia de un cuidadoso aseo, sin duda facilita la aproximación de uno a otro y sobre todo la del niño enfermo.

Sobre la vista sabemos que todo cuanto percibimos lo vamos registrando en el cerebro, para después reconocerlo. Pues, bien; en el trato para con el niño es conveniente acercarnos a él de una forma lenta, dándole tiempo para que nos registre, nos grave, para que después nos reconozca, ya que la aparición brusca les asusta. La sonrisa es el tranquilizante universal por excelencia, es el transmisor de la paz, la armonía y la afectividad que echan tanto de menos.

Una vez visto los aspectos referentes al psiquismo, como es el estado de conciencia, y el trato para con el niño, vamos a pasar a las técnicas de sueroterapias, y las podemos dividir en dos: una central y otra periférica. La primera, como su propio nombre indica, es cuando utilizamos una vía central, para la cual se requiere la implantación quirúrgica de la cánula o cateter, pero que hay que dejarla como último recurso y dar preferencia a las técnicas periféricas, que son las más utilizadas por nosotros y que son las epicraneales, dorso de la mano, antebrazo, etc., o sea, vías periféricas, aunque a veces haya que recu-



rir a la canulación o canalización de vías periféricas más importantes, como la safena interna, por ejemplo.

En el orden y sistemática de la venoclisis se comenzará por las epicraneales, pasando luego a las extremidades superiores y posteriormente a las inferiores, o también, como recomiendan algunos, en círculo. Es necesaria una correcta fijación de la aguja e inmovilización del niño, si fuera necesario, así como de un control en la administración de la sueroterapia para evitar las complicaciones que más tarde citaremos.

Todo esto dependiendo del estado del niño, del volumen de líquido a perfundir y de otros aspectos, que son los que nos van a decir qué vía y material tendremos que utilizar. Pero tanto para la colocación de la aguja como para la fijación de ésta, el manejo y utilización del material, así como para la preparación de las soluciones a perfundir, se requiere una asepsia rigurosa, ya que una de las complicaciones más graves en estos casos son las sepsis producidas por la contaminación tanto del sistema de perfusión como de las mismas soluciones. Debe evitarse al máximo las manipulaciones y trasvases innecesarios.

Existen una serie de problemas que se presentan o que pueden presentarse dentro de la terapia I.V., y que sólo vamos a citar, ya que para hablar de ellas sería necesario extendernos más en el tema, y así, podemos citar: la contaminación antes descritas, Embolismo pulmonar, Trombosis, Tromboflebitis, Fle-



bitis, las reacciones pirógenas, Shock de velocidad, Bloqueo posicional, Oclusiones, Precipitaciones, Interacciones medicamentosas, Edemas locales, Embolismos y otros. Por tanto, es necesario que el equipo de Enfermería encargado de estas técnicas las conozcan perfectamente, y sobre todo, no sólo hay que saber hacer las cosas, sino el llevarla a cabo de una forma escrupulosamente correcta.

Una vez inmovilizado el niño, cogida una vía comenzaremos la rehidratación ya prescrita por el médico, y abrimos una gráfica de cuidados intensivos, para que nos sirva, junto con las observaciones generales, de fiel reflejo de cómo está el niño en cada momento, y en la que anotaremos: Medicación, Aportes, Pérdidas, Controles habituales, etc.

Pasamos después a la fase de vigilancia especial respecto a la evolución del niño, y observaremos:

- Vómitos.
- Heces.
- Diuresis.
- Convulsiones.
- Shock.
- Intoxicación hídrica.
- Hiperventilación.

Con respecto a los vómitos y heces, anotaremos las características que se aprecian, como es el color, aspecto, relación con las comidas, número, la existencia o no de mucosidades, etc. Pero para hablar de vómitos y heces tendríamos

que referimos a toda la Gastroenterología, ya que éstos son los síntomas predominantes en este tipo de patología y casi siempre desencadenantes de la deshidratación.

En relación con la diuresis, diré que como consecuencia de la pérdida de agua, y dependiendo del grado de deshidratación, como ya vimos anteriormente, la diuresis estará más o menos disminuida, por lo que para su control tendremos que sondear al niño y anotar en la gráfica: cantidad, color, olor y otros aspectos que presente, y poder hacer los balances hídricos correspondientes. Una buena diuresis evidencia un buen funcionamiento renal, ya que uno de los problemas de la deshidratación es una insuficiencia renal aguda (al principio), pudiendo ser posteriormente secundaria a alguna causa renal orgánica. Si la diuresis no se restablece dentro de las pocas horas después de haber iniciado la rehidratación, tendremos que pensar inicialmente en una insuficiencia renal, como ya dijimos anteriormente, o bien porque los cálculos de aporte de líquidos no estén adaptados al tipo de deshidratación. Como medida profiláctica respecto al sondaje, iniciaremos los lavados vesicales según costumbre del centro.

La toxicosis que se produce está caracterizada además por una acentuación manifiesta por parte del sistema nervioso central.



CORPORATIVISMO

Autor: **D. Joaquín Lima Rodríguez**
Supervisor del Área Quirúrgica-
Hospitalización (Hospital Virgen
Macarena. Sevilla)



dicho sistema está potenciando la necesidad de conseguir unos mayores niveles de organización, en el propio aparato sanitario, que rentabilice los recursos materiales y humanos que en el mismo se manejan. En esta situación me gustaría analizar cómo están evolucionando dos variables de entre las muchas que se relacionan con el sistema. La primera sería el conocimiento científico en materia de sanidad. La segunda sería la rentabilización de los recursos.

El conocimiento científico ha estado y está depositado básicamente en el colectivo médico, que ha venido dedicando casi la totalidad de sus esfuerzos a aumentar estos conocimientos y a desarrollarse como ciencia. Este aumento de conocimiento ha proporcionado un enorme poder a sus profesionales, permitiéndole ser líderes entre los profesionales del sector sanitario, favoreciendo en la mayoría de los casos que éste haya crecido en base a acomodarse a las necesidades de traducir estos conocimientos en servicio de una mejor atención a los usuarios del sistema. Este enorme desarrollo científico ha encare-

INTRODUCCION

En el presente artículo trato de justificar la importancia que para los enfermeros españoles puede tener, en el momento actual, desarrollar un sentimiento de corporación. Antes de iniciar este análisis voy a exponeros algunas definiciones obtenida de un diccionario de bolsillo, que nos sirvan, sin pretender hacerlo en profundidad, introducirnos al tema.

Corporación: Asociación de personas que ejercen la misma profesión o que tienen una finalidad común.

Corporativismo: Doctrina económica y social que define la creación de instituciones profesionales corporativas dotadas de poderes económicos, sociales e incluso políticos.

Corporativista: Partidario de éste.

El colectivo de Enfermería, como profesión, se interrelaciona en un complejo sistema, el sistema sanitario, con otros colectivos profesionales que se desarrollan en el mismo. El sistema sanitario está sometido a una dinámica evolutiva en consonancia con los cambios sociales que se vienen produciendo en

nuestro país. El cambio de sistema político, la situación económica, las mayores demandas de los usuarios en materia sanitaria, etc., están provocando importantes cambios del sistema.

La complejidad que está adquiriendo





cido de forma alarmante el producto final que recibe el usuario, a la vez que ha creado un sistema organizativo que con frecuencia contradice las normas más elementales que deben regir cualquier actividad empresarial. No debemos olvidar que el sistema sanitario es una gran empresa que produce servicio de salud.

Rentabilizar los recursos exige crear un sistema de organización que permita ofrecer el mejor servicio sanitario con el menor costo posible. En el momento actual podemos afirmar, sin miedo a equivocarnos, que la organización del sistema sanitario está en manos del colectivo de Enfermería. Existen importantes razones para que esto sea así, somos el único colectivo que permanece de forma mayoritaria durante todo el día trabajando en el sistema sanitario, somos los responsables del control de la mayoría de recursos, tanto materiales como humanos (no olvidemos que somos el colectivo profesional más nume-

roso dentro de la Sanidad), estamos aumentando nuestros conocimientos de gestión, los profesionales médicos tienen dificultades para someterse a sistemas organizativos, etc.

Como véis, he analizado de forma somera dos variables, el conocimiento y la organización, que pueden dar infinito poder a quien las controle.

¿Qué está sucediendo con nuestra profesión en los últimos años?

Como bien sabéis, se está desarrollando a pasos agigantados. En esta última década hemos presenciado acontecimientos tan importantes como la creación de las Direcciones de Enfermería, como reconocimiento y legitimación a nuestra capacidad de gestión dentro del sector sanitario. Esta estructura organizativa está permitiendo a los enfermeros relacionarse a un mismo nivel con otros colectivos que en épocas anteriores nos dirigían; así, el Director de Enfermería posee el mismo nivel de gestión, dentro de su departamento, que el

Director médico en el suyo, y así sucesivamente en todo el organigrama de gestión de ambos departamentos. A nivel académico también se han producido importantes cambios en la Enfermería. La integración de nuestras Escuelas en la Universidad, la modificación de nuestros planes de estudio, etc., nos facilitarán en lo sucesivo desarrollarnos científicamente en un ámbito distinto al de otras profesiones, que nos permitirá aportar a la sociedad una oferta de servicios específicos de Enfermería. Hoy muchos enfermeros nos sentimos orgullosos al hablar de Cuidados como de un servicio que nos da identidad profesional.

Si estos fundamentos expuestos son ciertos, se puede estar produciendo dentro del sector sanitario un nuevo reparto de poderes, que puede beneficiar enormemente al colectivo de Enfermería a la vez que restar protagonismo al colectivo médico. No creo que ningún individuo u organización esté dispues-



to a ceder el poder que habitualmente ha ostentado a otros sin oponer resistencia.

Mi nueva pregunta sería: ¿Tenemos argumentos para pensar que se está intentando frenar el poder que está adquiriendo nuestro colectivo?

La respuesta sólo puede ser afirmativa.

El pasado mes de febrero se presentó en Sevilla un documento «de intenciones» firmado por el Servicio Andaluz de Salud, el sindicato C.S.I.F. y presidentes de algunas asociaciones médicas, en el que se desarrolla la carrera administrativa del personal médico. Podemos estar de acuerdo en que se desarrolle la carrera administrativa de los médicos, porque además de suponer un logro para otro colectivo profesional, sin lugar a dudas, favorecerá el próximo desarrollo de la carrera administrativa de Enfermería. Sin embargo, debemos exigir con fuerza la revisión de este documento, en el que se hace alusión directa a la potenciación del Jefe de Servicio como máximo responsable de la unidad asistencial, definiéndose a la unidad asistencial como conjunto de recursos humanos y materiales. Este documen-

to contradice el real decreto 105, en el que se desarrolla la organización y competencias en materia de gestión del departamento de Enfermería, poniendo en peligro los logros alcanzados, a nivel de gestión, por nuestro colectivo en los últimos años, que volvería a depender de otros profesionales. Ello supondría retornar a una época pasada, nada deseable para los enfermeros.

A nivel académico, se sigue atentando contra nuestro desarrollo, los estudios de Enfermería se ven limitados al nivel de Diplomatura, sin que se tengan en cuenta las continuas exigencias de nuestros profesionales, que quieren seguir desarrollando sus conocimientos, que desean tener como ciencia el mismo nivel académico que otras disciplinas. Se sigue parando el desarrollo de las Especialidades de Enfermería. Se sigue permitiendo que profesores ajenos a nuestra profesión sigan impartiendo clases, formando a nuestros futuros profesionales. ¿Cuándo comprenderán nuestros políticos que Enfermería, Medicina, Farmacia o Veterinaria son ciencias distintas? ¿Cuándo se darán por enterados de que quien mejor puede formar a un enfermero es otro enfermero?

En el terreno laboral, venimos asistiendo a una escasez de enfermeros, que cada día se acentúa más, dificultando la cobertura de los puestos de trabajo específicos de Enfermería en los distintos centros del sector sanitario. El colectivo viene denunciando estos hechos, con la propuesta de que aumente el número de alumnos de las escuelas universitarias de Enfermería hasta alcanzar el justo equilibrio entre la oferta y la demanda de profesionales. No sólo no existen respuestas a nuestras peticiones, sino que, por el contrario, se sigue permitiendo de forma masiva ingreso de estudiantes en las facultades de Medicina, a pesar de la existencia del excesivo número de médicos en paro, que difícilmente serán absorbidos por la demanda del sector sanitario, a menos que puedan sustituir los puestos específicos de Enfermería que en los próximos años no podrán ser cubiertos por falta de enfermeros. En esta misma línea sigue aumentando la formación de técnicos en rayos o laboratorios, para empezar a sustituir en dichos servicios a los enfermeros que venían desempeñándolos.

Podríamos seguir enumerando argumentos que se vienen produciendo, faltos de cualquier intencionalidad que se pueda interpretar como lógica para el desarrollo sanitario del país, que no pueden ser fruto de la casualidad, y sin lugar a dudas están frenando el gran potencial de desarrollo que tiene nuestro colectivo. Como vemos, se dificulta nuestro desarrollo profesional, laboral y científico. Se está intentando evitar que nuestro colectivo siga acumulando poder. Sin embargo, en nuestro actual sistema político el poder está en manos de aquellos que tienen capacidad de agrupar a individuos y han desarrollado importantes sistemas de organización. Enfermería afortunadamente posee ambas cosas.

Actualmente, dentro del sector sanitario, somos el colectivo más numeroso, y como os decía al principio, el más organizado. Sin embargo, no tenemos conciencia de ello y quizá no sepamos utilizar adecuadamente este potencial. En este sentido, creo importante que el colectivo de Enfermería potencie su corporativismo. Con frecuencia oímos en boca de alguno de nuestros compañeros una frase que nos debe hacer reflexionar sobre el tema: «el peor enemigo de un enfermero es otro enfermero». Con excesiva alegría criticamos o des-



calificamos a nuestros compañeros, a nuestros líderes, a nuestras instituciones. Hacemos público sus errores, sus incompetencias. Evidentemente, ni nuestros compañeros, ni nuestros líderes, ni nuestras instituciones, ni nosotros mismos, somos perfectos, pero somos nuestro colectivo y los únicos que finalmente podremos ayudarnos, alentarnos, tendernos una mano. Los enfermeros somos débiles en la defensa de nuestro colectivo. Como hemos visto anteriormente, nuestro colectivo puede estar sufriendo múltiples agresiones y frente a ello es necesario desarrollar nuestra capacidad de respuesta.

Existen en nuestro colectivo tres tipos de instituciones bien definidas, que asumen la responsabilidad de trabajar por los intereses de Enfermería y que componen nuestra corporación:

Instituciones académicas y científicas.

Colegios profesionales.

Instituciones sindicales.

A nivel de estas instituciones, deben desarrollarse las respuestas que se hagan necesarias en base a cualquier situación que afecte al colectivo de Enfermería. Estas distintas instituciones están soportando la enorme presión a que les somete el desarrollo que se está produciendo en nuestra profesión, así como los cambios políticos vividos en nuestro país en las últimas décadas. La adaptación de las escuelas universitarias

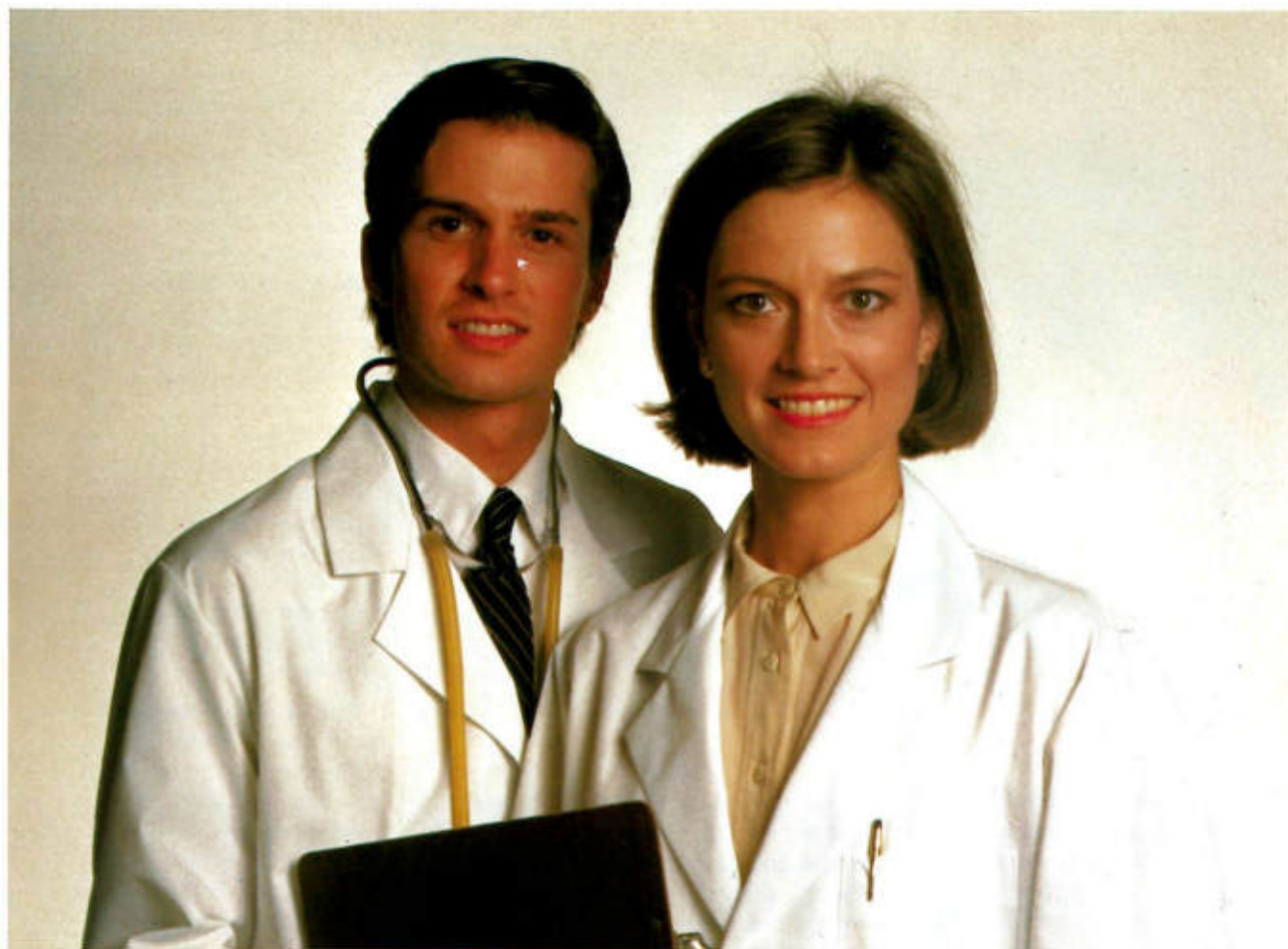
a los nuevos planes de estudios, los cambios en las estructuras académicas de las antiguas escuelas. La formación de un sindicato que vele por la defensa de los derechos laborales de los enfermeros, con los esfuerzos que supone crear estructuras de estas características en todo el país. La adaptación de los Colegios profesionales al desarrollo profesional que estamos viviendo exige un importante esfuerzo de ésta. Pero como

bien sabemos, estas instituciones no son más que un conjunto de paredes y mobiliarios que no podrían funcionar si no fuera por el esfuerzo de los compañeros enfermeros que en ellas trabajan, compañeros que en los momentos más críticos no suelen contar con el apoyo del colectivo al que representan. Es penoso asistir a asambleas donde se tratan temas de suma importancia profesional y ver salones vacíos. Es triste ver el escaso poder de convocatoria que tienen nuestras instituciones, y no es que no convoquen adecuadamente, es que los enfermeros no queremos oír dichas convocatorias. Los enfermeros somos débiles en la acción. Los enfermeros aún no hemos entendido que en un sistema democrático la fuerza la imprime la participación en los debates, en las mesas de negociación, en el apoyo a nuestros dirigentes.

Podría seguir lamentándome de lo que somos o de lo que hacemos, pero no creo que ello sirva de algo. Prefiero terminar este artículo con una reflexión de esperanza. Existe una frase que me parece adecuada y que define bien al colectivo de Enfermería como a «un gran gigante que duerme». Quizás éste sea el momento de despertarlo, porque el futuro que nos espera sólo será alentador si somos capaces de fundamentar los logros alcanzados y de vencer los frenos que se ponen a nuestro desarrollo.



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...



Allianz  **RAS**

SEGUROS

Grupo Allianz RAS España

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

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

CONCURSO N° 13



PRIMER PREMIO

Autor: Manuel Almansa Rayo.
Colegiado N° 4.018.
Título: «En el Testero de Lola».
Máquina: PRAKTICA LTL.

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA N° 14

CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E.

TEMA: EL AGUA

4º TRIMESTRE AÑO 90 (OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE)

El plazo de presentación finalizará el próximo 5 de diciembre 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 1º trimestre 91 será «LOS DEPORTES».



SEGUNDO PREMIO

Autora: Carmen Rodríguez Suárez.
Colegiada N° 6.906.
Título: «Pelando Pájaros».
Máquina: CANON PRIMA.



TERCER PREMIO

Autora: M.^a Teresa Braojos Moya.
Colegiada N° 7.653.
Título: «Meditando».
Máquina: MINOLTA XG1

SEGUIMIENTO VACUNAL EN SIETE COLEGIOS DE EDUCACION GENERAL BASICA DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE BELLAVISTA (SEVILLA)

Autoras: **Dña. Isabel Fernández Cubero,**
Dña. M.ª Dolores Guerra Martín
Dña. Rosa Gil Fernández
 (Centro de Salud de Bellavista
 Sevilla)

El estudio que presentamos pertenece al seguimiento realizado durante el curso escolar 87/88 en los niveles de primero, quinto y octavo.

POBLACION

La Zona Básica de Salud de Bellavista (ZBSB) está constituida por tres barrios urbanos: Bellavista, Elcano y Fuente del Rey. Los dos primeros, pertenecientes al término municipal de Sevilla (distrito 5º), y el último, al término municipal de Dos Hermanas. Tiene unos 14.000 habitantes, que en su mayoría viven en Bellavista.

La población infantil está escolarizada casi en su totalidad. Los colegios públicos que mayor número de niños acogen son «Lora Tamayo», «Diego de Riaño» y «Juan Sebastián y Bandarán», situados en Bellavista. Aquí se encuentra también el colegio subvencionado «Santa María», con menor capacidad de niños. En el barrio Fuente del Rey está el colegio público «San Fernando» y en la barriada Elcano el colegio «Juan Sebastián Elcano», ambos con un número menor de niños. Por último, está el colegio subvencionado «Julio Coloma», situado cerca de la barriada Elcano, donde también realizamos los reconocimientos. A diferencia del resto, los niños de este colegio proceden de varias zonas de Sevilla, por ser en su mayoría hijos de militares. La suma total de los niños matriculados en los cursos donde se realizó el seguimiento fue de 968, con una distribución por cursos de 258 en primero, 367 en quinto y 343 en octavo.

De acuerdo con el Diagnóstico de Sa-



INTRODUCCION

Dada la poca asistencia a consultas de vacunas de niños en edad escolar y las bajas coberturas que se alcanzan para los recuerdos de seis y catorce años de Tétanos y Polios, así como la vacunación de Rubeola en las niñas, creímos prioritario hacer un seguimiento vacunal en los colegios de Educación General Básica (EGB).

Desde la apertura del Centro de Salud de Bellavista (CSB), en 1985, venimos realizando éste conjuntamente con los reconocimientos del Programa de Salud Escolar (PSE). Este seguimiento nos ha permitido subir la cobertura de los distintos recuerdos de Tétanos, Polio y Rubeola de una manera considerable en las poblaciones con las que hemos trabajado, sirviendo además como promoción de las vacunas en general.

lud de la Zona Básica, el nivel socio-económico y cultural de Bellavista se sitúa en el de una clase obrera con tendencia a subir su nivel de vida, la mayoría de la población trabaja en Sevilla. En cuanto a los barrios de Fuente del Rey y Elcano, el nivel es mucho más bajo en todos los sentidos, siendo fácil encontrar a niños que no han recibido ninguna dosis de vacuna en su vida.

MATERIAL Y METODOS

Recursos humanos

Para el seguimiento y vacunación en los colegios intervino el siguiente personal:

1. Una enfermera, con dedicación de seis horas semanales durante el curso escolar, encargada de recoger las historias vacunales, impartir charlas a los padres, vacunación en los colegios, registro y evaluación de los resultados.
2. Una persona de apoyo del CSB (enfermera, auxiliar de Enfermería o estudiante de Enfermería) con dedicación eventual, para la vacunación en cuatro de los colegios revisados.
3. Una asistente social, encargada de establecer las primeras entrevistas con los directores de los colegios, organización y apoyo en charlas a los padres, etc.
4. Personal del Programa de Salud Escolar que colaboró en la organización y desarrollo de todos los pasos conjuntos de la revisión, así como en la ordenación de las encuestas para poder vaciarla en el sistema de registro.

Recursos Materiales

1. Hoja encuesta/citación de padres.
2. Hoja informativa de los resultados del reconocimiento para los padres.
3. Hoja de recogida de datos/sistema de registro.
4. Carnet de vacunación.
5. Vacunas, neveras y material fungible.

Métodos

Todos los pasos de organización, entrevistas y charlas se hicieron conjuntamente con el Programa de Salud Escolar. Como primer paso se concertó una



entrevista con el director del colegio, llevando las encuestas y solicitando lugar y tiempo para dar las charlas informativas a los padres, así como el listado completo de niños matriculados en los cursos a revisar. En esta entrevista se concretaba también el horario y lugar para la vacunación en el colegio, solicitándose la presencia de los profesores a las charlas. El director se encargaba de hacer llegar las encuestas a los padres y una vez rellenas al Equipo de Salud.

Como siguiente paso se impartían las charlas informativas a los padres y profesores.

Una vez recogidas las encuestas se examinan éstas junto con las fotocopias de los carnets de vacunación, pasando esta información a las hojas de registro, determinándose también las pautas a seguir en cada caso para corregir su estado vacunal.

Con el listado de niños que no contestan a la encuesta se hace un «rescate», pasándoles otra vez la encuesta, charlas, etc. Con toda esta información se elaboran los carnets de vacunas de cada niño, uniéndose las hojas de resultados y documentación para el especialista, si procede. Con todo este material nos desplazamos a los colegios, procediéndose a vacunar a los niños, a los que se le entrega dicha documentación. Por último, se completan todos los datos en el Sistema de Registro y se efectúa la evaluación.

RESULTADOS

Se atendieron todos los colegios de la ZBSB, alcanzándose una cobertura del 100% de los escolares de primero, quinto y octavo cursos de EGB. Se enviaron 968 encuestas a los padres de estos niños, recibíendose 873 (90,2%). Se impartieron diez charlas a los padres en los distintos colegios, así como siete charlas a los niños de octavo.

De los 968 niños revisados se recomienda la vacunación de Tétanos y Polio a 469 (48,5%). En los colegios se vacunaron 297 niños (30,7%), citándose al resto en el Centro de Vacunación. De las 167 niñas de quinto curso se recomendó vacunación de Rubeola a 143 (85,6%), siendo vacunadas en los colegios 114 (68,3%).

Se utilizaron 259 dosis de Polio 3, 283 dosis de Tétanos y 114 dosis de Rubeola. Las dosis de Tétanos y Polio no coinciden exactamente con el número de niños vacunados debido a que había niños que necesitaban sólo una de estas dosis.

Los resultados de cobertura obtenidos antes y después del reconocimiento para la quinta dosis de Tétanos y Polio en los niños de primero y quinto curso se presentan en la Tabla 1. La tasa de cobertura se calculó multiplicando por cien el número de niños correctamente vacunados de acuerdo con su edad y dividiendo la cifra resultante por el número total de niños revisados.

Por la edad de los niños de quinto curso no correspondería este recuerdo, pero ya que las encuestas se pasaban en colaboración con el PSE, creímos oportuno aprovechar esta información, revisando en ellos el recuerdo de los seis años. De esta forma logramos aumentar en un 10% la cobertura de vacunación de estos niños (del 70,3% al 80,4%). Además, seis niños a los que, de acuerdo con su edad, les faltaban más de una dosis de vacunas comenzaron pautas correctoras. Los niños restantes fueron citados al Centro de Vacunación.

Ciento veinte niños fueron citados al Centro de Vacunación. Esto fue debido a (1) negación por parte de los padres, en la mayoría de los casos alegando no tener la edad exacta o bien por querer vacunarlos en otros sitios (2), no haber asistido el día de la vacunación al colegio y (3) ser necesario pauta correctora de su calendario vacunal.

En la Tabla 2 se presenta los resultados de cobertura para la sexta dosis de Tétanos y Polio (niños de octavo curso). Los niños que se citaron al Centro de Vacunación no fueron vacunados en los colegios por causas similares a las explicadas anteriormente.

La cobertura de Rubeola en niñas de quinto curso aumentó en un 65% (Tabla 3).

DISCUSION

Dado que la experiencia de años anteriores, en los que solicitamos a los padres que transcribieran los datos de los carnets de vacunación de sus hijos en unas hojas-encuestas, había sido bastante frustrante por la difícil interpretación de algunas de ellas. Este año se les solicitó una fotocopia de éstos. Esto nos permitió un alto grado de fiabilidad en el estudio.

La participación de los maestros fue bastante baja, ya que la mayoría de ellos no consideran que los temas de salud sean de su competencia. En el seguimiento de este año pretendemos llevar a cabo un proyecto de Educación para la Salud en conjunto con ellos con el objetivo de integrar a este colectivo en el Programa.

Un resultado que nos llamó la atención al comienzo de la campaña fue el más elevado índice de vacunaciones en los niños respecto a años anteriores. Este año se recomendó vacunación de Té-

tanos y Polio 3 al 48,5% de los niños, mientras que esta cifra fue de 64% en el curso 85/86 y de 68% en el curso 86/87. Esto pudo ser debido a una mayor información de los padres como

consecuencia del inicio en Bellavista del Programa de Vacunación Andaluz (1982) y del Programa del Niño Sano (año 1980), así como al aumento de puntos de vacunaciones en Sevilla.

TABLA 1

EVALUACION DE LA COBERTURA PARA LA 5ª DOSIS DE TETANOS Y POLIO NIÑOS DE 1º Y 5º CURSO DE E.G.B.

Curso	Nº A.	B.V.A.	V.C.	B.V.D.	C.	C.P.C.
1º	258	157 58	54 20,9	210 81,4	48 18,6	1
5º	367	258 70,3	43 11,7	295 80,4	72 19,6	6
1º + 5º	625	415 66,4	97 15,5	505 80,8	120 19,2	7

Nº A = Número de alumnos.

B.V.A. = Bien vacunados antes revisión.

V.C. = Vacunados en el colegio.

B.V.D. = Bien vacunados después revisión.

C. = Citados.

C.P.C. = Completan pauta correctora.

Arriba se presentan los valores absolutos y abajo los porcentajes respecto del total.

TABLA 2

EVALUACION DE LA COBERTURA PARA LA 6ª DOSIS DE TETANOS Y POLIO NIÑOS DE 8º CURSO DE E.G.B.

Curso	Nº A.	B.V.A.	V.C.	B.V.D.	C.	C.P.C.
8º	343	84 24,5	200 58,3	264 77	79 23	20

Nº A. = Número de alumnos.

B.V.A. = Bien vacunados antes revisión.

V.C. = Vacunados en el colegio.

B.V.D. = Bien vacunados después revisión.

C. = Citados.

C.P.C. = Completan pauta correctora.

Arriba se presentan los valores absolutos y abajo los porcentajes respecto del total.

TABLA 3

EVALUACION DE LA COBERTURA PARA RUBEOLAS EN LAS NIÑAS DE 5º CURSO DE E.G.B.

Curso	Nº A.	B.V.A.	V.C.	B.V.D.	C.
5º	167	24 14,4	114 68,3	138 82,6	29 17,4

Nº A. = Número de alumnas.

B.V.A. = Bien vacunadas antes revisión.

V.C. = Vacunadas en el colegio.

B.V.D. = Bien vacunadas después revisión.

C. = Citadas.

Arriba se presentan los valores absolutos y abajo los porcentajes respecto del total.

Elaboración de un programa de «Salud en la Tercera Edad» en el Centro de Salud Candelaria de Sevilla

2º Premio, comunicación oral. (1º Encuentro Nacional de Enfermería en Atención Primaria. Sevilla.)

Autores: **D. Francisco de Llanos Peña (DUE)**
D. Miguel Sánchez Pérez (DUE)
D. Javier Castaño (DUE)



Centro de Salud que lleve adelante la ejecución de un programa de este tipo que nos pudiera servir de modelo, decidimos trabajar en el diseño de un programa sobre la salud en la tercera edad como instrumento de respuesta a dichas necesidades.

Constituido el Equipo encargado de la elaboración del programa, presentamos la misma en los primeros días de Octubre-89 al resto del equipo del Centro en una sesión de formación continuada. Después de algunas correcciones, la estructura de la primera parte queda redactada como sigue.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS DE LA ZONA

Población total	23.240 Hab.
Nº Varones	11.107 Hab.
Nº Hembras	12.133 Hab.
Núcleo Familiar	7.221 Hab.
Sectores	• Los Pájaros • Madre de Dios • Candelaria • Virgen Reyes

Fuente: Padrón Municipal 31-XII-1987.

JUSTIFICACION

Al mes de la apertura del Centro, Julio-89, y en las primeras sesiones de Formación Continuada, nuestro equipo de Atención Básica pone en común que la población de la Tercera Edad es un co-

lectivo predominante en la demanda asistencial de nuestra Zona. Este hecho nos hace reflexionar sobre la importancia de emprender una acción sistematizada que responda a las Necesidades de Salud que presenta dicha población. Al no contar en nuestra ciudad con ningún

DEMANDA ASISTENCIAL > 65 AÑOS

Nº Total H^{as} abiertas
(19 junio-31 diciembre 89)

HOMBRES	MUJERES
901	1.246
↓	↓
42%	58%

Nº Total H^{as} abiertas
(19 junio-31 diciembre 89)

HOMBRES	MUJERES
309	530
↓	↓
34,3%	42,5%

* Constatamos la misma tendencia durante los meses de enero-febrero 1990.

OBJETIVO GENERAL

Ayudar a la población de la 3ª edad de nuestra zona a que goce de un mejor nivel de salud disminuyendo sus riesgos de morbi-mortalidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

I) Identificar los problemas de salud de las personas mayores de 65 años de nuestra zona.

III) Establecer un Plan de cuidados que ayude a solucionar los problemas planteados.

1ª PARTE DEL PROGRAMA

— Actividades (Objetivo 1º)

1º Encuesta de salud.

2º Entrevista con otros profesionales de la zona (sanitarios, farmacéuticos, comerciantes, etc.)



3º Solicitar información a otras instituciones de la zona (Asociación de vecinos, cáritas, etc.)

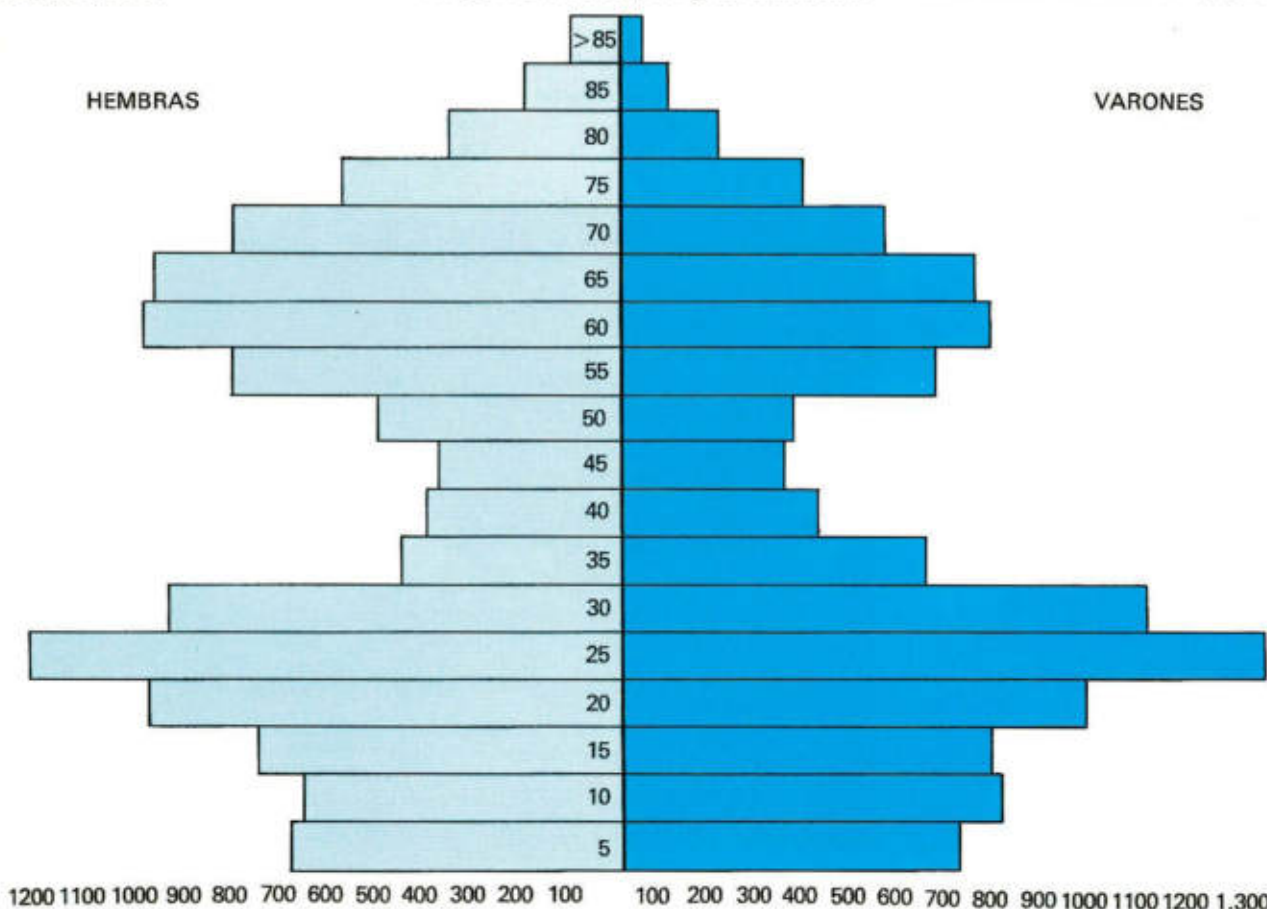
4º Cotejar estadística de morbi-mortalidad de los años 1987 y 1988 extraídas por altas hospitalarias y defunciones habidas en el Hospital General «Virgen del Rocío», «Virgen Macarena»

y «Ntra. Sra. de Valme», por historias clínicas de nuestro centro y por el registro municipal.

— 1ª Actividad. Objetivo I

LA ENCUESTA DE SALUD

• Nº de E. Pasadas: 195, previo es-





tudio muestra estadística, investigada en el Registro Municipal.

- Criterio de aplicación: Proporcionalidad según sector y sexo.

Al Sector I, 68: 43 H. y 26 V.

Al Sector II, 41: 26 H. y 15 V.

Al Sector III, 54: 34 H. y 20 V.

Al Sector IV, 33: 20 H. y 13 V.

- Tiempo de ejecución:

15 enero-14 febrero.

- Medios recursos:

A) Los recursos humanos:

Dos médicos.

Una trabajadora social.

Tres enfermeros.

(Como equipo encargado)

- *Son participantes-colaboradores:*

Dos grupos alternativos de estudiantes de enfermería en prácticas en nuestro centro (12 en total) de 3^{er} curso.

Dos Médicos R-3.

Una Asesora de Servicios Ord. Fun. G. Prov.

Personal Técnico para pasar al ordenador los resultados encuesta salud.

B) Material: — Ordenador.

— Fotocopiadora.

— Papel, etc...

- Realizadas en:

Domicilio-186

C. Salud- 9

Temas abordados en la «Encuesta de Salud»

1. Datos Generales

Fecha y lugar nacimiento

Profesión

Estado Civil

Sexo

Sector

Pensionista

2. Ambiente socio-familiar

A) Modelo convivencia

1 Prg.

B) Vivienda

2 Prg.

C) Relación

2 Prg.

D) Amistades

3 Prg.

3. Necesidades básicas de salud:

A) Alimentación-nutrición

12 Prg.

B) Eliminación

4 Prg.

C) Seguridad

1 Prg.

4. Algunas incapacidades
Problemas patolg. grles. 15 Prg.

5. Ocio 9 Prg.

Total 49 Prg.

IIª PARTE DEL PROGRAMA

— Actividades (Objetivo 2º)

1ª *Captación de las personas* que entrarían a formar parte del programa. Mecanismo en estudio.

2º *Examen de salud* realizado en el centro por el personal médico y de enfermería conjuntamente. Con protocolo en elaboración actualmente.

3º *Acciones de tipo preventivo:*

- Inmunizaciones (Gripe, catarro, tétanos, etc.)

- Ejercicios físicos moderados.

- Actividades de ocio realizadas comunitariamente.

4º *Educación sanitaria:*

- Alimentación.

- Dieta.

- Higiene.

- Charlas.

Evaluación

1. Comparar datos morbi-mortalidad años 1987-88, 1991-92.

2. % de personas > 65 a. captadas al programa.

3. Grado de cumplimiento actividades programadas.



CITOSTATICOS: CONSEJOS PRACTICOS PARA UN USO MAS CORRECTO

Autor: **D. Rafael Mérida Herencia**

D.E. (H.U. «Virgen del Rocío»
Servicio de Oncología)



DESCRIPCION

Los citostáticos son aquellas sustancias que inhiben el crecimiento y multiplicación celular al interferir en la producción de ácidos nucleicos. Se clasifican en dos grupos, según:

A) Mecanismo de acción:

- Alquilantes.
- Antimetabolitos.
- Antibióticos.
- Derivados de plantas.
- Hormonas.

B) Fase celular en que actúan:

- Agentes ciclo-específicos.
- Agentes fase-específicos.
- Agentes ciclo-inespecíficos.

Estos agentes antineoplásicos no son selectivos, sino que a la vez que actúan sobre células malignas también lo hacen sobre células jóvenes que se multiplican rápidamente, como son Médula Osea, folículos pilosos, etc. Esto conllevará a una serie de efectos secundarios que dada su extensión serán tratados en otra ocasión.

Se pueden administrar, vía oral, IV, IM, Intratecal y Subcutánea. El uso más frecuente es a través de la vía endovenosa.

También se pueden administrar de forma individual o el conjunto de varios

a la vez. En este último caso, se asociarán fármacos con diferente mecanismo de acción, diferente toxicidad o causando sus efectos en distintas fases del ciclo celular. Se ha demostrado que el tratamiento con poliquimioterapia en Leucemias, Linfomas y muchos tumores sólidos produce mejores respuestas y remisiones más prolongadas que el tratamiento con un solo fármaco.

Al administrar un citostático vamos a perseguir tres cosas:

1. Reducir hasta su desaparición la masa tumoral.
2. Retardar o reducir la aparición de tumores secundarios.
3. Mejorar el dolor y otros síntomas durante el mayor tiempo posible.

ANTES DE LA ADMINISTRACION DEL FARMACO

1. El médico debe informar al paciente y familiares, así como obtener su consentimiento.
2. Se debe disponer un análisis de sangre en el que no faltará Hemograma completo, fórmula y recuento de plaquetas, que será solicitado por el médico y realizado dentro de las cuarenta y ocho horas previas a la administración del citostático.

3. Debe conocerse el nombre y dosis del fármaco que se administra. ¿La dosis prescrita coincide con la habitual?

4. Se tendrá en cuenta la necesidad de premedicación para náuseas y vómitos.

5. ¿Disponemos en el servicio de un plan y protocolo de actuación y seguimiento de las posibles lesiones? Existen unas tablas en las que se explica de manera detallada las características del fármaco y su actuación en caso de extravasación.

6. Disponemos de un carro de paradas que sea de uso inmediato ante un fármaco que produzca anafilaxia.

7. Se deben conocer los efectos secundarios posibles del fármaco durante su administración y cuando es probable que ocurran. ¿Está el paciente informado de ello?

8. En caso de que el enfermo no tenga colocado un sondaje uretral conectado a bolsa, le facilitaremos un contenedor donde pueda verter la orina y nos facilite su medida. No olvidemos que la mayoría de los citostáticos producen nefrotoxicidad y es aconsejable que el enfermo ese día ingiera al menos unos dos litros de líquido.

9. Si la administración se va a realizar a través de una vía periférica situada en una extremidad, debemos aconsejar al enfermo que no realice movimientos bruscos de dicha extremidad para minimizar el riesgo de una posible extravasación.

10. A la hora de canalizar la vena, tendremos en cuenta:

- Naturaleza y duración de la perfusión.
- Si es posible no haremos la punción en zonas de flexión, ya que en caso de extravasación podría verse afectada la articulación.
- Evitaremos extremidades inferiores, ya que el riesgo de flebitis y tromboembolismo es grande.
- Se evitará extremidad superior donde se hayan extirpado ganglios lin-

fáticos axilares, ya que la circulación venosa puede estar alterada.

— Una vez comprobada la buena permeabilidad de la vía se cubrirá con un apósito que nos permita ver con claridad cualquier signo de extravasación.

Debemos tener en cuenta que los pacientes que se han de someter a quimioterapia estarán a la expectativa y la mayoría de ellos muestran cierto temor las primeras veces, por lo que deberemos estar suficientemente informados para responder con seguridad a las preguntas que tanto ellos como sus familiares nos harán.

DESPUES DE LA ADMINISTRACION DEL FARMACO

1. Anotaremos en la historia clínica:
 - Hora en que se ha administrado.
 - Premedicación dada.
 - Dosis y fármaco aplicado.
 - Método de administración.

2. Se observará al paciente de forma continuada por la posible aparición de efectos tóxicos del fármaco.

3. Se vigilará diuresis y se anotará en gráfica.

4. Debe quedar reflejada cualquier incidencia que hubiese o no tenido lugar durante o después de la administración de la quimioterapia.

5. Estas drogas son excretadas en gran parte por los emulorios naturales durante cierto tiempo después de su administración parenteral, por lo que se debe evitar el contacto con la piel y deyecciones de los pacientes.

SEGUIMIENTO Y MANTENIMIENTO

Un tratamiento citostático se suele administrar en varios ciclos, separados unos de otros, dependiendo de las características del paciente y del citostático en cuestión.

PREPARACION DE UN CITOSTATICO

— Dispondremos de una zona destinada sólo y exclusivamente para este fin. Deberá estar limpia y bien ventilada.

— Se utilizará para su preparación una campana de flujo laminar vertical que tenga salida abierta al exterior.

— Debemos evitar la inhalación de vapores y polvo del citostático, así como su contacto con piel y mucosas.

— Nos colocaremos bata quirúrgica,

guantes, mascarilla y protectores oculares para su manipulación.

— Se evitará el uso de presiones diferenciales al reconstruir los viales o al extraer su contenido (efecto aerosol).

— Se prepararán justo antes de ser administrados, ya que la mayoría de ellos pierden su estabilidad al poco tiempo.

— Si se necesitan conservar, tendremos en cuenta el tiempo máximo de estabilidad, temperatura de conservación y si necesita o no ser protegido de la luz.

— Aunque hay muchos que se pueden administrar vía IVD, es aconsejable diluirlos en 100cc. de solución salina o glucosada al 5%, evitando de este modo mayor riesgo de flebitis.

— El material de desecho se colocará en bolsas cerradas destinadas para este menester. Deberán ir bien identificadas para evitar posibles contactos en su traslado al lugar de incineración.

En la preparación es importante asegurarse de:

- Dosis correcta.
- Dilución correcta.
- Preparación con el tiempo correcto.

- Asepsia correcta.
- Prevención del personal.

Un punto importante y que no se suele llevar a cabo es que durante la administración de cualquier agente antineoplásico se debe ir provisto, al igual que para su preparación, de bata quirúrgica, guantes, mascarilla y gafas protectoras.

EXTRAVASACION

Es un efecto indeseable que se produce al atravesar el fármaco la pared venosa, afectando a tejidos anexos.

La manifestación clínica puede oscilar entre:

- Dolor.
- Inflamación.
- Quemazón.
- Eritema.
- Induración.
- Pérdida de pigmentación.
- Tromboflebitis.
- Necrosis y ulceración.

Debemos instruir al paciente a comunicar toda sensación extraña que perciba.

Como medidas generales ante un caso de extravasación debemos actuar de la siguiente manera:

1. Cortar la sueroterapia sin retirar la vía.

2. Desconectar el sistema y por medio de una jeringa tratar de aspirar el mayor volumen de sangre y líquido.

3. Inyectar Dexametasona (4-12mg) por el punto de punción.

4. Retirar la vía.

5. Sirviéndonos de una aguja intradérmica, realizaremos por toda la superficie indurada distintos pinchazos inyectando algún esteroide.

6. Cubrir el área con una pomada de esteroides, aplicar hielo durante veinticuatro horas (alternar veinte minutos de aplicación con veinte minutos de reposo).

7. Aconsejaremos al paciente que mantenga el miembro en posición elevada, así como movilización.

8. Se le comunicará al médico responsable del enfermo.

9. En caso de que aparezca necrosis tisular, es necesario requerir la colaboración de expertos en terapia física y cirugía plástica.

CONCLUSION

La terapia antineoplásica puede ser una fuente de problemas psicológicos, sociológicos y físicos para el enfermo oncológico, al que no se debe sobreenfocar el stress por la extravasación de los citostáticos. Mediante un buen aprendizaje y educación del personal de Enfermería en las técnicas de administración de citostáticos y el advenimiento de nuevos sistemas de acceso venoso permanente, en especial los reservorios subcutáneos, puede reducir e incluso desaparecer este angustioso problema.

BIBLIOGRAFIA

— T. M. Becker: Salvat Editores. Quimioterapia del cáncer (Págs. 5-11-29).

— Manuel Polo Beltrán, Juan Carlos Gómez Gómez: Procedimiento de Enfermería para la administración de citostáticos. Archivos del H.U. V. del Rocío de Sevilla.

— De Andrés, J.A., Vila Sánchez, J. M.: Extravasación en el manejo clínico de drogas antineoplásicas. Farmacia clínica 1986 (Págs. 60-68).

— Bonadonna, G., Robustelli Della Cuna, G.: Manual de oncología médica.

— Masson Italia Editor. Milano 1983 (Pág. 989-990): Consejos prácticos para la administración de los fármacos.

PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1908

PAUL EHRLICH



Nació Paul Ehrlich, una de las figuras más descolantes de su tiempo, en Strehlen (Silesia), el 14 de marzo de 1854. Murió el 20 de agosto de 1915. Hizo sus estudios superiores en las Universidades de Breslau, Estrasburgo, Friburgo y Leipzig, obteniendo su graduación en 1878. Fue discípulo de Heidenheim, Cohnheim y Weigert y asistió a las primeras demostraciones de Robert Koch sobre el carbunco; posteriormente, hasta 1887, trabajó en la clínica berlina de Frensch. Tras una estancia en Egipto figura agregado al Instituto de Koch. Sucesivamente regentó el pequeño Institut für Serumsforschung und Serumprüfung, de Steglitz, y el Instituto de Terapéutica Experimental de Frankfurt (1889). Desde 1906, en esta última ciudad, tuvo a su cargo el Georg Speyer-Haus für Chemotherapie, fundación de la viuda del banquero Speyer. El reconocimiento de su labor científica lo alcanzó Ehrlich al serle concedido, en 1908, el Premio Nobel de Medicina y Fisiología, que compartió con Elie Metchnikoff. El homenaje que le fue tributado en 1914 con ocasión de cumplir su

sesenta aniversario, reunió en torno suyo a hombres de ciencia de todo el mundo.

La actividad científica de Paul Ehrlich, amplia y diversa, le permitió contribuir al desarrollo del saber biológico en campos bien distintos, desde el estudio de las materias colorantes y la biología de la tinción hasta sus decisivas aportaciones al mejor conocimiento del problema de la inmunidad y la quimioterapia. Al primer tema de los mencionados corresponden varios trabajos (1877-1889), y el primero el titulado «Beitrage zur Kenntnis d'Anilinfärbung u ihrer Verwendung i d mikroskopischen Technik» (*Archiv f. mikroskopische Anatomie*, 1877, 13, 263-77). Buscó Ehrlich hacer perceptibles los procesos vitales mediante métodos histoquímicos. La utilización de diversos cuerpos tintóreos le permitió establecer las bases de la actual hematología (hallazgo de las «células cebadas», clasificación de los glóbulos blancos, estudio de la leucemia, la leucocitosis, la linfocitosis y la eosinofilia, etc.). También le llevó a idear la «coloración vital» con azul de metileno. A esta épo-

ca pertenecen asimismo su práctica de la diazorreacción para el diagnóstico de la fiebre tifoidea (1881) y el empleo de la fuchina ácida en la tinción del bacilo de Koch, método del que deriva el proceder tintoreo de Ziehl.

Sus más divulgados hallazgos fueron los relacionados con la terapéutica de la sífilis y los alcanzados en el campo inmunológico. La «therapia sterilisans magna», el propósito de matar los gérmenes causales de una enfermedad con agentes químicos, es anterior a los ensayos de Ehrlich, como lo confirman las experiencias de Koch usando el cloruro mercúrico y la utilización del atoxil en el tratamiento de la tripanosomiasis (Laverán, Koch). Ello sin embargo no amengua la importancia de la labor de Paul Ehrlich, ciertamente el más genuino representante de la quimioterapia etiológica. Sus pacientes investigaciones, con la asistencia del químico Bertheim y el microbiólogo Sahachiro Hata, le condujeron a la obtención del «606» (el salvarsán), en 1909, y del neosalvarsán, o «914», en 1912. El testimonio escrito de aquella empresa figura en la obra *Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen*, escrita con Hata (Berlín, 1910), y en textos posteriores como el titulado «606» in theory and practice (Londres, 1911).

Los trabajos experimentales y teóricos de Ehrlich, sobre la doctrina de la inmunidad, se desarrollan en dos etapas. En la primera (1889-1897) se ocupa de conseguir para la investigación inmunológica una suficiente precisión cuantitativa con el empleo de la ricina y la abrina como antígenos, pudiendo de este modo normalizar la preparación de sueros inmunizantes y distinguir claramente la inmunidad activa de la pasiva en la segunda etapa (1897-1905), estudia la constitución de la toxina diftérica (1897) y elabora su famosa teoría de las «cadenas laterales», expuesta en diversos escritos, entre ellos en el titulado «On immunity with Special Reference to Cell Life» (*Proceedings of the Royal Society of London*, 1900, 66, 424, 48) y por la que recibió en 1908, queda dicho, el Premio Nobel.

NORMATIVA DE PRESENTACION DE TRABAJOS PARA SU PUBLICACION EN LA REVISTA HYGIA

No se aceptarán trabajos publicados con anterioridad en cualquier medio de difusión o presentados al mismo tiempo a otra revista.

Todos los trabajos aceptados quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S./D.E. de Sevilla, que hará de ellos el uso que crea conveniente. Asimismo, estos trabajos no podrán reimprimirse sin el permiso expreso del autor y de la dirección de la revista.

Los trabajos deben ir mecanografiados a doble espacio en hoja de tamaño A-4, dejando un amplio margen a la izquierda. Las hojas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho o en su defecto en la mitad inferior del final de cada página. Cada parte del trabajo debe empezar una nueva página, en el siguiente orden:

- Primera pagina:
 - Nombre y apellidos de los autores (que no excederá de seis).
 - Servicio en el que se ha realizado.
 - Nombre completo del centro de trabajo y dirección del mismo.
 - Teléfono de contacto con el autor/es.
- Texto: Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, siendo de desear que el esquema general sea el siguiente:

A) Trabajos de investigación

- 1) Introducción.
- 2) Material y método.
- 3) Resultados.
- 4) Discusión.
- 5) Bibliografía.

B) Artículos de opinión

- 1) Introducción.
- 2) Observaciones.
- 3) Comentarios.
- 4) Resumen.
- 5) Bibliografía.

ESTRUCTURA

• **Introducción:** 'Será lo más breve posible y su regla básica consistirá en proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación.

• **Material y método:** En este apartado se indicará el centro donde se ha realizado el experimento o investigación, el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección empleado, las técnicas utilizadas y explicación detallada para que la ex-

periencia pueda realizarse en cualquier otro centro sobre la base de esta información.

• **Resultados:** Se relatarán las observaciones efectuadas con el material y método empleado. Estos datos pueden publicarse con detalle en el texto o bien en forma de tablas, figuras o gráficos. Las fotografías y los gráficos, en conjunto, forman las figuras. Se numerarán de forma correlativa y conjunta con números arábigos. Todas las ilustraciones se presentarán incluidas en un sobre aparte del texto. Los pies de las mismas se mecanografían en hojas aparte.

Las fotografías y diapositivas se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad, para obtener buenas reproducciones. La Dirección de la revista aconseja un máximo de SEIS fotografías, aunque este número puede aumentarse. Las fotografías irán numeradas al dorso con una flecha que señale la parte superior.

• **Discusión:** El autor o autores intentarán ofrecer sus propias opiniones sobre el tema. Destaca en este apartado lo siguiente:

- El significado y la aplicación práctica de los resultados.
- Las consideraciones sobre una posible inconsciencia de la metodología y las razones por las cuales pueden ser válidos los resultados.
- La relación con publicaciones similares, si las hubiera.
- Las indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

• **Agradecimientos:** Cuando se considere oportuno se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo.

• **Bibliografía:** Se presentará según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el texto constará siempre la numeración de la cita en número, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios, se citará el primero seguido de la expresión «et al».

• **Resumen:** Su extensión será de doscientas palabras máximo y se caracterizará por:

- 1) Poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo.
- 2) Estar redactado en términos concretos, desarrollando los puntos esenciales del artículo.
- 3) Su ordenación observará el esquema general del artículo en miniatura.
- 4) No incluirá material o datos no citados en el texto.

• **Palabras clave:** Debajo del resumen especificar de tres a diez palabras claves o frases cortas para facilitar la elaboración del índice de la revista.

BECAS DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA

El Colegio Oficial de ATS/DE de Sevilla convoca cuatro becas de investigación en Enfermería, dotadas con 250.000 pesetas cada una de ellas, para el año 1991.

Los proyectos habrán de presentarse en la sede colegial antes del día 31 de diciembre de 1990 y cumplir los siguientes requisitos:

1) Los trabajos versarán sobre los temas siguientes:

Desarrollo práctico e implantación de la valoración inicial del enfermo y método de asignación enfermera/o paciente en unidades hospitalarias.

Incidencia e impacto en la salud de la población en una zona básica de salud como consecución del desarrollo de la consulta de Enfermería en los centros de salud: su evaluación e indicadores de calidad.

2) Se presentará por duplicado proyecto de investigación, en el que se haga constar curriculum vitae de la persona o personas que realizarán el trabajo, memoria descriptiva, metodología a utilizar, presupuesto estimado, tiempo y lugar de realización, centro donde se llevará a cabo, director del proyecto y cuantos datos faciliten información relativa al mismo.

3) El autor o autores deberán ser diplomados en Enfermería o ATS, estar colegiados en el Colegio Oficial de ATS/DE de Sevilla y al co-

rriente de sus obligaciones colegiales.

4) Habrá de presentar carta o documento de la Dirección de Enfermería del centro donde se proponga realizar el proyecto en el que se autorice la realización del mismo.

5) El autor o autores de los proyectos seleccionados firmarán documento en el que se comprometen a la devolución de las cantidades que hubiesen percibido si el trabajo se interrumpe o no se realiza en los plazos establecidos.

6) Los proyectos seleccionados serán comunicados a sus autores por correo certificado el día 1 de febrero de 1991 y publicados mediante los órganos de difusión del Colegio.

7) Los días 31 de mayo y 30 de septiembre deberán presentar memoria relativa al estado de desarrollo del proyecto, siendo este requisito imprescindible para el abono de cantidades a cuenta de la cantidad total de la beca.

8) Los trabajos finalizados habrán de tener entrada en el registro del Colegio antes del día 20 de diciembre de 1991 y ser inéditos.

9) No se considerarán circunstancias moratorias, salvo que expresamente hayan sido solicitadas y autorizadas por la Comisión de Seguimiento.

10) El tribunal seleccionador estará formado por:

Presidente: Presidente del Colegio Oficial de ATS/DE de Sevilla o persona en quien delegue.

Vocales: Dos vocales en representación de las Vocalías de Formación y Especialidades del Colegio.

Dos vocales en representación de las Unidades de Formación Continuada de los Hospitales de Sevilla.

Dos vocales en representación de las Escuelas de Enfermería de Sevilla.

Secretario: Actuará como secretario con voz pero sin voto el secretario del Colegio de ATS/DE de Sevilla.

Todos los miembros del tribunal seleccionador deberán ser Diplomados en Enfermería o ATS/DE en ejercicio activo.

11) La Comisión de Seguimiento estará formada por el presidente, secretario y un vocal de cada una de las representaciones del tribunal seleccionador.

12) El tema sobre el que versarán los proyectos serán anunciados en cada convocatoria anual.

13) La presentación del proyecto significa la aceptación del autor o autores de todas las normas establecidas en la presente convocatoria.

14) El fallo del tribunal seleccionador será inapelable.

La Junta de Gobierno

BECAS DE ESTUDIO: NUEVA NORMATIVA

El Ilustre Colegio Oficial de ATS y DE de Sevilla convoca becas de estudio para el presente año 1990, de acuerdo con lo aprobado por la Junta de Gobierno. El objeto de estas becas es doble: en primer lugar, premiar el esfuerzo de quienes presenten algún trabajo, comunicación o ponencia de trabajos inéditos, y segundo, la de obtener de los mismos un avance para la profesión y reconocimiento de este Colegio a la labor realizada. Todos los trabajos premiados quedarán a disposición del Colegio, que podrá hacer de ellos el uso que crea conveniente. No será premiado, bajo ningún concepto, la simple asistencia a unas Jornadas o Congreso. Para acceder a la consecución de una beca habrá de ser solicitada mediante escrito dirigido al presidente de este Colegio. La solicitud debe de ir acompañada de una copia del trabajo por la cual es solicitada. Deberá indicarse claramente el acto a celebrar, lugar, localidad, fecha y tiempo de duración.

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

Para la valoración de las becas se crea una comisión integrada por los tres miembros que componen la Vocalía de Formación y Especialidades. En su caso esta Comisión podrá pedir asesoramiento científico

a quien estime oportuno. Los trabajos premiados serán aprobados en la Junta de Gobierno posterior a la presentación de los trabajos, en su sesión ordinaria.

Serán excluidos de estas becas los trabajos presentados por colegiados que no se encuentren al corriente en el pago de las cuotas colegiales. Este punto será de aplicación a cada uno de los autores del trabajo.

Como norma general se tendrá en cuenta el baremo que a continuación pasamos a enumerar:

Aplicación del método científico, 0 a 1 punto.

Estructura del trabajo, 0 a 1 punto.

Interés de la materia estudiada, 0 a 3 puntos.

Utilidad del trabajo, 0 a 2 puntos.

Originalidad del trabajo, 0 a 2 puntos.

Todos aquellos trabajos que no alcancen un mínimo de 2,5 puntos, serán desestimados por la Comisión.

Cada 0,1 punto obtenido tras la valoración será multiplicado por 400 pesetas, que es la cantidad que la Junta de Gobierno ha estimado para el presente año, sin perjuicio de que esta cantidad pueda aumentar o disminuir, según lo estime oportuno dicha Junta.

Los trabajos que se realicen en el ámbito regional llevarán un incre-

mento de 3.000 pesetas. Los que se realicen en el ámbito nacional llevarán un incremento de 5.000 pesetas y aquéllos de ámbito internacional llevarán un incremento de 10.000 pesetas.

La aprobación o denegación de las becas les será comunicada a los interesados en el menor plazo posible. Una vez realizado esta, los becados tendrán un plazo de treinta días para proceder al cobro de las cantidades designadas, pasado el cual se procederá a la anulación de la misma.

Quedan excluidos los trabajos realizados como consecuencia de un destino laboral retribuido en el ámbito profesional que tuviese el interesado. Igualmente quedan excluidos todos los trabajos realizados como actividad de cursos y similares organizados por el Colegio. Así mismo, se establece un máximo de dos becas por colegiado y año.

Todos los trabajos que a criterio del Comité de Redacción de la revista Hygia fuesen publicados en la misma, serán becados conforme a la presente normativa que regula la concesión de becas de estudio.

En ningún caso un mismo trabajo podrá ser becado por dos conceptos distintos.

Todos los aspirantes a Becas de Estudio deberán cumplir la normativa de presentación de trabajos para la posible publicación en la revista HYGIA, si el Consejo de Redacción lo estimase conveniente.

CURSOS • JORNADAS • CONGRESOS

CONGRESO GENERAL DE MATRONAS

Cobe (Japón) - Días 7, 8, 9, 10, 11 y 12 de octubre de 1990. Cuota de inscripción: 50.000 yens

I JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA GERIATRICA

Zaragoza - Días 25, 26 y 27 de octubre de 1990.
Secretaría: Escuela Universitaria de Enfermería de Zaragoza. Domingo Miral, s/n. Tefno. 976 55 43 35

II SYMPOSIUM NACIONAL DE ENFERMERIA ONCOLOGIA

San Sebastián - Días 16 y 17 de noviembre de 1990
Organiza: Sociedad Española de Enfermería Oncológica

I CENTENARIO HOSPITAL SAN RAFAEL (1892-1992)

I CERTAMEN SOBRE ENFERMERIA Y BIOETICA

Podrán participar aquéllos que lo deseen con un trabajo mínimo de veinte folios y que no exceda de treinta folios. Primer premio: 175.000 pesetas. Segundo premio: 125.000 pesetas. Tercer premio: 50.000 pesetas. Plazo de presentación: Hasta las 14 horas del 30 de noviembre de 1990

III JORNADAS NACIONALES Y I INTERNACIONALES PARA MATRONAS

«Profesionales frente a la maternidad»

Alicante - Del 21 al 24 de noviembre de 1990
Organiza: Colegio de ATS/DE de Alicante

IV CURSO NACIONAL DE ENFERMERIA PEDIATRICA

Santander - Del 22 al 26 de octubre de 1990

XIII CONGRESO NACIONAL UROLOGIA

Burgos - 4 de octubre de 1990

IV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN ANESTESIA- REANIMACION Y TERAPIA DEL DOLOR

Donostia (San Sebastián)
Del 9 al 11 de octubre de 1990

IV JORNADAS ANDALUZAS ENFERMERIA RADIOLOGICA

«IV Jornadas Andaluzas de Enfermería Radiológica»

Hotel Portomagno (Roquetas del Mar) Almería
Del 6 al 8 de diciembre de 1990.
Límite de inscripciones: 30 de noviembre de 1990

III JORNADAS DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES DE MONTEOLIVETE EN VALENCIA

Valencia - Del 19 al 20 de octubre de 1990

XI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA

Nerja - Del 11 al 13 de octubre de 1990

PRIMERAS JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA GERIATRICA Y GERONTOLOGICA

Zaragoza - Del 25 al 27 de octubre de 1990

II SIMPOSIUM NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA ONCOLOGICA

San Sebastián - Del 16 al 17 de noviembre de 1990

I SIMPOSIUM INTERNACIONAL. PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS

Sevilla - Del 3 al 5 de diciembre de 1990

SEVILLA, 29, 30, 31 DE OCTUBRE 1990

Jornadas
sobre
Diagnóstico



Enfermería

ORGANIZA:



ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA



COLEGIO OFICIAL DE A.T.S. Y D.E.

COLABORA:

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SEVILLA

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

CUADRO RESUMEN DE ACTIVIDADES DOCENTES 1.990 - 91

[illegible]

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.

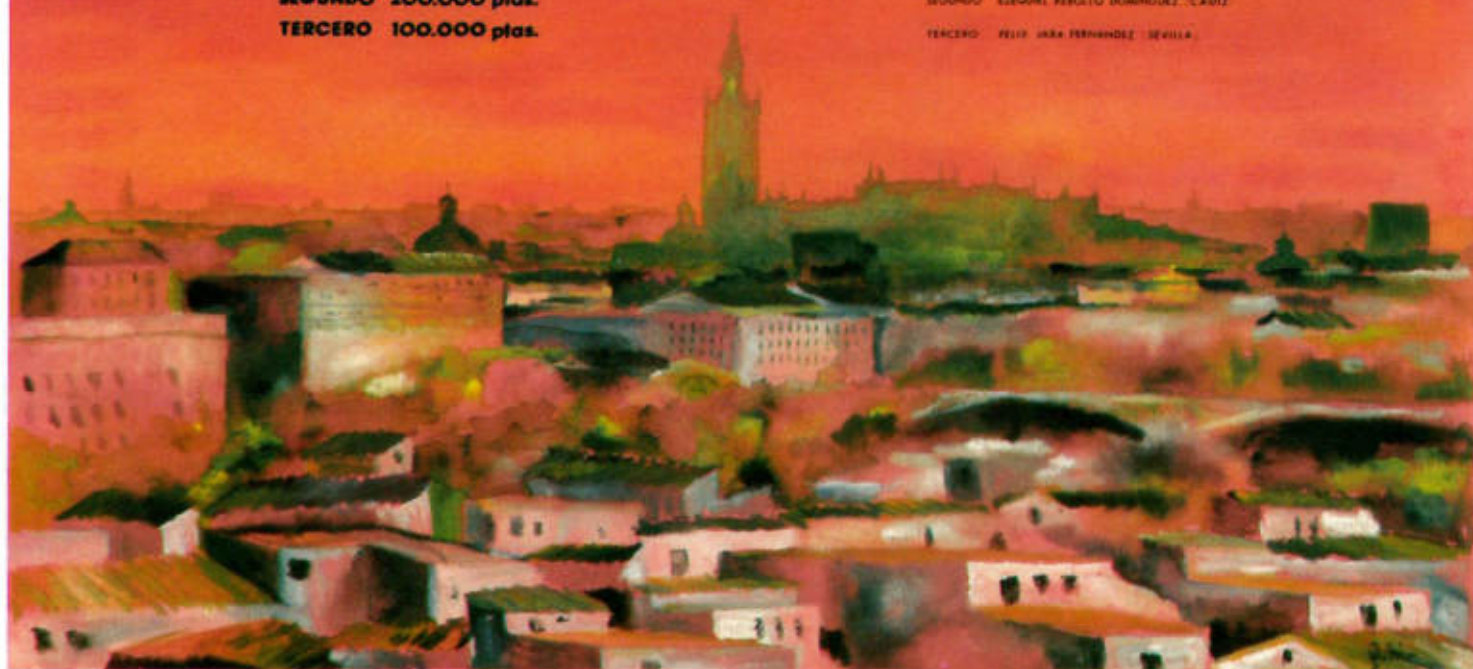
TERCERO 100.000 ptas.

PREMIOS 1990

PRIMERO TERESA VAJQUEZ TEJA (GRANADA)

SEGUNDO EZEQUIEL REBOLO DOMINGUEZ (CADIZ)

TERCERO FELIX JARA FERNANDEZ (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:

BASES

- 1.ª **Denominación:** Título "Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla".
- 2.ª **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.ª **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 CIENTO MIL pesetas (100.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4.ª **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.L.N. A4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara, y encuadernado; incluirán en separata, un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
- 5.ª **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.ª **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 representará: 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 Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería. Actuará como Secretario el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- 7.ª **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.ª **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 "Currículum Vitae", que se abrirá tras las concesiones de los premios.
- 9.ª **Propiedad de los trabajos:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S. - 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.ª **Incidencias:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación previa de las presentes Bases.
- 11.ª **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.



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE AYUDANTES
TECNICOS SANITARIOS Y
DIPLOMADOS EN ENFERMERIA
DE SEVILLA

PATROCINA



BANCO DEL COMERCIO