

Nº 14 • OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE 1990



# Hygieia

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

- IMPLANTACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA
- EDUCACION SANITARIA EN GRUPOS
- MATRONAS



# EL INTERÉS ES LO PRIMERO

HASTA EL **15<sup>\*</sup>%**

A 30 días

## DEPÓSITO LÍDER

Ejemplos de T.A.E.: Remuneración según tramos.

|                           |        |                           |        |
|---------------------------|--------|---------------------------|--------|
| 2 millones de Ptas. ....  | 12,20% | 50 millones de Ptas. .... | 14,00% |
| 11 millones de Ptas. .... | 13,25% | 75 millones de Ptas. .... | 15,00% |

PASE POR NUESTRA OFICINA, sita en el propio Colegio de A.T.S.  
Gustosamente le ampliaremos esta información y le informaremos de los  
productos que en condiciones preferentes podemos ofrecerle.

PARA MAS INFORMACION:

BANCO DEL COMERCIO. Teléfono 442 52 03  
COLEGIO DE ATS



BANCO DEL COMERCIO

Para una clase de vida.

## DEL DESENCANTO A LA FRUSTRACION

Recientemente, en una revista amiga de gran difusión entre el colectivo enfermero de nuestro país se preguntaban qué está pasando en nuestro campo profesional para que las enfermeras del Hospital de Santa Cruz y San Pablo se declarasen en huelga salvaje, dejando de atender incluso los servicios mínimos.

Ciertamente que no pueden justificarse, desde ningún punto de vista, determinadas actitudes tan radicales que con toda seguridad perjudican seriamente la salud de las personas a las cuales tenemos el incuestionable deber de cuidar.

Ahora bien, intentando acercarnos a las razones que hayan podido llevar a las compañeras a dicha postura, podríamos entender tal estado de insatisfacción y desencanto que en un momento de presiones puntuales sacasen a la luz la rabia contenida que se vive en amplios sectores enfermeros.

No se trata aquí de lamentar como plañideras de forma reiterada la larga lista de temas pendientes que tiene la profesión, ni de señalar los responsables por todos conocidos, sino de expresar con claridad el derecho a ejercitar y desarrollar diariamente nuestra profesión con dignidad y decoro.

Sin olvidar el aspecto vocacional de la misma, aunque no debemos confundirlo con valores ecuménicos y sí en cambio de compromiso social con la comunidad a la que atendemos, tendremos que preguntarnos en voz alta si alguien alguna vez ha pensado que las enfermeras y enfermeros del mundo también tenemos derecho a vivir mejor y a desempeñar con total garantía profesional los cometidos asignados a esta honorable profesión.

Es del todo innecesaria, por conocida, la situación de desamparo a la que nos vemos sometidos. Débitos históricos como las funciones, licenciatura, especialidades, marco laboral y retributivo acorde con la responsabilidad, penosidad y dedicación de nuestra profesión, se ven coronados con el suceso incalificable de la rebaja y degradación de nuestros Planes de Estudio, haciendo incluso peligrar la convalidación de los títulos españoles en la Comunidad Europea.

A lo mejor, se está obligando, como decía un compañero hace poco, a que todos los enfermeros y enfermeras de este país nos planteemos de verdad la necesidad y conveniencia de un corporativismo en la profesión que sea capaz de hacer valer nuestra opinión, nuestra fuerza y nuestra importancia en el mundo de la salud.



### EDITA:

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

### DIRECTOR:

José M.<sup>a</sup> 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 Álvarez González

M.<sup>a</sup> 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

OCTUBRE  
NOVIEMBRE  
DICIEMBRE

14

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| — EDITORIAL .....                                                                    | 3  |
| — ACERCA DE LAS MATRONAS .....                                                       | 5  |
| — EDUCACION SANITARIA EN GRUPOS, UNA ALTERNATIVA .....                               | 9  |
| — LITOTRICIA EXTRACORPOREA: ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO QUIRURGICO (I) .....          | 13 |
| — IMPLANTACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA .....                                       | 17 |
| — CONCURSO FOTOGRAFICO N° 14 .....                                                   | 19 |
| — EDUCACION SEXUAL .....                                                             | 30 |
| — PREMIOS NOBEL: ELIE METCHNIKOFF .....                                              | 33 |
| — COMPARACION DE LOS HEMOCULTIVOS EXTRAIDOS POR ATS/DE DE PLANTA Y LABORATORIO ..... | 34 |
| — CURSOS - CONGRESOS .....                                                           | 37 |

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



**En portada:**  
**La vejez: algo natural**

**Autor:**  
*José A. Galván Oliert*



# ACERCA DE LAS MATRONAS

Autor: **D. Manuel Jesús García Martínez**  
Matrona (H.U. «Virgen del Rocío»)

«Mas instando el parto, aparecieron dos mellizos en su vientre, y al tiempo mismo de parir a los niños, sacó uno la mano, en la que la partera ató un hilo de grana, diciendo:

— Este saldrá el primero.

Pero retrayendo él la mano, salió el otro, y dijo la mujer: ¿Por qué se ha roto por tu causa la pared? Y por esta razón llamó su nombre Pharés. Después salió su hermano, en cuya mano estaba el hilo de grana, a quien llamó Zara.»

Génesis, XXXVIII, 27-30

Comenzamos estas notas, a las que hemos titulado *Acerca de las Matronas*, con una cita bíblica en la que se narra el desarrollo de un parto, un parto distócico. Esta no es sino una de las innumerables referencias escritas existentes en donde se reconoce el trabajo de las matronas, profesión ancestral, tan antigua como la Humanidad misma.

Ya en el siglo XIV existen documentos que atestiguan la realización de la operación cesárea... por las matronas.

Actualmente la profesión de matrona, denominada *Asistencia Obstétrica*, al igual que toda la Enfermería en su conjunto, está atravesando un periodo de incertidumbre, de indefinición... No termina de concretarse el marco jurídico que regulará la profesión: ley de Especialidades, ley de Funciones de Enfermería, etc., etc., etc.

Debido a esta *indefinición*, otras profesiones están haciendo suyas funciones que tradicionalmente, y por derecho, han sido nuestras...

Centrándonos en el contexto de las matronas, quisiéramos expresar nuestro apoyo a todos los profesionales que, y cada uno en su lugar de trabajo — Paritorio, Planta, Centros de Salud, Consultas... —, día a día luchan para que esta profesión, basada en el amor, tenga el reconocimiento justo que se merece.

Matronas como doña Consuelo Ruiz, ya jubilada, autora de varias obras: *La preparación psicoprofiláctica del parto*

BIBLIOTECA ESCOGIDA DE «EL SIGLO MÉDICO.»

## TRATADO TEÓRICO Y PRÁCTICO

DEL

# ARTE DE LOS PARTOS

OBRA ESCRITA EN INGLÉS POR

**W.-S. PLAYFAIR**

Catodáctico de Obstetricia y Ginecología en el Real Colegio, Presidente de la Sociedad Obstétrica de Londres, etc.

VERSION ESPAÑOLA DE

**RAMON SERRET COMIN**

Doctor en Medicina y Cirujía.

TOMO SEGUNDO

CON GRABADOS INTERCALADOS EN EL TEXTO



MADRID

IMPRENTA DE ENRIQUE TEODORO

calle de Atocha, número 80

1880

**Tratado sobre partos, 1880. Credé, Simpson..., exponen sus teorías.**

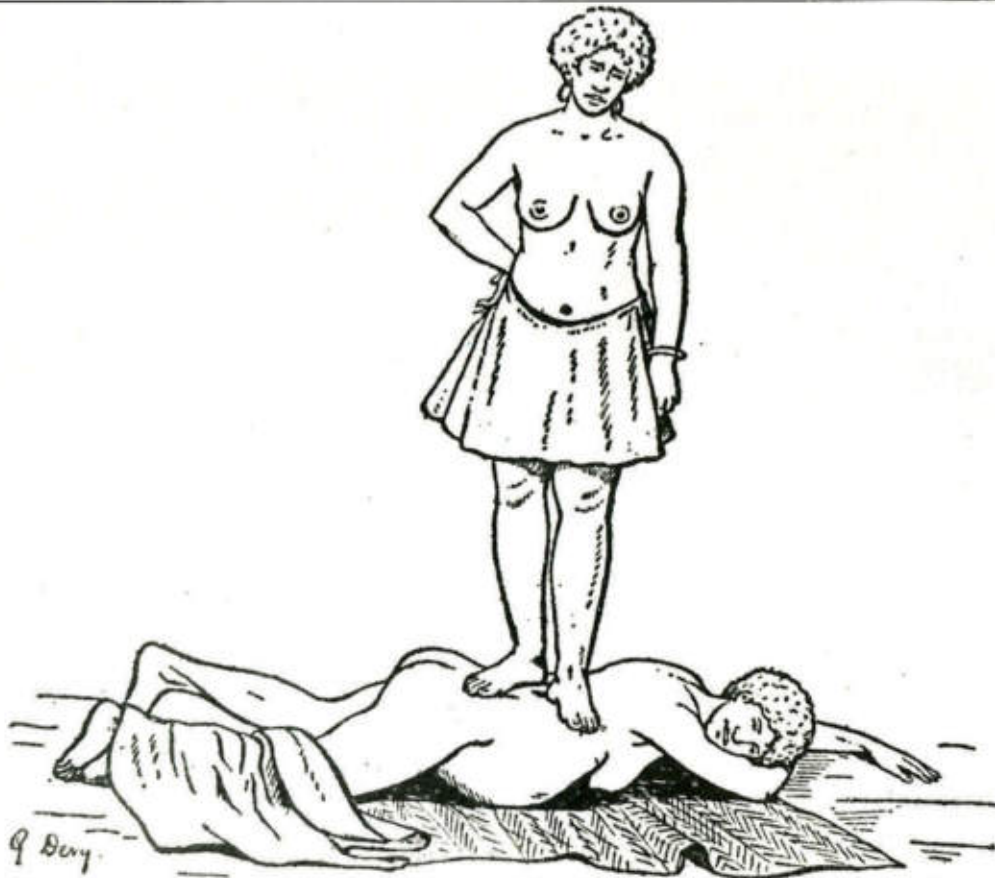
sin dolor, Las matronas..., y otras muchas compañeras, merecen nuestro respeto y admiración.

A continuación, expondremos brevemente algunas curiosidades históricas referentes a las matronas y al campo de la obstetricia.

## ETIMOLOGIA DE LOS TERMINOS OBSTETRICIA Y MATRONA

Varios han sido los nombres con los que se ha designado a lo largo de la Historia a la persona que asiste los partos: partera, matrona, comadrona, comadre,





Curiosa forma de acelerar el parto. Indígenas de Loanda (Angola).

obstetrix, etc. Todos ellos referido a la mujer, puesto que ha sido ésta la que tradicionalmente era la encargada de ello.

Consultadas varias obras sobre el origen de los términos obstetricia y matrona, hemos encontrado, en forma resumida, lo siguiente:

La voz OBSTETRICIA es femenino, con la significación de: «el arte de par-tear». Etimológicamente deriva del latín: «obstetricia», los oficios de la comadrona.

OBSTETRIX: la misma COMADRE: DE OB: delante, y STARE: permanecer. La antigua matrona romana era, pues, la obstetrix.

El Primer Diccionario General Etimológico, del año 1881, adjudica la siguiente significación al término MATRONA:

Femenino: «La madre de familia noble y virtuosa.» «La comadre que asiste a las que están de parto».

Etimológicamente, del latín *matrona*, forma aumentativa de la voz *máter*, *má-tris*: la mujer. Los romanos llamaban *matronas* a las mujeres casadas por *confarreación*, es decir, patricias, y *madres de familia*, a las casadas por coempción o compra, es decir, a las plebeyas. La

confarreación era una ceremonia en donde los esposos comían una torta hecha de *farro*, especie de cebada a medio moler, después de remojada y quitada la cascarilla.

Las fiestas de las *matronas* eran las *matronalias*, en honor a Marte, Juno-Lucina y a otras divinidades.

## UNA CURIOSIDAD SOBRE EL FORCEPS

Todos conocemos este instrumento obstétrico, salvador de muchas vidas y usado desde hace siglos. En la historia de la Obstetricia se da como su inventor a los hermanos Chamberlen, y más



Se demuestra el uso del Fórceps en los siglos II-III d.C. en Roma.



concretamente a *Peter Chamberlen*, apodado El Viejo, allá por el año 1588, manteniéndose en total secreto, pasando posteriormente al hijo de uno de esos hermanos. Así fue utilizado por cuatro generaciones durante un siglo.

A mediados del siglo XVIII se deshizo el secreto en un libro publicado por *Edmund Chapman*.

La curiosidad que nos mueve a escribir estas notas radica en la fotografía que se muestra a continuación, en donde se observa a una parturienta y junto a ella y la matrona, un hombre con un instrumento en su mano derecha, sin duda un forceps o su inmediato antecesor. Se trata de un bajorrelieve descubierto hace unos años, cerca de Roma (siglo III d. C.).

### ELECCION DE UNA NODRIZA

Es un encato leer algún manual para comadronas del siglo pasado o comienzos del presente. En definitiva, no son sino reflejos de una época determinada, de sus costumbres, de su moralidad, etc. A continuación vamos a exponer lo que dice uno de ellos referente a la elección de una nodriza, por si usted tiene necesidad de ello.

Las nodrizas recomendadas por la comadrona deben reunir las siguientes condiciones:

1. Edad, entre veinte y treinta años. Las mujeres de menos de veinte años carecen de la seriedad necesaria.
2. Han de ser secundíparas y haber criado su primer hijo. Si éste vive, puede verse y observarse si se ha criado bien.
3. Debe descender de padres sanos.
4. De constitución robusta y no presentar ninguna clase de erupción, sobre todo en los órganos genitales.
5. Ha de tener dientes sanos, pues de lo contrario sus digestiones son malas y exhalan un aliento fétido.
6. Las masas han de ser voluminosas, granuladas a la palpación, como una bolsa llena de perdigones. La piel se ha de levantar con facilidad y los pezones han de ser salientes, para que el niño los coja con facilidad.

### PRUEBAS A REALIZAR PARA CONOCER SI PUEDE ENGENDRAR LA MUJER

Terminamos estas curiosidades históricas con esta otra del árabe *Arib Ibn Said*, visir y polígrafo del siglo X, médi-

# MANUAL

DE

# OBSTETRICIA

## PARA COMADRONAS

por el

### Dr. LUDWIG PISKAČEK

Profesor universitario extraordinario; ex Profesor de Tocología del curso de comadronas y Director de la Tercera Clínica ginecológica de Viena

PRIMERA EDICION ESPAÑOLA  
 TRADUCIDA DE LA SEPTIMA EDICIÓN ALEMANA  
 Ilustrada con 103 figuras en el texto

BARCELONA  
**SALVAT EDITORES, S. A.**  
41 - CALLE DE MALLORCA - 49  
 1929

**Manual para comadronas, 1929. Aquello que debe conocer la Matrona.**

co cordobés, secretario de *al-Hakam II*.

«Para saber si la mujer puede o no quedar embarazada, hay que sentarla en un sillón perforado en su asiento y ponerla con los pies colgando; después, se le cubrirá con una tela y se fumigará bajo ella con *costo* y *sándaraca*, incienso y estoraque. La mujer estará en ayunas: si la mujer percibe el olor del sahumerio saliendo por su boca o narices ciertamente ella podrá concebir, y esto es porque si sale el incienso por la boca o nariz indica la permeabilidad de los conductos del útero. Si se tiene que conocer si la imposibilidad de concebir es del hombre o de la mujer, se echan las orinas de cada uno en una planta de lechuga en el momento de la puesta del sol; si la planta a la mañana siguiente se ha secado, el individuo que tenga aquella orina será estéril.»

### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Arjona Castro, A.: *El libro de la generación del feto, el tratamiento de las*

*mujeres embarazadas y de los recién nacidos*, por Arib Ibn Said. Excm. Diputación de Córdoba. Servicio de Publicaciones. Córdoba, 1983.

Barcia, R.: *Primer Diccionario General Etimológico de la Lengua Española*. Tomo III. Madrid, 1881.

Bossi, L.M.: *Manual de Obstetricia (Ginecología Menor) para las Comadronas*. Segunda edición. Gustavo Gili, Editor. Barcelona, 1925.

Piskacek, L.: *Manual de Obstetricia para Comadronas*. Primera Edición Española, Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1929.

Playfair, W.S.: *Tratado teórico y práctico del Arte de los Partos*. Tomo I y II. Biblioteca Escogida de «El Siglo Médico». Madrid, 1880.

Sagrada Biblia: Tomo I. Del Antiguo Testamento. Antonio Pons y Compañía, Libreros - Editores. Barcelona, 1843.

Sánchez Arcas, R.: *El parto a través de los tiempos*. Laboratorio VEKAR, S.A. Madrid, 1955.



# 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 incremento 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 de esta normativa aquellos trabajos que:

Hayan sido realizados como consecuencia de un destino laboral retribuido en el ámbito profesional que tuviese el interesado.

Los trabajos realizados como actividad de cursos y similares organizados por el Colegio.

Aquellos que hubieran sido publicados o editados por otras revistas científicas de cualquier ámbito.

Asimismo, 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.**



# EDUCACION SANITARIA EN GRUPOS, UNA ALTERNATIVA

Autoras: **Dña. Josefa María Chaves Collado**  
D.E. (Ambulatorio «Virgen de los Reyes». Sevilla.)  
**Dña. Ana María Redondo Domínguez**  
D.E. (Ambulatorio «Virgen de los Reyes». Sevilla.)

## INTRODUCCION

La Educación Sanitaria es uno de los instrumentos con que contamos los profesionales de la Salud para que el individuo adquiera o modifique hábitos de vida en las direcciones deseadas y conseguir el objetivo de mejorar la calidad de vida.

El conocimiento de los factores que inciden en la salud de las personas las hace partícipes de sus propios autocuidados.

Tenemos que lograr que el ser humano sea lo más autónomo posible, dependiendo del nivel de salud en que se encuentre y de otros factores como la edad, el nivel socioeconómico y cultural.

Después de un año de impartir Educación Sanitaria individual a enfermos crónicos, pensamos que realizarla en grupo ofrecería una alternativa dentro de la Educación Sanitaria, pues dicha Educación favorece la interrelación y enriquecimiento de los individuos; por ello, hemos reunido a varias personas de similares características para que conozcan un problema común que les atañe y la incidencia que esto puede tener en su salud, familia y comunidad.

Por tanto, decidimos aplicar y poner en práctica un programa de Educación Sanitaria en grupo para enfermos hipertensos.

## A QUIEN VA DIRIGIDO

A un grupo que presenta las siguientes características:

- 10 mujeres hipertensas.
- Amas de casa.
- Edades comprendidas entre cincuenta y sesenta años, con una media de cincuenta y cuatro años.
- 85 por ciento casadas, con hijos residiendo en el domicilio.
- Pertenencia a una misma zona sanitaria.
- Nivel económico medio-bajo.
- Nivel de instrucción medio-bajo.
- Tratamiento:
  - 30 por ciento dieta.
  - 60 por ciento dieta + hipotensores + diuréticos.
  - 10 por ciento diuréticos.

- Lleve la dieta adecuada.
- Lleve a cabo la medicación prescrita.
- Que el paciente conozca hábitos de vida saludable.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Al finalizar el curso, el paciente será capaz de:
- Escoger entre tres definiciones de hipertensión arterial, cuál es la correcta.
  - Identificar algunos factores de riesgo.
  - Señalar en una rueda de alimentos el grupo al que pertenecen cada uno de ellos.
  - Seleccionar en una lista de alimentos, algunos ricos en sodio.
  - Elaborar una dieta con los alimentos que sean adecuados para él.
  - Decirnos qué puede sucederle si interrumpe la medicación.
  - Contarnos los efectos de la medicación.
  - Distinguir hábitos de vida sanos.

## CONTENIDO

- 1) Presión arterial - hipertensión - factores de riesgo.
- 2) Alimentación y nutrición.
- 3) Dieta adecuada para un hipertenso.
- 4) Terapéutica.



## OBJETIVOS

- Mejorar la calidad de vida a través de:
- Que el paciente conozca su enfermedad y factores de riesgo.





## METODOLOGIA

### Actividades Docentes

- Exposición del tema 

Láminas  
Esquemas

1 enfermera.
- Recoger información y moderación \_\_\_\_\_ 2 Enfermeras.

### Actividades Discentes

- Coloquio
- Trabajo en grupo
- Cumplimentación de cuestionario.

## CRONOGRAMA

### Tiempo. 4 sesiones

1. P.A. — H.T.A. — Factores de Riesgo
2. Alimentación y Nutrición
3. Dieta adecuada para un hipertenso
4. Terapéutica

### Espacio:

Una sesión cada siete días.  
Cada sesión, una hora, de 18 a 19 horas.  
Veinte minutos aproximadamente de exposición del tema.  
Cuarenta minutos aproximadamente de coloquio, trabajo en grupo y evaluación.

## RECURSOS

**Humanos:** Tres enfermeras.

**Materiales:** Local, pizarra, tizas, folletos, papel, lápiz, tijeras, etc.

**Fondos monetarios:** 1.200 pesetas en concepto de flores.

## EVALUACION

### a) Evaluación previa

Antes de comenzar la primera sesión del Programa, comprobamos los conocimientos que sobre su proceso crónico habían adquirido en la Consulta de Enfermería a través de la Educación Sanitaria individual.

Se les entregó un cuestionario de diez preguntas cerradas, haciendo referencia al contenido global de dicho Programa.

| Nº Pacientes | Contestaciones correctas | Porcentaje |
|--------------|--------------------------|------------|
| 4 Pacientes  | 10 Preguntas             | 40%        |
| 3 Pacientes  | 8 Preguntas              | 30%        |
| 2 Pacientes  | 5 Preguntas              | 20%        |
| 1 Paciente   | 4 Preguntas              | 10%        |

Por los resultados obtenidos de la encuesta, parece ser que ha sido efectiva la Educación Sanitaria individual que recibieron a lo largo de un año.

### b) Evaluación métodos docentes

Finalizada la primera sesión, pudimos observar que el enunciado de algunas preguntas no estaban suficientemente claras para las discentes. Decidimos expresarlo con más sencillez y claridad para una fácil comprensión.

Por otro lado, vimos la necesidad de incorporar una modera-





dora, pues el entusiasmo del grupo desbordaba toda posibilidad de diálogo productivo.

## c) Nivel de asistencia

| 1.ª Sesión | 2.ª Sesión | 3.ª Sesión | 4.ª Sesión |
|------------|------------|------------|------------|
| 100%       | 80%        | 100%       | 100%       |

El nivel de asistencia como puede verse en este cuadro fue excelente. Cabe destacar que en la segunda sesión las condiciones meteorológicas fueron adversas, llovía torrencialmente, por lo que la asistencia disminuyó a un 80%, demostrando el gran interés de los pacientes hacia el Programa.

Otra grata alegría fue observar cómo habían cuidado su arreglo personal, hecho muy significativo, pues no suelen ir tan bien arregladas a la consulta, constatando que para el grupo el ambulatorio había dejado de ser un centro al que acudían únicamente en caso de enfermedad, sino para ellos cada sesión se había convertido en un acto social.

## d) Evaluación final

Realizamos el mismo cuestionario que al principio y reflejaron los resultados que muestra el siguiente cuadro:

| N.º Pacientes | Contestaciones correctas | Porcentaje |
|---------------|--------------------------|------------|
| 7 Pacientes   | 10 Preguntas             | 70%        |
| 2 Pacientes   | 9 Preguntas              | 20%        |
| 1 Paciente    | 7 Preguntas              | 10%        |

El entusiasmo, la participación en los coloquios y trabajos en grupo fue excelente, actitudes que han mantenido durante todo el Programa, mediante:

- Solicitudes de documentación para recordar en casa.
- Formulación de preguntas.
- Discutiendo entre ellas.
- Narración de vivencias personales.

## e) Evaluación en el tiempo

Para comprobar si ha habido cambios de comportamiento y se mantienen a lo largo del tiempo, se efectuará con una periodicidad de:

- 3 meses.
- 6 meses.
- 1 año.

## CONCLUSIONES

Finalizado el trabajo, el balance es muy positivo, la experiencia resultante altamente enriquecedora, aportando una alternativa a la Educación Sanitaria, al efectuar la misma en grupo.

Su eficacia queda demostrada y avalada globalmente, pudiendo concretarse en los siguientes términos:

- Motivación de los pacientes, surgida tras la convivencia con personas de similares características.
- Aceptación plena de su enfermedad, al contemplar y estudiar la misma desde diferentes puntos de vista
- Enriquecimiento mutuo en cuanto se analiza pormenorizadamente la solución de problemas comunes.

Por parte del Equipo que ha dirigido el trabajo, sólo queda manifestar que el nivel personal y profesional se ha visto motivado, evaluado y gratamente enriquecido, tras constatar que la experiencia ha sido muy positiva.

Es necesario continuar con las mismas directrices, buscando nuevas vías que contribuyan a la mejora de la calidad asistencial, y para ello el apoyo, reciclaje y estudio profundo de los temas sanitarios resultan imprescindibles para los profesionales que los realicen, contando con el respaldo y colaboración de las diferentes entidades e instituciones afectadas por el mismo.

## AGRADECIMIENTOS

A María Luz Calzada Gómez, profesora de Enfermería Fundamental en la Escuela Universitaria de Enfermería «Virgen del Rocío», y Charo Ortiz, coordinadora del Programa «Curso de Enfermería» en Sevilla, por habernos facilitado datos y documentación.

\*\*\*

A María del Carmen Fernández Sánchez y Rosario Armijo Peña, enfermera-jefe y enfermera-subjefe, respectivamente, del Ambulatorio «Nuestra Señora de los Reyes», de Sevilla, por su ayuda y apoyo prestado en todo momento.

\*\*\*

A Natividad Romero-López Ibarra, diplomada en Enfermería, colaboradora con nosotros en el Programa.

## BIBLIOGRAFIA

- Luis Salleras San Martín (1985). *Educación Sanitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones*. Díaz de los Santos, S.A. Madrid/Barcelona.
- UNED Madrid (1980). *C. C. de la conducta*. II Unidad Didáctica.
- UNED Madrid (1980). *Salud Pública*. III Unidad Didáctica.
- Curso de capacitación al programa de consulta de Enfermería*. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.
- Guía para la elaboración del programa del adulto en atención primaria de la salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo (1985).
- Orem, D. (1983). *Normas prácticas en Enfermería*. Pirámide, Madrid.



## 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 página:
  - 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.



# LITOTRICIA EXTRACORPOREA: ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO QUIRURGICO I

Autor: **D. Luis Alfonso Aparcero Bernet**  
D.E Unidad de Litotricia Hospital Universitario de Valme

## INTRODUCCION

La Litotricia Extracorpórea consiste en la fragmentación de cálculos alojados en las vías excretoras del riñón, y más recientemente en otras localizaciones como la vesícula biliar, mediante la generación externa de determinadas ondas de características acústicas capaces de atravesar los tejidos, sin producir alteraciones significativas, y que al incidir sobre el cálculo llegan a convertirlo en fragmentos de tamaño tal que pueden ser expulsados.

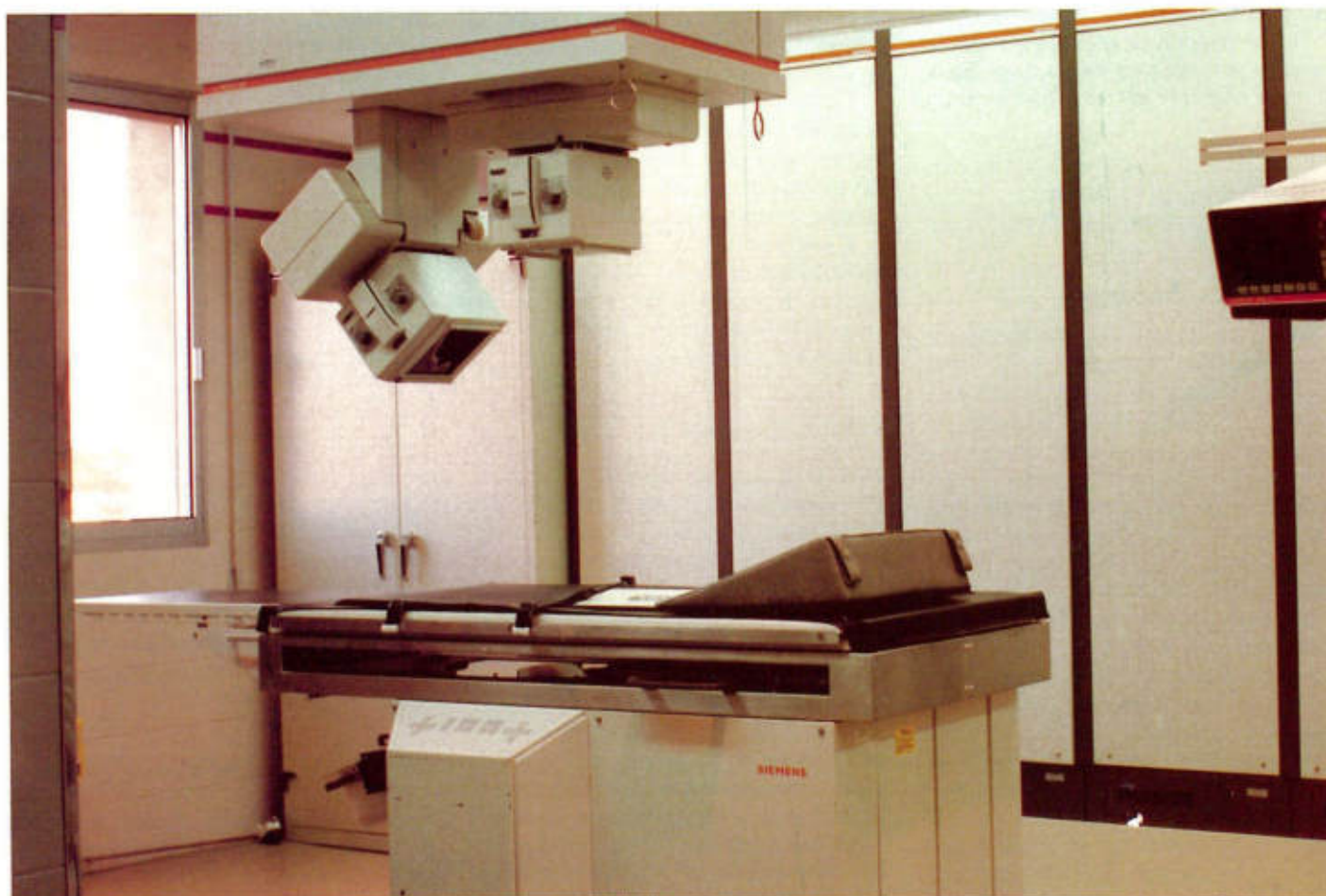
Esta técnica es consecuencia de fenómenos observados en la industria aeronáutica, consistente en las corrosiones que sufrían determinadas piezas del motor de las aeronaves cuando volaban a alta velocidad y atravesaban espacios húmedos; en estas circunstancias, y como consecuencia del impacto contra la nave de gotas de agua, se generaban ciertas ondas que al atravesar la interfase entre dos materiales con impedancia acústica diferente daban origen a fuerzas de tensión de compresión intrínseca del objeto sobre el que incidían.

La capacidad destructiva se manifestaba en el foco donde coincidían todas las ondas, con efectos poco significativos sobre las zonas que atravesaban de forma dispersa.

Los hallazgos descritos sugirieron su aplicación en la destrucción de cálculos urinarios sin que se afectaran los tejidos circundantes.

## PRINCIPIOS BASICOS

La capacidad destructiva de la onda de choque se basa en la formación de



Sala de tratamientos, donde se observa en primer plano la mesa de emplazamientos y del techo cuelgan los tubos de Rx y el monitor de EKG.



diferencias de tensiones sobre los tejidos que atraviesan, y que finalmente generan una fuerza mecánica capaz de romper el cálculo cuando supera su capacidad intrínseca de comprensión, es decir, su resistencia a las fuerzas que sobre él actúa.

Las ondas de choque son distintas a las ultrasonidos, a pesar de que ambas están regidas por las mismas leyes acústicas. Las primeras se transmiten a través del agua, donde se generan, y luego, a través de los tejidos, hasta el cálculo, con muy escasa pérdida de energía, lo que implica poco daño a los tejidos circundantes.

Por lo tanto, las propiedades que permiten la utilización de las ondas de choque para la fragmentación de los cálculos urinarios en el interior de los tejidos son las siguientes:

1. Que al incidir sobre un cálculo producen un gradiente de alta presión que exceda de la capacidad de resistencia del cálculo.
2. Son generadas extracorpóreamente y capaces de llegar al cálculo sin pérdida de energía.
3. Se pueden dirigir para que atravesando los tejidos de forma dispersa lleguen a coincidir en un foco común, *el cálculo*.

## DIFERENTES SISTEMAS GENERADORES DE ONDAS DE CHOQUE

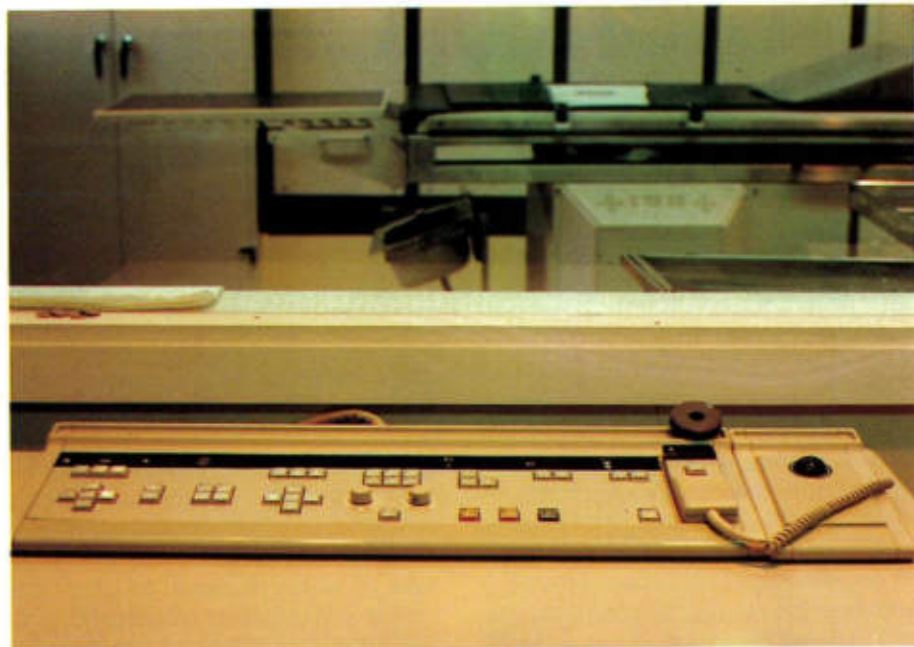
### Sistema de descarga

Este es el primer sistema de Litotrictor que salió al mercado. Esquemáticamente consiste en hacer pasar una corriente eléctrica a través de un electrodo sumergido en el agua: cuando el electrodo se descarga tiene como resultado final la descomposición del agua, formándose una burbuja que al expandirse origina la onda de choque. El electrodo debe ser cambiado cada 700 a 1.000 choques, el equivalente al tratamiento de un cálculo.

Es el método conocido por «bañera», ya que el enfermo se sumerge parcialmente en un recipiente lleno de agua.

Se pueden inducir irregularidades en la excitabilidad cardíaca, por lo que se precisan de dispositivos para sincronizar la onda de choque al electrocardiograma a fin de que cada onda coincida con el periodo refractario de cada ciclo cardíaco.

Para la focalización, con el fin de que



**Pupitre de telemandos y control del tratamiento. Detrás del cristal plomado se observa la mesa, útil para el tratamiento, para exploraciones radiológicas y para mesa de endourología.**

el haz de ondas de choque converjan en el cálculo, se dispone de un elipsoide sobre el que se reflejan y concentran en el punto deseado.

Como las ondas han de transmitirse a través del agua, es por lo que el enfermo debe permanecer sumergido en un tanque con agua tratada y desgasificada, como apuntábamos antes.

El sistema de localización del cálculo es radiológico. Resulta dolorosa la aplicación del tratamiento, por lo que es preciso recurrir a analgesia. No permite tratamiento ambulatorio.

### SISTEMA PIEZOELECTRICO

El generador de onda de choque incluye un dispositivo en forma de media esfera adaptada a la mesa de tratamiento, cuya superficie está cubierta de múltiples elementos de cerámica dispuestos como un mosaico, los cuales son sometidos a una expansión repentina cuando se les activa simultáneamente por un generador de impulsos, con el resultado final de la aparición de la onda de choque; la hemiesfera está llena de agua a través de la cual se transmite la onda hasta la superficie, en contacto con ella permanece la región del enfermo correspondiente a la localización del cálculo que se va a tratar.

Debido a la disposición de los elementos de cerámica, el haz de ondas va

a converger al centro geométrico donde se sitúa el cálculo, por lo que este sistema no necesita de ningún dispositivo adicional para la focalización.

La localización del cálculo y el seguimiento de su fragmentación se realiza mediante control ecográfico permanente.

Las ondas de choque generadas no producen extrasístoles, por lo que no es preciso sincronizarlas con el electrocardiograma.

La superficie de penetración a nivel de la piel es lo suficientemente extensa como para que resulte indoloro el tratamiento.

Por otro lado, para la fragmentación precisa un número mayor de ondas de choque que el sistema de descarga. El control por ecografía resulta más complejo para el que realiza el tratamiento y de menor precisión para vigilar y comprobar la fragmentación del cálculo.

Con una adecuada selección e indicación del tratamiento puede ser en régimen ambulatorio.

### SISTEMA ELECTROMAGNETICO

La onda de choque se genera a partir de un diafragma o membrana metálica sometida a un campo electromagnético. Una energía eléctrica almacenada de forma adecuada, está en disposición de ser descargada en forma de tren de im-



pulsos de milésimas de segundos de duración cada uno de ellos; el dispositivo dispone de una bobina plana frente a la cual, debidamente aislada, está la referida membrana metálica.

El circuito de descarga consta de un condensador almacenador, un descargador de chispa y una bobina plana (A). Frente a esta última (Circuito Primario) está dispuesta, separada por una lámina aislante (B), una lámina metálica (C) de buena conductividad eléctrica, que actúa prácticamente como una bobina en corto circuito (Circuito Secundario).

La baja inductividad del dispositivo produce un choque de corriente de crecimiento rápido cuya corriente máxima alcanza varios kiloamperios. El choque de corriente en la bobina plana induce en la lámina metálica (membrana), que actúa como bobina secundaria, una contratensión, originándose así la repulsión de ambos componentes.

La imitación del sistema de bobina en su parte posterior por un soporte cerámico (D), inerte al sonido, origina una desviación de la lámina metálica (membrana) hacia afuera contra la cámara de agua allí existente. Con ello se produce en el agua un choque de presión proporcional al curso de la corriente, que se aleja de su fuente en dirección axial, a la velocidad del sonido.

A suficiente distancia, al final de la cámara de agua, forma el choque de presión una onda plana. Esta es focalizada allí por medio de una lente acústica (E), a fin de lograr una eficaz litofragmentación, por medio de unas amplitudes de presión suficientemente altas y pronunciadas y por una limitación espacial.



**Zona de operadores, con los monitores al fondo para seguimiento de la fragmentación. En primer plano el pupitre de Rx. A través del cristal se controla el paciente y los movimientos de la mesa.**

## INFRAESTRUCTURA BASICA DE LA INSTALACION DE LITOTRICIA

### SISTEMA ELECTROMAGNETICO

Sin entrar en qué sistema es más idóneo para el tratamiento de los cálculos renales, ya que cada uno puede tener una indicación específica según cada caso de litiasis, vamos a partir de ahora a referirnos y centrar este trabajo en el sistema de litofragmentación electro-

magnética, en lo referente a instalaciones, objeto de esta primera parte, y en lo referente al Protocolo de Enfermería y Procedimiento que se desglosará en la segunda parte, en el próximo número de esta revista.

Todo ello justificado por ser el ámbito de actuación de quien realiza este trabajo y además por ser el tipo de instalación actual en un hospital público de la provincia de Sevilla (Hospital Universitario «Nuestra Señora de Valme»).

La infraestructura básica la podemos dividir en dos zonas de actuación:

1. Zona de tratamiento.
2. Zona de mandos y manipulación radiológica.

1. La zona de tratamiento (figura 2), que es donde se ubica el paciente, consta de una mesa de emplazamiento (1), móvil en los tres ejes del espacio, provista de un antídifusor (2) de radiografías y de aplicadores electromagnéticos de ondas de choque integradas (3).

Del techo cuelgan dos tubos de Rx para proyecciones en AP, Tubo Vertical o Plano I, y proyecciones axiales, Tubo Oblicuo o Plano II.

Se complementa el sistema con un monitor para registros electrocardiográficos, con brazo articulado (4).

FIGURA 1

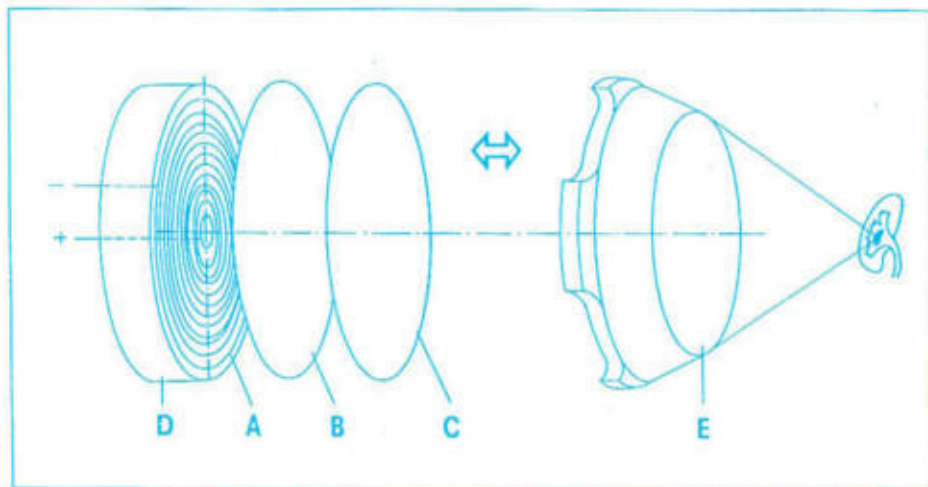
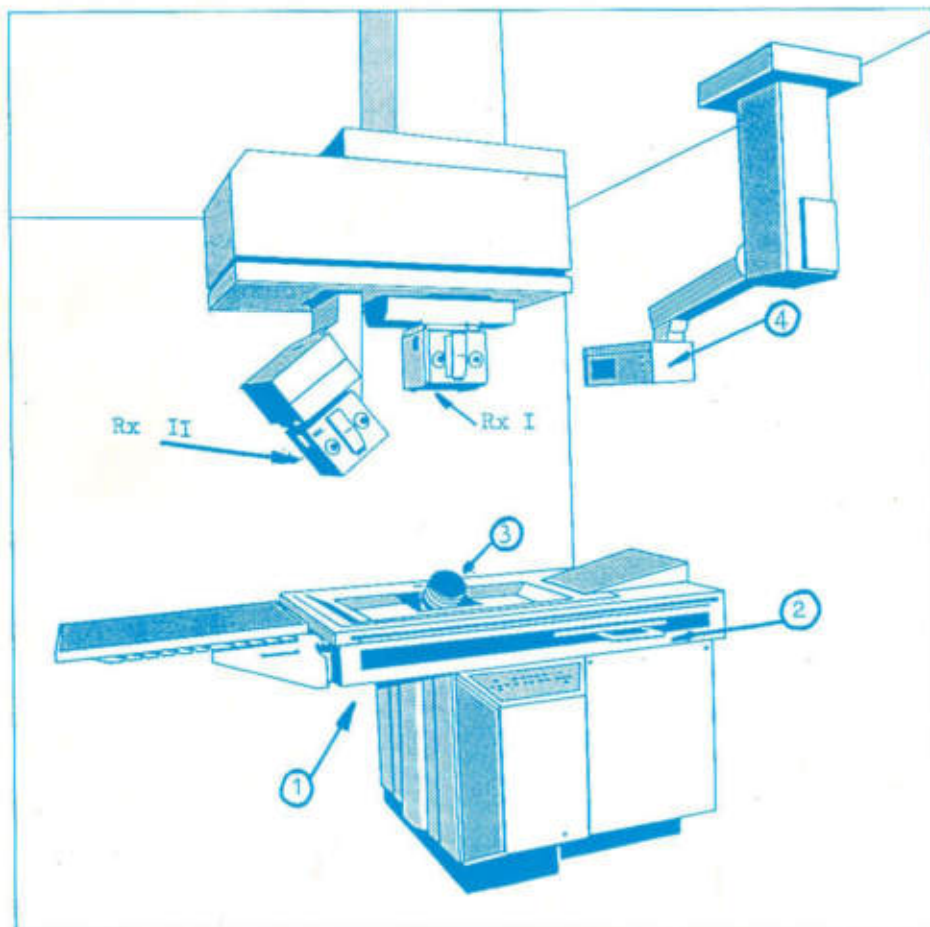




FIGURA 2



ma de refrigeración y calefacción independientes, para asegurar una temperatura y humedad constante al sistema.

#### RELACION DE LOS PANELES DE MANDO

- A. Panel principal de mando
- B. Interruptor de pedal
- C. Panel de mando-generador radiológico
- D. Paneles de mando directo
- E. Panel de mando-colimador multiplano I
- F. Panel de mando-colimador multiplano II
- G. Paneles de mando-carro de monitores

#### PROXIMO CAPITULO:

#### PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLO DE ENFERMERIA

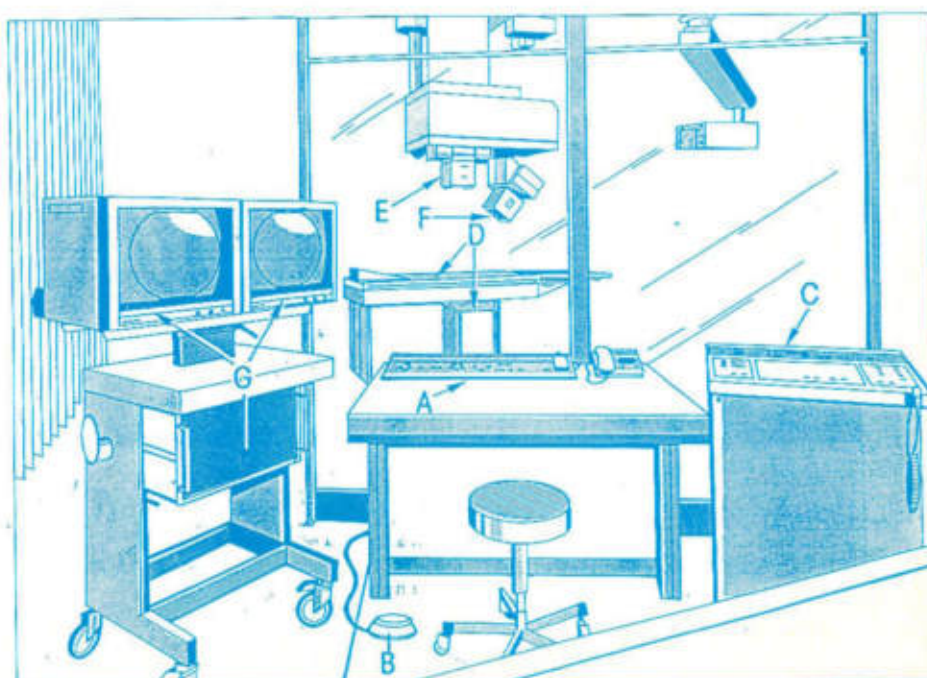
2. La zona de operadores o de mando incluye un pupitre central con telemandos que ejecuta las órdenes de movimientos de la mesa de tratamiento, subida y bajada de los aplicadores de ondas, interruptor del emisor de ondas, contador de impulsos, intensidad de la onda de choque, marcha-paro y todas las funciones propias del equipo.

La visualización del cálculo se efectúa por medio de dos monitores que traen la información desde la mesa por medio de intensificadores de imagen que mediante memoria almacenan en pantalla la única imagen obtenida.

Por último, tenemos un pupitre de control de Rx, para variar regímenes, seleccionar planos (I, II) y realizar disparos digitales que llevarán las imágenes a los monitores, realizar disparos en película radiológica o control de escopia, pisando el pedal anexo.

Toda la instalación va provista de elementos auxiliares, como cuarto oscuro, zona de almacenaje de limpio y sucio, vestuario de pacientes, farmacia, siste-

#### Relación de los paneles de mando





## CONCURSO Nº 14

### PRIMER PREMIO

**Autora:** D.<sup>a</sup> Francisca Martín  
Martínez  
**Colegiada Nº** 8.951  
**Máquina:** Minolta X-300  
**Título:** «El agua es vida»



## CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA Nº 15

### CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. TEMA: LOS DEPORTES

**1º TRIMESTRE AÑO 91 (ENERO, FEBRERO, MARZO)**

El plazo de presentación finalizará el próximo 5 de marzo de 1991.

#### 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 2º trimestre 91 será «Imágenes Insólitas».





### SEGUNDO PREMIO

**Autora:** D.<sup>a</sup> María Teresa Brea Ruiz.  
**Colegiada N.º** 8.842.  
**Máquina:** Minolta XG-2.  
**Título:** «Bajaba el agua del río».

### TERCER PREMIO

**Autora:** D.<sup>a</sup> Carmen Guevara Muñoz.  
**Colegiada N.º** 8.650.  
**Máquina:** Pentax P-30 - N  
**Título:** «El sueño del movimiento».



### Miembros del Jurado del Concurso Fotográfico:

- Martín David Millán Cobos (Colegiado 9.608)
- María Dolores Cadaval García (Colegiada 8.870)
- Inmaculada Jurado Rodríguez (Viajes 2000).
- Elvira Ponce Ariño (Profesora I.C.T.)



# IMPLANTACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Autor: **D. Alejandro García Nieto**  
Supervisor del Area de Cuidados Intensivos. Hospital «Virgen Macarena». Sevilla.

## INTRODUCCION

Al abordar el tema de la implantación de la Historia de Enfermería en nuestras Unidades de Cuidados Intensivos, lo primero que pensamos fue en la necesidad que tiene la Enfermería de registrar sus actividades y, por tanto, en el beneficio que supone para la continuidad de los cuidados al enfermo y en el enorme incremento de conocimientos que al describir las actividades, y sobre todo los planes de cuidados y las evaluaciones, adquieren y se intercambian unos profesionales altamente cualificados.

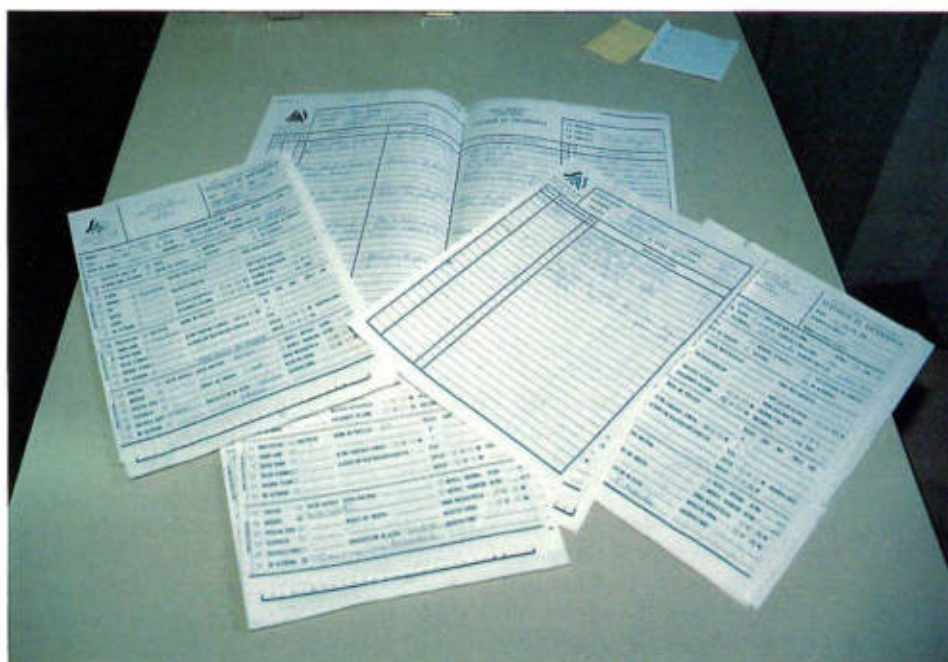
En este trabajo queremos hacer una comunicación de cómo nos hemos preparado la implantación de la historia y explicaros cuáles fueron nuestras dudas, nuestros problemas y lo que tuvimos que tener en cuenta antes de iniciarla.

No pretendemos decir qué hay que hacer para implantar la Historia de Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, sino contaros nuestra experiencia con el ánimo de que os animéis a contarnos la vuestra y, entre todos, poder crear las bases sobre las que afianzar una Enfermería profesional y científica, reconocida y respetada por toda la comunidad. Esto sólo se consigue con el esfuerzo unánime de todos los profesionales de Enfermería y demostrando a la población la importancia de nuestro trabajo con nuestros hechos y sobre todo con nuestros registros.

Quiero recordaros que la historia de la Humanidad comienza con los primeros testimonios escritos que se conservan. Si queremos que nuestros hechos se conozcan, debemos conservar nuestras actividades en documentos escritos.

## FILOSOFIA

Basados en la necesidad de mejorar la calidad de los cuidados de Enferme-



ría en nuestra Unidad de Intensivos, donde se prestaban cuidados siguiendo un método exclusivamente biomédico, aunque de muy alta calidad, como es habitual en estas unidades, nos encontramos con que debíamos mejorar los registros, ya que el propio personal criticaba los existentes.

Tras modificar el primer registro, que fue la gráfica, nos dimos cuenta que existía espacio para reflejar los resultados de las tareas que realizamos, pero éstas eran casi todas tareas delegadas, no existiendo lugar para reflejar las tareas propias de Enfermería; del mismo modo, no existía lugar para reflejar observaciones y evolución del paciente.

Posteriormente, y tras definir nuestro concepto de unidad, cuidados intensivos y la Enfermería de equipo, y a la vista de los resultados, definimos el modelo de Enfermería que íbamos a aplicar.

## MODELO DE CUIDADOS

Situados en este punto, con unos

conceptos claros de lo que queríamos que fuese nuestra unidad, de los cuidados que deberíamos prestar y de la relación profesional del personal de Enfermería con el resto del equipo sanitario, sólo nos quedaba decidimos por un modelo científico de Enfermería; teníamos, pues, que analizar los modelos conocidos, para adoptar aquél que más se ajustara a nuestra filosofía.

Tras analizar y rechazar, por considerar que no se ajustaban a nuestras necesidades, los modelos naturalista, los de interrelación y el de suplencia y autocuidado, por fin, y tras analizarlo profundamente, aceptamos el modelo de suplencia/independencia preconizado por Virginia Henderson.

Virginia Henderson basa su modelo en la suplencia/independencia y determina catorce necesidades básicas que la Enfermería debe sustituir cuando al paciente le falte fortaleza física, voluntad o sabiduría para hacerlo completo, íntegro o independiente.

Virginia Henderson define a la Enfer-



mería en término de funciones como:

*«La función de la Enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.»*

Este podía ser el modelo que inicialmente se ajustara más a la filosofía de unidad y cuidados que habíamos aceptado, teniendo en cuenta que nuestros pacientes lo que más necesitaban era que sustituyéramos las funciones orgánicas suprimidas y ayudáramos al enfermo a cubrir las funciones alteradas hasta hacerlo independiente.

## ASIGNACION DE PACIENTES

En nuestra unidad tenemos quince camas, atendidas por cinco enfermeros por turno. Cada uno de ellos se encarga de prestar cuidados a tres pacientes. Semanalmente rotaban, pasando sus pacientes a otro compañero y asignándosele otros tres distintos.

De esta forma, sólo cuando la estancia del enfermo era menor de siete días y durante ellos no coincidía el cambio de asignación de pacientes, era únicamente cuando la enfermera podía conocer completa la evolución del proceso.

Este sistema de asignación tenía, además, el problema de las ausencias prolongadas del personal en función de los turnos de trabajo y la responsabilidad de los cuidados existía sólo sobre las tareas que se realizaban durante la jornada laboral efectiva. Por otra parte, la comunicación del personal de Enfermería era muy buena entre el equipo que componía el turno laboral, pero generalmente se limitaba al perfeccionamiento de las técnicas, hasta el punto de que los turnos se podían identificar por el tipo de actividades que realizaban y por lo similares que eran las técnicas que aplicaban. Por contra, la comunicación entre los distintos turnos de trabajo era muy escasa. Se centraba en el cambio de turno entre el personal saliente y el entrante, informándose sobre todo de las incidencias ocurridas en su jornada laboral.

Además, la comunicación oral se olvida fácilmente y la escrita era escasa y no se dirigía a la evaluación de las ac-

tividades. Este sistema dificultaba la unidad de criterios entre todos los enfermeros del servicio.

## TURNOS DE TRABAJO

Mañana E1 → E2 → E3 → E4 → E5  
Tarde E1 → E2 → E3 → E4 → E5  
Noche E1 → E2 → E3 → E4 → E5

Por ello, debíamos estudiar los distintos tipos de asignación, para implantar un sistema que favoreciera la comunicación y por tanto incrementara la información, aumentara el conocimiento y favoreciera el aumento de la aptitud profesional. Este sistema debería hacer factible la implantación de la historia de Enfermería.

Después de estudiar diversos tipos de asignación de pacientes como pueden ser: la asignación por tareas, asignación enfermera/paciente, enfermería primaria, enfermería de equipo, y tras descartar su utilización en nuestras unidades y partiendo de la asignación que teníamos establecida y respetando los turnos, para no alterar las condiciones laborales ni económicas del personal de Enfermería, decidimos en primer lugar que era necesario terminar con el roting de pacientes, de manera que unos mismos profesionales prestaran asistencia a los mismos pacientes desde su ingreso en la unidad hasta el alta.

Con ello conseguimos:

- Crear un sentimiento de responsabilidad en todo el proceso.
- Aumentar la satisfacción profesional del personal de Enfermería al poder evaluar el resultado de su actividad.
- Desarrollar la profesión a través de los cuidados de Enfermería continuados.

Por otra parte, definimos los grupos de trabajo que hemos dado en llamar «Grupos Verticales», que están compuesto por todos los profesionales de Enfermería que prestan asistencia a los mismos pacientes, es decir:

## TURNOS DE TRABAJO

Mañana E1 → E2 → E3 → E4 → E5  
Tarde E1 → E2 → E3 → E4 → E5  
Noche E1 → E2 → E3 → E4 → E5

Forman grupo de trabajo la enfermera en turno de mañana, la enfermera de tarde, las de noche y la enfermera que estando de descanso tiene asignado también los mismos pacientes. Decimos grupos de trabajo y no equipo de trabajo, porque el equipo de trabajo requiere una jerarquización y una delimitación de tareas entre el personal que lo forma.

A estos grupos de trabajo se le asignan tres pacientes y todos son responsables de la planificación de cuidados, de la ejecución de los planes y de la evaluación de los mismos.

Con este sistema, conseguíamos que la comunicación e información que se daba de forma horizontal también se diera de forma vertical, con lo que el nivel de conocimientos pasaba de un turno a otro y la unidad de criterio era más factible entre toda la Enfermería de la unidad, al difundirse la información entre los miembros de cada turno y de cada grupo.

Como estrategia, la confección de los grupos se hizo pensando que en cada uno de ellos hubiera al menos una persona que pudiera liderarlo inicialmente, y de forma muy subjetiva asignamos los grupos, sin identificar quién era la persona que habíamos introducido como líder.

## INFORMACION AL PERSONAL

La dirección de Enfermería, junto con el equipo de supervisión, inició un plan para informar al personal de Enfermería. La información se realizó a través de reuniones semanales con cada turno de trabajo, aprovechando unas sesiones programadas de formación continuada, donde cada turno se reúne una vez al mes.

También se informó al jefe del servicio de la unidad, con el fin de que conociera las actividades que la Enfermería iba a realizar y pedirle el apoyo que del resto del personal de la unidad podíamos necesitar.

En estas reuniones, se pidió participación al personal de Enfermería para que formara parte de una comisión que estudiara los registros necesarios para el primer proyecto de historia.

## ELABORACION DE LOS REGISTROS

Este grupo fue formado por personal voluntario de las unidades que nos ofrecieron su participación y por otros que por sus conocimientos sobre el tema creíamos que era necesario que estuvie-



sen, y por tanto le pedimos que formaran parte del grupo; incluso participó personal que no prestaba servicio en las unidades de intensivos.

De este modo se formó el grupo de colaboradores necesarios para la creación del primer proyecto de registros. Estos profesionales trabajaron mediante reuniones periódicas hasta conseguirlo. Después de lograrlo, fue pasado al personal de Enfermería y se inició un trabajo de campo sobre él.

A partir de este momento aparece un ciclo continuo, donde el personal de Enfermería, mediante su trabajo diario, detecta problemas en el sistema, y tras su evaluación se corrigen, y volviendo de nuevo a la implantación, para así iniciar nuevamente el ciclo.



## IMPLANTACION

Antes de decidimos a implantar el método, vimos la necesidad que tenía el personal de formación. Pensamos en la conveniencia de realizar un programa de formación y después implantar el método, o implantar la historia de Enfermería sin formación previa.

Analizamos las dos posibilidades, es decir:

- Formar al personal antes de implantar la historia de Enfermería.
- Implantar la historia y simultáneamente iniciar un programa de formación sobre el proceso de atención de Enfermería.

## FORMACION ANTES DE LA IMPLANTACION

- Creíamos que el personal adquiriría conocimientos teórico de base, que le ayudaría después a entender mejor la práctica del método.
- El tiempo que se necesita para que todo el personal pudiera adquirir una buena formación sobre el proceso tardaría varios meses, y por tanto la implantación sería a largo plazo.
- Aparecerían en la práctica problemas que la teoría no había previsto.

## IMPLANTACION SIMULTANEA A LA FORMACION

- El personal se encontraría con problemas que no sabría resolver.
- Crearíamos un sentimiento de unidad de formación en la Enfermería de la unidad.
- La formación sería más comprensible, al unir la teoría a la práctica diaria.
- Desde el primer día, tendríamos documentos prácticos y propios donde basar la discusión de los temas que se trataran.

— La implantación sería muy rápida. Decidimos, pues, la implantación sin formación previa, pero simultáneamente nos encontramos con que al enfrentar al personal de Enfermería con el desconocimiento del proceso comienzan a aparecer los primeros problemas, todos ellos motivados por esa falta de conocimiento. Una vez que el personal comenzó a demandar formación sobre el proceso, se planificó y desarrolló un programa de formación sobre el mismo.

En la actualidad se siguen impartiendo dichos seminarios cuando las necesidades de las unidades así lo demandan. Observamos que cada vez se tiene más a la organización de sesiones prácticas sobre el proceso.

## PROCESO ACTUAL

El modelo actual de historia de Enfermería es el mismo para las tres unidades que componen el Área de Intensivos: UCIG, UCP y UCC. Queremos evitar con esto la diversidad de registros.

Los registros que componen la historia de Enfermería son los siguientes:

- Registro de valoración inicial.
- Registro de diagnósticos, objetivos y actividades de Enfermería.
- Registro de evaluación del Plan de Cuidados.
- Registro de alta de Enfermería o continuidad de cuidados.

### 1) Registro de valoración inicial del paciente

Es un registro tamaño A-3, impreso por ambas caras. Su presentación es en forma de carpeta doblada en su centro con la finalidad de que posteriormente contenga en su interior los demás registros que componen la historia de Enfermería.

La estructura común a todos los apartados del registro de valoración es la siguiente:

- Agrupación en columna de los datos a valorar, siguiendo unos criterios de afinidad de estados de salud-enfermedad.
- Espacios en blanco destinados al registro de datos que no se encuentren previamente impresos.
- Casillero destinado a especificar la no alteración de la necesidad que se está valorando.

Como norma general se consigna una x en el casillero correspondiente al problema o dato detectado o en el destinado a indicar la no alteración de la necesidad valorada.

Los apartados principales que componen este registro son los siguientes:

- Datos de identificación del enfermo.
- Fecha, hora, diagnóstico médico y número de historia clínica.
- Datos de filiación del enfermo.
- Comunicación.
- Oxigenación.
- Circulación.
- Nutrición.
- Eliminación.
- Líquidos.
- Termorregulación.
- Datos neurológicos.
- Integridad de la piel.
- Actividad/seguridad física.
- Comodidad-reposo-sueño.
- Necesidades psicológicas.
- Sistema de apoyo.
- Impresiones de Enfermería.
- Identificación del enfermero/a asignado.

Esta valoración se realiza al ingreso del paciente en la Unidad, aunque es relativamente frecuente que no se pueda completar en ese momento, finalizándose en turnos posteriores.

### 2) Registro de diagnósticos de Enfermería. Objetivos y Plan de Cuidados

Es un registro tamaño A-4, en posición apaisada, con la siguiente estructura:

- Datos de identificación del enfermo.
- Datos de identificación del enfermero/a asignado.
- Columna para los días.
- Columna para las horas.



# REGISTRO DE ALTA DE ENFERMERIA



Servicio Andaluz de Salud  
HOSPITAL CLINICO  
SEVILLA

DATOS DE  
IDENTIFICACION  
DEL  
ENFERMO

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA  
HISTORIA DE ENFERMERIA

FECHA : \_\_\_\_\_ HORA : \_\_\_\_\_  
DIAGNOSTICO MEDICO : \_\_\_\_\_  
NUMERO HISTORIA CLINICA : \_\_\_\_\_

NOMBRE : \_\_\_\_\_ PROFESION QUE LE LLAMAN : \_\_\_\_\_ UNIDAD : \_\_\_\_\_ CUNA : \_\_\_\_\_  
EDAD : \_\_\_\_\_ SEXO : \_\_\_\_\_ kg. ALTURA : \_\_\_\_\_ cm. ALEJES Y REACCIONES : \_\_\_\_\_  
FORMA DE INGRESO : \_\_\_\_\_ PROCEDENCIA : \_\_\_\_\_ TELEFONO FAMILIAR : \_\_\_\_\_

☐ PERDIDA DE AUDICION ☐ GAFAS ☐ INSERION IDIOMATICA ☐ DIFICULTADES DE LENGUAJE  
☐ ALTERACIONES VISUALES ☐ LENTES DE CONTACTO ☐ AUDIFONO ☐ NO ALTERADO

☐ DOLOR ☐ SONIDOS RESPIRATORIOS : \_\_\_\_\_ TUBOS RESPIRATORIOS : \_\_\_\_\_  
☐ PUNZOR ☐ TOS ☐ TOS/EXPECTORACION : \_\_\_\_\_ VENTILACION ASISTIDA : ☐ SI ☐ NO  
☐ ESPUTO ☐ MODALIDAD RESPIRATORIA : \_\_\_\_\_  
☐ OTROS ☐ NECESIDADES ACCESORIAS : ☐ SI ☐ NO VOLUMEN TIDAL : \_\_\_\_\_ ml. PEEP : \_\_\_\_\_  
☐ NO ALTERADA ☐ SUPLENTO OXIGENO : ☐ SI ☐ NO FRECUENCIA : \_\_\_\_\_ n/a PEEP : \_\_\_\_\_

☐ MONITORIZACION ☐ ABERTURAS EDEN EN TUBILLOS : \_\_\_\_\_ PULSOS CABO INO PIEDA FOR  
☐ DAME-GAGE ☐ RITMO CARDIACO SINUSAL : ☐ SI ☐ NO ☐ ☐ ☐  
☐ DOLOR TORAX ☐ ALTERACION ELECTROCARDIOGRAFICA : \_\_\_\_\_ TIPO : \_\_\_\_\_  
☐ DOLOR PIEDRA ☐ ADORDEC PIEDRA ☐ SOPLOS : ☐ SI ☐ NO OBSERVACIONES : \_\_\_\_\_  
☐ NO ALTERADA ☐ NARCOSIS : ☐ SI ☐ NO

☐ VOMITOS ☐ DOLOR GASTRICO DIETA HABITUAL : \_\_\_\_\_ ☐ NUTRIC. ENTERAL RITMO : \_\_\_\_\_ n/a  
☐ NARCOSIS ☐ NUTRIC. PARENTERAL RITMO : \_\_\_\_\_ n/a  
☐ PERDIDA PESO ☐ MODELO DE INGESTA : \_\_\_\_\_ SODA MIOGASTRICA : ☐ SI ☐ NO  
☐ DISTRACCION ☐ ACESITA AREDA : ☐ SI ☐ NO  
☐ PROTESIS DENT. ☐ PRESCRIPCION DE DIETA : \_\_\_\_\_ OBSERVACIONES : \_\_\_\_\_  
☐ NO ALTERADA ☐

| CIRUGIA              | SIGNALES                                                            | VIAS                                                              | OTROS DATOS DE INTERES |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------|
| LOCALIZACION : _____ | <input type="checkbox"/> SONDAGE VESICAL<br>PROXIMO CAMBIO : _____  | <input type="checkbox"/> VIA PERIFERICA<br>PROXIMO CAMBIO : _____ |                        |
| TRANSITO : _____     | <input type="checkbox"/> SONDAGE GASTRICO<br>PROXIMO CAMBIO : _____ | <input type="checkbox"/> VIA CENTRAL<br>PROXIMO CAMBIO : _____    |                        |
|                      | <input type="checkbox"/> PROXIMO CAMBIO : _____                     | <input type="checkbox"/> PROXIMO CAMBIO : _____                   |                        |
|                      | <input type="checkbox"/> PROXIMO CAMBIO : _____                     | <input type="checkbox"/> PROXIMO CAMBIO : _____                   |                        |

DIPLOMA DE ENFERMERIA QUE REALIZA EL ALTA : \_\_\_\_\_ FIRMA : \_\_\_\_\_ FECHA : \_\_\_\_\_

☐ ESTADISTICA ☐ DOLOR ☐ CLOMO VESICAL ULT DEPESIC ☐ PATRON DE RITMO INTESTINAL : \_\_\_\_\_  
☐ DIARREA ☐ HEMORRAGIA ☐ SISTEN. ASOM ULT DIOSISIS ☐ PATRON DE RITMO INTESTINAL : \_\_\_\_\_  
☐ HEMORRAGIAS ☐ POLIURIA ☐ ESTOMA ORINA : \_\_\_\_\_ PATRON DE RITMO INTESTINAL : \_\_\_\_\_  
☐ RUIDOS INTEST. ☐ INCONTINENCIA ☐ DOLORS INE. ☐ SODA DE POLEY COLACADA : ☐ SI ☐ NO  
☐ NO ALTERADA ☐ NO ALTERADA ☐

☐ SLEUTERAPIA ☐ VIA PERIFERICA ☐ S. DESCONTINUA. OBSERVACIONES : \_\_\_\_\_ DESCONTINUA : \_\_\_\_\_  
☐ Na ☐ EXTENS ☐ CLX ☐ VIA CENTRAL ☐

☐ NORMOTENSIA ☐ TEMPERATURA : \_\_\_\_\_ CLIMAS : \_\_\_\_\_ OBSERVACIONES : \_\_\_\_\_  
☐ HIPERTENSIA ☐ AXILAR : \_\_\_\_\_ °C ☐ RECTAL : \_\_\_\_\_ °C

☐ CONSCIENTE ☐ COMA GRADO DEL COMA : \_\_\_\_\_ REFLEJOS ALTERADOS ☐ SI ☐ NO ☐ PUPILAS : ☐ B ☐ I ☐ NOU/MENTO DE ☐ EXTENDIMIENTOS : \_\_\_\_\_  
☐ INCONSCIENTE ☐ EPILEPSIA ☐ SEGLACION ☐ POTOMOR : ☐ CAMBA ☐ ACORONACION : ☐ MY SS ☐ I ☐ I  
☐ ORIENTADO EN ☐ COMALSIONES GLASSON : \_\_\_\_\_ ☐ NARCOSIS ☐ ESPINOCULAR ☐ ANTIOGIDA : ☐ MY II ☐ I  
☐ PERSONA ☐ PARALISIS COMPORTAMIENTO : \_\_\_\_\_ ☐ LAGAR ☐ TIEMPO

☐ SIDA ☐ CALIENTE OBSERVACIONES : \_\_\_\_\_ ☐ DOWTENS ☐ DESCRIBIR TUBINO, LOCALIZACION, CUNA, ...  
☐ ENRIJECION ☐ CLAMOTICA ☐ ENOSJONES  
☐ HURIDA ☐ PALTA ☐ DECIJOTOS  
☐ FRIA ☐ PROBITO ☐

☐ COMALSIONES ☐ LIMITACIONES ☐ SUDACION ☐ SUDIC CARGA DEFICIT MOTORES Y SENSITIVOS : \_\_\_\_\_  
☐ NARCOSIS ☐ DESPARACION ☐ NO SUDACION ☐ SUDIC TRONCO  
☐ RIGIDIZ ARTIC. ☐ ASSO-BINO ☐ SENCION TOTAL ☐ SUDIC EXTENDIO  
☐ MARCHA ESTAB. ☐ SENCION BONA ☐ NULENS OBSERVACIONES : \_\_\_\_\_  
☐ NARCOSIS INEST. ☐ NO ALTERADA ☐ SENCION REGA ☐ BASTIN

☐ DOLOR ☐ DESCOMO NORMAL NIVEL HABITUAL DE SUEÑO : \_\_\_\_\_ DOLOR : ( INTENSIDAD, FRECUENCIA, TRA-  
☐ INCOMO ☐ DESO INVERTIDO ☐ INVENTO )  
☐ NICTURIA ☐ DESO ESCADO ☐ FACTORES QUE AFECTAN AL SUEÑO : \_\_\_\_\_  
☐ DIFICULTADES ☐ DESO MELA ☐ OBSERVACIONES : \_\_\_\_\_  
☐ GOSTOS ☐ NO ALTERADA ☐ ACT DEFECTIVA ☐ FACTORES FAVORABLES DEL SUEÑO : \_\_\_\_\_  
☐ NO ALTERADO ☐

ESTADO EMOCIONAL PACIENTE/FAMILIA PACIENTE/ENFERMERIA OBSERVACIONES : \_\_\_\_\_  
☐ NORMAL ☐ INCIOSO ☐ NORMAL ☐ NORMAL  
☐ DEPRIMIDO ☐ ANITICO ☐ ESCADA ☐ ESCADA  
☐ ELIPORICO ☐ INGRESIVO ☐ MELA ☐ MELA  
☐ HISTERICO ☐ INDEPENDENTE ☐ INDEPENDENTE

☐ CASADO/A NUMERO DE HIJOS ☐ TRABAJA ☐ PROFESION : \_\_\_\_\_ REACCION FAMILIAR ANTE HOSPITALIZACION  
☐ SOLTERO/A ☐ VIVIERO ☐ ESTUDIA ☐ ☐ ☐  
☐ VIUVO/A ☐ VIVE SOLO ☐ NIVEL EDUCATIVO : \_\_\_\_\_ PERSONA QUE MAS LE PUEDE AYUDAR : \_\_\_\_\_  
☐ SEPARADO/A ☐ HERMANO ☐ SACERDOTE ☐ TEL : \_\_\_\_\_

INDIQUE : A) POSIBLES DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA A CONSIDERAR EN LA PLANIFICACION DE CUIDADOS.  
B) POSIBLES RECURSOS A CONSIDERAR PARA LA PLANIFICACION DEL ALTA.  
C) OTROS DATOS DE INTERES.

\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LAS ENFERMERAS QUE REALIZAN LA VALORACION : \_\_\_\_\_ FECHA : \_\_\_\_\_ HORA : \_\_\_\_\_ FIRMA : \_\_\_\_\_



[illegible]

- Los diagnósticos van numerados con el fin de identificarlos y poder realizar su posterior evaluación en el registro creado a tal fin y que posteriormente explicaremos.

Este registro es diario y en él se refleja la evaluación de aquellos diagnósticos que han sufrido algún cambio, indicando previamente su número para que se pueda realizar su identificación. Una vez indicado el número de diagnóstico que ha sufrido cambio, se explica el motivo y se expresa que se procede a añadir o a suprimir el mencionado diagnóstico, así como reflejar nuevos objetivos y actividades de Enfermería.

Este registro se encuentra impreso en la parte posterior del registro de valora-

Asimismo, se entregaron otros documentos complementarios, que ayudaban a la comprensión del proceso y su aplicación. Entre estos documentos podemos destacar: guías de diagnósticos más frecuentes, guía para la valoración de Enfermería por sistemas-aparatos, y de valoración de Enfermería de cabeza a pies, etc.





Servicio Andaluz de Salud  
HOSPITAL CLINICO  
SEVILLA

APELLIDOS : \_\_\_\_\_  
 NOMBRE : \_\_\_\_\_ CAMA : \_\_\_\_\_  
 FECHA : \_\_\_\_\_ N HIST CLINICA : \_\_\_\_\_

[illegible]

## EVOLUCION DE LOS REGISTROS

Desde que comenzamos la aplicación del proceso de Enfermería en nuestras unidades en el año 1987, los registros han sufrido numerosos cambios, resultado de las diversas evaluaciones a los que se han sometido.

Como norma general podemos observar una tendencia a la simplificación de registros. Pensamos que los mejores registros son papeles en blanco, donde el personal de Enfermería pueda registrar el proceso. Pero esto supone un conocimiento profundo tanto teórico como práctico del proceso que en la actualidad aún no se está produciendo. Esto llegará a base de trabajo y después de

algún tiempo. Hasta entonces hemos de utilizar registros que faciliten nuestra labor.

Es el propio personal de Enfermería el que en reuniones sucesivas marcará la necesidad de introducir cambios en los registros hacia un sentido u otro. No se debe de cometer el error de forzar la utilización de registros, si no han sido los propios profesionales quienes lo hayan demandado.

Como estructura a desarrollar, y tratando de no realizar una explicación compleja, significará la tendencia de cambios que en nuestra experiencia han sufrido los distintos registros utilizados, basándonos para ello en las distintas

etapas que componen el proceso de atención de Enfermería.

## REGISTROS DE VALORACION

Podemos distinguir en principio dos tipos de valoraciones: la valoración inicial y la valoración daria del paciente.

Con respecto a la valoración inicial, los registros han tendido hacia la simplificación. Nos hemos encontrado con la dificultad de que en las primeras valoraciones existían registrados datos referidos al estado de salud y otros referidos a técnicas realizadas en el paciente. Por ejemplo, figuraban datos como pueden ser retención de secrecciones, hematuria y otros como monitorización electrocardiográfica continua, sondaje vesical, etc.

Hemos simplificado en los siguientes registros de valoración, reflejando sólo aquéllos que conllevan una actuación directa de Enfermería y que además están referidos siempre al estado de salud-enfermedad del paciente.

La valoración diaria del enfermo, en nuestros registros, la tenemos solucionada al utilizar el modelo de diagnóstico que en la práctica venimos aplicando.

Hemos de realizar valoraciones siempre desde el punto de vista de Enfermería, evitando realizar valoraciones para las que no estamos preparados. Nosotros hemos utilizado guías de ayuda a la realización de las valoraciones iniciales. Cada enfermero conoce los dos tipos de sistemas de valoración más utilizados: por sistemas/aparatos y de cabeza a pies. El método que habitualmente utilizamos es el de sistemas/aparatos, por cubrir mejor nuestras necesidades.

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

En principio utilizamos un modelo de diagnóstico que se nos sirvió desde la Escuela de Enfermería. Este modelo recogía los siguientes datos: sexo, edad, estado de conciencia, limitaciones y priorización de las necesidades alteradas según Maslow.

Tras utilizar este modelo durante algún tiempo, nos dimos cuenta de que el mismo no particularizaba al enfermo y que era muy general e inespecífico. El mismo diagnóstico de Enfermería se podía aplicar a varios enfermos con distintos grados de gravedad y de su lectura no podíamos entrever datos singulares que nos indicaran las actuaciones que tendríamos que llevar a cabo.





Tras examinar varios modelos de diagnósticos de Enfermería nos decidimos por utilizar el modelo descrito por Carlson.

*«Un diagnóstico de Enfermería es la declaración del estado potencial o real de la alteración de la salud de un usuario, que se deriva de la valoración de Enfermería y que requiere la intervención por parte del campo de la Enfermería.»*

La declaración del diagnóstico normalmente consiste en dos frases principales: la primera describe la alteración y la segunda sugiere una base o razón para la alteración. Ambas frases están conectadas por una expresión de relación como «asociado con» o «relacionada a», etc. La frase alteración es el resultado de la valoración diaria.

Recomendamos al profesional que sólo refleje en el proceso aquellos diagnósticos reales que se estén produciendo en el momento y se olvide un poco de los potenciales, aunque siempre se respete la libertad del enfermero/a de reflejar todos aquellos que considere oportunos.

## OBJETIVOS

En un principio no se reflejaban en el modelo los objetivos del plan, pues opinábamos que al reflejar las actividades de Enfermería mentalmente se habían fijado los objetivos, aunque éstos no estuviesen reflejados por escrito. Tras evaluar este aspecto, pensamos que ha sido un error, pues en la actualidad al introducir esta etapa del proceso, estamos observando la gran dificultad que tiene

el enfermero/a en definirlos. Esta dificultad se refiere estrictamente a la manera de registrar los objetivos. Registrar los objetivos ayuda a clarificar las actuaciones de Enfermería.

También hemos observado la dificultad que en nuestras unidades tiene la formulación de objetivos en función del paciente y no del personal de Enfermería.

## PLAN DE CUIDADOS

Esta ha sido la etapa que ha sufrido menos cambios. Hemos de insistir que en el plan de cuidados se deben de registrar aquellas actividades prioritarias que se encuentren en el campo de actuación de la Enfermería, evitando de este modo las actividades que no se puedan realizar de modo autónomo. Es muy conveniente que las actividades reflejadas sean muy concisas y explícitas, bien enunciadas en cuanto a cuál ha de ser la actividad, cuántas veces se han de realizar y en qué tiempo.

## EVALUACION

En este apartado hemos evidenciado la dificultad del personal de no saber distinguir entre incidencias y evaluación de actividades. Para solucionar este aspecto, utilizamos el siguiente razonamiento: no se puede evaluar lo que previamente no está planificado, es decir, si aparece alguna situación que no estaba prevista se ha de valorar, diagnosticar, establecer objetivos, planificar cuidados y posteriormente evaluar, incor-

porando de este modo la situación al proceso.

Si lo que se observa no es una situación que nos impulse a revisar o incluir nuevos diagnósticos, esto nos indicará que nos hallamos frente a una incidencia y que ha de registrarse en su lugar correspondiente.

## FACTORES QUE FAVORECEN UNA APLICACION

A continuación vamos a comentar algunos aspectos que pueden favorecer una correcta implantación del proceso de Enfermería.

### 1) Voluntad del personal de Enfermería en realizar la implantación del proceso

Aunque obvio, es el aspecto más importante que se ha de tener en cuenta. El personal ha de sentir la implantación del proceso como algo en el que él es protagonista, y no se trata de una actividad impuesta desde otras esferas o estamentos. No queremos engañar a nadie, la única interesada en que se realice una aplicación del proceso de Enfermería es la propia Enfermería.

### 2) Existencia de protocolos de actuación y manuales de procedimientos de Enfermería

Es imprescindible que previamente al proceso de implantación del proceso de Enfermería exista en la unidad protocolos de actuación y manuales de procedimientos. Si en los planes de cuidados van a registrarse las actividades de Enfermería para lograr los objetivos previstos, estas actividades han de estar previamente definidas y consensuadas.

### 3) Decidido apoyo de la dirección de Enfermería en la implantación del proceso

Resulta fundamental que exista un apoyo de la dirección de Enfermería al proceso de implantación. Si éstas no son las que impulsan la implantación deben, al menos, suministrar los recursos humanos y materiales necesarios para que se pueda realizar una correcta implantación. En nuestra modesta opinión, las direcciones han de ser las que hagan sentir la necesidad de aplicar el proceso de Enfermería en todas las uni-



dades y servicios del hospital, poniendo en este acto las energías y entusiasmos suficientes.

## 4) Conocimiento previo de otros estamentos del proceso de aplicación

Es necesario y conveniente que otros estamentos y categorías profesionales conozcan cuál es y en qué consistirá la aplicación del proceso. Se ha de explicar las etapas y los objetivos que nos proponemos al implantar la historia de Enfermería. Se ha de solicitar colaboración y comprensión en las primeras fases de la implantación.

## 5) Unidades univalentes

En estas unidades se hace más fácil la aplicación del proceso, al existir un solo tipo de enfermo, lo que facilita tanto la creación de registros como la programación de sesiones de formación.

## 6) Unidades con un número aproximado de seis camas

La aplicación del proceso en las unidades de seis camas aproximadamente

tiene más probabilidades de éxito. Pensamos que es debido a que la unidad de criterio es mayor entre el personal de Enfermería, al ser éste menor y encontrarse más compactado en pequeñas unidades que en otras de mayores dimensiones.

## 7) Unidades equilibradas en cuanto a la ratio Enfermería/cama

Podemos constatar que la implantación del proceso es más factible en aquellas unidades con ratios Enfermería-cama altos. En las unidades donde la ratio Enfermería-cama es de 2:1 (es decir, un enfermero cuida a dos enfermos), el intento contará con un mayor porcentaje de éxito.

## 8) Unidades estables

Según nuestra experiencia, la cumplimentación del proceso es mayor en aquellas unidades en que el número de personal eventual es menor. Esto es debido a que el personal eventual no está informado sobre el proceso e introduce, involuntariamente, variaciones en el resultado final.

## FACTORES QUE DIFICULTAN LA APLICACION DEL PROCESO

### 1) Unidades polivalentes

Las unidades polivalentes exigen del personal de Enfermería un esfuerzo adicional al tener que aplicar el proceso de Enfermería a diversos tipos de enfermos, lo que requiere un conocimiento más profundo en las técnicas de valoración de cada tipo de enfermos, así como en los planes de cuidados y las evaluaciones.

### 2) Unidades con gran número de camas

El mayor número de camas y consecuentemente el mayor número de enfermeras/os que las atienden dificultan los procesos de aplicación, debido a la complicación que se produce en los procesos de comunicación.

### 3) Implantación por etapas del proceso

Pensamos que el introducir el proceso, siguiendo las etapas que componen el proceso, no es rentable, ya que se pro-







duce en el personal aburrimiento, al no poder realizar una visión de conjunto y total del proceso. Con este método el profesional no puede ver el resultado de su trabajo, al no estar el proceso concluido.

#### 4) Existencia de lagunas en la aplicación del proceso

Quizás una de las mayores dificultades que manifiesta el personal de Enfermería es la no aplicación del proceso por parte del compañero. Esto hace que se tenga que realizar un esfuerzo suplementario para actualizar el proceso, lo que a la larga, y de persistir estas lagunas, hacen que los compañeros caigan en la apatía al ver que sus esfuerzos diarios no son continuados por los demás.

#### 5) Falta de lenguaje propio y semántica de los términos

Es incuestionable que la falta de un lenguaje propio de Enfermería dificulta la aplicación del proceso. Con el tiempo se podrá adquirir este lenguaje. También, y relacionado con este tema, existen problemas de semántica en la definición de los términos, como pueden ser: diagnóstico, alta de Enfermería, etc. Para solucionar este tema es necesario establecer buenos canales de comunicación entre estamentos, explicando, en caso necesario, los fundamentos de esta terminología.

#### 6) Existencias de turnos fijos de noche

En todas las evaluaciones hemos observado que los porcentajes de cumplimiento descienden en los turnos fijos de noche. Este hecho es debido al aislamiento en que caen estos turnos, a los que les es más difícil acceder a las interrelaciones que se producen entre los demás turnos laborales.

#### 7) Utilización del proceso como elemento de presión

En nuestra experiencia hemos observado que se utiliza el proceso como elemento de presión y arma arrojadiza en diversas circunstancias. La implantación del proceso es el resultado de un esfuerzo colectivo durante largo tiempo que en escasos minutos se puede frenar o incluso paralizarse.

### CONSIDERACIONES FINALES

Para finalizar queremos poner en vuestro conocimiento algunas consideraciones extraídas de la experiencia real de la implantación del proceso de Enfermería en nuestras unidades.

El mejor registro de Enfermería para la implantación del proceso es el que se confecciona entre el personal. Es el más adecuado para la unidad, pues lo crea quien mejor conoce la realidad de la misma.

Cualquier registro, por imperfecto que sea, es mejor que ninguno. Al menos un mal registro puede ser evaluado para proceder a su corrección.

No debemos complicar el proceso. Quizás nuestra profesión peque de ser demasiado perfeccionista y pretender lograr alcanzar en pocos años lo que otras han logrado en cientos.

Todos los problemas referidos a la implantación del proceso de Enfermería son problemas de mentalidad. El saber para qué se está aplicando el proceso y la trascendencia que para el futuro de nuestra profesión tiene, hace disminuir las dificultades de aplicación.

### BIBLIOGRAFIA

- Alfaro, R.: *Aplicación del proceso de Enfermería*. Ediciones Doyma. Barcelona 1988.
- Carlson, J.H.: *Diagnóstico de Enfermería*. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid, 1985.
- Carpenito, L.: *Diagnóstico de Enfermería*. Nueva Editorial Interamericana. México, 1987.
- Díaz Caballero, A.: *I Congreso de Enfermería Intensiva Andaluza*. Ilustre Colegio de ATS/DE de Sevilla y ADEIA. Sevilla, 1988.
- Dugas: *Tratado de Enfermería práctica*. Nueva Editorial Interamericana. México, 1979.
- Griffith, J.: *Proceso de atención de Enfermería: aplicación de teorías, guías y modelos*. Editorial El Manual Moderno. México, 1986.
- Iyer, W.: *Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería*. Ediciones Interamericana-McGraw-Hill. Madrid, 1988.
- Marriner, A.: *Modelos y teorías de Enfermería*. Ediciones Rol, S.A. Barcelona, 1989.
- Yura, H.: *El proceso de Enfermería*. Editorial Alhambra, S.A. Madrid, 1982.
- Hospital Clínico de Sevilla: *Aplicación del proceso de Enfermería*. Revista Hygia, número 2, Ilustre Colegio Oficial de ATS/DE de Sevilla. Sevilla, 1987.

### AGRADECIMIENTO

*Mi agradecimiento a todo el personal de Enfermería del Área de Cuidados Intensivos y a la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario «Virgen Macarena», de Sevilla.*



# BECAS CONCEDIDAS

| TITULO                                                   | AUTOR                                | CUANTIA      |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| Publicación en Enfermería Científica                     | Félix Julio Jara Fernández           | 24.950 ptas. |
| Jornada de Enfermería Social (Fuden Madrid)              | Juan Pablo Sobrino Toro              | 23.200 ptas. |
| III Reunión Asociación Intensiva Andaluza                | Francisco Javier Vega Vázquez        | 18.050 ptas. |
| V Congreso Nacional Enfermería Traumatología y Ortopedia | Benigna Arjona Hernando              | 17.600 ptas. |
| IX Congreso Nacional Especialista Análisis Clínicos      | Domingo Morón Romero                 | 18.650 ptas. |
| IX Congreso Nacional Especialista Análisis Clínicos      | M. <sup>a</sup> Dolores García Perea | 16.200 ptas. |
| IX Congreso Nacional Especialista Análisis Clínicos      | M. <sup>a</sup> José Arbeloa Mena    | 21.800 ptas. |
| IX Congreso Nacional Especialista Análisis Clínicos      | Joaquín Guilmain Contreras           | 17.950 ptas. |
| IX Congreso Nacional Especialista Análisis Clínicos      | Emilio Dguez-Palacios Gómez          | 16.550 ptas. |
| IX Congreso Nacional Especialista Análisis Clínicos      | Jesús García Masegoso                | 21.100 ptas. |
| IX Congreso Nacional Especialista Análisis Clínicos      | Jesús García Masegoso                | 27.400 ptas. |
| IX Congreso Nacional Especialista Análisis Clínicos      | Lourdes Gonzl-Tabares Casado         | 13.750 ptas. |
| Publicación de Enfermería Científica n.º 98. Mayo 90     | Félix Julio Jara Fernández           | 15.550 ptas. |
| I Jornadas de Enfermería Andaluza Integral               | Elena García Recio                   | 19.450 ptas. |
| I Jornadas de Enfermería Andaluza Integral               | Rosalía Holgado Moreno               | 11.750 ptas. |

Las decisiones de la Junta de Gobierno referente a la concesión o denegación de becas son inapelables.



# 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*



# EDUCACION SEXUAL

Autoras: **Dña. María José Sánchez Fernández**  
D.E. Centro Salud Pino Montano

**Dña. Inmaculada Sánchez Fernández**  
Psicóloga

Mediante un curso de sexualidad, los escolares de 2 FP1 del INB Utrera-1 reciben conocimientos, hábitos y actitudes favorecedoras de una sexualidad armónica y positiva. Conseguida a través de charlas-coloquio, material audiovisual y cuadernillos divulgativos respecto al tema.

Dicho curso fue demandado por el Departamento de Animación Sociocultural, incluyéndose la impartición dentro de las horas lectivas de dichas asignaturas.

## INTRODUCCION

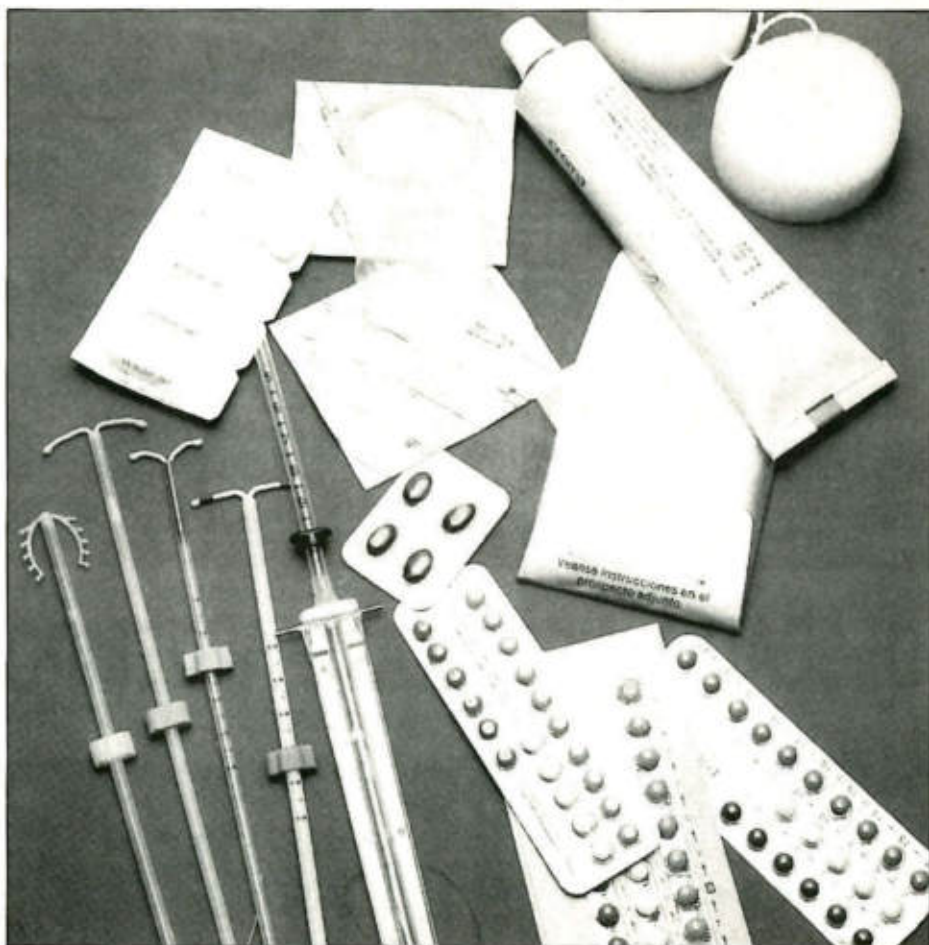
Partimos de la realidad de nuestros días, consecuencia de un precipitado cambio social en el que se da más «libertad» al adolescente, en un contexto de:

- a) Ofrecimiento de drogas (alcohol, opiáceos...)
- b) Ambientes de relación con música estridente (discotecas, pub, tascas...), que incitan poco a la relación y diálogo interpersonal, pero potencian, quizás bastante, el «libertinaje sexual».
- c) Etc., etc.

Ante esto es de resaltar la obligación que nosotros, como profesionales de la Salud, tenemos que educar y formar íntegramente a este colectivo de individuos tan especial por la edad y fase dinámica que viven, en la que tienen lugar profundos cambios en el desarrollo fisiológico, físico y bioquímico, así como en el de la personalidad. De tal manera que el niño se transforma en adulto capaz de intervenir en la reproducción.

La educación sexual presenta en general un auge en nuestros días, debido a las transformaciones anteriormente citadas (biológicas, psicológicas y sociales).

El desafío frente a la sociedad adulta consiste en la no aceptación de sus costumbres. Muchos adultos temen que tal actitud se haya extendido hasta una re-



futación de los módulos adultos en otros terrenos, como precisamente el de las relaciones sexuales.

James Anthony ha estudiado las reacciones o respuestas estereotípicas de los adultos ante el adolescente y señala los siguientes tipos:

1. Objeto peligroso.
2. Objeto sexual.
3. Individuo inadaptado.
4. Objeto perdido.

En consecuencia de todo ello, el hogar ya no es tal, sino un conjunto de habitaciones, como una pensión que segrega al joven, le impulsa a la calle, a la discoteca, al cine..., todos cargados de sexualidad.

Es por todo lo hasta ahora citado la

relevante importancia de la educación en el terreno de la sexualidad, con el fin de crear en el joven un comportamiento sexual sano, equilibrado e integrador para con su propia persona y la del otro.

## OBJETIVOS

- 1) Promocionar la salud sexual, definida por la O.M.S.:

«La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales por medios que sean positivamente enriquecedores, que potencien la personalidad, la comunicación.»

- 2) Detectar y paliar las lagunas de conocimientos teóricos sobre el propio cuerpo y el del sexo contrario.





- 3) Indagar y solventar el desconocimiento de métodos anticonceptivos, así como su correcta utilización.
- 4) Conocer las inquietudes e intereses respecto al tema del propio colectivo del curso para ser tratados en el mismo.
- 5) Que el adolescente asuma la responsabilidad de sus hechos tras el conocimiento y la formación recibidos en el campo de la salud sexual.

#### METODOLOGIA

El campo de acción es un grupo de alumnos de edades comprendidas entre 15-20 años, siendo la media de 16,6, repartidos en un grupo de treinta y seis participantes, siendo el total setenta y dos.

El curso consistió en seis sesiones, de unos sesenta minutos cada una, impartidas en una cada semana para cada grupo.

Una vez recogidas las dudas de los alumnos e impartición de un cuestionario anónimo e individual, se partió a las charlas-coloquio, acompañadas de abundante, claro y didáctico material audiovisual referente única y exclusivamente al tema.

Al final del curso se les hizo entrega a alumnos y profesores de una carpeta con material divulgativo, así como de un cuadernillo de elaboración nuestra donde se recogía todo el contenido impartido en el mismo.

#### ANALISIS DEL CUESTIONARIO

Partiendo del análisis cualitativo basado en el cuestionario anónimo que

completaron en el inicio del curso, los adolescentes que participaron en el mismo, y motivo de nuestro estudio, puede alcanzarse una serie de conclusiones sobre sexualidad representativa de dicha muestra, mediante las cuales, y siempre dentro de las posibilidades de este trabajo, se pone de manifiesto a groso modo tanto el nivel de conocimientos como de actitudes y de necesidades sentidas que alberga el mundo adolescente.

A continuación se pasan a detallar los

resultados obtenidos del cuestionario punto por punto:

#### 1. Sobre tu propio cuerpo sabes: mucho, bastante, poco, muy poco.

A esta pregunta que hacía referencia a conocimientos que sobre el cuerpo creían tener, es significativo que solamente el 52,7 por ciento crean saber bastante, mientras que el 37,5 por ciento reconocen su ignorancia.

## AUTOEXPLORACION MAMARIA POST-MENSTRUAL

**5 minutos al mes pueden representar años de tranquilidad**



**1 observación**  
¿están como siempre?  
(tamaño, color, forma, etc.)



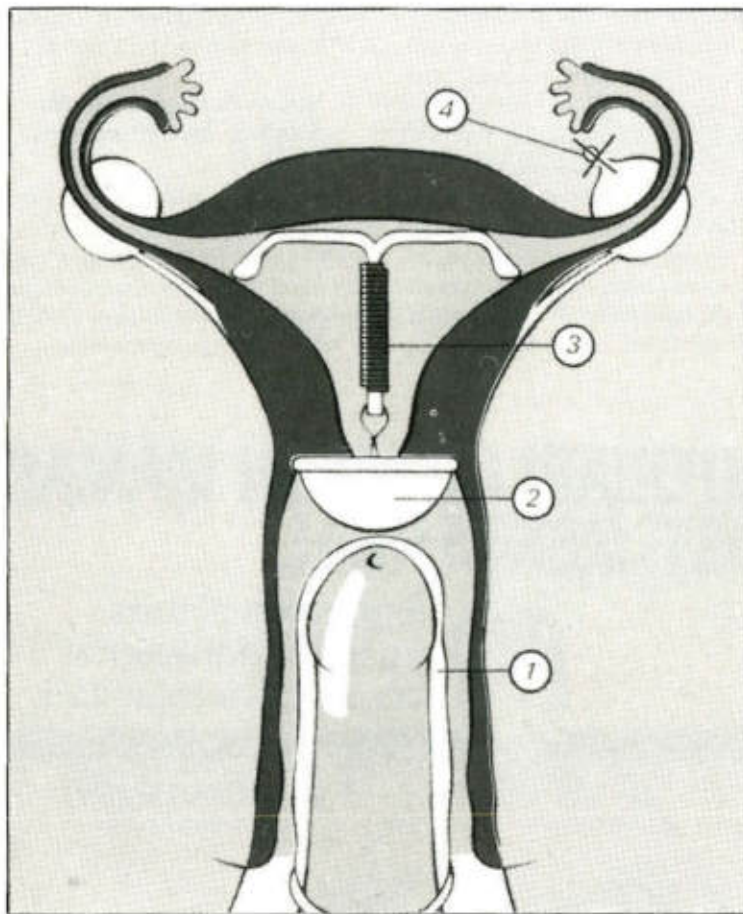
**2 palpación**  
con la mano plana y la otra detrás de la nuca  
(¿existen bultos?)



**3 exploración axilar**  
finalizar la exploración por la parte externa de la mama, hasta llegar a la axila

**PLANIFICAR ES DECIDIR CON TRANQUILIDAD**





## ¿Dónde actúa cada método?

- 1.—BARRERA (Condón)  
2.—DIAFRAGMA

- 3.—DIU  
4.—PILDORA

### 2. Sobre el otro sexo sabes: mucho, bastante, poco, muy poco.

Los datos anteriores que detectan cierto desconocimiento se ven aumentados en la encuesta hasta el 50 por ciento en adolescentes que aseguran saber poco sobre el sexo contrario.

### 3. ¿Cómo has aprendido lo que sabes sobre el sexo? Padre/madre, profesores, amigos, hermanos, libros, otros.

En esta pregunta es apabullante la incidencia a través de los amigos (81,9 por ciento), seguidos muy de lejos por libros, profesores, padres y hermanos, respectivamente.

### 4. La palabra sexo te produce: bastante curiosidad, una cierta inquietud, un interés relacionado con tu cuerpo y el del otro, no te produce ningún efecto, algo que no sabes definir.

De la sensación producida por la palabra sexo y sus connotaciones es destacable un porcentaje superior al 30 por ciento que refiere tener bastante curiosidad, seguida por casi el 20 por ciento a los cuales les ocasiona cierta inquietud. Otro 20 por ciento no sabe definirla.

### 5. ¿Con quién hablas de temas de sexualidad? Madre/padre, profesor, hermanos, amigas/os, otros.

Vuelve a ser significativo el que a la pregunta de con quién hablan de temas de sexualidad ascienda a un 88 por ciento los que eligen a los amigos para ello.

### 6. Cita los temas de sexualidad que más te interese conocer.

### 7. ¿Qué tipos de experiencias sexuales has tenido?

Muy interesante de analizar es la dicotomía existente entre los temas que más interesan al adolescente y las relaciones que han tenido, pues su mayor interés se centra en cuestiones como:

masturbación, primer coito, métodos anticonceptivos, relaciones prematrimoniales, aborto, higiene. Temas principales de interés que se contraponen casi al hecho de que sus relaciones sexuales se basan mayoritariamente en masturbación y besos, seguidos a distancia por el coito (2,6 por ciento).

### 8. ¿En qué momento crees que deben comenzar las relaciones?

Enlazando con lo anterior, es interesante destacar en que casi todos coinciden en que la adolescencia es la edad ideal para comenzar las relaciones, lo que justifica la necesidad precoz de educarles en una sexualidad sana y beneficiosa.

### 9. ¿Conoces algo que se utilice para evitar que la mujer quede embarazada?

### 10. ¿Sabes qué es el aborto? Explicalo.

### 11. ¿Crees que es necesario que se te dé educación en la escuela?

El método anticonceptivo más conocido es el preservativo, mientras que sólo el 10 por ciento es capaz de definir lo que es un aborto, lo que corrobora la necesidad que ellos mismos manifiestan respecto a una buena información sexual en la escuela, obteniendo así esta contestación en el 88,6 por ciento de los hombres y el 98,2 de las mujeres.

### 12. Para conocer el nivel de tu vocabulario sexual di lo que sepas de cada una de estas palabras: vulva, pene, himen, vagina, glándula, menopausia, frigidez sexual, impotencia.

Ante la pregunta que se les hacía sobre determinadas palabras del vocabulario sexual, es reafirmativo del bajo nivel poseído por estos escolares el que tan sólo el 7 por ciento sea capaz de contestar correctamente, lo cual da idea de la presencia de grandes equívocos y errores productos de una muy deficiente educación.

Como anotación final, sólo comunicar la petición casi a gritos que emite este colectivo de la necesidad de una educación sexual que, por otro lado, disminuiría en gran medida, para satisfacción de todos, el número de chicas embarazadas sumado a la cantidad de problemas sexuales que se viven actualmente. Y un largo etc. que ocasiona, por otra parte, el desarrollo de una personalidad no-integra y deficitaria.



## PREMIO NOBEL DE MEDICINA Y FISILOGIA 1908

# ELIE METCHNIKOFF



Elie Metchnikoff, bacteriólogo de origen ruso, nació en Charkow el 15 de mayo de 1845; estudió en su ciudad natal y más tarde en las Universidades de Gießen y Munich, en esta última bajo el magisterio de Siebold; hizo trabajos en Nápoles, en colaboración con Kovalevsky, regresando a Rusia en 1867; en 1870 es nombrado profesor de Zoología en la Universidad de Odessa, ejerciendo la docencia hasta 1882; consagrado desde ahora por entero a la investigación, ocupó por breve tiempo, en 1886, la dirección del Instituto Bacteriológico de Odessa; durante una estancia en Messina, en 1883, inició los trabajos que había de permitirle elaborar el más valioso capítulo de su obra científica. Los estudios de Louis Pasteur sobre el tratamiento de la rabia atraen a Metchnikoff a París, vinculándole, y definitivamente, al Instituto de Pasteur, en cuya dirección sucedió a su fundador (1895), manteniéndose en este puesto hasta su muerte, acaecida en París el 15 de julio de 1916.

Un aspecto, muy disputado en la época, de su labor científica lo componen

sus teorías sobre la longevidad, basadas en el papel que atribuyó a los procesos de putrefacción intestinal en el envejecimiento. Testimonio de sus opiniones son sus obras, de 1903. *Etude sur la nature humaine, essai de philosophie optimiste* y *La vieillesse*. De su labor escrita, directamente ligada con sus investigaciones como zoólogo y bacteriólogo, hay que recordar en primer lugar los trabajos de la primera época (1863-1886). Residiendo ya en París publica, en los *Annales de l'Institut Pasteur*, en 1889, sus «Recherches sur la digestion intracellulaire», y en fecha ulterior las «Recherches sur le choléra et ses vibrions» (1894); en 1908, el trabajo «Etudes sur la flore intestinale», y dos años más tarde el artículo «Poissons intestinaux et sclérose». Mención especial merecen los trabajos sobre sífilis realizados con Émile Roux. La primera exposición de tales indagaciones, apareció en los *Annales del Instituto Pasteur* con el título «Etudes expérimentales sur la syphilis» (1903-4; 17: 809-21; 18 1-6); en 1905 se publican las «Recherches microbiologi-

ques sur la syphilis», también firmadas por Metchnikoff y Roux, quienes al siguiente año presentan un resumen de sus indagaciones en el Congreso Dermatológico de Berna. Sus valiosas *Leçons sur la pathologie comparée de l'inflammation* se editan en 1892.

Metchnikoff fue galardonado en 1908 con el Premio Nobel de Medicina y Fisiología, que comparte con Paul Ehrlich, por sus trabajos, que fueron decisivos, para elaborar la doctrina de la inmunidad. El proceso biológico de la fagocitosis, observado y descrito por Élie Metchnikoff, empezó a ser entrevisto por este bacteriólogo en Messina, y de él hizo una inicial comunicación al Congreso de Odessa (1883), publicando sobre el tema, en el *Virchow's Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie* (1884; 96: 177-95), el trabajo «Ueber eine Sprosspilzkrankheit der Daphnien. Beitrag zur Lehre über den Kampf der Phagocyten gegen Krankheitserreger». Artículos de fecha posterior reafirman esta primera explicación, debiendo recordarse el trabajo «Sur la destruction extracellulaire des bactéries dans l'organisme» (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1895; 9: 433-61) y el volumen titulado *L'immunité dans les maladies infectieuses* (París, 1901), cuya versión inglesa se editó en Nueva York en 1905. Metchnikoff firma el capítulo «Die Lehre von der Phagozyten und deren experimentelle Grundlagen», del *Handbuch der pathogenen Mikroorganismen* de Kolle y Wassermann (Jena, 1903-1909). Precedentes del hallazgo de Metchnikoff son la observación de Th. Langhans (1870) sobre la capacidad de los leucocitos de englobar restos de hematíes destruidos y la sugerencia de que tal actividad podría servir para destruir microbios formulada por P.L. Panum (1874) y K. Roser (1881). El descubrimiento de la fagocitosis por Metchnikoff y el del poder bactericida de la sangre y la presencia en ella de «alexinas», hecho en 1889 por Hans Buchner, inician la teoría de la inmunidad, respectivamente los aspectos celular y humoral de la misma, que iba a ser elaborada en sus últimos postulados por Jules Bordet y Paul Ehrlich.



# COMPARACION DE LOS HEMOCULTIVOS EXTRAIDOS POR ATS/DE DE PLANTA Y LABORATORIO

Autores: **Dña. Dolores García Perea**  
D.E.

**Dña. M.ª Jesús Clavijo Ledesma**  
D.E.

**D. José Luis García López**  
Médico adjunto

Departamento Microbiología.  
Hospital Universitario «Virgen  
Macarena». Sevilla.

## INTRODUCCION

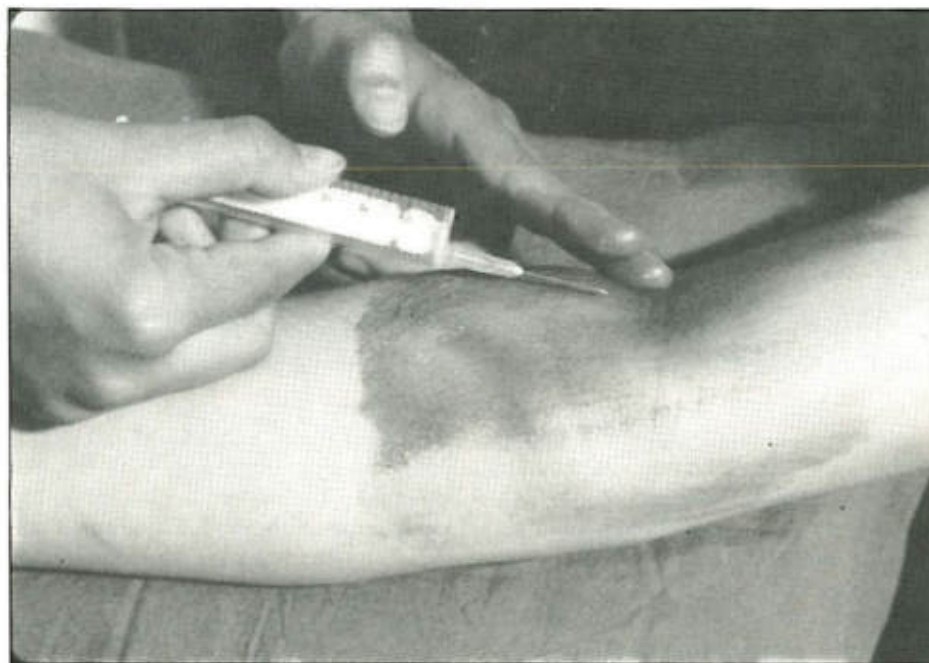
Los motivos que nos llevaron a la proyección de este trabajo fueron obtener información sobre el origen de la contaminación de los hemocultivos realizados en nuestro hospital. Las extracciones se efectuaron en nuestro medio hospitalario, tanto por el ATS/DE adscrito al laboratorio de Microbiología como por el ATS/DE de las plantas de hospitalización.

Nos interesaba estudiar fundamentalmente si el hecho de la extracción por una u otra persona tenía repercusiones en el número de contaminaciones, así como en el número de hemocultivos con valor clínico obtenido.

## MATERIAL Y METODOS

### Hemocultivos

Durante los meses de febrero y marzo de 1990 se realizaron en el Hospital Universitario «Virgen Macarena», de Sevilla, 1.027 extracciones de sangre para hemocultivo: 167 fueron realizadas por los ATS/DE del laboratorio de Microbiología y 860 por los ATS/DE de los diferentes servicios del hospital. Los hemocultivos se procesaron mediante un BACTEC no radiométrico NR 660 de Becton Dickinson que realiza lecturas diarias de los frascos incubados en estufa a 37°C en aerobiosis y anaerobiosis, durante siete días, al cabo de los cuales se realiza un subcultivo ciego en placa de Brucella Agar y Agar chocola-



**FOTOGRAFIA Nº 1: Desinfección de la zona de punción del enfermo.**

te de los hemocultivos negativos. Si no se obtiene crecimiento, el hemocultivo se informa como negativo, excepto en sospecha de otras enfermedades producidas por microorganismos de crecimiento lento, como es la brucelosis, cuyo periodo de incubación se prolonga a cuatro semanas.

### Estudio estadístico

El estudio de la significación estadística se realizó mediante  $\chi^2$  cuadrado.

### Valor clínico de los hemocultivos

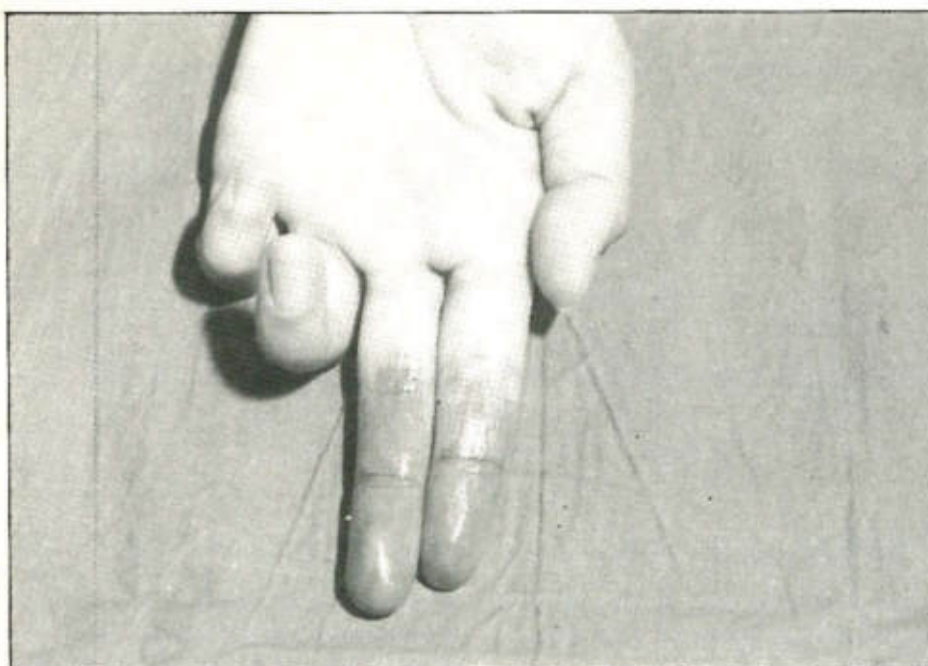
La valoración de los hemocultivos que

resultaron positivos se llevó a cabo de forma conjunta por el infectólogo y el médico responsable del enfermo.

### Técnica de tomas de muestras

Debe ser aséptica, para evitar contaminaciones. Una vez elegida la vena se aplica alcohol y a continuación tintura de yodo o povidona yodada, dejándola secar 1-2 minutos (fotografía número 1). Una vez hecho esto, el lugar de punción no debe ser reconocido por el dedo, a menos que haya sido simultáneamente decontaminado o se usen guantes estériles (fotografía número 2). También debe decontaminarse el tapón de cau-





**FOTOGRAFIA N° 2:** Desinfección de los dedos que palpan la zona de punción.

cho del frasco. Los frascos se inoculan con agujas nuevas, descartando la aguja utilizada para la obtención de la sangre.

Si se usan equipos de extracción con doble aguja, el frasco debe colocarse por debajo del nivel de punción venosa para evitar reflujo de sangre.

La sangre se reparte entre los frascos, inoculando éstos con el volumen necesario para que la sangre se diluya al 1/10 en el medio de cultivo, inoculando en primer lugar el frasco para estudio de anaerobio (no dejar entrar el aire) y a continuación el frasco para estudio de aerobios (fotografía número 3), permitiendo que el aire de la habitación reemplace el vacío a través de la aguja, desconectada de la jeringuilla.

Una vez extraído el hemocultivo debe incubarse a 35-37°C lo más rápido posible.

## Resultados

En la tabla I observamos que el número total de hemocultivos positivos es más alto en las realizadas por el ATS/DE de planta. Sin embargo, podemos observar también cómo la diferencia con respecto a los hemocultivos positivos realizados por los ATS/DE de laboratorios es a expensas de los hemocultivos positivos sin valor clínico.

En la tabla 2 se muestra cómo el rango de microorganismos aislados por el

puesto que la cifra aceptada es de un 2% de contaminaciones. Esta cifra es muy superior a las contaminaciones de los hemocultivos extraídos por ATS/DE del laboratorio de Microbiología; esta diferencia es estadísticamente significativa ( $P < 0,01$ ).

Los hemocultivos extraídos por los ATS/DE de las plantas del hospital dan lugar a unos aislamientos con valor clínico en un porcentaje ligeramente superior a los extraídos por los ATS/DE del laboratorio de Microbiología (8,3 y 7,6 por ciento, respectivamente). Esta diferencia no es significativa estadísticamente y podría ser debida a la mayor proximidad del ATS/DE de las plantas de enfermos, que facilita la obtención de las muestras en el momento adecuado en el caso de bacteriemia discontinua. En la tabla 2 se aprecia cómo la mayoría de aislamientos de los hemocultivos extraídos por ATS/DE del laboratorio de Microbiología, correspondía

**TABLA I**

| HEMOCULTIVOS REALIZADOS | HEMOCULTIVOS POSITIVOS  |                   |                   |             |
|-------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------|
|                         | Hemocultivos realizados | Sin valor clínico | Con valor clínico | TOTAL       |
| ATS LAB.                | 167 ( 16,1%)            | 4 (2,4%)          | 13 (7,8%)         | 17 (10,20%) |
| ATS PLANTA              | 860 ( 83,9%)            | 74 (8,6%)         | 71 (8,3%)         | 145 (16,7%) |
| TOTAL                   | 1.027 (100%)            | 78 (7,6%)         | 84 (8,2%)         |             |

ATS/DE de planta es mucho mayor que el aislado por el ATS/DE de laboratorio, en los cuales observamos cómo más del 50% de los hemocultivos positivos son debidos a bacteriemias por *Staphylococcus aureus*.

En la tabla 3 se aprecia cómo los hemocultivos contaminados son debido a microorganismos normalmente residentes en la piel con un claro predominio de *Staphylococcus coagulasa* negativo y bacilos gram positivos no esporulados.

En la tabla 4 observamos cómo el número de contaminaciones generales es muy alto, sobre todo en los servicios médicos y pediátricos.

## Discusión

De los anteriores resultados podemos deducir que en los hemocultivos extraídos por los ATS/DE de las plantas del hospital se produce un número excesivamente alto de contaminaciones,

**TABLA II**

### MICROORGANISMOS AISLADOS EN LOS HEMOCULTIVOS CON VALOR CLÍNICO

| Microorganismos        | Planta | Laboratorio |
|------------------------|--------|-------------|
| Staphylococcus aureus  | 15     | 6           |
| S. Epidermis           | 7      | 0           |
| Neumococo              | 8      | 0           |
| Enterococcus faecalis  | 2      | 0           |
| Streptococcus sp.      | 5      | 2           |
| Neisseria meningitidis | 1      | 0           |
| E. coli                | 9      | 1           |
| K. pneumoniae          | 4      | 0           |
| S. marcescens          | 4      | 0           |
| E. cloacae             | 3      | 0           |
| M. morganii            | 1      | 0           |
| P. mirabilis           | 1      | 0           |
| Pseudomonas sp.        | 5      | 3           |
| Fusobacterium sp.      | 2      | 0           |
| C. albicans            | 4      | 1           |
| TOTAL                  | 71     | 13          |



TABLA III

**MICROORGANISMOS AISLADOS EN LOS HEMOCULTIVOS SIN VALOR CLÍNICO**

| Microorganismo         | Planta    | Laboratorio |
|------------------------|-----------|-------------|
| Micrococcus sp.        | 4         | 0           |
| Streptococcus sp.      | 2         | 0           |
| Stafilococo coag. neg. | 41        | 2           |
| Staphylococcus aureus  | 1         | 0           |
| Corynebacterium sp.    | 10        | 2           |
| Propionibacterium sp.  | 16        | 0           |
| <b>TOTAL</b>           | <b>74</b> | <b>4</b>    |

a bacteriemias continuas: Seis *Staphylococcus aureus* debidos a catéteres intravenosos infectados y dos casos de endocarditis por *Streptococcus*.

Por todo lo anterior, creemos que el hemocultivo debe ser extraído por el ATS/DE que atiende al paciente, si bien es necesario disminuir el número de las contaminaciones, que, tal como se observa en la tabla 3, son debidas a microorganismos comensales de la piel; por ello, es necesario un seguimiento más riguroso de las técnicas de tomas de muestras de hemocultivos. En esta situación juega un papel fundamental la Formación Continuada del personal ATS/DE que atiende al enfermo en planta. En esta puesta al día del personal de planta, el ATS/DE del laboratorio (de Microbiología) debe tomar una actitud activa.

TABLA IV

**PROCEDENCIA Y RESULTADO DE LOS HEMOCULTIVOS REALIZADOS**

|                  | N.º Total    | Hemocultivos negativos | Hemocultivos positivos |                   |
|------------------|--------------|------------------------|------------------------|-------------------|
|                  |              |                        | Con valor clínico      | Sin valor clínico |
| UCI (1)          | 355 (24,8)   | 204 (23,6)             | 33 (39,3)              | 18 (23,1)         |
| Ser. Médic.      | 554 (53,9)   | 489 (56,5)             | 24 (28,6)              | 41 (52,6)         |
| Ser. quirúr. (2) | 56 ( 5,5)    | 47 ( 5,4)              | 6 ( 7,1)               | 3 ( 3,8)          |
| Pediatría        | 63 ( 6,1)    | 48 ( 5,6)              | 6 ( 7,1)               | 9 (11,5)          |
| Urgencias        | 99 ( 9,6)    | 77 ( 8,9)              | 15 (17,9)              | 7 ( 9,0)          |
| <b>Total</b>     | <b>1.027</b> | <b>865</b>             | <b>84</b>              | <b>78</b>         |

Este trabajo es sólo el inicio de un proyecto más ambicioso que estamos desarrollando en nuestro servicio y del cual se procederá a una nueva evaluación al cabo de un año.

**RESUMEN**

Durante febrero y marzo se han realizado en HUS 1.027 extracciones de sangre para hemocultivos, 167 fueron realizados por ATS/DE del laboratorio de Microbiología y 860 por los ATS/DE de los distintos servicios del hospital.

Se obtuvo crecimiento bacteriano en diecisiete (10,2%) hemocultivos realizados por los ATS/DE de Microbiología y en ciento cuarenta y cinco (16,7%) de los realizados en otros servicios. Anali-

zando los resultados obtenidos se han interpretado como posibles contaminaciones cuatro (2,4%) de los hemocultivos realizados por los ATS/DE de Microbiología y setenta y cuatro (8,6%) de los realizados en los demás servicios.

El porcentaje de hemocultivos positivos considerados con valor clínico fue similar: trece (7,8%) de los hemocultivos realizados por los ATS/DE de Microbiología y setenta y uno (8,3%) de los realizados por otro personal del hospital.

De los resultados anteriores concluimos que en nuestro hospital debe concienciarse a los ATS/DE de los servicios de hospitalización de la importancia de obtener las muestras clínicas para microbiología atendiendo rigurosamente las recomendaciones dadas.

**Palabras claves**

Hemocultivo, contaminación.

**BIBLIOGRAFIA**

- Washington II, J.A. *Hemocultivos: Principios y Fundamentos*. I Congreso SEIMC. Sevilla, 1984.
- Palomares, J.C.: *Diagnóstico rápido de la septicemia: tinción de naranja de acridina*. I Congreso de la SEIMC. Sevilla, 1984.
- Martínez-Luengas, F.: *Bacteriemia en seis hospitales españoles*. Grupo de Estudio de Bacteriemia. I Congreso SEIMC. Sevilla, 1984.
- Gálvez Acebal, J.: *Estudio de las septicemias en un hospital general*. Tesis de licenciatura. Facultad de Medicina de Sevilla, 1984.
- Perea, E.J.: *Enfermedades infecciosas: patogénesis y diagnóstico*. Editorial Salvat, 1983.



**FOTOGRAFIA N.º 3: Frascos de hemocultivos para incubación en aerobiosis y anaerobiosis.**



# CURSOS • JORNADAS • CONGRESOS

## **IX CERTAMEN DE ENFERMERIA ESPAÑOLA SAN JUAN DE DIOS**

Primer premio: 3.000.000 ptas.

Segundo premio: 700.000 ptas.

Tercer premio: 300.000 ptas.

Madrid

Plazo de presentación: Hasta el 8 de febrero de 1991

## **I CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA QUIRURGICA**

Barcelona - Días 2, 3 y 4 de mayo de 1991

Secretaría del congreso:

Martes y jueves de 5 a 8 de la tarde.

Av. Virgen de Montserrat 210-4-1. 08026. Barcelona

Telf. 235 46 17

## **III JORNADAS NACIONALES DE SUPERVISION**

Barcelona - Días 13, 14 y 15 de febrero de 1991.

Información e inscripción: Catalana de Congreso.

Sant Pere Mitja, 17. 08003 Barcelona.

Telf. (93) 319 09 55

## **CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA ONCOLOGICA**

Barcelona - Días 9, 10 y 11 de mayo de 1991.

Información, inscripciones y secretaria:

Suport: París, 150. 08036 Barcelona.

Telf. (93) 322 65 54

## **I JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA EN NUTRICION Y DIETETICA**

Madrid - Días 8 y 9 de marzo de 1991

Información:

Asociación de Diplomados de Enfermería  
de Nutrición y Dietética.

Hospital de la Princesa. Diego de León, 62. Madrid.

Telf. 402 80 00. Ext. 237

## **XX CURSO INTENSIVO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE A.T.S. Y D.E. EN UROLOGIA**

Pamplona - Días 10 y 11 de mayo de 1991

Información: Carmen Unanua Aragón. Hospital  
de Navarra. Servicio de Urología. Pamplona.

Telf. 10 21 00

## **XV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANATOMIA PATOLOGICA**

Días 25 al 30 de mayo de 1991

Información e inscripción: H.V. «Virgen Macarena».

Dpto. Anatomía Patológica. Avda. Dr. Fedriani, s/n.

Telf. (95) 437 12 84. Sevilla

## **III JORNADAS ARAGONESAS DE ENFERMERIA**

Teruel - Días 25, 26 y 27 de abril de 1991

Sede Jornadas:

Dirección Provincial de Educación y Ciencia  
c/ San Vicente de Paúl, 1. Teruel

Cuota inscripción: 12.000 ptas. antes 18 marzo.  
14.000 ptas. después 18 marzo

## **II ENCUENTRO NACIONAL ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA**

San Sebastián - Del 9 al 12 de octubre de 1991

Colegio de A.T.S. de San Sebastián.

Manterola, 5-1º. Telf. 45 15 60 - 45 45 08



### *Cuadro resumen de actividades docentes*

| ÁREA MÉDICO QUIRÚRGICA                               | O                                   | N                                   | D                                   | E                                   | F                                   | M                                   | A                                   | M                                   | J                                   |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| * I Curso Urgencias Médico-quirúrgicas               |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
| * Actuaciones ante Úlceras y Heridas                 |                                     |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| * I Curso sobre Cuidados Coronarios                  |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| ÁREA DE GERIATRÍA                                    | O                                   | N                                   | D                                   | E                                   | F                                   | M                                   | A                                   | M                                   | J                                   |
| * I Curso de Enfermería Geriátrica                   |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| ÁREA MATERNO INFANTIL                                | O                                   | N                                   | D                                   | E                                   | F                                   | M                                   | A                                   | M                                   | J                                   |
| * I Curso de Enfermería Pediátrica                   |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| * Cuidados de Enfermería en Patología Mamaria        |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| ÁREA DE SALUD MENTAL                                 | O                                   | N                                   | D                                   | E                                   | F                                   | M                                   | A                                   | M                                   | J                                   |
| * Especialización en Drogodependencia                |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| * Técnicas de Apoyo en Psiquiatría                   |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| ÁREA DE SALUD COMUNITARIA                            | O                                   | N                                   | D                                   | E                                   | F                                   | M                                   | A                                   | M                                   | J                                   |
| * VI Curso de Atención Primaria                      |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ÁREA DE ENFERMERÍA BÁSICA                            | O                                   | N                                   | D                                   | E                                   | F                                   | M                                   | A                                   | M                                   | J                                   |
| * IX Curso Supervisión en Enfermería                 | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
| * X Curso Supervisión en Enfermería                  |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |
| * Aportaciones Psicológicas al trabajo de Enfermería |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| * III Curso de Habilidades Sociales                  |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| ÁREA COMPLEMENTARIA                                  | O                                   | N                                   | D                                   | E                                   | F                                   | M                                   | A                                   | M                                   | J                                   |
| * II Curso sobre Fotografía                          |                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |
| OTRAS ACTIVIDADES                                    | O                                   | N                                   | D                                   | E                                   | F                                   | M                                   | A                                   | M                                   | J                                   |
| * Jornadas sobre Diagnóstico de Enfermería           | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |                                     |





**Ilustre Colegio Oficial  
de Enfermería**



**CAUDAL**  
SEGUROS  
GRUPO ZURICH

## SEGURO DE AUTOMOVILES



Todas las pólizas de seguro de coches, *desde el obligatorio al todo riesgo*, de «Caudal» están cubiertos con la Tarjeta de Asistencia en viajes.

Se tiene derecho con ella:

### **Desde el Km. 0**

- Remolque del vehículo en caso de avería o accidente.
- Rescate.
- Reparación de urgencia en carretera.
- Repatriación del vehículo por avería en el extranjero.
- Servicio a los asegurados en caso de inmovilización del vehículo por avería o accidente.
- Retorno del vehículo reparado «in situ» o recuperado después de un robo.
- Envío de repuestos.
- Gastos de custodia del vehículo accidentado.

Contempla igualmente garantía sobre personas, con o sin vehículo, y conductor identificado hasta los límites señalados en la póliza.

En el todo riesgo se garantiza en caso de siniestro con pérdida total, el 100 por 100 del valor incluido IVA, tanto por accidente como por robo.



### **PRECIOS MUY ESPECIALES PARA LOS COLEGIADOS DE SEVILLA**

**«CAUDAL» MANTIENE LAS BONIFICACIONES QUE SE TENGAN  
CON OTRA COMPAÑÍA**

**SEGURO ESTE DONDE ESTE Y DURANTE LAS 24 HORAS DEL DÍA, A MINIMAS CUOTAS  
MUY INTERESANTES TANTO PARA EL COLEGIADO COMO PARA LOS FAMILIARES  
DIRECTOS**

Dirigirse a: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería  
C/. Infanta Luisa de Orleans, 10. SEVILLA  
Tlfs. (95) 441 12 11 - 441 13 00





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

## A TODOS LOS DIPLOMADOS EN ENFERMERIA SEVILLANOS

Este Colegio Profesional, ante la situación de hechos consumados con la aprobación del Nuevo Plan de Estudios de la Carrera de Diplomados en Enfermería (Real Decreto 1.466/90, B.O.E. 20-11-90), se ve en la ineludible obligación de informar a los profesionales de esta Provincia el inicio de acciones jurídicas pertinentes junto a la más enérgica protesta por la agresión de que es objeto nuestra Profesión, al rebajarse las horas lectivas de la Carrera desde las 4.600 actuales, a un mínimo de 1.800 y un máximo de 2.700 horas.

No se entiende cómo el Gobierno de España, que está obligado a cumplir las Directivas Comunitarias, haya castigado nuestro Colectivo INCUMPLIENDO LAS REFERENTES A NUESTRA PROFESION (77/452-453), por lo que los A.T.S./D.E. Españoles no podrán convalidar su Título en Países de la Comunidad Europea, pero sí, triste y cierto, recibir profesionales de otras naciones que ocuparán puestos de trabajo en nuestros centros sanitarios.

También hay que DENUNCIAR, en consecuencia, la enorme degradación que se producirá en la calidad asistencial para los ciudadanos en el Sistema de Salud, donde la Enfermería tiene un papel y unas responsabilidades absolutamente importantes a desempeñar.

**Por tanto, este Colegio va a interponer Recurso Contencioso Administrativo contra el Real Decreto antes mencionado.**

Reiteramos nuestra INDIGNACION ante lo que es un atropello, humillación y retroceso en la situación de nuestra Carrera Universitaria. Esta profesión de Enfermería padece secularmente una larga serie de afrentas, vejaciones y marginaciones ante las que ha respondido sobradamente con entrega, humanidad y preparación.

El Plan de Estudios es, por ahora, el penúltimo agravio a que someten al colectivo de Enfermería. MANIFESTAMOS CATEGORICAMENTE LA CULPABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE ESTE GOBIERNO, e invitamos al colectivo profesional a que haga una seria reflexión sobre dónde nos está conduciendo la actual política Sanitaria.

Finalmente, ante situaciones tan impropias de un País que se dice moderno, queremos dejar constancia tanto de la protesta de este Colegio como del sentir general de frustración y asombro de sus integrantes colegiados. Estamos ante un reto histórico frente al que debemos reaccionar desde la honda convicción de que nadie, absolutamente nadie, puede quedarse impasible ante los ataques que desvirtúan años y años de esfuerzo y entrega.

Sevilla, 12 de Diciembre de 1990

LA JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO DE ENFERMERIA