

Nº 15 • ENERO-FEBRERO-MARZO 1991



Avanza

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

- LITOTRICA EXTRACORPOREA
- PROCESO DE ENFERMERIA
- REFLEXOLOGIA

EL INTERÉS ES LO PRIMERO

HASTA EL

14 %

A 30 días

DEPÓSITO LÍDER

EJEMPLOS DE T.A.E.*: Remuneración según tramos.

1 millón de Ptas.	10,82%	26 millones de Ptas.	12,63%
2 millones de Ptas.	11,33%	75 millones de Ptas.	14,00%

(*) Incluye comisión de renovación.

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 A.T.S.



BANCO DEL COMERCIO

Para una clase de vida.

EDITORIAL

Buitres en forma de técnicos F.P.

Si un añejo refrán dijo en su día que las ciencias adelantan que es una barbaridad, alguien ha debido querer, o pretender, coger un tren de alta velocidad que pasaba al lado para ser más papista que el mismísimo Sumo Pontífice por lo que a continuación desmenuzamos, pero a costa de unas desgraciadas circunstancias y un más que triste aprovechamiento de las mismas.

Nos explicaremos: con ocasión del reciente fallo/avería del acelerador lineal de electrones instalado en los servicios de cobaltoterapia del Hospital Clínico de Zaragoza, siete vidas humanas se lleva cobrada una tragedia catalogada como la más grave en la historia médica mundial en este campo concreto de actuación. Pues, bien; cuando todas las partes implicadas —absolutamente todas— han preferido callar y dejar actuar al Juzgado encargado del caso, hete aquí que nos encontramos, de golpe y porrazo, con la monumental sorpresa de que la llamada Asociación Española de Técnicos en Radiología decide lanzarse a la arena, cuando nadie la había requerido, para expresar textualmente que «diariamente vemos cómo los ATS no tienen ni la más mínima formación sobre los distintos procedimientos radiológicos». Y dicho lo cual, el firmante se debió quedar tan ancho como largo, tan insensatamente ancho como perniciosamente largo en su ignorancia y maledicencia.

Cuando la opinión pública de nuestro país pudo leer en un diario de difusión nacional semejante ataque, habría derivaciones para todos los gustos, pero una cosa es evidente: el calumniar, que algo queda, había entrado en acción y la tarea es ahora limpiar y lavar lo que otros ensucian.

Y, claro está, por esas no vamos a pasar ni transigir. Reconociendo el espantoso y lamentable hecho por el que enfermos en proceso de terapia de enfermedades cancerosas, han encontrado la muerte donde sólo y únicamente debieron encontrar vida, dejando esto por encima de todo y asumiendo la consternación que nos produce esta realidad, como profesionales y como seres humanos, algo debemos matizar ante este ataque de técnicos de F.P. al permitirse echar ciego sobre los profesionales de Enfermería destinados a esos servicios, que no es que tengan toda la sabiduría en relación con los aparatajes (porque suponerlo sería autodenominarse imbéciles), pero que sí poseen una formación, profesionalidad, tradición y rigor colectivo como para no tolerar semejante burla.

Desde estas páginas queremos manifestar nuestra más absoluta repulsa ante semejante proceder de los técnicos de F.P. al no respetar ni la tregua que médicos, familiares, Insalud y la propia Enfermería del centro se pusieron por delante hasta ver el dictamen final de la Señoría encargada del sumario.

Conviene, pues, aclarar para despistados que estamos, en el caso de los técnicos de F.P., ante un protagonismo carroñero como única razón para explicar esa postura del todo punto increíble. Y si no fuera porque, habiendo siete vidas perdidas de por medio, el asunto no tiene más que ribetes negros, sería para preguntarse más o menos estas interrogantes:

¿Quiénes son ellos, quién, para opinar de un asunto en el que poco o nada tienen que decir, del que escasamente tienen preparación y mucho menos autoridad moral y académica? ¿Quiénes son, seguimos dudando, esos técnicos de F.P. para saltarse a todos, desde catedráticos en la especialidad a la propia Administración, para ir y descalificar a los ATS/DE del Clínico?

Hora es que Enfermería, nuestros ATS/DE de toda España, volcados en los servicios de Radiología de cualquier rincón de la geografía, digan, digamos, basta ya a esta nueva modalidad de agresión. Porque los técnicos de F.P., a los que hasta aquí respetábamos, han perdido una ocasión que ni pintada para hacer mutis por el foro y no enturbiar algo de por sí tremebundo.

Nuestra profesión, que todo parece aguantar, no debería quedar impasible frente a lo que estos ilustrados de medio folio acaban de realizar, poniendo frente a todos y contra todos a los ATS de un centro como el Hospital Clínico de Zaragoza. Y no es corporativismo a ultranza, nada de eso. Es, lisa y llanamente, que no debemos tolerar las insensateces de candidatos a ver, oír, callar y aprender del resto. Por todo lo dicho, y desde este Comentario Editorial, sólo podemos replicar a los científicos de tres al cuarto que acaban de provocar bochorno cuando no vergüenza ajena, que si hubiera una vara para medir la estupidez colectiva, se habrían llevado el lote más generoso. Porque querer hacerse notar cuando un escándalo sacude al mundo sanitario español y hay un Juzgado tratando de investigar lo que NADIE SABE, que sean ellos, los ilustrados de poco paño llamados técnicos de F.P. los únicos que han querido — ¡jal! — sentar cátedra, es para pensarse seriamente si en el futuro debemos catalogar de «compañeros» a los experimentados, científicos y respetables técnicos en radiología.

Ellos, y sólo ellos, han tenido la desfachatez de emponzoñar un asunto vidrioso, acusando cuando nada les va en el invento. Y como callarnos hubiera sido asentir, de ahí que digamos lo escrito aquí y ahora. Los buitres del Hospital Clínico de Zaragoza ya tienen nombre: ustedes los conocen. Casi tan peligrosos como el propio acelerador causante de la tragedia que lamentamos en lo más profundo.



EDITA:

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

DIRECTOR:

José M.ª Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

Miguel Angel Alcántara González
M.ª Dolores Ruiz Fernández

JEFE DE REDACCION:

Vicente Villa García-Noblejas

CONSEJO DE REDACCION:

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

IMPRIME:

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

Tirada: 8.200 ejemplares
D.L.: SE-470-1987

FOTOCOMPOSICION:

FOTOTEC, S.A. (Sevilla)

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

Sumario

ENERO
FEBRERO
MARZO

15

— EDITORIAL	3
— ATENCION DE ENFERMERIA EN LA QUIMIONUCLEOLISIS	5
— APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA EN UNA PACIENTE OSTOMIZADA	9
— LITOTRICA ALTERNATIVA QUIRURGICA	13
— APORTACION DE LA TERAPIA ZONAL EN PIES A LA CONSULTA DE ENFERMERIA	17
— CONCURSO FOTOGRAFICO N° 14	20
— ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA COMO METODO DE TRABAJO	22
— CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA IMPLANTACION DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO	29
— PREMIO NOBEL DE MEDICINA Y FISIOLOGIA 1909: EMIL THEODOR KOCHER	34
— CURSOS - CONGRESOS	35

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.



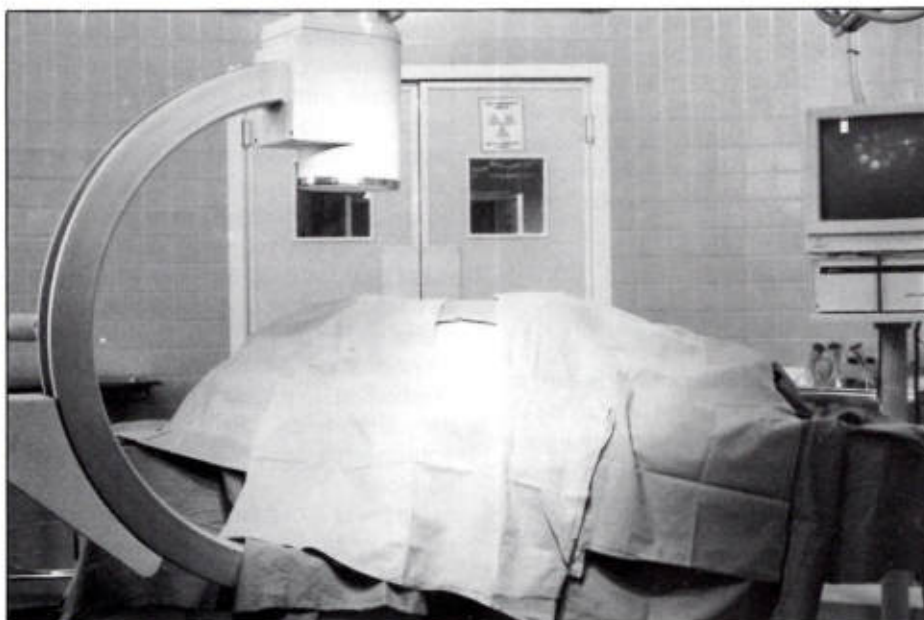
Autora:

Maria Dolores Rios Parrilla

ATENCION DE ENFERMERIA EN LA QUIMIONUCLEOLISIS

Autor: **D. Rafael Damián Román Obrero**

D.E. H.R.T. «Virgen del Rocío». Sevilla.



INTRODUCCION

Todos los seres vivos se mueven; el movimiento es un hecho tan vital que la pérdida de la capacidad de mover cualquier parte del cuerpo es una tragedia para el humano. La pérdida de la movilidad atenta contra la autoestima, se altera la imagen corporal y la persona se siente incompleta.

La capacidad de movimientos de las varias partes corporales y el control de movimientos para que se lleven a cabo en forma coordinada obliga a la integridad de los músculos, huesos, articulaciones y nervios que componen estas estructuras y de la circulación que las nutre. Así, pues, las lesiones, enfermedades o problemas congénitos de huesos, músculos, articulaciones, nervios o de los vasos sanguíneos que llegan a estas estructuras causan trastornos en el funcionamiento motor.

De todos son conocidos los dolores de espalda, ciáticas o lumbalgias. Estos dolores a veces son provocados por posturas inadecuadas, sobreesfuerzos fundamentalmente. Pero en nuestro caso nos ocuparemos de aquella persona

que ha sido diagnosticada por el médico de una hernia de disco.

La quimionucleosis es la disolución del núcleo pulposus del disco intervertebral por medios químicos. El procedimiento consiste en la inyección de una enzima específica en el centro del disco intervertebral herniado, en pacientes seleccionados, para aliviar los síntomas incapacitantes.

REVISION ANATOMICA

La técnica de la quimionucleosis debe limitarse a la columna lumbar, donde los estudios se han realizado con más detalle y supone un menor riesgo asociado. Por lo tanto, nos ocuparemos de la anatomía de la región lumbar.

La columna lumbar está constituida por articulaciones capaces de soportar grandes cargas y amortiguar choques. Consta de cinco vértebras lumbares, grandes, gruesas y fuertes; soportan el cuerpo, protegen la médula espinal y la cola de caballo y sirven de inserción a los músculos de la espalda. En algunos individuos la L5 puede estar fundida con

el sacro y en otros la S1 puede no estarlo.

Los discos fibrocartilaginosos que unen las vértebras presentan cierta forma de cuña y constan de dos partes: una capa periférica, el anillo fibroso, formado por fibras densas, de recorrido oblicuo, dispuestas en capas concéntricas, y un núcleo interno, el núcleo pulposo, blando y gelatinoso, que tiende a estar más próximo de la superficie posterior que de la anterior.

El núcleo pulposo sufre continuos cambios estructurales a lo largo de la vida y el tejido gelatinoso va siendo sustituido gradualmente por fibrocartílagos, de forma que llega un momento en que se mezcla con anillo fibroso. El contenido en agua del disco disminuye con la edad desde un 88% aproximadamente al nacer hasta un 70% a los setenta años.

Una fina capa de cartílago hialino recubre las caras superior e inferior del disco, fijándose a las vértebras adyacentes. Las únicas zonas inervadas del disco normal son la porción interna de ese cartílago y la externa del anillo fibroso. El disco adulto es avascular, nutriéndose únicamente por difusión, hecho que probablemente explica la frecuencia de las alteraciones degenerativas durante el envejecimiento.

La aparición de la hernia de un disco intervertebral es más probable en las zonas de mayor movilidad de la columna y la mayoría ocurren en la región lumbar. La anatomía patológica subyacente consiste en un fallo bioquímico del disco agravado por tensiones y tirones producidos durante el movimiento normal.

El fracaso del anillo fibroso y la protrusión de material nuclear en la parte interna del anillo pueden derivar de un movimiento concreto, especialmente si tiene un componente rotacional, pero raramente obedecen a un esfuerzo violento. La mayoría de las hernias lumbares ocurren en la L4-L5 y en L5-S1, por-

que la combinación de carga y tensión en esos niveles acelera los cambios dentro del disco.

Anatómicamente es posible distinguir entre protusión del disco, en la que el material nuclear es desplazado pero queda confinado dentro de las fibras del anillo, de la hernia de disco en la que otra parte del material nuclear se extruye de los límites del anillo (disco intervertebral extruido) o incluso llega a separar como un secuestro y yace libre en el canal espinal (disco intervertebral secuestrado).

La posición de los nervios lumbosacros respecto al disco herniado determinará la naturaleza de los signos y síntomas producidos por irritación o compresión. Las hernias laterales pueden comprimir ocasionalmente más de una raíz nerviosa y las protusiones situadas en el centro producir signos y síntomas en ambas piernas y/o disfunción vesical o intestinal.

TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE DISCO

El tratamiento inicial de la ciática debida a la hernia de disco lumbar es conservador (generalmente durante un periodo de dos seis semanas de duración) y consiste en una combinación de:

- Reposo en cama: cama dura, rodillas dobladas, tratamiento con calor. Sedación durante el día y miorelajantes si fueran necesarios.
- Medicación analgésica para aliviar el dolor.

— Relajantes musculares para el espasmo.

— Ejercicio con el objetivo de reforzar los músculos de la espalda.

Con este tratamiento médico la mayoría de los pacientes se recuperan. Sin embargo, si ese régimen no consigue aliviarles, suele estar indicada la cirugía ortopédica o la neurocirugía. Hace unos veinte años la única opción para los pacientes que no respondían a las medidas conservadoras era la cirugía; con la llegada de los productos de quimopapaína purificada para uso humano ha abierto la posibilidad de otro tratamiento, la quimionucleosis. Por medio de la quimopapaína se dispone de una técnica médica que evita algunos de los riesgos de la cirugía abierta.

ATENCION DE ENFERMERIA

La atención de Enfermería de este paciente es desde todos los puntos de vista integral, teniendo en cuenta el concepto integral como bio-psico-social. Esta atención va desde que entra por la puerta del hospital, planta, quirófano post-operatorio y salida del hospital.

Ante la perspectiva de una intervención quirúrgica, el paciente se encuentra en un lógico estado de tensión e inquietud. Es importante que el personal de Enfermería que le atiende le brinde el apoyo moral que necesita y le proporcione la información que requiere, de forma tranquila y alentadora. La amabilidad en el trato será uno de los factores que favorezcan la relajación anterior

a la operación y la pronta recuperación en el post-operatorio.

Aunque sea una intervención desde el punto de vista hospitalario «menor», para el paciente es todo un mundo, aún más si es la primera vez, y todo lo que representa para el enfermo-familia la entrada en el hospital.

1.—PREOPERATORIO

El paciente nos llegará a la planta, normalmente, el día anterior a la quimionucleosis, junto con su historia de entrada, estudio anestésico ya de consultas externas y preinscripciones médicas oportunas. En nuestro trabajo cotidiano del hospital tenemos establecido un proceso de atención de Enfermería hacia el paciente; la valoración del mismo se hará mediante una entrevista programada según un método científico, donde podremos recabar información para la recogida de datos, tanto objetivos como subjetivos. Esta comunicación enfermero-a y paciente tiene que ser dinámica.

Una vez obtenidos todos los datos mediante la entrevista podemos detectar problemas potenciales y reales y llegar a los distintos diagnósticos de Enfermería. Seguidamente nos marcamos unos objetivos y para conseguirlos elaboraremos un plan de cuidados a corto plazo.

A continuación, algunos de los diagnósticos de Enfermería que más frecuentes se pueden encontrar en estos pacientes son:

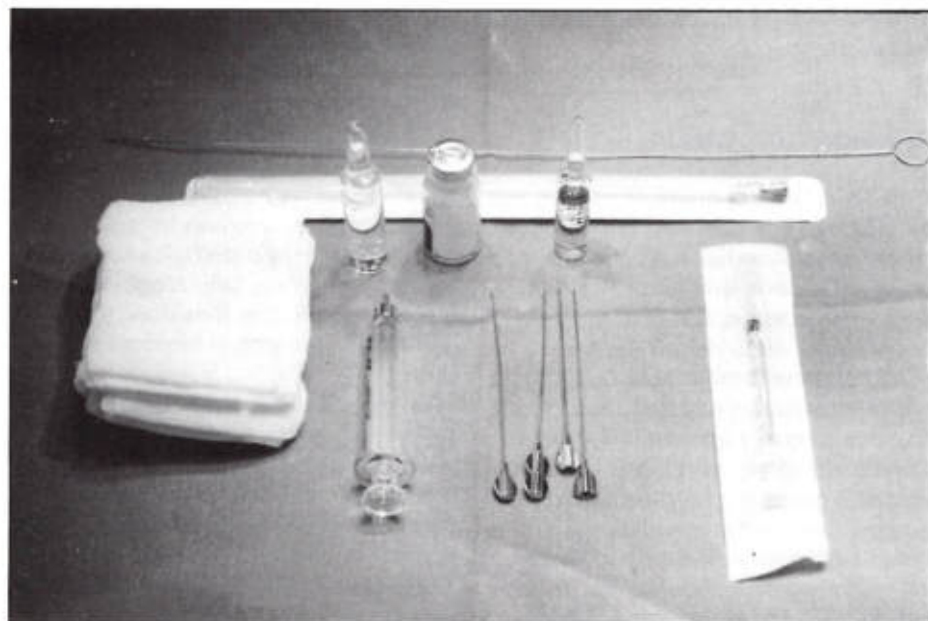
- 1.—Alteración del bienestar-dolor.
- 2.—Alteración de la necesidad reposo-sueño.
- 3.—Alteración de la locomoción.
- 4.—Ansiedad.
- 5.—Miedo al futuro, a la intervención.

A corto plazo podemos conseguir un máximo nivel de su comodidad, reposo-sueño, disminuir el dolor y la ansiedad, dar una información oportuna. Para ello:

- 1 y 2.—Administraremos los calmantes, sedantes, prescritos por el médico.
- 3.—Proporcionaremos una cama adecuada, dura, con tabla. Le pondremos en una posición de piernas doblada en decúbito supino. Aplicaremos calor local seco.

4 y 5.—Informaremos del procedimiento de la quimionucleosis.

Al igual que otro paciente quirúrgico, debemos dar una preparación física. Si es una mujer y tiene las uñas pintadas



se le indicará que se quite esmalte, para observar en quirófano la oxigenación distal durante la quimionucleosis. Estará en dieta absoluta 8-10 horas antes de la intervención.

Antes de ir a quirófano se le dirá que se duche y se quite todo tipo de anillos y de prótesis. A continuación se procederá a la preparación del campo quirúrgico, igual que si fuera una punción lumbar; se dará por toda la región lumbar, dorsal y sacro-coxígea con un antiséptico y se tapaná la zona de la punción lumbar con un apósito estéril. La cama a igual que el paciente también deberá estar limpia. Se le tomarán las constantes vitales unos 10-15 minutos antes de ir a quirófano, donde llegará con su historia clínica y hoja de enfermería con las anotaciones oportunas.

2.—OPERATORIO

La quimionucleosis es un procedimiento estrictamente hospitalario que debe realizarse en un quirófano en condiciones de asepsia total y que disponga de instalaciones de reanimación. El procedimiento consiste en una inyección de quimopapaína en el disco intervertebral, bajo control con rayos X. Aunque no es una operación abierta, es un procedimiento quirúrgico intrincado y complejo.

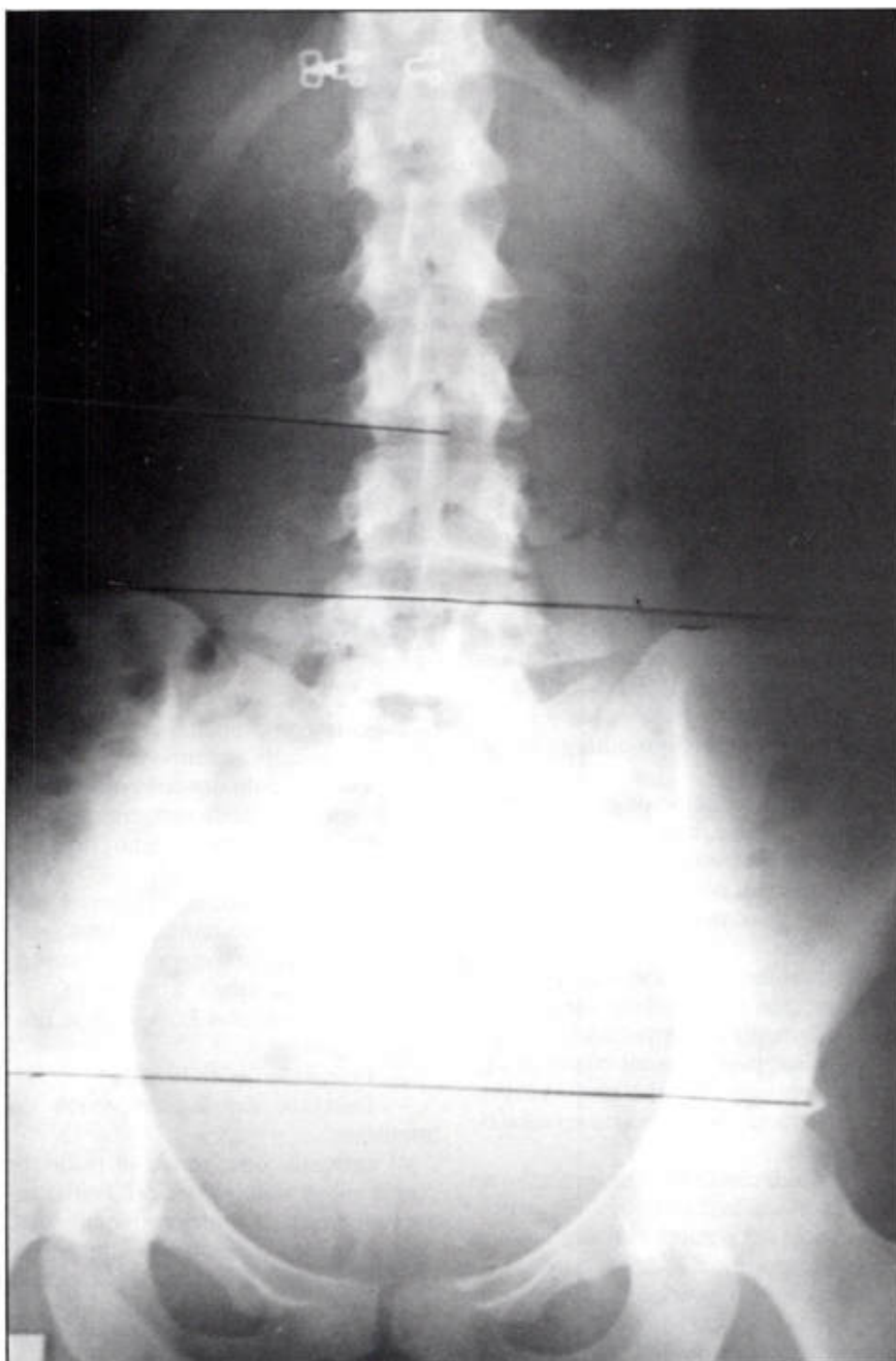
El profesional de Enfermería de quirófano será responsable de haber comprobado con anterioridad el perfecto funcionamiento de todo el material y aparataje a utilizar. Para llevar a cabo el método con seguridad y eficacia se precisa el equipo básico siguiente:

- Fluoroscopio de brazo «C» con intensificador de imagen, disponiendo de un dispositivo de memoria para reducir el riesgo de una exposición excesiva de radiaciones.

- Mesa de operaciones o camilla radiotransparentes.

- Equipo de quirófano, que incluya: oxígeno, aparato de succión, laringoscopia, tubo endotraqueal, ventilación de presión positiva, fluidos intravenosos (coloides y cristaloides), monitores cardíacos y de presión sanguínea, desfibrilador.

- Bandeja quirúrgica que debe incluir: gasas, regla en cms, rotulador, agujas de 150 mm y 90 mm, calibre de 18 con mandril y 150 mm, calibre 22; jeringa y tubo flexibles para conectar a la aguja.



- Bandeja de emergencia para el tratamiento de manifestaciones alérgicas: adrenalina (1ml al 1:1000 preparada en la jeringa), hidrocortisona inyectable, catecolaminas ionotrópicas, aminofilina inyectable, clorfeniramina inyectable, solución de bicarbonato sódico.

Tras recibir en antequirófano al paciente y verificar todos sus datos e identificación, se pasará a quirófano, donde se monitorizará el ECG y controlará la presión sanguínea. Una vez abierta una gruesa vía venosa e independiente del tipo de anestesia elegida por el anes-

tesista, el paciente será colocado por lo general en decúbito lateral izquierdo con una almohadilla bajo el costado que soporte y corrija cualquier escoliosis de la columna. Deben almohadillarse todos los puntos de presión, incluida una almohadilla entre las rodillas. Las rodillas y la cadera están flexionadas.

No obstante la posición en decúbito prono también puede ser elegida para la quimionucleolisis.

Una vez colocado se comprueba el alienamiento de la columna con el intensificador en «C» en posición antero-

posterior. Se puede asegurar una posición correcta en el momento en que las apófisis espinosas quedan centradas en los pedículos. Es esencial que la columna quede exactamente orientada en los planos antero-posterior y lateral; incluso unos pocos grados de variación harán más difícil el procedimiento para el cirujano, y en especial la colocación de la aguja en el disco L5-S1.

Se preparará el campo, área de la inyección de forma estéril al cirujano. Si ya viene preparado de planta, se levantará el apósito manteniéndolo lo más posible estéril y se volverá a dar con el mismo antiséptico.

El cirujano tomará referencias anatómicas de la altura de la cresta ilíaca y del ángulo lumbo-sacro. Se harán radiografías tanto en posición anteroposterior como lateral; según la destreza, habilidad y experiencia del cirujano, todo ello influirá en el tiempo empleado tanto de la técnica como de la exposición a RX del paciente y del personal que se encuentre en el quirófano durante la quimionucleolisis.

Aspecto este último de protección radiológica del paciente función de Enfermería, en lo posible de aquellas zonas del cuerpo del paciente que innecesariamente puedan ser expuestos a las radiaciones.

La monitorización del ECG y control de la presión arterial debe ser extrema en el momento de la inyección de la quimopapaína; para detectar cualquier signo de hipersensibilidad al enzima inyectado y tratamiento inmediato en caso de anafilaxis.

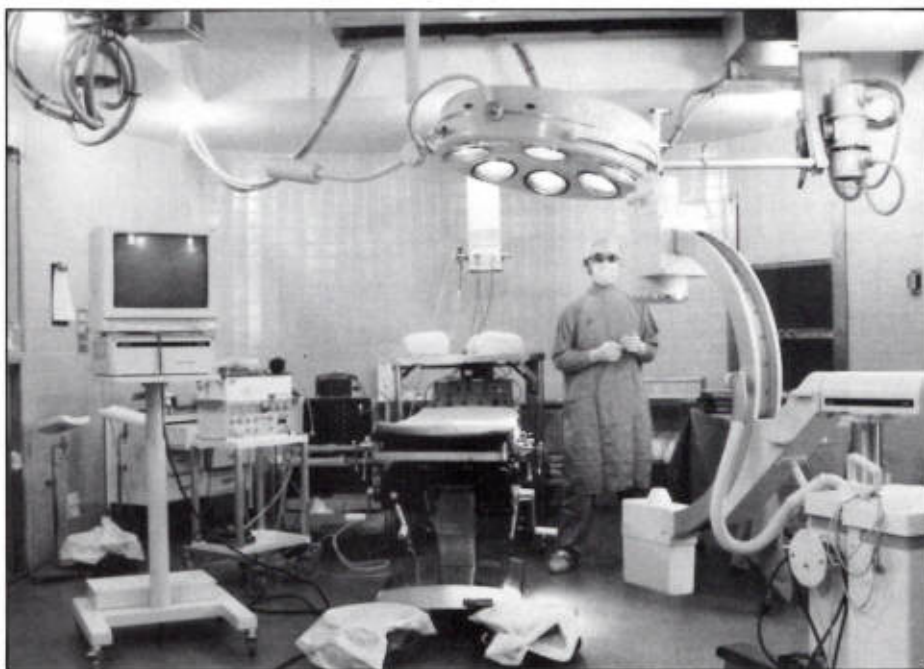
El procedimiento en sí de inyección de la quimopapaína dura unos 2-3 minutos, la estancia del paciente en el quirófano suele ser de unos 25-35 minutos.

Al terminar la inyección el cirujano, se limpiará la zona de la inyección con un antiséptico y se pondrá un apósito.

Antes de que se marche el paciente del quirófano se le tomarán las constantes vitales, nivel de consciencia, signos dérmicos de hipersensibilidad, se mantendrá la vía intravenosa. Al pasarlo a la cama se pondrá en decúbito supino o en la forma que él se encuentre lo más cómodo posible.

3.- POST-OPERATORIO

El paciente nos llegará de quirófano tras haber sido sometido a la quimionu-



cleolisis a la sala de post-operatorio. A su llegada comprobaremos su historia clínica y hoja de enfermería.

Inmediatamente después de la intervención debe vigilarse estrechamente al paciente por si presenta signos de reacción anafiláctica.

En este momento atenderemos a :

- Toma de constantes vitales.
- Visualización y control del apósito.
- Mantener la vía intravenosa.
- Monitorización ECG y de la presión sanguínea.
- Proporcionar comodidad.
- Detectar signos tempranos de anafilaxis.

Al cabo de dos horas, el paciente puede volver a su habitación. Permanecerá en reposo y podrá caminar en las doce o treinta y seis horas siguientes. Normalmente se le dará de alta a los dos o tres días. Durante su estancia en el hospital le daremos unos consejos para su mayor pronta recuperación:

- Deben evitarse las actividades que produzcan dolor y se limitará la posición sentada durante las primeras 4-6 semanas.
- Se recomienda abstenerse de trabajar y de la actividad sexual durante un mínimo de dos semanas.
- El ejercicio, caminar o nadar de espalda o de lado, es excelente, pero debe restringirse en caso de dolor.
- Se suele aconsejar reanudar el trabajo, en ocupaciones sedentarias, a las 4-12 semanas, y en las ambulatorias a los 3-6 meses.

RESUMEN

El objetivo del equipo multidisciplinario al atender al cliente debe ser común, conseguir el máximo nivel de salud de la persona. Para ello hay que tener conocimiento de todas aquellas técnicas nuevas que van apareciendo.

Enfermería ocupa un lugar importante en la atención del cliente, como hemos visto, dentro de la quimionucleolisis.

Se considera un resultado excelente cuando el paciente vuelve a la actividad normal sin dolor y como bueno cuando la vuelta al trabajo sólo tenía algunas limitaciones de actividad y precisaba de analgésicos ocasionalmente.

BIBLIOGRAFIA

- Du Gas, Beverly Witter: *Tratado de Enfermería Práctica*. México, 1984. Interamericana. Tema 17, Tema 23.
- W. Spalteholz: *Atlas de Anatomía Humana*. Barcelona, 1978. Editorial Labor, S.A. Tomo Primero.
- Grindulis, K.A.; Finlay, D.B., and Nichol, F.E.: *Chemonucleolysis of Lumbar Intervertebral*, 1987.
- Apuntes de clase de la E.U.E. «Virgen del Rocío», Sevilla: *Enfermería Fundamental*, Curso 1984. *Enfermería Quirúrgica*, Curso 1987.
- Fraser, R.D.: *Chymopapain for the Treatment of Intervertebral Disc Herniation*. London, 1989.

APLICACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA EN UNA PACIENTE OSTOMIZADA

Autores: **Dña. Margarita Pinto Coca, D.E.**
D. Victoriano Presa Abril, D.E.
D. Generoso Sagrario Arcos, D.E.
D. Joaquín Lima Rodríguez, D.E.
 Hospital Universitario «Virgen Macarena»
 (Sevilla).
 Area Quirúrgica de Hospitalización.

INTRODUCCION

El desarrollo de la Enfermería en el campo asistencial se debe producir a partir de la utilización de una metodología aplicada a nuestro trabajo diario.

En el área quirúrgica de hospitalización del Hospital Universitario «Virgen Macarena», de Sevilla, venimos realizando una experiencia en la utilización del Proceso de Enfermería en los últimos dos años.

Con este trabajo queremos mostraros la forma en que lo llevamos a la práctica, mediante la presentación de un caso real.

MATERIAL Y METODO

Como material de trabajo, hemos utilizado los registros de Enfermería que usamos en nuestras unidades:

- Valoración inicial.
- Valoración actual.
- Plan de Cuidado.
- Diagnósticos-Objetivos.
- Cuidados-Evaluación.

El método seguido se inicia con la valoración del paciente a su ingreso y en los distintos periodos de su hospitalización (pre y postoperatorio), para continuar con la formulación de diagnóstico de Enfermería y planificación de cuidados y se finaliza con la evaluación.

RESULTADOS

CASO PRACTICO

María Luisa es una paciente que ingresa en nuestra unidad de Cirugía General para ser intervenida quirúrgicamente y practicarle una ileostomía definitiva.

Valoración de su ingreso

Datos más significativos recogidos mediante entrevista por su enfermera:

Mujer de diecinueve años de edad, soltera, que vive con sus padres y un hermano en un pueblo costero de la provincia de Cádiz.

Tiene estudios de Graduado Escolar, habiendo interrumpido los de Formación Profesional debido a su enfermedad.

Diagnóstico médico de Enfermedad de Crohn.

Motivo de ingreso intervención por fístula recto vaginal consecuencia de su enfermedad.

Ha sido intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones anteriores, por el mismo motivo de ingreso, sin haberse resuelto el problema de su fístula.

Entre sus hábitos podemos destacar: Sigue dieta normal, repartida en cuatro tomas al día. No le gusta el arroz en amarillo ni la leche sola.

Entre sus bebidas preferidas se encuentran los refrescos y la leche manchada (con café).

No consume alcohol, tabaco, droga, etc.

Eliminación urinaria dentro de lo normal. Sin molestias.

Eliminación intestinal, en periodos asintomáticos, 2 ó 3 veces al día. En periodo agudo, 4 ó 6 veces diarias.

Hábitos higiénicos adecuados.

Duerme unas diez horas nocturnas, interrumpidas a veces para evacuar heces.

Los momentos de ocio los dedica a ver televisión y a coser.

Católica no practicante.

Datos significativos recogidos mediante exploración física:

Peso, 44 kilos. Talla, 1,63 m. P.A. 95/55 mm. Hg. Pulso, 88 spm.

Respiración, 16 rpm. simétricas, Tª axilar 36,2° C.



Visión: Miopía y astigmatismo, corregida con lentes.

Audición dentro de lo normal.

Boca aséptica. Faltan piezas dentarias, corregidas con prótesis.

Piel algo pálida, sin lesiones.

Buen nivel de conciencia.

Estado emocional dentro de lo normal, con tendencia a la ansiedad en relación a la intervención.

No limitaciones funcionales.

Valoración de conductas funcionales:

Alimentación: Sin alteraciones.

Respiración: Sin alteraciones.

Eliminación urinaria: Sin alteraciones.

Eliminación intestinal: Drenado de contenido fecal por vagina, a nivel de tercio inferior de la misma. La paciente es autosuficiente en sus cuidados higiénicos.

Actividad/Descanso: Sin alteraciones.

Bienestar: Dentro de la normalidad, expresa dudas relacionadas con la ubicación del estoma.

Comunicación: Sin alteraciones.

Independencia: Sin alteraciones.

Conocimiento de su enfermedad: Bien informada.

Conocimiento terapéutico: Plantea dudas en relación a la intervención, futuro inmediato.

Protección: Sin alteración en este momento.

Autoimagen/Autoestima: No valorable en este momento.

Adaptación: Se encuentra adaptada a su situación.

No se valoran otras conductas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alt. Conocimiento terapéutico r/c falta de información sobre intervención y postoperatorio inmediato.

Alt. Pot. Bienestar r/c ubicación del estoma.

OBJETIVOS

En los días previos a la intervención no expresará dudas en relación a qué le va a hacer, cómo y dónde estará tras despertar de la anestesia.

Tras conocer las distintas posibilidades, elegirá la ubicación del estoma.

CUIDADOS

— Informar a la paciente sobre la ileostomía y su función.

— Explicar la forma en que se encontrará tras despertar de la anestesia (lugar, S.N.G., vesical, heridas, sueroterapia, etc.).

— Realizaremos visita a sala de despertar y quirófano.

— Aclararle posibles dudas.

— Le presentaré de forma gráfica y anatómica las posibles ubicaciones del estoma.

EVALUACION

Tras un par de entrevistas con la paciente, se le interroga sobre posibles dudas en relación a lo explicado, no apareciendo duda alguna. De igual forma, se le propone al cirujano el lugar de ubicación del estoma elegido por la paciente.

POSTOPERATORIO INMEDIATO

La paciente ha sido intervenida quirúrgicamente, practicándosele ileostomía permanente. Regresa a la unidad, tras permanecer seis horas en sala de despertar.

VALORACION ACTUAL

Datos significativos recogidos mediante exploración física:

P.A. 105/60 mm. Hg., Pulso 80 spm. Respiración 18 rpm. simétricas, T^a axilar 36° C.

Piel algo pálida, heridas operatorias (laparotómica y perineal).

Perfusión venosa central.

Catéter vesical, sonda nasogástrica.

Estoma intestinal.

Somnolienta, responde a estímulos.

Estado emocional dentro de lo normal, con tendencia a la depresión.

Limitaciones funcionales, por encamamiento y dependencia a aparatos auxiliares.

Valoración de conductas funcionales:

Alimentación: Dieta absoluta, mantiene S.N.G. para aspiración continua.

Respiración: Sin alteraciones.

Eliminación urinaria: Sonda vesical, se debe mantener por indicación médica.

Eliminación intestinal: Eliminación normalizada a través del estoma.

Actividad/Descanso: Limitada por el encamamiento e intervención reciente.

Bienestar: Mantiene pauta de analgesia. Tiene S.N.G. y está encamada.

Comunicación: No valorable.

Independencia: Incapacidad para su autocuidado.

Protección: Heridas operatorias, estoma, venoclisis, sondas.

Autoimagen/Autoestima: No valorable en este momento.

No se valoran otras conductas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alt. (*) Independencia de autocuidados r/c (**) limitación funcional.

Alt. Protección r/c heridas y catéteres.

Alt. Pot. (***) Eliminación urinaria r/c sondaje vesical.

Posible Alt. Bienestar r/c sondajes, intervención reciente.

* Alt.: Alteración

** r/c: Relacionado con

*** Pot.: Potencial

OBJETIVOS

Durante el encamamiento recibirá los cuidados (de eliminación e higiene) habituales en la unidad.

Hasta el cierre de heridas y retirada de catéteres, no aparecerán signos de infección. No aparecerán signos de irritación en periestoma.

Hasta su retirada la sonda vesical se mantendrá permeable, orinando espontáneamente tras su retirada.

En las próximas veinticuatro horas no referirá molestias, si aparecieran identificará la causa.

CUIDADOS

— Su Aux. de Enf. realizará aseo en cama c/24 h.

— Cambio de bolsa de orina c/24 h. y/o cuando esté llena. Aux. Enfermería.

— Cambio de bolsa de ostomía c/24 h. y/o cuando esté llena.

— Cura local de heridas según procedimiento habitual.

— Cuidado de catéteres según procedimiento habitual.

— Cuidado de venoclisis según procedimiento habitual.

- Cuidado del estoma según procedimiento.
- Observar permeabilidad de sonda vesical.
- Medir diuresis c/24 horas.
- Observar signos de molestias en la paciente anotando la posible causa en observación de enfermeras.

EVALUACION

A las 24 horas aparece Alt. del Bienestar r/c S.N.G.

Añadimos al plan de cuidado:

- Buena fijación de S.N.G.
- Recomendando a la paciente que no realice movimiento bruscos de cabeza.
- Enjuague oral o bucal con agua limonada.
- Mantener permeabilidad de la sonda.

EVALUACION

La paciente está recibiendo los cuidados prescritos en relación a su higiene y eliminación.

No aparecen signos de infección.
Empieza a soportar la S.N.G.

TRAS 1ª SEMANA

VALORACION ACTUAL

Datos significativos recogidos mediante exploración física

P.A. 100/60 mm. Hg., Pulso 84 spm.
Respiración 16 rpm. simétricas, Tª axilar 36,8°C.

Piel algo pálida, heridas operatorias (laparatómicas y perineal).

Estoma intestinal.

Orientada, buena comunicación.

Buen estado emocional.

Valoración de conductas funcionales

Alimentación: Reiniciar dieta, tras retirar S.N.G.

Respiración: Sin alteraciones.

Eliminación urinaria: Retirada de sonda vesical.

Eliminación intestinal: Normalizada a través del estoma.

Comunicación: Tímida, pero se comunica bien.

Independencia: Asume sus autocuidados.



Protección: Heridas operatorias y estoma.

Autoimagen/Autoestima: Posibles alteraciones relacionadas con cambio de imagen corporal.

Estilo de vida: Posible alteración, relacionada con presencia de estoma. Nuevos hábitos.

Manejo de regímenes terapéuticos: Debe aprender el manejo de su estoma. No se valoran otras conductas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alt. de la alimentación r/c reiniciar dieta.

Alt. Protección r/c heridas y estoma.

Alt. Potencial r/c retirada de sonda vesical.

Alt. Manejos terapéuticos r/c estoma.

Alt. Pot. autoimagen r/c cambios corporales.

Alt. Pot. Estilo de vida r/c estoma permanente.

OBJETIVOS

En los próximos siete días tolerará dieta blanda astringente.

Hasta el cierre de heridas no aparecerán signos de infección. Piel periestomal sin irritación.

Tras la retirada de sonda vesical eliminará de forma espontánea.

En los próximos siete días demostrará autosuficiencia en el cuidado de estoma y colocación de dispositivos.

Durante la hospitalización expresará sus sentimientos (miedos, preocupaciones, temores, dudas, etc.) en relación a su nueva imagen.

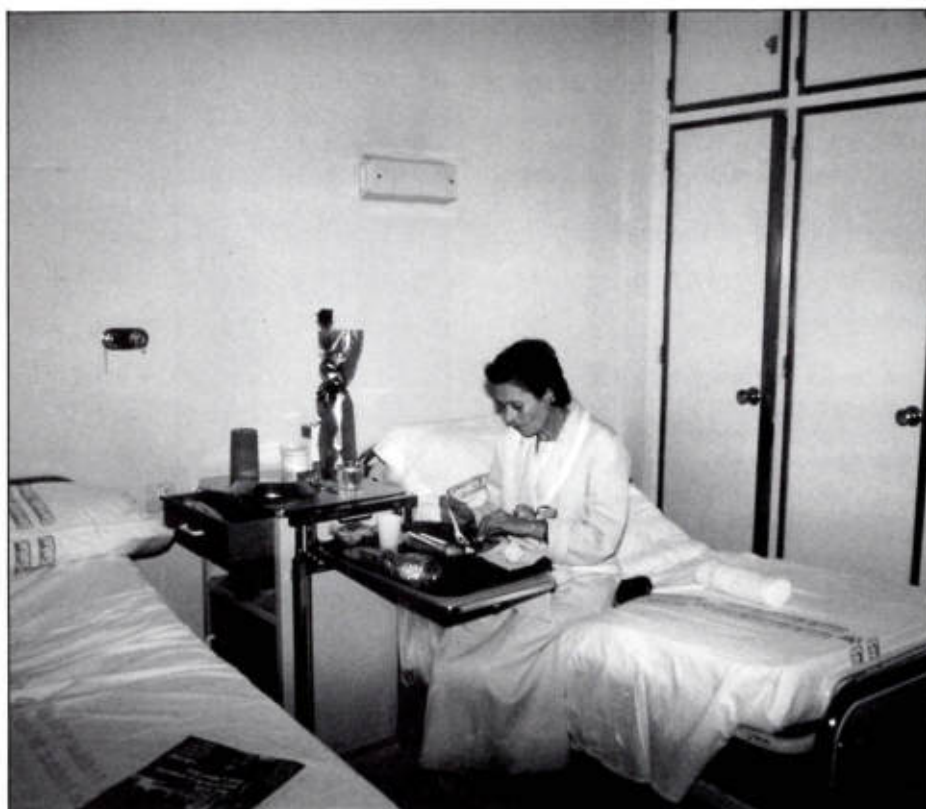
En los próximos siete días demostrará conocer los hábitos que debe modificar (ejercicio, dieta, eliminación, higiene, vestidos, etc.).

CUIDADOS

- Retirar S.N.G.
- Explicar el motivo de iniciar la dieta especial.
- Administrar en las próx. 24 h. agua y manzanilla, pequeños sorbos c/hora.
- El segundo día, administrar dieta líquida progresiva.
- El tercer día, pasar, si tolera, a semiblanda y progresar hasta blanda astringente.
- Cuidados de heridas y estoma según procedimiento establecido.
- Pinzar sonda vesical, si aparece reflejo miccional, evacuar orina.
- Repetir la operación, hasta retirada al día siguiente si controla.
- Le enseñaré, al cambiarle el dispositivo, los pasos a seguir.
- Le mostraré los diferentes dispositivos que puede utilizar.
- Elegir con ella el más adecuado a sus características.
- Iniciará su autocuidado de forma progresiva.
- Mediante entrevista, le permitirá que exprese sus sentimientos sobre el estoma y explicar los cambios sustanciales que se producirán en sus hábitos y costumbres. (Ejercicio, ropa, alimentación, aseo, tipo de dispositivo, etc.).

EVALUACION

En el momento del alta hospitalaria el paciente ha asimilado su dieta (normal), no apareciendo signos de infección en



herida operatoria, si algunos puntos de irritación en periestoma, por colocación deficiente del dispositivo, que desapareció sin tratamiento. Orina espontánea, sin molestias. Es autosuficiente en los cuidados del estoma. Habla con naturalidad de su estoma con otras personas. Conoce los cambios de hábitos que está asimilando.

DISCUSION

Acabamos de mostraros una forma de trabajar metodológica, en la que hemos intentado aplicar el Proceso de Enfermería con el mayor nivel científico posible, cuando éste se lleva a la práctica. Utilizar este modelo de trabajo tiene un costo, que no debemos olvidar. Exige una mayor dedicación hacia el individuo, que debe extraerse de otras de las muchas actividades que tradicionalmente venimos realizando los enfermeros.

No podemos pretender cambiar de método si previamente no hemos modificado viejos esquemas.

La discusión, en este sentido, se puede plantear desde múltiples perspectivas.

En la base de esta discusión tiene que estar un profundo análisis sobre qué somos y qué queremos ser, qué hacemos

y qué queremos hacer, para ayudar al individuo.

En cualquier caso, la utilización de este método, en nuestro caso particular, ha supuesto un sin fin de ventajas para nuestros pacientes y para nosotros como enfermeros.

CONCLUSION

Hemos intentado mostraros un método de trabajo, aplicado a la práctica asistencial, que está avalado por dos años de experiencia y que mejora las relaciones enfermero-paciente, la atención al paciente y la calidad de los cuidados de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA

- Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería.* W. Yller et al. Interamericana.
- Aplicación del Proceso de Enfermería.* R. Alfaro. Doyma.
- Diagnóstico de Enfermería.* M. J. King et al. Interamericana.
- Diagnóstico de Enfermería.* L. Carpenito. Interamericana.
- Enfermería del Estoma.* B. Breckamn. Interamericana.

LITOTRICIA ALTERNATIVA QUIRURGICA

Actuación de Enfermería en Unidad de Litotricia extracorpórea por ondas de choque (II parte)

Autor: **D. Luis Alfonso Aparcero Bernet**

Diplomado de Enfermería

Unidad de Litotricia del Hospital Universitario «Virgen de Valme»

PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA

Puesto que se describe: Unidad de litotritación de cálculos renales por litotricia extracorpórea.

OBJETIVO:

Prestar cuidados de enfermería al paciente que se somete a sesión de litotricia extracorpórea por ondas de choque.

Atendiendo a las prescripciones médicas del urólogo presente en la sesión, aplicar las técnicas necesarias para conseguir la fragmentación de la litiasis renal.

RECURSOS MATERIALES:

- Instalación de litotritor electromagnético.
- Equipo de radiología.
 - Placas de diversos formatos.
 - Reveladora.
 - Contrastes iodados I.V. e intravesicales.
- Material endourológico:
 - Citoscopio.
 - Ópticas.
 - Fuente de luz fría.
 - Catéteres uretrales y Pig-Tail.
 - Material estéril y lubricantes.
 - Equipo de Nefrostomía.
- Material de canalización venosa y monitorización.
 - Elementos de punción y canalización periférica.
 - Soluciones parenterales salinas y glucosinas.
 - Medicación analgésico-espasmolítica.
 - Electrodo para electrocardiograma.
 - Gel conductor.
- Material auxiliar.
 - Farmacia específica tratamiento sintomático.

- Carro de paradas.
- Toma de oxígeno y vacío.
- Aspirador.
- Sondas de diversos tipos, etc.

En ocasiones puede ser necesaria la realización de técnicas endourológicas, debido al tamaño del cálculo, con la instauración de algún tipo de catéter que asegure una salida fácil de la orina, caso de que se produzca un acumulo de restos litiasicos, es por lo que se apunta la necesidad de contar con el material endourológico que se describe.

PROCEDIMIENTO

Esquemáticamente, el procedimiento a desarrollar sería:

- 1.— Recepción y preparación del paciente.
- 2.— Aplicación de técnicas necesarias para el tratamiento.
- 3.— Seguimiento durante la sesión.
- 4.— Final del tratamiento.



Cálculo de uréter terminal antes del tratamiento.

1.— RECEPCION Y PREPARACION DEL PACIENTE

Una vez el paciente en la unidad, es importante familiarizarlo con el entorno, mitigar la ansiedad que se produce por la visión de un aparato extraño y sofisticado, poco conocido por la población en general, cosa que cada vez sucede menos con quirófano, salas de RX, etc., bien por su uso más frecuente o por conocimientos en los medios de comunicación.

Asimismo, ante cualquier maniobra o acto médico que se suponga cruento por parte del paciente, es inevitable que produzca un cierto grado de miedo y ansiedad en cuantía variable según las características del enfermo.

Es por ello por lo que en la recepción y en la preparación del paciente conviene transmitirle una cierta confianza, despojando sus temores, dado que nos será útil para obtener la colaboración deseada.



Restos litiasicos expulsados después del tratamiento sobre el cálculo anterior.

Esta primera fase la podemos desglosar en tres apartados a llevar a cabo:

1.1.—Indicación de la colocación en la mesa de tratamiento

Dependiendo de la localización del cálculo, podemos colocar al paciente en decúbito supino, prono, oblicuo izquierdo, derecho, o en posición invertida (pies en la cabecera), en caso de localizaciones yuxtavesicales y de uréter terminal. Por lo tanto, en esta primera fase indicaremos al paciente la postura a tomar colaborando con su colocación.

1.2.—Información del tratamiento y explicación del proceso

Dado que este tipo de tratamiento lleva poco tiempo utilizándose, existe un desconocimiento, aunque no desconfianza, por parte de los usuarios, por tanto es importante antes de empezar la sesión dar al paciente una breve pero clara explicación sobre lo que se va a hacer, en qué consiste, cómo son las ondas que va a recibir, las molestias que puede notar, etc.

1.3.—SOLICITUD DE COLABORACION

Una vez el enfermo tranquilizado, introducido y familiarizado, en la manera de lo posible, con el entorno, es necesario solicitar de él una serie de colaboraciones, tales como:

- Atender las órdenes que se le manden tendentes a cambios posturales, colocación, desplazamientos en la mesa, etc.
- Necesidad de mantener una posición de inmovilidad, una vez localizado el cálculo, casi absoluta, para evitar movilizaciones indeseables del cálculo, que harían perder ondas de choque al perder el «blanco de tiro».
- Si el enfermo es colaborador y de comprensión fácil, se le puede enseñar a respirar de forma superficial para evitar grandes desplazamientos del cálculo en las inspiraciones y espiraciones profundas.
- Por último, solicitar de él paciencia y tolerancia para las pequeñas molestias que se le advierten, para mejor utilizar la frecuencia, intensidad y número de ondas que se le van a aplicar, debiendo señalar aquellas molestias que sean en algún momento de todo punto insopor-



tables, como dolor excesivo, mareo, náuseas, etc.

—APLICACION DE TECNICAS NECESARIAS PARA EL TRATAMIENTO

2.1.—Localización radiológica

Mediante radioscopia y/o disparos digitales se localizan en los monitores de los planos I y II el cálculo que vamos a tratar según las indicaciones del urólogo presente en la sesión.

Es recomendable previamente realizar una radiografía simple de aparato urinario, que nos servirá para comparar la conformación del cálculo antes y después del tratamiento, así como para tener una visión actualizada del momento actual y real de la litiasis, de igual modo nos orientará sobre la táctica a seguir durante la sesión.

Los monitores presentan una cruz central, lugar de convergencia de todas las ondas de choque, donde tendremos que hacer coincidir la masa litiásica a tratar. (Figura 3.)

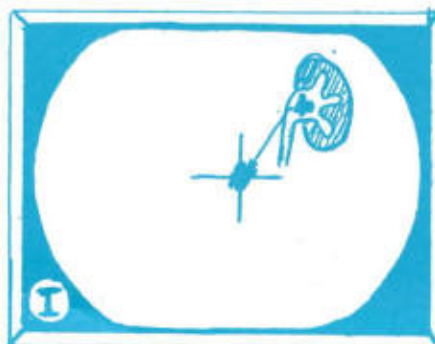


Figura 3

Todo ello se consigue desde la cabina de mandos, dado que el pupitre dispone de un sistema de telemandos que moviliza la mesa en los tres ejes del espacio. (Figura 4.)

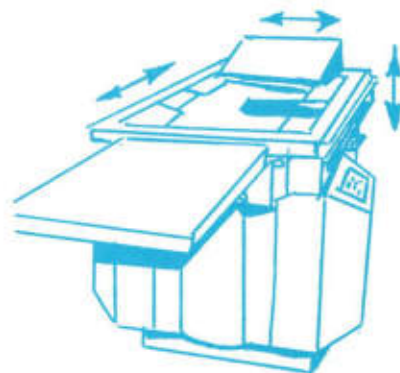


Figura 4

Disponen además los monitores de un punteado opcional, que con una distancia de un centímetro entre ellos, ayuda de forma precisa en los desplazamientos de la mesa.

El centraje del que estamos hablando, el llevar radiológicamente el cálculo a la cruz central (focalizar), puede hacerse de forma manual según hemos descrito, utilizando los telemandos, o también utilizando un sistema de centraje automático al poner activo un ordenador que por medio de un «mouse-ratón» desplaza una segunda cruz, que colocada sobre el cálculo lo lleva hasta la cruz central (foco de choque), obteniéndose así la colocación de la mesa de forma automática. (Figura 5.)

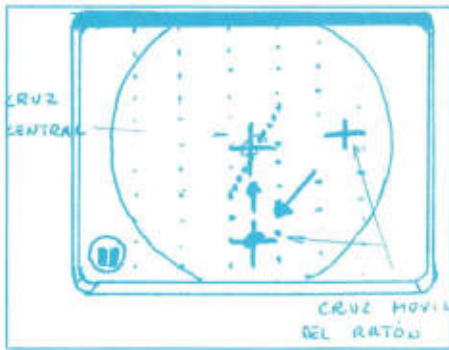


Figura 5

Una vez localizada la masa litíásica y colocada en el foco de choque, se procede a la colocación de los aplicadores electromagnéticos, consistentes en unos cañones emisores y conductores de las ondas de choque, que estando cargados de agua tratada, envían las ondas sobre el área del paciente que va a ser tratado.

Para evitar una pérdida de energía de las ondas por refracción al paso de distintas interfases, agua (del cañón), aire, agua (tisular del paciente), se interpone entre el aplicador electromagnético y la piel, un gel hidrolizado que evita esta distorsión.

2.2.—CANALIZACION DE LA VIA PERIFERICA

Es aconsejable proceder a la canalización periférica con suero glucosalino, para conseguir los siguientes objetivos:

- Vehicular medicamentos prescritos por el médico, consistentes en un analgésico-espasmolítico, que atenúe las molestias propias del impacto de la onda y los espasmos ureterales que pudieran producirse al movilizarse los fragmentos del cálculo, y un antibiótico que de una cobertura en una posible infección al paso de fragmentos litíásicos.
- Aumentar la diuresis con el aporte de líquidos, con lo que el cálculo queda bañado constantemente, siendo la onda de choque más efectiva en un medio húmedo, acción que puede potenciarse con el uso de diurético intravenosos.
- Conseguir un efecto de tipo psicológico, que junto con la explicación de que en analgésico vehiculizado le evitará molestias, ejerce un efecto placebo importante para conseguir la confianza y colaboración del paciente.

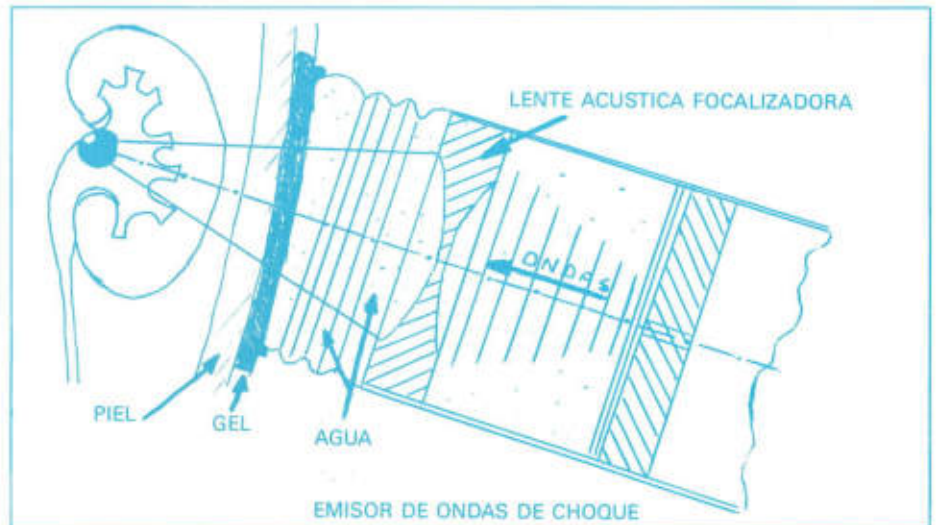


Figura 6

- Tener un acceso vascular en caso de reacciones no deseadas, que aunque muy raras, no pueden descartarse en cualquier acto médico.
- En ocasiones es necesaria la aplicación de contrastes iodados para la visualización de cálculos radiotransparentes que evidentemente se infunden por vía intravenosa.

2.3.—MONITORIZACION DEL ENFERMO

El equipo consta de un monitor que aplicado al enfermo nos va dando una información puntual de frecuencia, ritmo y complejos cardíacos, en las derivaciones I, II y III, durante el tratamiento. Asimismo, el sistema tiene la opción de sincronización de las ondas de choque con el periodo refractario de la ac-

tivación eléctrica cardíaca, que en ocasiones se hace muy necesaria.

2.4.—TOMA DE CONSTANTES

En ocasiones es conveniente, cuando la historia del enfermo lo requiere, la toma de tensión arterial, temperatura, controles de frecuencia cardíaca, que serán tenidos en cuenta durante la sesión.

2.5.—USO DE CONTRASTES RADIOLOGICOS

Existen cálculos de difícil visualización radiológica que requieren la inyección intravenosa de contrastes iodados no iónicos, que a requerimiento del médico se aplicarán según procedimientos usuales en la exploración de RX, tales



como urografías intravenosas, cistografías, nefrogramas, etc.

3.—SEGUIMIENTO DURANTE LA SESIÓN

3.1.—Una vez llevado a cabo los pasos previos explicados y localizado el cálculo en los monitores radiológicos, se inicia la emisión de ondas de choque, empezando por bajo kilovoltaje, tales como 11-12 Kv. El equipo posee dos contadores de ondas, uno que cuenta en sentido retrogrado en grupos de 200 ondas y otro de tipo sumatorio, que de forma acumulativa nos da una visión de las ondas emitidas desde el inicio de la sesión.

Durante el tratamiento es importante vigilar:

- La fragmentación, por medio de los monitores, usando el dispositivo del pedal de escopia y disparos digitales, rectificando la colocación del cálculo en el foco de choque, caso de que se produzcan movimientos del paciente o desplazamientos del propio cálculo.

- El estado general del enfermo, que con el seguimiento del monitor que dispone de alarmas para taquy y bradiardia, con unos límites que previamente se le establecen. Así como el seguimiento de trastornos y molestias que objetiva o subjetivamente se detecten.

- Estado de la perfusión venosa, ritmo, volumen perfundido, estado del acceso periférico.

- Prestar cuidados de enfermería en caso de aparición de trastornos no deseados como hipotensiones, náuseas,

vómitos, sudoración, etc., que suelen aparecer en contadas ocasiones.

3.2.—RADIOPROTECCION

Dado que es necesario en este sistema el uso de radiaciones ionizantes, es importante tener en cuenta el capítulo de radioprotección al usuario y al personal expuesto.

La sala debe de estar debidamente acondicionada con blindajes de barrera primaria y secundaria, que eviten la dispersión de radiación directa y difusa que unida a la Dosimetría personal aseguren una protección adecuada a los operadores presentes en el tratamiento.

Con respecto al usuario se procurará, en la medida de lo posible, lo siguiente:

3.2.1.— Realizar el mínimo número de exposiciones, sólo las estrictamente indispensables.

3.2.2.— Colimar el haz de rayos en la zona litiásica en tratamiento.

3.2.3.— Realizar una protección gonadal cuando sea posible, con material plomado.

3.2.4.— En las mujeres en edad fértil, realizar preguntas que aseguren que no existe riesgo de embarazos.

3.2.5.— Evitar la acumulación de objetos inservibles en la sala que provoquen el rebote de la radiación ionizante.

3.2.6.— Realizar mediciones de exposición y comprobar la coincidencia del haz luminoso en los tubos con el ionizante, así como la linealidad del aparato, diafragma, filtros, blindajes, etc.

3.2.7.—Y en general todas aquellas medidas tendentes a evitar la exposición excesiva al foco de radiación, así como la presencia de personas innecesarias durante la ejecución del tratamiento.

4.—FINAL DEL TRATAMIENTO

4.1.—Una vez comprobado por parte del urólogo presente que la fragmentación ha sido la deseada, se procede a dar por concluida la emisión de ondas de choque, estando el número de ondas necesario entre 3.000 y 4.000 impulsos.

Seguidamente se realiza una radiografía simple que sirva como testigo último de la fragmentación y como instrumento comparativo con la radiografía previa realizada.

Cuando vista la radiografía quede certeza del final del tratamiento, se procede a la retirada de la canalización venosa y de la monitorización, levantando al enfermo de la mesa, prestándole la ayuda necesaria para su incorporación y reinserción a su origen, bien su domicilio, enfermos ambulatorios, o su habitación caso de estar hospitalizado.

4.2.—Como todo instrumental, más o menos sofisticado, el equipo de litotricia necesita de unos cuidados que aseguren su limpieza y mantenimiento.

4.2.1.—Una vez terminada la sesión se requiere una limpieza exhaustiva del aplicador electromagnético de ondas, que durante el tratamiento ha estado en contacto con el enfermo y que lleva el gel hidrolizado que señalábamos.

4.2.2.—Es también conveniente el uso diario de desinfectantes, que se deberá usar en toda la superficie de la mesa, principalmente en la que presentan mayor contacto con los pacientes.

4.2.3.—Por último, la limpieza del entorno y material auxiliar es importante. Todo ello, como los apartados anteriores, serán tareas delegadas y supervisadas por el enfermero/a de la unidad al ser realizadas por otros profesionales.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. D. Fernando García Matilla, jefe de Sección del Servicio de Urología del Hospital Universitario «Virgen del Rocío»; a don Manuel Martínez Cordeiro, DUE del Servicio de Urología del Hospital V. de Valme, y a doña Susana Álvarez Valle, AE del mismo Servicio.

APORTACION DE LA TERAPIA ZONAL EN PIES A LA CONSULTA DE ENFERMERIA

Autora: **Dña. María José Sánchez Fernández**

D.E. Centro de Salud de Pino Montano
(Sevilla)

INTRODUCCION

La Atención Primaria permite mediante un trato integral, multidisciplinar, atender al enfermo en su totalidad. Por otra parte, gracias a la autonomía en cuanto a organización del trabajo del personal, así como el apoyo en el desarrollo de investigaciones y estudios, pueden llevarse a cabo iniciativas con objetivos claramente medibles y resultados evaluables. Prueba de ello es la actividad llevada a cabo en el Centro de Salud de Pino Montano, mediante la cual individuos de diversas patologías asisten a terapias de reflexología en aras de restaurar su salud mediante la estimulación de determinadas zonas de los pies a los que se les ha aplicado masaje en profundidad. La reflexología es una terapia que ayuda al paciente a alcanzar un equilibrio corporal en sus funciones y en todos los sistemas.

Como puede observarse en el gráfico 1, los pies mantienen relación reflejogena con zonas identificables del cuerpo, lo que nos ofrece la posibilidad de realizar gracias al conocimiento de las mismas una terapia de resultados francamente eficaces.

METODOLOGIA

La selección de los pacientes se realiza en consulta de enfermería sin que ellos mismos soliciten este tipo de asistencia, dado que su presencia se debe al control de constantes, CLT, educación sanitaria... Para este artículo se ha seguido la evolución de cuatro pacientes de diagnósticos claramente diferenciados, los cuales, como es natural, están sometidos a tratamientos farmacológicos distintos.

La metodología seguida en cada paciente es la siguiente:

Primero: Abstinencia alimentaria de al menos 3 horas.



Masajes en área linfática.

Segundo: Cada sesión consta de sesenta minutos semanales, excepto las dos primeras, realizadas durante treinta minutos dos veces en la semana.

Tercero: La sesión se desarrolla en la consulta de enfermería con el paciente en posición supina, al que previamente se le invita a relajarse. El terapeuta se colocará en una posición cómoda y también relajada, con el fin de poder albergar con la misma facilidad todas y cada una de las zonas reflejadas de los pies.

MATERIAL

La estructura física del centro de Salud y el material que éste dispone (cama, mantas, polvos talco, aceites...).

DESARROLLO

El desarrollo de uno de estos casos es el que voy a pasar a detallar en lo que resta de artículo.

El sistema empleado se basa en que después de la captación del paciente hagamos un estudio exhaustivo reflexológico tras el estudio médico previamente visto. Los puntos seguidos son:

Primero: Captación del paciente en consulta de enfermería.

Segundo: Estudio en profundidad del diagnóstico y tratamiento médico del paciente.

Tercero: Terapia reflexológica:

a) Examen visual de los pies, por lo que de dificultad puede plantearnos su estructura y patología local.

b) Detección de puntos reflexológicos.

c) Reacciones a la terapia reflexológica.

Primero: Paciente C.C.d C., 62 años, acude a Consulta de Enfermería aquejada de problemas óseos, depresión e hipertensión. Se le ofrece la posibilidad de asistir a estas terapias, ante lo cual acepta agradecida.

Segundo: Historia clínica:

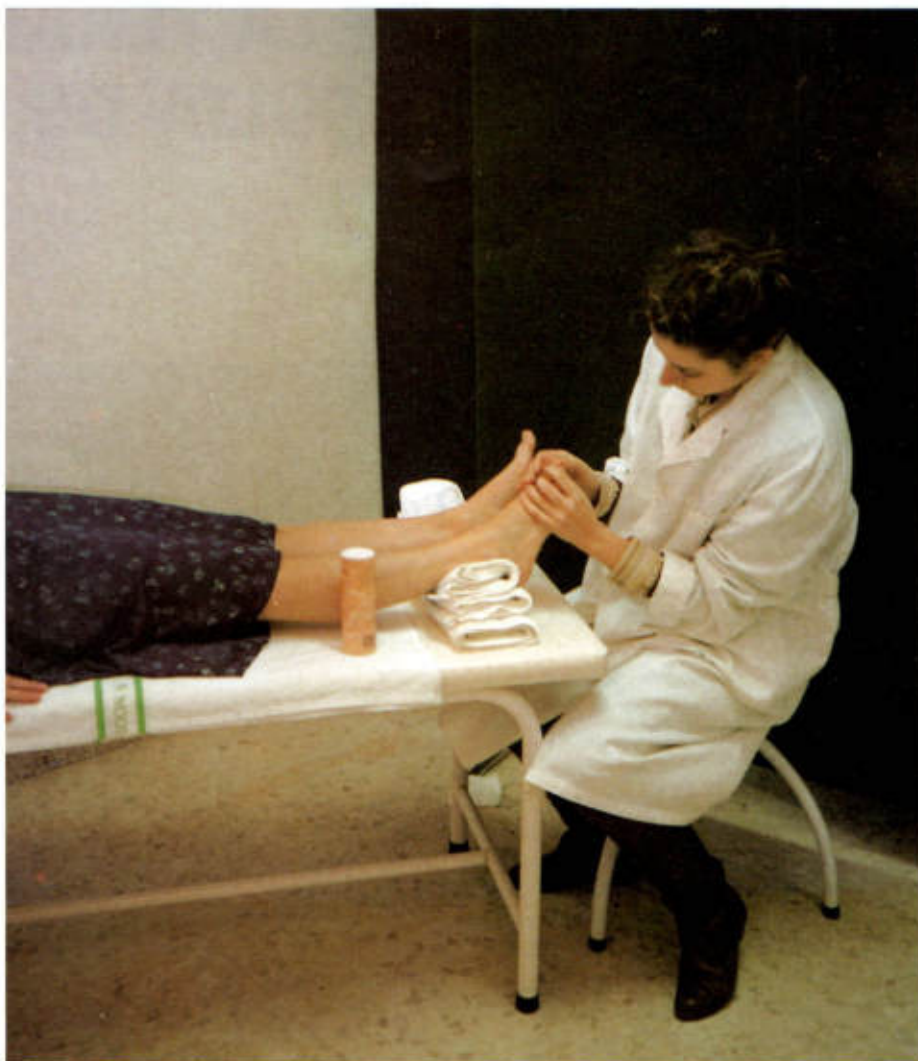
Los diagnósticos médicos que encontramos en la historia familiar son:

- Cuadro depresivo involutivo.
- HTA.
- Colesterolemia.
- HT ocular.

Tercero: Terapia reflexológica.

Hasta la realización de este artículo se le han practicado veintiuna sesiones.

a) Examen visual. El caso sobre el que se va a realizar el tratamiento presenta durezas (ambos pies), infección micótica (dedo gordo). Cosa ambas que en principio dificultan en cierta forma la



Comienzo del masaje por la zona de los senos.



Preparación para el masaje con técnicas de relajación.

obtención de puntos dolorosos claros, por lo que hay que saber diferenciar cuál de estos puntos dolorosos corresponde a un reflejo y cuál se debe a la propia lesión. La piel se encontraba fría y embotada, observándose también en las primeras sesiones una rigidez propia de los comienzos.

b) Zonas reflejas detectadas.

Nuca, ojos, plexo solar, aparato urinario, duodeno, articulaciones.

Esto, unido al estudio médico convencional, puede darnos una idea bastante fidedigna de la patología que padece el paciente. También puede sernos útil para encaminar el susodicho diagnóstico médico, por lo que puede ser de gran ayuda tanto al personal de enfermería como al personal médico.

Aunque esta labor diagnóstica puede ser bastante válida son los resultados terapéuticos los más plausibles y sorprendentes de esta terapia zonal.

c) Reacciones:

- Durante la terapia: dolor a la palpación de zonas reflejas. Sudoración.
- Día siguiente: cansancio, fatigas, aumento eliminación de orina.

RESULTADO

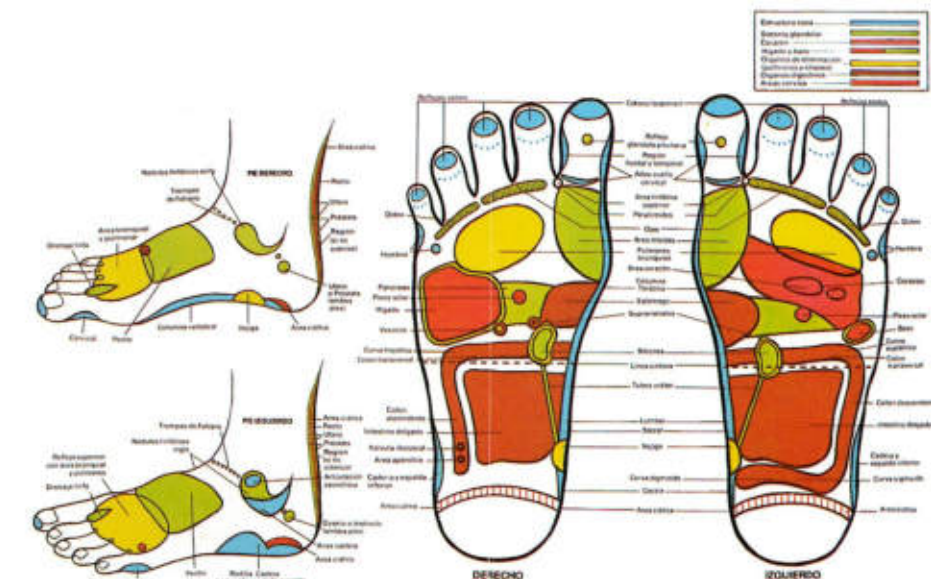
Tras varias sesiones realizadas de forma sistemática, como se ha expresado al comienzo, obtenemos lo siguiente:

- Pérdida progresiva de la rigidez de los pies.
- Disminución del dolor en las zonas sensibles.
- Aumento de la entrega física y psíquica de la paciente al terapeuta.
- Mejoría progresiva global de su patología, entre lo que encontramos una mejoría de su estado anímico, favorecimiento de la movilidad cervical y lumbar, incremento de la tolerancia a dietas y en general un estado más confortable.

DISCUSION

El uso y aprovechamiento de esta terapia de las zonas reflejas de los pies nos ofrece la posibilidad de obtener una serie de resultados altamente satisfactorios tanto a nivel de tratamiento, que es su fin último y principal, como un apoyo considerable, especialmente en lugares parcos de medios, en lo que respecta a una aproximación fiable al diagnóstico de situación de posibles lesiones patológicas.

Estos dos puntos son la base de esta terapéutica reflexológica, que ha de cumplir además con una serie de carac-



Carta reflexológica.

terísticas en su ejecución, tales como son la realización sistemática y completa de la misma y naturalmente la paciencia lógica de un proceso basado en la estimulación de los centros vitales del organismo.

Respecto al primero de estos dos puntos, he de advertir al practicante de estas técnicas que una vez obtenidos los puntos reflexológicos no podemos limitarnos en cada sesión a la simple estimulación de ellos, sino que será completa la realización de la misma, aunque eso sí, se prestará una especial atención a los puntos aludidos.

Respecto al segundo, hemos de comprender que este proceso de estimulación ha de llevarse a cabo como terapia complementaria de la médica, por lo

que el tiempo juega el papel fundamental de la conjunción y amalgamamiento de la energía generada.

Como es de comprender una terapia basada en la estimulación exclusiva de puntos reflexológicos o de forma errática en el tiempo, llevará consigo la imposibilidad de obtener resultados favorables.

Para concluir, quisiera alentar a que dentro de lo posible prueben como complemento a la labor de enfermería una terapéutica fácil y eficaz como es esta terapia zonal de los pies.

PALABRAS CLAVES

Reflexología.
Reflejos.
Terapia zonal.
Estimulación.

BIBLIOGRAFIA

- Clara Blanca Erede: *Masajes zonal de los pies*. Editorial Teorema. Barcelona, 1987.
- Doreen E. Bayly: *Reflexología*. Editorial Edef. Madrid, 1989.
- Frederic Viñas: *La respuesta está en los pies*. Editorial Integral. Barcelona, 1986.
- Hanne Marquardt: *Terapia de las zonas reflejas de los pies*. Editorial Urano. Sabadell, 1989.

Autor de las fotos:
Joaquín Alfonso



Ejercicios de relajación del plexo solar.

CONCURSO N° 15



PRIMER PREMIO

Autora: D.ª Isabel María Mañas Álvarez
Colegiada N° 8.413
Máquina: Fujica ST-705
Título: «El número uno»

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA N° 16

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

TEMA: IMAGENES INSOLITAS

2º TRIMESTRE AÑO 91 (ABRIL, MAYO, JUNIO)

El plazo de presentación finalizará el próximo 24 de mayo 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, aunque se optará sólo a un único premio.** Cada una de las cuales irá en sobre cerrado e identificadas en su reverso con el título de la composición. En sobre aparte, ce-

rrado, irá el nombre y el número de colegiado, máquina con la que ha realizado la fotografía y **sin 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. Los ganadores tendrán de plazo una semana para entregar los negativos. Tanto los negativos como todas 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. El fallo del Jurado será inapelable.

La presentación a dicho concurso supone la aceptación de las presentes bases.

El tema para el 3º trimestre 91 será «Las flores».



SEGUNDO PREMIO

Autora: D.^a Herminia Martínez Muñiz
Colegiada N.º 2.819.
Máquina: Nikon F-4.
Título: «Como el viento».

TERCER PREMIO

Autora: D.^a Isabel María Mañas Alvarez.
Colegiada N.º 8.413.
Máquina: Fujica ST-705.
Título: «Todos construimos el 92»



Miembros del Jurado del Concurso Fotográfico:

- D. Enrique Gómez Núñez (Colegiado N.º 3.816)
- D. Ignacio Toribio Martín (Banco del Comercio)
- D. Vicente Villa García-Noblejas (Periodista)

ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA COMO METODO DE TRABAJO

Autor: **D. Joaquín Lima Rodríguez, D.E.**

Supervisor Area Quirúrgica
de Hospitalización.

H.U. Virgen Macarena (Sevilla)



INTRODUCCION

La utilización del Proceso de Enfermería como método sistemático de trabajo, en las tareas asistenciales, supone un reto al que debemos hacer frente todos los profesionales de Enfermería.

En los momentos actuales, la discusión ha dejado de localizarse en la conveniencia o no de utilizar el método científico, para centrarse en cómo desarrollar, desde una perspectiva práctica, dicha metodología.

Esta situación, que para muchos supondrá una nueva forma de ejercer nuestra profesión, debe exigir una serie de cambios en las actitudes y aptitudes de los enfermeros, así como una adecuada estrategia para facilitar la adopción del nuevo método.

En este artículo intentaré mostraros cómo hemos emprendido esta empresa en el Area Quirúrgica de hospitalización del Hospital Universitario «Virgen Macarena», de Sevilla.

METODOLOGIA

La experiencia a que hace referencia este trabajo se viene realizando, desde octubre del pasado año 1987, en el Hospital Universitario «Virgen Macarena», de Sevilla, concretamente en el Area Quirúrgica de hospitalización. Esta se compone de ocho unidades de hospitalización, en la que atendemos a pacientes que van a ser sometidos a tratamiento quirúrgico.

Nuestro trabajo se inició en una sola unidad y posteriormente se hizo extensivo a una segunda. En la actualidad intentamos introducirlo en una nueva, hasta ir progresivamente llevándolo a todas las que componen el área.

El comienzo de nuestra experiencia se llevó a cabo en una unidad piloto, concretamente en parte de los pacientes que se atendían en ésta.

DESCRIPCION DE UNA UNIDAD TIPO

Antes de continuar con mi exposición, intentaré describir algunos aspectos de nuestras unidades, personal y forma de trabajar, para facilitar la comprensión de mis explicaciones.

Como os decía anteriormente, nuestras unidades de hospitalización reciben a individuos a los que se va a aplicar tratamiento quirúrgico, de las distintas especialidades médico-quirúrgicas. En la unidad en que centraré mi exposición, pertenecen a las especialidades de Neurocirugía o de Cirugía de tórax.

ASPECTO INICIAL DE UNA UNIDAD «TIPO»

- Características de la unidad.
- Recursos humanos.
- Características del Enfermero/a «medio».
- Dinámica de trabajo.
- Registros de Enfermería.

Características de la unidad al iniciar nuestra experiencia

Tiene capacidad para treinta y una camas, debidamente equipadas, que suelen estar ocupadas en su totalidad; están ubicadas en habitaciones de tres camas, nueve habitaciones, y habitaciones de dos camas, dos habitaciones.

La estancia media de hospitalización en esta unidad es superior a los quince días, ingresando los pacientes unos días antes de la intervención quirúrgica y permaneciendo en la misma un número de días, hasta el momento del alta, dependiendo de su evolución.

Recursos humanos de Enfermería

La plantilla de personal de Enfermería está formada por once enfermeros y nueve auxiliares de Enfermería, distribuidos en los siguientes turnos y puestos de trabajo:

Enfermeros

Auxiliares Enfermería

	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
Mañana	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2
Tarde	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Noche	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Turnos de trabajo:

Turno rotatorio (M.T.N.) para ocho enfermeros y ocho auxiliares de Enfermería.

Turno fijo de noche para tres enfermeros y un auxiliar de Enfermería.

Características de los enfermeros de nuestras unidades:

Los enfermeros/as tienen una edad media que oscila entre los treinta y treinta y cinco años, la mayoría son mujeres, casadas, con hijos. Cursaron sus estudios académicos en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios, y aunque convalidaron su titulación académica por la de Diplomado en Enfermería, debían recibir los conocimientos específicos de Enfermería, que no adquirieron durante su periodo de formación.

Dinámica de trabajo:

Se venía trabajando con el método de asignación de tareas.

Registros de Enfermería:

No existían registros específicos para recoger la información que genera la utilización del Proceso de Enfermería.

Entre los que se venían utilizando, se encontraban:

- Hoja de Observación de Enfermeras.
- Gráfica.
- Hoja de programación de tratamientos.
- Hoja de diuresis.
- Libro de incidencias.

En una primera fase fue preciso realizar algunas modificaciones preliminares, que hicieron posible ajustar la dinámica de trabajo que en aquellos momentos se seguía a las

necesidades del nuevo método. Estas actuaciones se centraron fundamentalmente en:

ACTUACIONES PRELIMINARES

PASAR DE Asignación por tareas

A Asignación Enfermeros-Paciente

ELABORAR REGISTROS ADECUADOS AL PROCESO DE ENFERMERIA

IMPARTIR FORMACION SOBRE EL PROCESO DE ENFERMERIA

RESULTADOS

SITUACION ACTUAL

En estos momentos se mantienen las características de la unidad y nuestros recursos de personal siguen siendo los mismos. Las principales modificaciones se produjeron en:

- APORTACION DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL PROCESO
- MODELO DE ASIGNACION ENFERMERO-PACIENTE
- REGISTROS ADECUADOS PARA EL PROCESO

Aportación de conocimientos

Elaboramos un programa de formación sobre aspectos básicos del proceso de enfermería, con un desarrollo de sus distintas etapas. Lo impartimos dentro del programa de educación en servicio, utilizando una metodología didáctica activa, en la que, con sesiones tipo taller, conseguíamos que se trabajara con los conocimientos que se iban aportando. Este programa se impartió dentro de las actividades de formación continuada, que se realiza de forma sistemática en el Area Quirúrgica de hospitalización.

Modelo de asignación:

En mi opinión, proceder a la asignación Enfermero/Paciente debía ser un requisito indispensable, si quería asegurar el éxito en la implantación del Proceso de Enfermería, y en el establecimiento de relaciones más personales con nuestros pacientes, además de permitarnos definir la responsabilidad de cada enfermero y auxiliar de Enfermería.

En la actualidad, y siempre referido a la unidad de referencia, cada enfermero es responsable de valorar, diagnosticar, planificar cuidados y evaluar a cuatro pacientes de su zona de trabajo. Además, en su turno de trabajo aplicará los tratamientos y cuidados prescritos por los médicos y sus compañeros a los pacientes de su zona.

En nuestras unidades, para llegar a esta situación procedimos de la siguiente forma (ver esquema de la unidad):

Formación de equipos de trabajo

Con los ocho enfermeros de turno rotatorio se formaron dos equipos. Equipos A y B. Cada equipo está constituido



do por cuatro enfermeros, de manera que cada equipo cuente con un enfermero en cada turno de trabajo. Así, dentro de cada equipo siempre contaremos, al menos, con un enfermero trabajando de mañana, otro de tarde, un tercero de noche y el último de descanso.

A cada equipo de enfermeros asignamos la mitad, aproximadamente, de los pacientes que componen el número total de ingresados en la unidad. Así, al equipo A podemos asignar los pacientes hospitalizados en la zona A y al equipo B los pacientes de la zona B.

Asignación Enfermero-Paciente

A cada enfermero de cada equipo se asignaron cuatro de los pacientes ingresados en su zona. De manera que cada enfermero tiene asignado a cuatro pacientes y cada paciente tiene asignado un enfermero.

Ejemplo

Equipo A Enfermero	1 A →	Pacientes	1, 2, 3, 4
	2 A →	»	5, 6, 7, 8
	3 A →	»	9, 10, 11, 13
	4 A →	»	13, 14, 15, 16

Equipo B Enfermero	1 B →	Pacientes	17, 18, 19, 20
	2 B →	»	21, 22, 23, 24
	3 B →	»	25, 26, 27, 28
	4 B →	»	29, 30, 31, 32

Esta asignación se mantiene estable en el tiempo, de manera que siempre que un enfermero esté trabajando atenderá a sus cuatro pacientes, independientemente del turno en que se encuentre, siendo responsable, como os decía anteriormente, de valorarlos, diagnosticarlos, planificarles cuidados y evaluarlos. Además, durante su turno de trabajo colabora en la aplicación de tratamientos y cuidados al resto de los pacientes asignados a su equipo, pudiendo modificar los planes de cuidado elaborados por sus compañeros de equipo, en ausencia de éstos, si la evolución del paciente así lo aconsejara.

Para una mejor organización interna de la unidad, hemos indicado en la plantilla mensual de turnos, junto al nombre de cada enfermero y de cada auxiliar de Enfermería, un número que corresponde a su turno de trabajo y una letra que corresponde a su zona y equipo de trabajo.

Ejemplo: Juan García Ruiz 1 A
 José Pérez Díaz 1 B
 Ana Paz Gómez 2 A

Modelos de registros

La utilización del Proceso de Enfermería exige recoger un importante cúmulo de información, que debe ser registrada por nuestros profesionales, como justificación a las acciones que posteriormente se van a emprender. Ello nos creó la necesidad de elaborar los siguientes registros:

Registros de Valoración
 Inicial
 Actual



Registros de Plan de Cuidados
 Diagnóstico-Objetivos
 Cuidados-Evaluación

Además, mantenemos los registros que se venían utilizando y fueron citados al principio.

Sistemática seguida

Al ingreso de un paciente o en el tiempo más cercano posible a su ingreso, el enfermero responsable del mismo le realiza una valoración inicial. En esta primera valoración, por medio de entrevista, fundamentalmente, recoge datos que le permiten un conocimiento general del paciente. Entre estos datos, podemos destacar:

Datos de identificación.

Aspectos socioculturales.

Diagnóstico médico, motivo de ingreso, medicación en domicilio.

Antecedentes personales (enfermedades, intervenciones, etc.).

Hábitos y costumbres (alimentación, eliminación, higiene, sueño, ocio, etc.).

Peso, talla.

Estado de la visión y audición.

Estado de la boca.

En este primer registro, se recogen aquellos datos que no suelen modificarse, o lo hacen mínimamente, durante la

hospitalización del paciente, por lo que su recogida se realiza una sola vez al ingreso del mismo. Estos datos nos permiten conocer aspectos generales del paciente, y además, disponer de datos de referencias, que nos pueden servir para determinar posibles cambios en la evolución del mismo.

Seguidamente se realiza una valoración actual. En ésta, mediante técnicas de exploración, observación y entrevista realizamos una recogida de datos, fundamentalmente objetivos, como son:

- Constantes vitales.
 - Pulso, tensión arterial.
 - Respiración.
 - Temperatura.
- Estado de la piel
- Presencia de
 - Vías de perfusión.
 - Catéteres, drenajes.
 - Etc.
- Estado emocional.
- Estado de conciencia.
- Limitaciones funcionales.

Por último, realizamos la valoración de conductas funcionales del individuo.

Así, valoramos las posibles dificultades que tiene el paciente para mantener estas conductas funcionales en su nivel óptimo. Esta valoración que nosotros llamamos actual, porque refleja la situación del individuo en un momento concreto, la solemos realizar en más de una ocasión, dependiendo de la evolución del paciente. Por las características de nuestras unidades, solemos valorar al paciente a su ingreso y no volvemos a hacerlo hasta después de la intervención quirúrgica, debido a que en el periodo preoperatorio no suelen producirse cambios importantes en su evolución. En el periodo postoperatorio suele ser necesario hacer más de una valoración actual.

Una vez valorado el paciente, procedemos a formular su Diagnóstico de Enfermería.

Diagnóstico de Enfermería

Nuestro modelo de diagnóstico se fundamenta en un sistema de clasificación de las alteraciones o dificultades que pueda tener el ser humano para realizar aquellas conductas funcionales que le permitan conseguir y mantener un estado óptimo de salud.

Nos basamos en la definición del Consejo Internacional de Enfermería, sobre el papel del enfermero en el ámbito asistencial. Esta, en su primera parte, dice:

«La función propia del enfermero al atender a las personas, enfermas o sanas, es evaluar sus respuestas a su estado de salud y ayudarlas a realizar aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su restablecimiento (o a que pueda morir dignamente), actividades que ellas realizarían si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde al enfermero cumplir esta misión de forma que las ayude a independizarse lo más rápidamente posible...»

Para mí, esta definición contiene una serie de palabras claves, que nos pueden servir de fundamento en el proceso de diagnóstico, como pueden ser:

Actividades que contribuyan a la salud.

Que ellas realizarían si tuvieran fuerza, voluntad o conocimiento.

Que les ayuden a independizarse.

¿Cómo valorar la capacidad del individuo para realizar estas actividades?

El estudio o valoración de estas actividades no debemos realizarlo de forma aislada, sino que, por el contrario, es conveniente agruparlas en base a la función o motivo por el que se realizaron. Es decir, agruparlas dentro de su conducta funcional.

Podemos definir el concepto de conducta funcional como el conjunto de actividades que el individuo realiza, o actúa sobre ellas, de forma voluntaria o controlada, para mantener cualquiera de las funciones específicas de su organismo.

Igualmente podemos considerar una función como la suma de las actividades que de forma voluntaria o consciente, e involuntaria o automática realizan los distintos componentes del organismo.

Así, por ejemplo, cuando realizamos ejercicios de tos y expectoración, limpiamos nuestra mucosidad nasal, realizamos inspiraciones profundas, humidificamos el ambiente donde dormimos, o realizamos drenaje postural, estamos manteniendo un conjunto de actividades que favorecerán nuestra *conducta respiratoria*, y ayudaremos a nuestro organismo a mantener la *función respiratoria* dentro de sus parámetros de normalidad.

Después de lo anteriormente expuesto, que espero haya sido entendido, podemos afirmar que los enfermeros, al estudiar a un individuo, debemos *valorar la capacidad de éste para realizar las actividades que favorecen aquellas conductas funcionales que le permitan mantener un estado óptimo de salud*.

Como bien sabéis, el Diagnóstico de Enfermería resume o concluye la etapa de valoración, definiendo las alteraciones que presenta el individuo para mantener estas conductas funcionales, además de servir como justificación y punto de partida a la planificación de cuidados.

El modelo de Diagnóstico que venimos utilizando recoge, en su formulación, las modificaciones que en cada conducta funcional se pudiera producir en el individuo, y que son susceptibles de recibir cuidados de Enfermería.

En base a los conceptos anteriormente aportados, podemos decir que en la actualidad

«El Diagnóstico de Enfermería es una relación jerarquizada, en base a la priorización de cuidados de las modificaciones en las conductas funcionales que desarrolla un individuo, relacionándolas con las causas o factores que las originan, y que van a ser tratadas por los enfermeros.» (J. Lima, 1990.)

Las conductas que en la actualidad venimos valorando son:

Alimentación	Respiración
Eliminación urinaria	Eliminación intestinal
Actividad/descanso	Sueño/despertar
Bienestar	Comunicación
Independencia/dependencia para	Conocimientos de
— Higiene	— Su enfermedad
— Alimentación	— Su terapia

— Eliminación	— Su salud
— Termorregulación	
— Movilidad	
— Autocuidado	
Protección	Autoestima
Autoimagen	Adaptación
Sexualidad/Reproducción	Crecimiento/desarrollo
Vínculos familiares	Estilos de vida
Relaciones personales	

Estas conductas están siendo estudiadas por un grupo de enfermeros, dentro de un proyecto de trabajo que intenta dotarlas de contenido, en base al concepto de conducta funcional, para facilitar su estudio y valoración, es decir, para que podamos aplicar en la práctica asistencial estos conceptos teóricos, que deben permitirnos determinar la necesidad de cuidados de las personas que requieren de nuestros servicios.

Este grupo entiende que es posible realizar un «mapa» del individuo, que nos permita estudiarlo de forma distinta a como lo hacen otros profesionales de salud, a la vez que determinar qué tipo de ayuda específica de Enfermería, y por lo tanto diferente de la que prestan otros colectivos, debemos ofrecer a estas personas.

Definir estas conductas funcionales puede permitirnos determinar nuestro campo de actuación y ayudarnos a desarrollar el proceso de identificación profesional de Enfermería.

Al formular el Diagnóstico de Enfermería distinguimos dos partes. La primera informa sobre las conductas funcionales del paciente, que pueden ser mejoradas mediante atención y cuidados de Enfermería. La segunda parte identifica la etiología o factores con los que hay que trabajar para lograr la mejoría del paciente.

Los términos utilizados para conductas funcionales son los que recogemos en la tabla establecida en nuestro registro de valoración actual.

COMPONENTES DEL DIAGNOSTICO

— Primera parte

CALIFICATIVO + CONDUCTA FUNCIONAL

Relacionado con

— Segunda parte

FACTORES MODIFICADORES

Se utilizan en la formulación de diagnósticos cuatro calificativos modificadores. La aplicación de los mismos, y esto debe quedar suficientemente claro, significa que el individuo precisa ayuda a nivel de esta conducta. Es decir, cuando hablamos de alteración en la respiración, no estamos indicando que el individuo, necesariamente, esté cianótico, disneico, en insuficiencia respiratoria, etc., sino que, por el contrario, el individuo precisa cuidados de Enfermería, que pueden traducirse en aspirarle secreciones, ayudarlo a realizar drenajes posturales, o simplemente enseñarle a realizar ejercicios de tos, o a humidificar el aire que respira.

Los calificativos usados son los siguientes:

— **Alteración de:** Indica que la conducta funcional está modificada en estos momentos y existen factores modificadores sobre los que podemos trabajar.

Ej. Alteración de la respiración relacionada con acumulo de secreciones.

— **Alteración potencial:** Indica que aunque la conducta funcional no está modificada existen factores de riesgo que provocarán en un futuro dichas modificaciones.

Ej. En un paciente encamado.

— **Alteración potencial de la protección** relacionado con aumento de presión zona sacra.

— **Disfunción de:** Indica que la conducta funcional que utiliza el individuo es perjudicial para su salud. Los factores modificadores son inherentes a actitudes personales del individuo.

Ej. Paciente diabético que no sigue su dieta.

Disfunción en la alimentación en relación a dieta inadecuada a su diabetes.

— **Posible alteración:** Indica que se pueden estar produciendo modificaciones en la conducta funcional del individuo, pero no tenemos datos suficientes para afirmarlo. Bien porque no tengamos bien definidas características individuales del mismo, como pueden ser tolerancia al dolor, al malestar o porque no podamos identificar con seguridad los factores modificadores, en cuyo caso tendremos que seguir valorando o estudiando al individuo.

Ejemplo: En un paciente recién intervenido.

Posible alteración del sueño r/c postoperatorio inmediato.

La segunda parte del diagnóstico describe los factores que dan lugar a esta respuesta negativa para la salud. Se pueden considerar tres tipos de factores:

— **Factores intrapersonales:** Son inherentes al propio individuo.

Miedo al dolor, ansiedad, proceso infeccioso, cambio en la imagen corporal, sentimiento de soledad, etc.

— **Factores interpersonales:** Derivado de la relación con otros individuos.

Sentimiento de separación, aislamiento, falta de vínculos afectivos, barrera lingüística, etc.

— **Factores ambientales:** Son aquéllos que existen en el ambiente e influyen en los comportamientos del individuo.

Ruidos, frío, calor, olores desagradables, falta de intimidad, etc.

Este sistema, que quizá puede ser criticado de excesivamente simple o elemental, nos ha permitido elaborar gru-



pos de diagnósticos e iniciar un proceso de desarrollo, a partir de poder utilizar un lenguaje unificado.

Evaluación del método

La primera evaluación se realizó a los tres meses de iniciada nuestra experiencia. Del resultado de esta evaluación se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Era necesario mejorar los registros que estábamos utilizando.

- Era necesario utilizar un modelo de formulación de Diagnósticos que fuera común a todos los que usábamos este método de trabajo.

Nuestro plan de trabajo consistió en:

- Mejorar los modelos de registros, para llegar a los que utilizamos en la actualidad.

- Utilizar un modelo simplificado de formulación de Diagnóstico de Enfermería, que igualmente coincide con el que anteriormente he expuesto.

La segunda evaluación se realizó después de un año de trabajo y las conclusiones que pudimos destacar eran las siguientes:

- Los enfermeros manejaban con bastante corrección las formulaciones de diagnóstico propuestos.

- Aparecían dificultades en la elaboración de planes de cuidados.

El plan de actuación que pusimos en marcha consistió en:

- Hacer una recopilación de las formulaciones que se habían recogido en las historias de enfermería elaboradas hasta ese momento. Este acuerdo detallado nos permitió formar grupos de Diagnósticos, en base a conductas funcionales, donde se recogían las causas que se habían utilizado en la formulación del diagnóstico.

Ejemplo:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Grupo Diagnóstico: RESPIRACION

Primera parte

Alt.: Respiración	Acumulo secreciones
Alt. Pot. Respiración	Obstrucción de vías
Disfunción Respiración	Miedo al dolor
Possible Alt. Respiración	Dolor
	Drenaje pleural
	r/c Disnea de esfuerzo
	Depresión postanestesia
	Etc.

- Elaborar un manual de planes de cuidados estándares.

Manual de planes de cuidados estándares

La elaboración de este manual se hizo a partir de la formación de grupos de Diagnósticos de Enfermería. En cada grupo aparecían las alteraciones en la conducta y las causas que las habían originado. Finalmente se relacionaron todos los cuidados de enfermería que podían ser utilizados para cada grupo de Diagnósticos. Con ello intentábamos facilitar a los enfermeros la elaboración de planes de cuidados. De esta forma, cuando un enfermero tiene necesidad de planificar cuidados, puede consultar el manual para, de entre todos los

cuidados propuestos, seleccionar los que más se ajusten a las características del paciente al que está planificando cuidados.

DISCUSION

Problemática de aceptación

Aunque pudiera parecer lo contrario, las dificultades que podíamos encontrar en la utilización de este método de trabajo no serían las derivadas de falta de recursos humanos o de grandes cargas de trabajo, como en un principio podíamos pensar. La mayor problemática de aceptación creo que tiene su origen en los siguientes aspectos:

- El rechazo hacia lo desconocido.

- El desinterés de los enfermeros en utilizar una metodología que aumente la calidad de los cuidados que administra.

- Causas de origen ambiental.

El rechazo hacia lo desconocido

Toda persona que entra en una situación de cambio lleva consigo, inevitablemente, preocupaciones y ansiedades hacia la nueva situación, especialmente si ésta le es desconocida.

En este sentido, nuestros profesionales estaban cómodos en la situación en la que venían trabajando en los últimos años y que ya dominaban sin esfuerzo alguno. El cambiar de método y dinámica suponía entrar en una nueva situación, para ellos desconocida, que les exigiría un esfuerzo para adquirir nuevos conocimientos y asumir nuevas responsabilidades. Hacerse responsable de valorar a pacientes, utilizando técnicas para la mayoría desconocida (entrevistas, exploraciones, etc.), tener que establecer diagnósticos de enfermería, planificar cuidados, etc., nos situaba en una situación difícil o al menos incómoda. En este contexto era lógico esperar una cierta respuesta de rechazo.

Con el paso del tiempo este rechazo fue desapareciendo en la medida en que íbamos conociendo y manejando la nueva metodología y alguno de los enfermeros empezaban a descubrir ventajas, como podían ser:

- Aumento de la motivación en la realización del trabajo.

- Mayor satisfacción personal al ver traducido su trabajo en una mejor evolución del paciente.

- Mejores relaciones enfermera-paciente.

- Motivación para consultar bibliografía, estudiar, etc.

- Mejor conocimiento de los pacientes asignados.

- Mayor delimitación de responsabilidades.

- Mejor comunicación en el equipo de enfermería.

Desinterés de los enfermeros por usar una metodología adecuada

Los enfermeros, tradicionalmente hemos sido poco críticos y poco metódicos en nuestra forma de proceder. Es frecuente ver cómo durante años hemos realizado una determinada técnica o tareas sin pararnos a analizarla, sin intentar mejorar los resultados que obteníamos; con frecuencia,



cuando preparamos alguna dilución seguimos añadiendo «un chorrito, medio vasito, etc.». Estas prácticas nos han convertido, como os decía al principio, en poco exigentes con la utilización de una metodología científica. Así, nos puede resultar difícil de entender que al valorar de forma sistemática a un paciente no estamos perdiendo tiempo, sino que, por el contrario, estamos intentando determinar en un momento concreto todas las posibles alteraciones que éste puede presentar, que al establecer un diagnóstico de enfermería no estamos mareándonos innecesariamente, sino que, por el contrario, estamos fundamentando y justificando los cuidados que posteriormente vamos a aplicar a nuestros pacientes, y así sucesivamente.

Causas de origen ambiental

Existe una serie de factores que yo llamo ambientales y que actúan dificultando la utilización de este método, como pueden ser:

Las estructuras de nuestras unidades, que no suelen reunir las condiciones adecuadas para adaptarse a una dinámica de trabajo que no existía cuando éstas se crearon, así es difícil contar con las condiciones adecuadas para realizar una entrevista, para hablar con un paciente sin alterar su intimidad, etc.

La dinámica de trabajo que hemos venido utilizando en los últimos años, que da actividad a las actividades de origen paramédico, que realizamos, frente a las actuaciones específicas de enfermería. Con frecuencia, ante una falta de tiempo priorizamos la recogida de una temperatura frente a unos minutos de diálogo con el paciente, que, a veces, puede ser mucho más importante para éste.

La falta de respeto de otros profesionales hacia nuestro trabajo, especialmente de los profesionales médicos, así como las pocas exigencias que los enfermeros hacemos para conseguir este respeto, ¿cuántas veces hemos interrumpido

la aplicación de algún cuidado para atender al médico, que venía a preguntarnos a qué hora se aplicó tal medicación, aun estando el dato recogido en la historia?

A pesar de todo ello, y para finalizar, quiero ser, una vez más, optimista y pensar que nuestro avance no tiene marcha atrás. Podremos hacer alguna parada en el camino, enlentecer el ritmo de nuestro caminar, pero los pasos que ya hemos dado han dejado huellas. Hemos desarrollado una metodología útil, práctica y fácil de utilizar, que permite a los enfermeros, si así lo desean, mejorar la calidad de los cuidados que aplican.

RESUMEN

La utilización del Proceso de Enfermería, como método sistemático de trabajo, en las tareas asistenciales, supone un reto al que debemos hacer frente todos los profesionales de Enfermería. Asumirlo exigirá una serie de cambios en las actitudes y aptitudes de los enfermeros, así como una adecuada estrategia para facilitar la adopción del nuevo método.

La experiencia a que hace referencia este trabajo se viene realizando desde el año 1987 en el Área Quirúrgica de hospitalización, del Hospital Universitario «Virgen Macarena» de Sevilla.

Nuestra estrategia se fundamentó en

- Pasar del modelo de asignación por tareas al de asignación enfermero paciente.

- Elaborar registros adecuados al Proceso de Enfermería.

Hemos desarrollado una metodología útil, práctica y fácil de utilizar, que permite a los enfermeros, si así lo desean, mejorar la calidad de los cuidados que aplican.

PALABRAS CLAVES

Asignación enfermero paciente.

Proceso de enfermería.

Valoración de Enfermería.

Conductas funcionales.

Diagnósticos de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA

El Proceso de Atención de Enfermería. Un enfoque científico. Ann Marrine. Ed. Manual moderno.

Proceso de Atención de Enfermería. Atkinson. Ed. Manual moderno.

Diagnóstico de Enfermería. M.J. Kin G.K. Mc Farland An Mc. Lane Interamericana.

Diagnóstico de Enfermería. Lynda Jull Carpenito. Interamericana.

Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. P.W. Iyer, B.J. Taptich, D. Bernocchi-Losey. Interamericana.

Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica R. Alfaro. Doyma.

Seminario Diagnóstico de Enfermería. Jaén 88. A. Romero, C. Germán. Index Comentado de Enfermería núm. 2. Mayo 1989.

Relaciones de ayuda. J. Lima. Hygia número 10. 1989. Colegio de Enfermería de Sevilla.

CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA IMPLANTACION DE UN MARCAPASOS DEFINITIVO

Autor: **D. Andrés Roldán Valenzuela**

Supervisor de Enfermería

Servicio de Cirugía Cardiovascular

Hospital General «Virgen del Rocío»

INTRODUCCION

Los progresos efectuados en el campo de la cirugía cardiovascular en los últimos cincuenta años han sido vertiginosos.

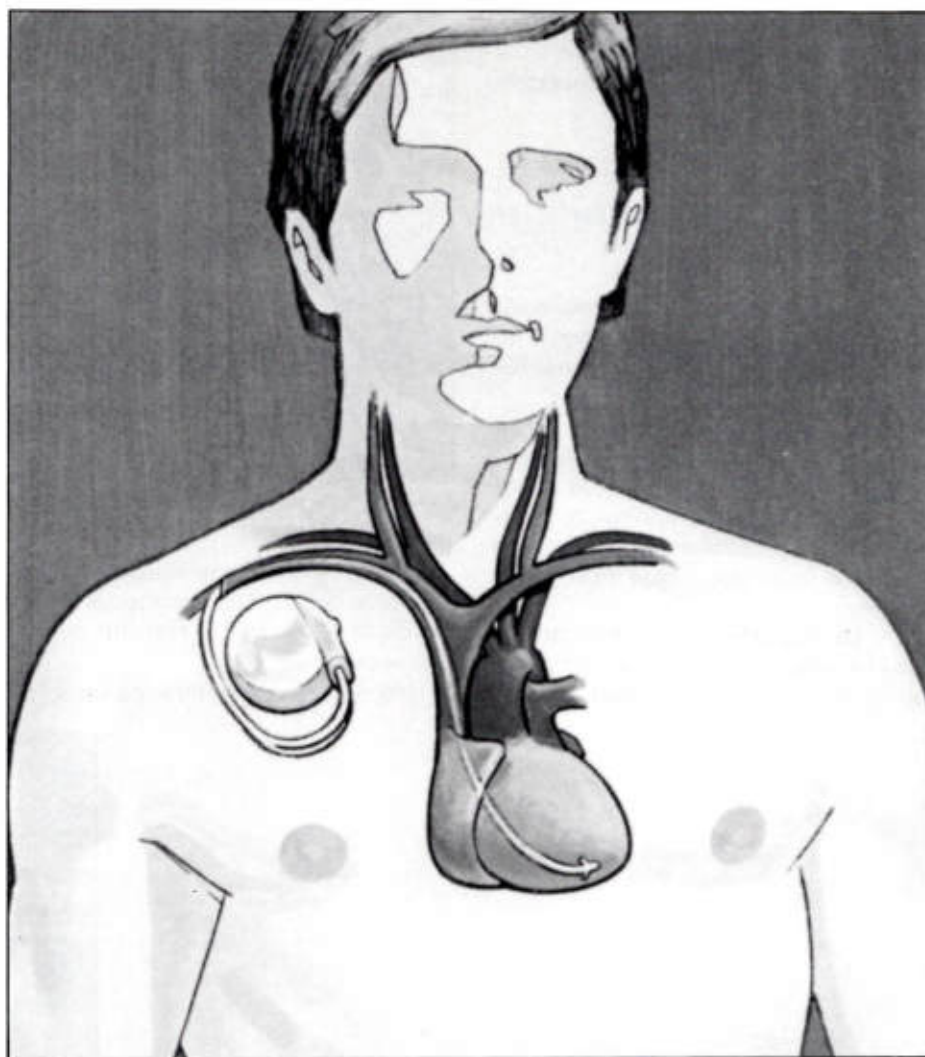
Como es lógico, los profesionales de Enfermería deben mantener al día sus conocimientos, sobre todo en los temas relacionados con sus áreas específicas de trabajo cotidiano.

La labor diaria de la enfermera/o son los cuidados, como elemento claramente diferenciador sobre otros estamentos de su entorno, en este caso hospitalario. Es por ello que debe salir de los propios profesionales el ir estandarizando y protocolizando estos cuidados.

En este caso, con este artículo lo que pretende es dejar plasmados por escrito unos cuidados que aunque rutinarios para las enfermeras/os de un servicio de cirugía cardiovascular, deben ser conocidos sobre todo por los nuevos profesionales que se incorporan a dichas áreas de trabajo, con el fin de ir unificando criterios en la forma de cuidar a los pacientes de marcapasos.

RESUMEN-ESQUEMA GENERAL DEL ARTICULO

- Recepción del paciente en planta.
- Cuidados inmediatos tras la recepción.
 - Nivel de conciencia.
 - Control de constantes.
 - Marcapasos transitorios.
 - Vía venosa.
 - Inmovilización.
 - Control de apósitos quirúrgicos.
 - Información al paciente y familiares.
- Primeras cuarenta y ocho horas tras la implantación.
 - Seguridad física.
 - Constantes vitales.
 - Electrocardiogramas.
 - Marcapasos transitorios.
 - Vía venosa.
 - Profilaxis antibiótica.
 - Movilización y actividad.
- Higiene y eliminación.
- Alimentación.
- Ausencia de dolor.
- Cuidados en el postoperatorio hasta el alta.
 - Seguridad física.
 - Constantes vitales.
 - Profilaxis antibiótica.
 - Electrocardiogramas.



- Retirada del mp. transitorio.
- Bienestar.
 - Inmovilización.
 - Cuidados de la herida quirúrgica.
 - Higiene y alimentación.
 - Actividad y ejercicios.
 - Seguridad psicológica.
- Día del alta.

ETAPAS

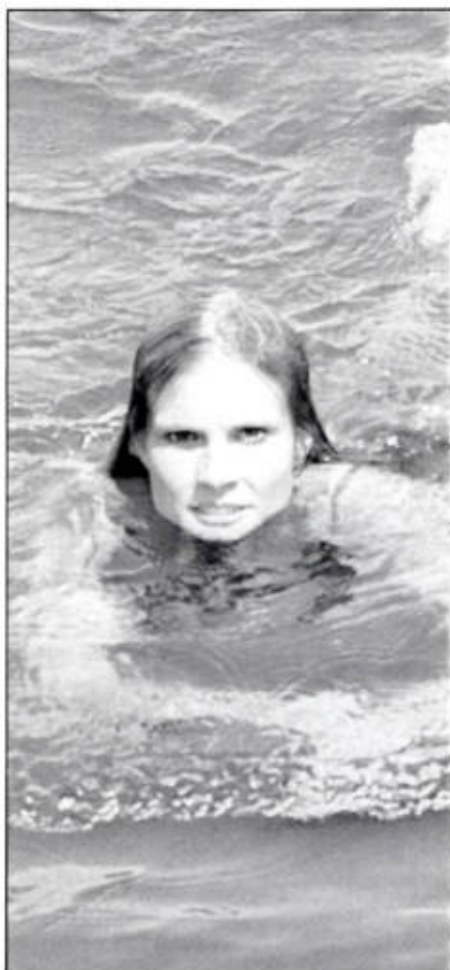
- 1) Recepción del paciente en planta.
- 2) Cuidados inmediatos tras la recepción.
- 3) Primeras cuarenta y ocho horas tras la intervención.
- 4) Cuidados en el postoperatorio hasta el alta.
- 5) Día del alta.

1) RECEPCION DEL PACIENTE EN PLANTA

El paciente llegará a su habitación conducido desde el quirófano por el celador. Este entregará de inmediato la historia al personal de Enfermería.

El ATS/DE responsable del enfermo recogerá la historia y en ella revisará:

- La hoja de Enfermería de seguimiento del paciente quirúrgico, conociendo las incidencias allí descritas, firmando la recepción y hoja de llegada a planta.
- La hoja operatoria, para conocer los incidentes de la intervención y el tipo de marcapasos implantado.



- La hoja de enfermería de la sala del despertar.
- La hoja de preinscripciones médicas, para conocer las instrucciones específicas dadas por el cirujano para el paciente.

Una vez puesto al corriente sobre los

datos referidos, el ATS/DE se dirigirá a la habitación para proceder a realizar los cuidados inmediatos tras la recepción.

2) CUIDADOS INMEDIATOS TRAS LA RECEPCION

2.1) Control del nivel de conciencia.

2.2) Control de la frecuencia cardíaca y tensión arterial.

Muy importante el control de la F.C. Se tomará el pulso del enfermo, siendo lo normal que éste sea rítmico y esté entre 60 y 90 latidos por minuto.

Si el pulso apareciese débil, irregular, taquicárdico o bradicárdico, se hará una tira larga de E.C.G. en derivación D2 y se dará aviso al cirujano cardiovascular de guardia si así se estima conveniente. Si la bradicardia o taquicardia fuesen severas (menos de 40 o más de 120), se procederá a instaurar una vía venosa de urgencia, si es que no la trae el paciente.

2.3) Posible presencia de un marcapasos transitorio.

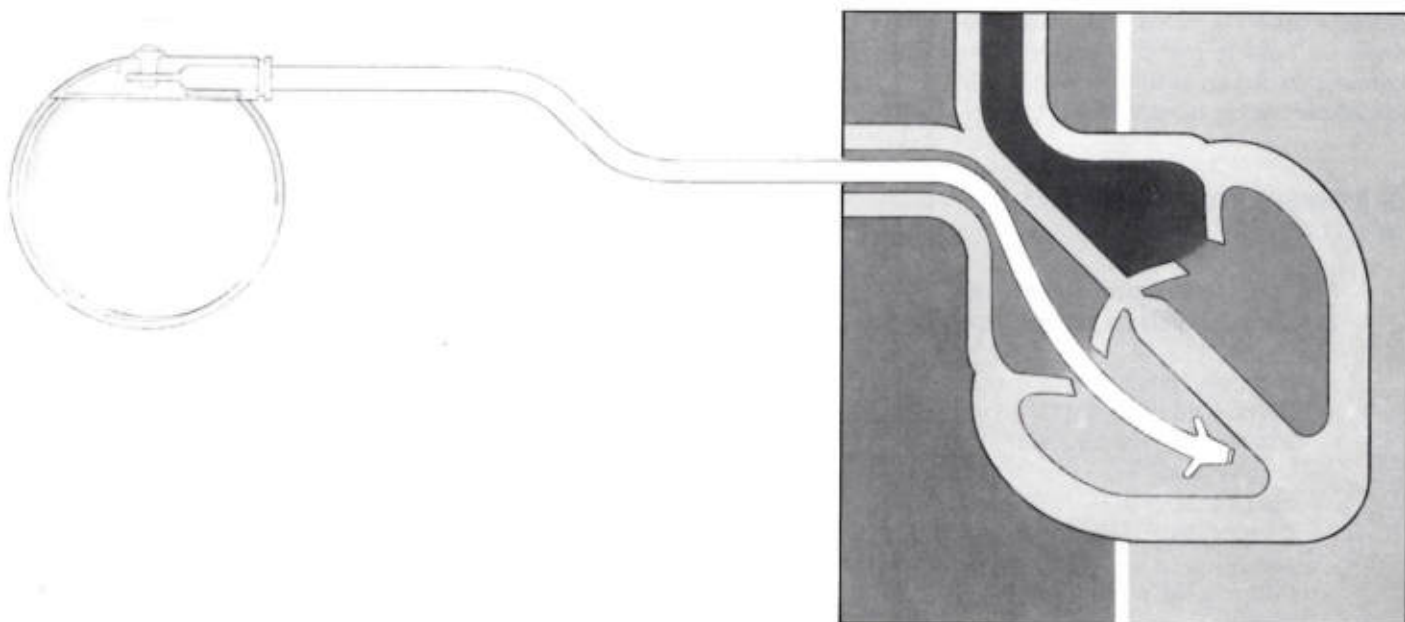
Se comprobará si está apagado o encendido, si está sensando o estimulando y se anotarán los parámetros establecidos.

2.4) Posible presencia de una vía venosa.

Se comprobará su correcto funcionamiento y colocación. Habitualmente su necesidad viene dada por probables problemas de arritmias durante la intervención.

2.5) Control de la inmovilización.

Se comprobará su correcta coloca-



ción. El enfermo traerá de quirófano un paño verde que le sujeta, flexiona y mantiene pegado al cuerpo el brazo del lado donde se le practicó la implantación.

2.6) Control de los apósitos quirúrgicos.

El enfermo deberá traer colocada una fuerte compresión sobre la herida quirúrgica, ésta habitualmente se hallará en la zona superior del tórax justo por debajo de la clavícula. Hay que vigilar una posible hemorragia, la cual haría necesario revisar la herida.

2.7) Información al paciente y familiares.

Se le hará saber al paciente y familiar que deberá permanecer encamado y sin hacer movimientos bruscos las primeras veinticuatro horas. Ello implicará que las necesidades de eliminación se realizarán con ayuda en la cama.

Se dará a conocer la importancia de la inmovilización del brazo y hombro, ya que cualquier movimiento de la zona podría dar lugar a una descolocación del electrodo que va al corazón. Se informará que la inmovilización se le mantendrá cuarenta y ocho horas.

Hasta pasadas cuatro o cinco horas de la implantación del marcapasos definitivo no comenzará a tomar su dieta habitual.

El ATS/DE explicará todo lo que realice y dará la información que sea posible.

Todos los cuidados inmediatos realizados al paciente se anotarán en la hoja de enfermería.

3) PRIMERAS CUARENTA Y OCHO HORAS TRAS LA IMPLANTACION

Se describen los cuidados a prestar según las necesidades a cubrir.

3.1) Seguridad física.

3.1.1.) Control de constantes vitales.

— Pulso radial cada seis horas las primeras veinticuatro horas. El segundo día se tomará cada doce horas.

— Tensión arterial cada doce horas las primeras veinticuatro horas, tras lo cual, y si no se indicase lo contrario, bastará hacerlo cada veinticuatro horas.

— Temperatura, cada doce horas.

3.1.2) Electrocardiogramas:

— Se realizará una tira larga de ECG en D2 con y sin imán a las cuarenta y ocho horas de la implantación para



comprobar el correcto funcionamiento del marcapasos. (Si el paciente tuviese un mp transitorio se apagaría éste antes de realizar el ECG.)

— Al colocar un imán sobre la zona del mp lo que se consigue es inhibir el mecanismo de demanda de éste, es decir, en la tira de ECG se verían solamente complejos precedidos por espícula.

— Si al realizar el ECG se ve claramente la espícula del mp pero no el complejo QRS, se sospechará una pérdida de captura, que indicará que el mp se activa pero el corazón no es estimulado; esto sería motivo para dar aviso urgente al médico del paciente.

3.1.3.) Presencia de marcapasos transitorio.

— Este mp temporal lo tendría colocado el enfermo antes de la intervención para solucionarle de entrada su problema de bloqueo auriculo-ventricular.

— Su presencia tras la intervención nos dará seguridad, ya que si el permanente no funcionara correctamente po-

dríamos estimular convenientemente al corazón.

— Habitualmente, pasadas las primeras cuarenta y ocho horas se indicará su retirada tras comprobar mediante el ECG realizado previamente que el nuevo mp permanente funciona perfectamente.

3.1.4) Presencia de una vía venosa.

— Por lo general, se mantendrá sólo las primeras veinticuatro horas, en previsión de cualquier problema que hiciera necesario la administración de medicación intravenosa.

3.1.5) Profilaxis antibiótica.

— Tras la intervención, el cirujano cardiovascular prescribirá tratamiento antibiótico en prevención de infección secundaria a la manipulación operatoria. Este tratamiento se iniciará inmediatamente, según el horario de medicación establecido por Enfermería. En nuestro servicio está protocolizado que este tratamiento sea el siguiente: Amoxicilina 500 mgrs. (más ácido clavulánico), 1 comprimido cada ocho horas, du-



rante una semana, y Netilmicín a 150 mgrs. vía L.M., cada doce horas durante cuarenta y ocho horas.

3.2) Movilización y actividad.

— La inmovilización postoperatoria del brazo y hombro se mantendrá cuarenta y ocho horas.

— El día de la implantación, el enfermo permanecerá encamado hasta pasadas veinticuatro horas de la intervención.

— A la mañana siguiente a la intervención, se levantará primero la cabecera de la cama del paciente, y a continuación si no hay problemas el paciente podrá sentarse en el sillón con la ayuda y vigilancia necesaria por parte del personal de Enfermería.

— Las primeras cuarenta y ocho horas tras la intervención, el enfermo no hará esfuerzo alguno que pudiese dar lugar a efectos no deseables.

3.3) Higiene y eliminación.

— Durante las primeras veinticuatro horas, las necesidades de eliminación se realizarán con ayuda en la cama. Incluso si se detectasen problemas de estreñimiento se le administrará al paciente un enema para que no haga esfuerzos.

— La higiene al día siguiente de la implantación se le efectuará encamado, respetando las zonas inmovilizadas.

3.4) Alimentación.

— Pasadas de cuatro a cinco horas de la implantación del mp definitivo, se autorizará al paciente a tomar su dieta habitual.

— El enfermo requerirá ayuda total para alimentarse las primeras veinticuatro horas y parcial el segundo día.

3.5) Ausencia de dolor.

— Se procurará aliviar cualquier molestia o dolor al enfermo con las medidas habituales de Enfermería y con los analgésicos prescritos.

4) CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO HASTA EL ALTA

Se describen los cuidados a prestar según las necesidades a cubrir.

4.1) Seguridad física.

4.1.1) Control de constantes vitales.

— Tensión arterial cada veinticuatro horas.

— Temperatura cada doce horas.

— Pulso radial cada veinticuatro horas.

4.1.2.) Profilaxis antibiótica.

— Se mantendrá en el postoperatorio hasta que el médico la suspenda.

4.1.3) Electrocardiogramas.

— Durante el postoperatorio, y tras el realizado a las veinticuatro horas, se harán los ECG necesarios a requerimiento médico.

4.1.4) Retirada del marcapasos transitorio.

— Pasadas cuarenta y ocho horas, y tras haber comprobado el correcto funcionamiento del definitivo, se procederá a retirar el transitorio.

Para ello se actuará así: primero se apagará colocando el interruptor en OFF, se levantará la protección de la vía de entrada (normalmente vena subclávia), se retirará la sujeción a piel del electrocatéter y se retirará de éste hasta su salida completa; se limpiará y protegerá la zona de entrada.

4.2) Bienestar.

4.2.1) Inmovilización.

— Pasadas cuarenta y ocho horas de la intervención se podrá retirar la inmovilización.

4.2.2) Cuidados de la herida quirúrgica.

Pasadas cuarenta y ocho horas de la intervención, y tras la retirada de la inmovilización, se levantará la compresión que sobre el marcapasos trae el enfer-

mo del quirófano y se destapará la herida. Al visualizar la incisión operatoria se buscarán:

— signos de hemorragia.

— infección.

— edemas

— hematomas.

— enrojecimientos o exudados.

— La primera cura se hará aplicando un antiséptico localmente, tapando con gasa estéril y colocando esparadrapo antialérgico.

— La presencia tras las primeras cuarenta y ocho horas de gran edema o hematoma amplio, indicaría la necesidad de recolocar la compresión.

— El ritmo de las curas vendrá dado por el estado de la herida. Si no hay complicaciones se revisará cada dos o tres días.

— Se comprobará el tipo de sutura empleado. Si es intradérmica no necesitará ser retirada, si es seda se extraerá según procedimiento habitual a los siete u ocho días del postoperatorio.

4.3) Higiene y alimentación.

— Será misión de Enfermería el detectar incapacidades reales o potencia-



les en estos dos campos para actuar en consecuencia. Asimismo, se cubrirán las posibles faltas de conocimiento sobre higiene y alimentación del enfermo.

— Tras retirar la inmovilización a las cuarenta y ocho horas, el paciente dejará normalmente de ser dependiente para su aseo personal.

— Tras la retirada de la inmovilización, el enfermo podrá alimentarse sin ayuda generalmente. Tomará su dieta habitual, aunque siempre se aconseja no abusar de la sal.

4.4) Actividad y ejercicios.

— El enfermo no realizará esfuerzos físicos durante el postoperatorio, ya que podrían dar lugar a un desenclavamiento del electrodo que va al corazón.

— Pasadas cuarenta y ocho horas de la implantación, y si no hay incapacidad detectada por Enfermería o contraindicación médica, el enfermo deberá empezar a caminar durante el día por el pasillo de la planta.

— El brazo y hombro del lado de la intervención deberá empezar a moverlos lentamente y sin forzarlos tras la re-

tirada de la inmovilización. Son normales las molestias ocasionadas por la técnica operatoria.

— Es necesario que el paciente haga ejercicios con el brazo, llevándolo desde su posición normal hasta tocarse la cabeza con los dedos.

4.5) Seguridad psicológica.

— Durante el postoperatorio se reforzará la educación sanitaria relativa a los marcapasos permanentes. Para ello es ideal que el enfermo haya recibido con anterioridad a la intervención un manual o folleto informativo (en nuestro servicio se ha confeccionado por el personal de Enfermería el manual «Vivir con un marcapasos»).

— Se le aclararán todas las posibles dudas que le surjan al paciente.

— Se le informará al paciente el necesario seguimiento médico que requerirá durante el postoperatorio, lo cual no implicará la realización de técnicas agresivas en absoluto, simplemente controles radiográficos y posibles reprogramaciones mediante aparatos no invasivos del funcionamiento de su marcapasos.

— En general se procurará que la estancia hospitalaria sea lo menos incómoda y traumática posible para el enfermo de marcapasos.

— Será misión de Enfermería ir preparando al enfermo para su reincorporación a la actividad diaria extrahospitalaria. Es la preparación para el alta.

5) DIA DEL ALTA

— El alta se producirá normalmente a los siete u ocho días de la implantación.

— Será conveniente realizar un nuevo ECG, incluyendo una tira larga de D2 con y sin imán.

— La herida quirúrgica se dejará al aire, realizando previamente la última cura, limpiando con iodopovidona y aplicando apósito plástico en aerosol. Se le indicará al enfermo que en un par de días comience a lavarse la zona con un jabón suave y que la mantenga siempre limpia, procurando no presionar demasiado la zona.

— Se le indicará al enfermo que ante cualquier síntoma similar a los que padecía previamente a la colocación del marcapasos (mareos, síncope...) se haría necesaria una inmediata revisión médica. Asimismo, si se notara inflamación, enrojecimiento o supuración en la zona de la incisión.



— Es necesario que el enfermo, si es capaz, salga del hospital sabiéndose tomar a sí mismo el pulso radial, para que lo controle a diario por las mañanas. El ATS/DE encargado del enfermo le enseñará, indicándole unos toques máximos y mínimos que si se sobrepasaran harían necesaria una revisión en el hospital. Si el paciente fuese incapaz, se enseñará a un familiar próximo.

— Se le proporcionará al enfermo su tarjeta de identificación como portador de marcapasos.

— Se le aclararán al enfermo todas las dudas que le surjan tras la lectura del informe de alta médica, indicándole las necesarias revisiones periódicas que precisará durante toda su vida.

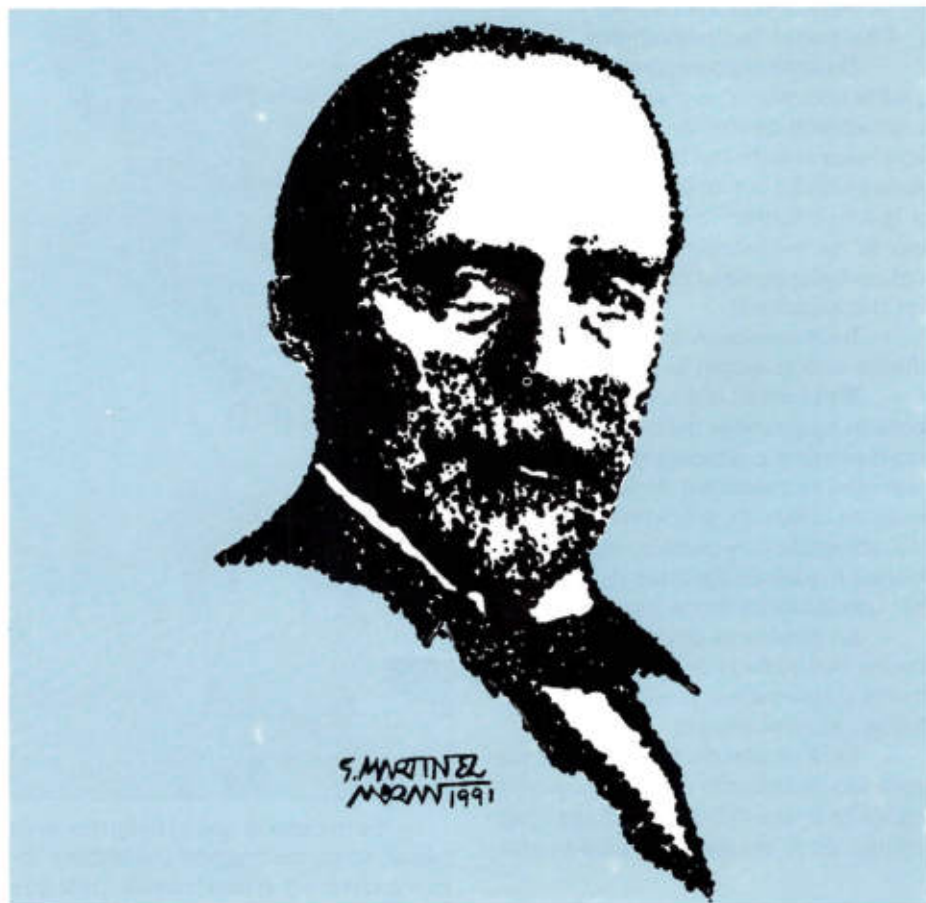
BIBLIOGRAFIA

Manual de Enfermería médico-quirúrgica. L.S. Brunner y D.S. Sudarth. Vol 2. Págs. 617-620.
Trastornos cardiovasculares. DOYMA. Páginas 141-150.
Cuidados cardíacos de Enfermería. Nursing photobook. DOYMA. Pág.s 107-117.



PREMIO NOBEL DE MEDICINA Y FISILOGIA 1909

EMIL THEODOR KOCHER



En 1909, por primera vez es galardonado con el Premio Nobel de Medicina y Fisiología un cirujano, Emil Theodor Kocher, por su contribución a la fisiopatología y la terapéutica quirúrgica de los procesos tiroideos. Nació Kocher en Berna, el 25 de agosto de 1841, falleciendo en la misma ciudad suiza el 27 de julio de 1917. Obtuvo su graduación en la Universidad de Berna en 1865, completando su formación quirúrgica en Berlín, Londres, París y Viena, bajo el magisterio de Langenbeck, Lister, Nélaton, Verneuil y Billroth. De regreso en Berna es nombrado profesor de clínica quirúrgica en 1872, cargo que regentó hasta 1911. Por su labor docente, el elevado número de discípulos que a su lado se formaron, su obra escrita y su contribución a la patología y a la práctica quirúrgica, Kocher llegó a ser considerado el más eminente cirujano europeo durante las dos primeras décadas de nuestro siglo, como lo proclamó Sir

Berkeley Moynihan con ocasión de su muerte, en el *British Medical Journal*. En 1905 presidió el primer Congreso Internacional de Cirugía; cuatro años después, queda dicho, recibe el Premio Nobel de Medicina.

Emil Theodor Kocher hizo aportación meritoria a distintos campos de la cirugía; de mención obligada es, en primer lugar, su contribución a la traumatología, expuesta en el trabajo «Eine neue Reductionsmethode für Schulterverrenkung» (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1870: 7: 101-5); amplia difusión tuvo su método para el tratamiento quirúrgico de la hernia, explicado en el artículo «Zur Radicalcur der Hernien» (1892); para la práctica de la hemostasia Kocher recomendó las inyecciones de coaguleno (1912), basándose en las investigaciones de Fonio sobre las plaquetas. En la ablación del cáncer de mama, Kocher, como antes que él Federico Rubio y posteriormente Halsted, pro-

pone una cuidadosa exéresis de los ganglios linfáticos circundantes («Ueber Radicalheilung des Krebses»; *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*; 1880: 13: 134-66). Muy leídas, con amplio influjo, por tanto, en la cirugía europea de su tiempo, fueron sus obras *Chirurgische Klinik zu Bern* (Jena, 1891), *Beiträge zur Kenntnis einiger praktisch wichtiger Fracturformen* (Kena, 1896) y el texto escrito en colaboración con E. Tavel *Vorlesungen über chirurgische Infektionskrankheiten* (Basilea, 1895-Jena, 1909); su tratado *Chirurgische Operationslehre* (Jena, 1892) se difundió en versiones inglesa, francesa, italiana, española y rusa. En la práctica quirúrgica Kocher y Halsted fueron los instauradores de los métodos lentos, proceder, como escribió agudamente Cushing, imperante en las clínicas «a donde quisiéramos ustedes y yo ser llevados si necesitásemos de una operación quirúrgica».

La aportación fundamental de Kocher al saber quirúrgico y médico de su tiempo, por la que le fue concedido el Premio Nobel en 1909, corresponde al conocimiento fisiopatológico de la glándula tiroides y a su contribución al tratamiento quirúrgico del hipertiroidismo. La frecuente aparición de procesos tiroideos en ciertas regiones suizas impulsó a Kocher a su estudio, ensayando diversas técnicas para la reducción de los bocios de gran tamaño, practicando la primera tiroidectomía en 1878, operación ésta que realizó en dos mil casos, con una estadística de sólo un medio por ciento de mortalidad; en 1883 Kocher describe la «caquexia estrumipriva». En la historia de la cirugía del tiroides, de la que ha hecho excelente narración William S. Halsted en su trabajo «The Operative Story of Goitre» (*The Johns Hopkins Hospital Report*; 1919: 19: 17-257), el nombre de Emil Theodor Kocher, como el de Jacques Louis Reverdin, ocupa lugar destacado. Textos de lectura obligada para conocer esta contribución de Kocher son sus trabajos «Extirpation einer Struma retroesophageas» (*Korrespbl schwiez Aerzte*; 1878, 8: 702-5) y «Ueber Kropfextirpation und ihre Folgen» (*Archiv für Klinische Chirurgie*; 1883; 29: 254-337).

CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA ONCOLOGICA

Barcelona - Días 9, 10 y 11 de mayo de 1991.
Información, inscripciones y secretaría:
Suport: París, 150. 08036 Barcelona.
Telf. (93) 322 65 54

JORNADAS DE EDUCACION SE- XUAL Y ANTICONCEPCION EN LA ADOLESCENCIA

Hospital Universitario de Valme
Del 23 al 26 de abril de 1991.
Información: Unidad de Formación Continuada.
Telf. (95) 469 12 00, extensión 394
De 11 a 14 horas

XIII CONGRESO ENFERMERIA CARDIOLOGICA

Santa Cruz de Tenerife - Días 24, 25, 26, 27 y 28 de
junio de 1991
Información: Aptdo. Correos 369 - 38280 La Lagu-
na (Tenerife). Telf. (922) 28 25 02. Srta. Susi.

CONGRESO NACIONAL DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Castellón - Días 2, 3 y 4 de mayo de 1991
Secretaría Técnica: Colegio Oficial de ATS y DE.
C/ Caballeros, 17, entresuelo. 12001 Castellón
Telf. (964) 22 01 12

IV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

San Fernando (Cádiz)
Días 23, 24 y 25 mayo de 1991
Inscripción: 20.000 pesetas.

XIII REUNION DE ENFERMERIA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS Y NEONATALES

Córdoba - Días 9, 10 y 11 de mayo de 1991
Cuota inscripción: 20.000 pesetas.
Información:
Tfno. (957) 29 11 33, extensión 20
M.^a Carmen Bravo

I JORNADAS DE ENFERMERIA DIABETOLOGICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Valencia - Junio de 1991.
Información:
A.V.E.D.I. Apartado de Correos 3063.
46008 Valencia

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.
Avda. Virgen de Montserrat, 210, 4-1.
Teléfono 295 46 17 - 08026 Barcelona

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, 5-1.º. Telf. 45 15 60 - 45 45 08

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

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

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

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

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

A) Trabajos de investigación

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

B) Artículos de opinión

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

ESTRUCTURA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

Novedades bibliográficas

PSICOPROFILAXIS QUIRURGICA

La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas.

Autor: Eduardo Mardarás Platas.

Editorial: Ediciones Rol, S.A., Barcelona, 1990.

180 páginas, 23,5x17 cm., encuadernado en rústica.

Precio: 2.250 Ptas.

Quienes encontraron en «La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas» un manual práctico y profundo, hallarán ahora en «Psicoprofilaxis quirúrgica» un libro de cabecera al que podrán recurrir cada vez que el comportamiento de sus pacientes les genere alguna inquietud y siempre que se sientan mínimamente desconcertados por el aluvión de teorías, escuelas y técnicas que se ocupan de las complejas relaciones entre el cuerpo y la mente.



PLANES DE CUIDADOS EN ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA

Holloway, N.M. Dirección: Malone, R.E. Staff Nurse, Emergency Department Children's Hospital Medical Center Oakland, California.

520 páginas. 21x28 cm., encuadernado en rústica cosida.

Setenta y cuatro planes de cuidados clínicos que cumplen una amplia variedad de situaciones médico-quirúrgicas, analizadas por cuarenta y cuatro expertos, en un texto claro y funcional que

ofrece respuestas prácticas y clínicamente relevantes a los principales interrogantes que se formulan los profesionales de la salud.

Una obra que diferencia con nitidez la enfermería independiente de la interdependiente, que proporciona un banco de datos actualizados y que se organiza por sistemas corporales, principales diagnósticos médicos y situaciones generales con las que las enfermeras se encuentran diariamente.



ENFERMERIA PSIQUIATRICA Estudio de casos, diagnósticos y planes de cuidados

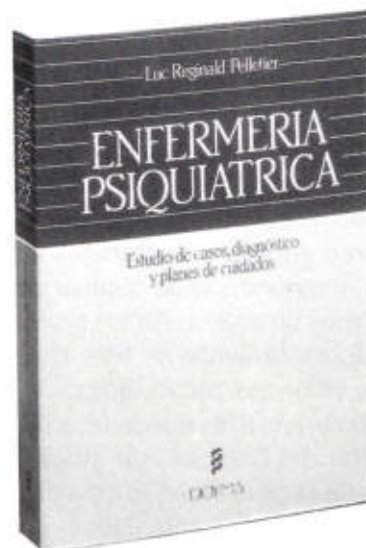
Pelletier, L.R. Profesor clínico adjunto de la Escuela de Enfermería de la UCLA, Los Angeles. Analista de Aplicaciones Clínicas, Hospital Information System UCLA Neuropsychiatric Institute and Hospital Los Angeles, California.

496 páginas. 15,5x21,5 cm., encuadernado en rústica cosida.

Una obra que ofrece respuestas sobre valoración de trastornos psíquicos, planes de cuidados, formulación de diagnóstico, diferenciación de psicopatologías y agilidad en la experiencia clínica, a la vez que introduce conocimientos teórico-prácticos para el cuidado de enfermos psiquiátricos.

Se trata de un título de gran utilidad para los profesionales de enfermería que con frecuencia tienen que hacer frente a pacientes con enfermedades mentales, ya que potencia la habilidad y rapi-

dez en la detección de síntomas, orienta en la administración de tratamientos y analiza las relaciones con los familiares y allegados del enfermo en el cuidado de problemas agudos o crónicos.



MANUAL PRACTICO DE TERAPEUTICA INTRAVENOSA

Julie Steele. 200 páginas. 15x23 cm., más de 180 ilustraciones, encuadernado en rústica cosida.

Estructurado y escrito con gran calidad, este texto aporta la información y conocimientos más actuales, en cuanto a la correcta administración de medicamentos por vía intravenosa.





**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 DIA, 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

7º CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA "CIUDAD DE SEVILLA"

COLEGIO OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN EN-
FERMERIA DE SEVILLA



PREMIOS

PRIMERO: 600.000 ptas.

SEGUNDO: 300.000 ptas.

TERCERO: 200.000 ptas.

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

B A S E S

- 1.ª **Denominación:** Título "Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla".
 - 2.ª **Objeto:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
 - 3.ª **Dotación:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL pesetas (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, de TRESCIENTAS MIL pesetas (300.000) para el premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL pesetas (200.000) para el premiado en tercer lugar.
 - 4.ª **Presentación:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentarán por duplicado ejemplar en papel tamaño D.I.N. A4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, y encuadernado; incluirán en separata un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
 - 5.ª **Concursantes:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados; serán admitidos trabajos realizados en equipo. En este caso se entiende por autor, a los efectos de lo dispuesto en estas Bases, al primer firmante de cada trabajo.
 - 6.ª **Jurado:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Diplomados de Enfermería de Sevilla, o persona en quien él delegue. Cinco Vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, dos Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería. Actuará como Secretario el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
 - 7.ª **Decisión del Jurado:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable.
 - 8.ª **Documentación:** Los trabajos que opten al premio, serán remitidos por correo certificado, con acuse de recibo, al Colegio de A.T.S. y D.E.: calle Infanta Luisa de Orleans nº 10. SEVILLA 41004. Deberán indicar en el sobre: para el 7º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. No llevará remite ni datos de identificación del autor ni del Centro de Trabajo, si lo hubiere. Los trabajos serán firmados con seudónimos y acompañarán sobre cerrado con la misma identificación, en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección completa, lugar de trabajo, si lo hubiese; certificado de colegiación reciente y "currículum vitae", que se abrirá tras las concesiones de los premios.
 - 9.ª **Propiedad de los trabajos:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados en el 7º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla.
 - 10.ª **Incidenias:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación previa de las presentes Bases.
 - 11.ª **Titular del Premio:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
- Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el día 31 de Octubre de 1991.** Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.
- El fallo del Jurado se hará público el día 10 de Diciembre de 1991.**



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERIA
DE SEVILLA

Premios 1990:

- 1º D.ª M.ª Dolores González de Haro
- 2º D. Pedro Palomino Moral
- 3º D.ª Josefina Castro Vizoso



BANCO DEL COMERCIO