

Nº 16 • ABRIL-MAYO-JUNIO 1991

AVG 16

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

- LA OBSERVACION COMO INSTRUMENTO CIENTIFICO
- PROTOCOLO DE ULCERAS VENOSAS
- FORMACION DE ALUMNOS EN C. SALUD

BANCA PERSONAL



EN PRIVADO.



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

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

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

A.B.E. 17.695

MCM

Para cualquier consulta
llame gratuitamente al 900 125 125.



BANCO DEL COMERCIO

Para una clase de vida.

EDITORIAL

VERANO Y ENFERMERIA: PROBLEMAS SEMPITERNOS

Con la llegada del verano, nuevamente tenemos ante nosotros el calor, las vacaciones y... el inacabable problema para saber cómo se las ingeniará la Administración para acoplar (o al menos, intentarlo) todas las piezas del rompecabezas en el gran marco de la Sanidad Pública.

Puede que parezca hasta chistoso, pero un año más tenemos frente por frente un problema más para el personal de Enfermería de este país. Y como no podía ser de otra forma, volvemos a oír el mismo cantar de una estrofa harto conocida: la Administración sigue anunciando que está en marcha su proceso para acompañar el inevitable vacío vacacional con las ineludibles necesidades de los Servicios... Todo suena, como la canción, igual, igual...

Hace pocas fechas, una profesional de Enfermería escribía una sincera y valiente carta en un diario de difusión nacional preguntándose literalmente lo siguiente: «¿Qué ocurriría si el día 1 de julio todos los Diplomados que trabajamos bajo contratación temporal decidiéramos rescindir unilateralmente nuestro contrato?» Y se respondía la firmante con un apaciguador: «Que no se asusten los señores gerentes provinciales, saben que somos un personal manso y fácil de manejar.»

Por eso no está de más, al hilo de las apreciaciones de la carta leída y publicada en toda España, meditar otro verano más acerca de la continuada y peligrosa situación en que se coloca tanto a nuestro colectivo como a la Sanidad pública española. Y no es asunto baladí o para tomarlo de segundo nivel el hecho de que cada once meses se someta a miles y miles de profesionales a la tortura de no poder programar el periodo estival propio y de la familia correspondiente, como corresponde a la libertad indivisible de cada uno.

No es exageración alguna decir que el caos está ya garantizado. Sí: caos, porque es caótico pensar que cada año se anuncian estudios, reformas, programas para estabular y regular como convenga capítulo tan importante cual es la estación vacacional, y luego, en la realidad, los perjudicados son el profesional y, cómo olvidarlo, el usuario, que ve disminuidas sus posibilidades de atención cuando no clausuradas sus esperanzas al echarse el cerrojo a no pocas dependencias.

Y la pregunta de antes: «¿Qué pasaría si...?», debería figurar en el frontispicio de nuestro Sistema de Salud como una de las asignaturas pendientes que, al parecer, tiene tan difícil solución como las listas de espera o cualesquiera otra constante negativa de nuestra Sanidad. Y preguntamos nosotros: ¿Por qué? ¿Por qué no se comienza de una vez por todas un ejercicio de imaginación y recursos que busquen no sacrificar a los ATS/DE españoles como uno de los colectivos más «paganos» de toda la Sanidad? ¿Por qué no se despejan las seculares deficiencias que padecemos también a la hora del merecido ocio y podemos imaginar que estamos de igual a igual con otras profesiones vinculadas al mundo de la Salud? Por qué, por qué y por qué...

Duele sopesar que, frente a tanto y fácil elogio de quien detenta el poder para la vocación y sacrificio de la Enfermería, es penoso comprobar cómo año tras otro nos encontramos ante la más absoluta indiferencia para lograr soluciones que permitan evitar la zozobra que tantas familias tienen planeando sobre sus cabezas no sólo en las grandes ciudades, sino en esos pequeños y lejanos pueblos donde el ATS/DE es único, vital e indivisible eslabón pero también son únicas, vitales e indeclinables sus necesidades de colgar los bártulos y escapar treinta días de descanso allá donde más le plazca.

Esta publicación está dispuesta a mantener en alto su queja anual hasta que, por quien corresponda, se decida sentarse con organizaciones y órganos representativos para ofertar ideas, localizar recursos, encontrar vías de paz veraniega en la Enfermería. Porque si renunciamos a esta postura, habríamos malentendido la debida prestación que, seguro, nos van a exigir en el resto del calendario. El estrés hospitalario de cada día, las añejas insuficiencias de personal, las ampliaciones de servicios que no de Enfermeras/os..., todos estos ejemplos y muchos más no quieren finalmente que cuando asoma el verano, Enfermería sea una profesión mayor de edad en vez de encontrarse en desigualdad, manifiesta y sangrante, respecto a otras. No somos un «personal manso y fácil de manejar», como argumentaba nuestra colega madrileña, pero quizá estén poniendo a prueba la paciencia colectiva con el asunto de los meses estivales, donde todo son problemas para encontrar el justo hueco que permita «desconectar» y para seguir trabajando en unas condiciones que, desde luego, la O.M.S. no aprobaría de conocerlas. En suma: llegó el verano y aparecieron las dificultades para la Enfermería. En el 91 como en los 80. Eso sí, se sigue planificando y tal y tal. Pero más de un profesional va a tener que lanzar la moneda al aire con el compañero de al lado. Y eso no fomenta nada más que problemas donde no debían aparecer. ¿Hasta cuándo?



HYGIA

EDITA:

Ite. 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 Ángel 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 Álvarez 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

ABRIL
MAYO
JUNIO

16

— EDITORIAL	3
— PROTOCOLO SOBRE ULCERAS DE ORIGEN VENOSO	5
— GRANDES DE ENFERMERIA: SAN JUAN DE DIOS	9
— LA OBSERVACION COMO INSTRUMENTO CIENTIFICO DE TRABAJO PARA ENFERMERIA: PREMATUROS EN UNA U.C.I. DE NEONATAL	11
— ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ERGOMETRICAS	15
— CONCURSO FOTOGRAFICO N° 16	18
— COMO VIVE LA FAMILIA LA ENFERMEDAD DE UNO DE SUS MIEMBROS	20
— ELABORACION DE UN PROGRAMA DE FORMACION DE ALUMNOS EN LOS CENTROS DE SALUD	26
— PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1910: ALBRECHT KOSSEL	29
— PROTOCOLO DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA	30
— CURSOS - CONGRESOS	32
— NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS	34



Autora:

María Dolores Ríos Parrilla

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.

PROTOCOLO SOBRE ULCERAS DE ORIGEN VENOSO

Autores: **D.^a María de los Milagros Prieto Guerrero**

H. U. «Virgen Macarena».
Servicio de Hosp. Domiciliaria

D.^a María Isabel Corzo Gutiérrez

H. U. «Virgen Macarena».
Servicio de Neurología

D.^a María José Burraco Gavira

H. U. «Virgen del Rocío».
Servicio de Cirugía Plástica

D. Agustín Ventura Reja

H. U. «Virgen del Rocío».
Servicio de Cirugía Plástica.

D. José María Moreno Franco

H. U. «Virgen del Rocío».
Servicio de Rehabilitación y Neurología

DEFINICION

Es toda pérdida de sustancia de la epidermis, dermis y tejido subyacente y son debidas a varices de larga evolución, secuelas postflebíticas, o en menor número de casos a displasias (malformaciones) venosas, o fístulas arterio venosas. En todos estos casos se produce un aumento de la presión venosa, lo que origina una serie de lesiones dérmicas con hiperpigmentación, celulitis y atrofia dérmica, lo cual da lugar a la aparición de úlceras por pequeños traumatismos o de aparición espontánea.

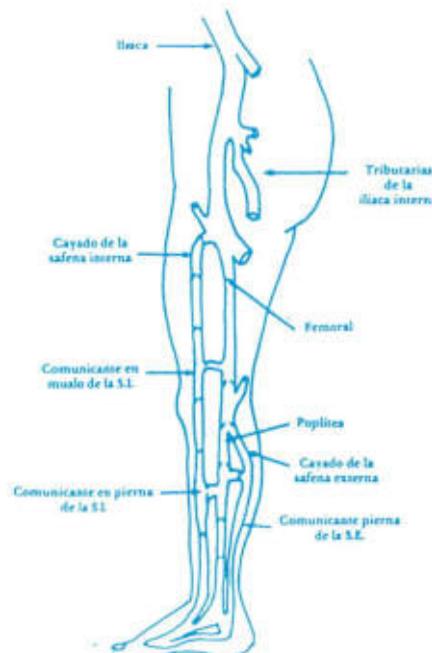
Están localizadas estas úlceras en el tercio inferior de las piernas y a menudo en región interna en relación con el territorio de la safena interna y venas perforantes de la región de la pierna.

Drenaje venoso de extremidades inferiores

- Venas superficiales.
 - Safena interna.
 - Safena externa.
- Venas profundas.
 - (ej. Poplítea).
- Venas perforantes.
 - (comunican con las anteriores).

Factores que favorecen la aparición de úlceras venosas

- La herencia.
- Profesiones que requieren estar largo periodo de tiempo de pie.
- El embarazo.
- La obesidad.
- La edad avanzada.



Drenajes venosos de extremidades inferiores.

- Procesos que aumentan la presión intraabdominal como Neoplasias y Ascitis.

Sintomatología

- Dolor: en la úlcera venosa, la sensibilidad está disminuida y retardada, sobre todo la sensibilidad térmica; las percepciones dolorosas y táctiles también están minoradas. Es por tanto moderadamente dolorosa.
- Tirantez en piernas y calambres musculares nocturnos.
- Cansancio.
- Vasos venosos dilatados, tortuosos (antiestáticos).
- Edema.
- Dermatitis y prurito.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ULCERAS VENOSAS

- Por su localización, ya explicado anteriormente.
- Por su aspecto: de profundidad variable, fondo secretante al comienzo, pero después granulomatoso y los bordes blandos al principio, se hacen más adelante indurados y de tamaño variable desde muy pequeña hasta muy grande (de más de 10 cm. de diámetro).

De forma redonda u ovalada, polilobulada, crateriforme con contornos irregulares. Estas ulceraciones son de larga evolución y apariciones frecuentes, por lo que constituyen una verdadera enfermedad social, dificultando durante largo tiempo la actividad de los enfermos que la padecen.

1. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

a) Valoración: Recogida de datos.

b) Planificación:

1. **Objetivos:** Tto. específico de la úlcera.

2. **Protocolo actuación:** Medidas dirigidas a mejorar el fluido venoso. Educación sanitaria.

Evaluación:

a) Valoración: Recogida de datos.

Este apartado consiste en cumplimentar la hoja de historia de enfermería. Y para elaborar el diagnóstico de enfermería es importante formular las siguientes preguntas relacionadas con:

— Antecedentes de varices, flebitis, traumatismos y taras personales o familiares: diabetes, hipertensión.

— Cómo y cuándo se inició la úlcera.

— Si recuerda haber sufrido algún pequeño traumatismo (golpe, arañazo, rasguño, etc.).

— Cómo ha ido evolucionando en el transcurso del tiempo.

— Si la zona de la úlcera es dolorosa o indolente.

— Si han existido con anterioridad otras ulceraciones.

— Si ha sufrido enfermedades que obligasen a permanecer largos periodos de encamamiento.

— Y, por último, observación del estado de la piel adyacente y características de la lesión.

b) Planificación:

1. **Objetivos:** Una vez obtenido el diagnóstico de enfermería, elaboramos unos objetivos a cumplimentar, resolviendo los problemas y necesidades no cubiertas del paciente.

— La atención de la circulación se centrará en el mantenimiento de los patrones circulatorios lo más próximo a la normalidad; es decir, asegurar la oxigenación y nutrición de los tejidos distales.

— El reposo estará orientado a la re-

lajación muscular y tensional y, con ello, a disminuir el dolor, creando nuevos hábitos de descanso. Se podrán alcanzar periodos de sueño más prolongados.

— El bienestar de estos pacientes dependerá del tratamiento adecuado, como de un entorno social favorable, y esto es importante, ya que la mayoría de estos pacientes son de avanzada edad; para ello, se requiere una buena atención humana y buen asesoramiento tanto en él como en sus familiares sobre hábitos, ejercicios, dietas, etc.

La seguridad física estará encaminada a que el medio o entorno del enfermo se encuentre en una situación óptima de protección de factores de riesgo.

— En relación a la ampliación de aprendizaje, el personal de enfermería tiene que ser muy consciente y activo en su desarrollo. La educación sanitaria y la enseñanza al paciente son cada vez más importantes entre las actividades de enfermería, dirigidas hacia la orientación y creación de habilidades encaminadas a establecer unos márgenes de autocuidados y facilitarle la colaboración y participación.

2. PROTOCOLO DE ACTUACION:

a) Tratamiento específico de la úlcera

Este tratamiento está dirigido a: eliminar exudados, quitar las costras, evitar y controlar la infección, fomentar la granulación, aliviar el dolor y mejorar al estado de la piel circundante de la úlcera.

La realización de las curas locales se llevará a cabo gracias a los medios con que contamos en nuestro lugar de trabajo, estos son:

Sustancias medicamentosas

- Suero fisiológico.
- Soluciones antisépticas.
- Pomadas.
- Gasas vaselinadas.
- Placas (Hidrogeles-Hidrocoloides).

Instrumental preciso

- Set de curas.

- Tijeras de punta fina.
- Hojas de bisturí números 15 y 18.

Material necesario

- Gasas y compresas estériles.
- Jeringas y agujas desechables.
- Depresores.
- Guantes de goma estériles.
- Vendas de gasa y vendas elásticas.
- Esparadrapos.
- Trans-cull para toma de muestras de exudado (cultivo).

Método de trabajo

1. Ulceras infectadas.
2. Ulceras no infectadas.
3. Cuidados de la piel circundante.

ULCERAS INFECTADAS

Acción analgésica: Humedecer previamente el apósito para su retirada.

Limpieza de la úlcera: Se realizará con suero fisiológico o solución antiséptica. Si precisa se realizará desbridamiento manual de tejido necrótico o esfacelos si lo precisa. Siempre hay que dejar el lecho de la herida húmedo para la posterior aplicación de pomada enzimática.

En este tipo de úlceras, se tomará muestra de exudado para su cultivo y antibiograma, siendo más tarde instaurado tratamiento antibioterápico adecuado si lo precisa.

Aplicación local: Pomada enzimática de colagenasa.

Acción: Mantiene condiciones óptimas de humedad y ayuda a la eliminación de esfacelos o tejido necrótico.

Cambio apósito: Se recomienda cada doce horas y si no es posible por ser en domicilio dichas curas, se valorará la posibilidad de curas cada veinticuatro horas.

ULCERAS NO INFECTADAS

Acción analgésica: Humedecer el apósito antes de ser retirado.

Limpieza de la úlcera: Se llevará a cabo con solución salina.

Aplicación local: Existen muchos tipos de tratamientos locales de estas úlceras, vamos a enumerar algunos de los

que nuestra experiencia nos ha indicado que son los que dan los resultados más deseados.

Pomada enzimática de colagenasa:

— Acción: Esta mantiene la humedad, favoreciendo el tejido de granulación.

— Cambio de apósito: Se realizará cada 12 ó 24 horas, dependiendo del exudado.

Gasa vaselinada (tul-grassum):

— Acción: mantiene la humedad.

— Cambio de apósito: Cada 12 ó 24 horas.

— (Tiene el inconveniente de que al retirarlo puede arrastrar epitelio).

Apósitos de Hidrogeles o Hidrocoloides:

— Acción: Mantiene la humedad y tiene capacidad de absorción de exudado.

— Cambio de apósito: Dependiendo de la cantidad de exudado se realizarán los cambios de apósitos cada dos días, llegándose a cambiar hasta siete días máximo.

— Es importante tener en cuenta la aplicación de nitrato de plata en la aparición de granulosas tanto en úlceras infectadas como en las no infectadas.

CUIDADO DE LA PIEL CIRCUNDANTE

La piel de alrededor de las úlceras venosas está a menudo eczematosa y exudativa. La cura húmeda ayuda eliminar las costras, pero se puede utilizar y se recomienda usar un emulsionante para retirar las costras antes de la limpieza.

Se usan cremas esteroideas con precaución, incluso con betametasona, de acción antiinflamatoria.

b) Medidas generales dirigidas a mejorar el flujo venoso

- Tratamiento venotónico.
- Elevación de extremidad por encima del corazón (puede estar contraindicado por enfermedad cardíaca o respiratoria grave).
- Evitar estar de pie o sentado con las piernas colgando durante largos períodos de tiempo.
- Considerar el uso de vendajes compresivos o medias elásticas por de-

bajo de las rodillas para prevenir estasis venoso.

- Reducir o eliminar la compresión externa que dificulta el retorno venoso.
- Evitar almohadas por debajo de la rodilla.
- Evitar cruzar las piernas.
- Evitar ligas y medias apretadas por encima de las rodillas.
- Medir circunferencia de pantorrilla y muslos si el individuo presenta raso de trombosis venosa o se sospecha.
- Cubrir necesidades higiénicas.
- Atender posibles déficits nutricionales, alteraciones metabólicas y enfermedades crónicas debilitantes.

c) Educación sanitaria

- Evitar ir en coche o avión durante mucho tiempo.
- Llevar calcetines de algodón o lana.
- Inspeccionar las piernas diariamente por si aparecen lesiones y puntos de presión.
- Dieta para prevenir la obesidad, pobre en colesterol y sodio.
- Dejar de fumar.
- Programar ejercicios musculares.
- Paseo largo diariamente utilizando vendaje elástico.
- Colocar vendaje elástico antes de levantarse de la cama, manteniendo las piernas elevadas previamente a su colocación.
- Utilizar escalera en vez de ascensor.
- Elevar piernas por encima del corazón durante una hora cada día.
- Proteger piernas de posibles traumatismos.

Nota: Ver hoja de consejos para enfermos con afecciones venosas de las piernas.

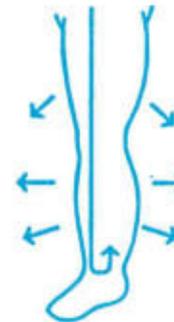
EVALUACION

La evaluación de los resultados obtenidos se basará en el cambio que experimente la evolución de la úlcera tras el tratamiento y los procedimientos de enfermería que deben ser registrados en las hojas de evolución y observación de enfermeras/os.

CONSEJOS PARA ENFERMOS CON AFECCIONES VENOSAS DE LAS PIERNAS



La sangre impelida por el corazón llega a las piernas por unos tubos llamados arterias. Esta sangre vuelve, una vez cumplida su función, hacia arriba de nuevo a través de otros tubos llamados venas.

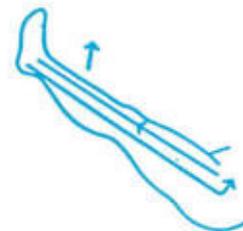


Cuando estas venas están enfermas, tal retorno se halla dificultado y la sangre queda retenida en las piernas, ocasionando varios tipos de molestias: pesadez, calambres, hormigueos, incluso dolor y alteraciones anatómicas como varices, fistulas arteriovenosas, oclusiones venosas por trombosis, etcétera.

¿Cómo podemos luchar contra esta retención sanguínea?



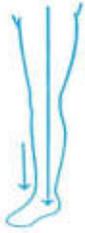
1. Moviendo nuestras piernas. Las contracciones musculares actúan sobre las venas de igual forma que cuando apretamos una esponja llena de agua, enviando la sangre hacia arriba.



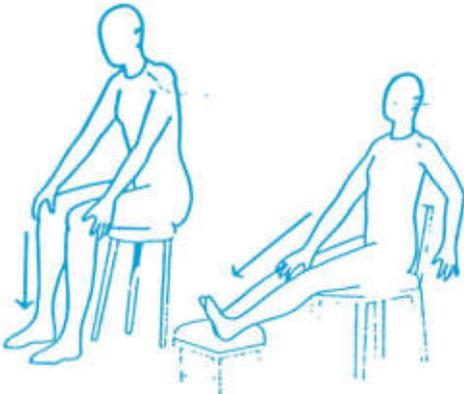
2. Para sacar el agua de un vaso es preciso verterlo. Pues igual en las piernas, para vaciarlas de sangre hay que elevarlas por encima del plano horizontal, de modo que los pies estén más altos que el cuerpo.

3. Externamente se puede ayudar al vaciado de sangre por medio del uso de medias elásticas durante el día.

¿Qué es lo que puede perjudicar a los enfermos venosos?



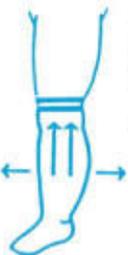
1. La estancia en pie, sin moverse, favorece el estancamiento de sangre en la parte distal de las piernas. Faltan aquellas contracciones que la impulsan hacia arriba.



2. Estar largo rato en posición sentada, sin moverse, ocasiona lo mismo ya que las piernas están más bajas que el cuerpo. Colocar las piernas sobre un taburete no resuelve el problema, pues las piernas siguen estando más bajas que el cuerpo.



3. Todos sabemos que el calor dilata los cuerpos. Pues, bien; también dilata las venas favoreciendo acumulación de sangre en ellas.



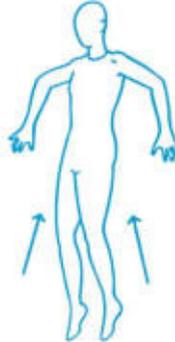
4. El exceso de peso repercute sobre las extremidades inferiores, provocando una cierta congestión. Por ello, no es conveniente engordar.

5. No es recomendable el uso de ligas o fajas que compriman los muslos en exceso, pues dificultan el retorno sanguíneo hacia arriba.

¿Cómo podemos mejorar la circulación venosa?

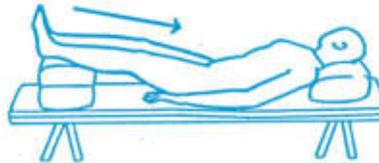


1. Dando cortos y frecuentes paseos.

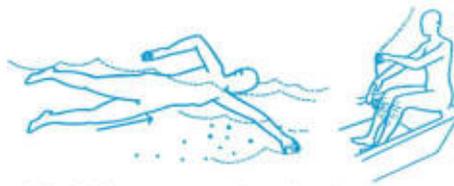


2. Si tenemos que estar quietos en posición de pie, ponernos a menudo sobre las puntas de los pies varias veces seguidas, como si estuviéramos inquietos.

3. Si tenemos que estar sentados durante largo rato, levantarnos de vez en cuando y hacer algunas genuflexiones.



4. Todo cuanto podamos hacer echados en posición horizontal con las piernas descansando sobre una almohada (ver la TV, leer, oír música, etc.) no hacerlo sentados.



5. Nadar, que es el mejor ejercicio para los enfermos venosos. En su defecto, duchas de agua fría sobre las piernas dos o tres veces al día.

6. Si por cualquier causa nos vemos obligados a permanecer algún tiempo o días en cama, movilizar los dedos de los pies arriba y abajo como si dijéramos adiós con ellos.

7. Evitar el estreñimiento y el uso de anticonceptivos.

8. Y, sobre todo, acudir al médico para la medicación oportuna.

Los parámetros de medidas a alcanzar el resultado esperado son:

- **Piel cicatrizada intacta:** Los criterios de eficacia son lograr la curación definitiva o, en su defecto, la disminución de la ulceración.

- **Piel templada, húmeda y de color natural:** Aunque en la curación de las úlceras no se alcanza en su totalidad, pues deja secuelas cicatrizales, se intentará que los tegumentos lesionados se aproximen en lo posible a las cualidades fisiológicas normales.

- **Disminución de las sensaciones subjetivas:** La regresión de los síntomas, dolor, pesadez, parestesia, etc., serán indicativo y alentadores, no sólo para el personal de enfermería, sino para el propio enfermo, que constará su recuperación.

- **La ampliación de la función de la marcha y aumento de la capacidad de trabajo:** Que evidencie cierto restablecimiento del trastorno isquémico y despierte deseos de su integración a la vida social y laboral.

- **La educación sanitaria del paciente, de trascendencia fundamental:** Debe consistir tanto en información verbal como en instrucciones escritas, ya que se estima con al menos un 50%, que las complicaciones son precipitadas por incidencias potencialmente previsibles.

Nota: Ver hoja de consejos para enfermos con afecciones venosas de las piernas.

BIBLIOGRAFIA

- Carpenito, L.J.: *Diagnóstico de Enfermería*. Ed. Interamericana.
- Armijo, M., y Camacho, F.: *Dermatología*. Ed. Cea.
- Manual de Terapéutica Quirúrgica*. Cuarta edición. Ed. Salvat.
- Christran Bourde: *Las enfermedades circulatorias*. Ed. Ateneo.
- Dr. Alberto Martorell: *Orientación para el diagnóstico de las enfermedades periféricas*. Ed. Salvat.
- Stone, L.A., y Robertson, J.: *Atlas de técnicas de enfermería en dermatología*. Ed. Doyma.
- Jill S. David: *Cuidado de las heridas*. Ed. Doyma.
- Hobbs, J.T.: *Tratamientos de los trastornos venosos*. Ed. Jims.
- Fegan, J.W.: *Tratamiento de las varices mediante inyección-comprensión*. Ed. Jims.
- Idabelle Ream: *Trastornos cardiovasculares. Atención integral de enfermería*. Ed. Doyma.
- Dulanto, F.: *Enfermedades circulatorias periféricas*.
- Dulanto, F., y col.: *Dermatología médico quirúrgica*. Vol. II 1229-1261. Ed. Avel.

GRANDES DE ENFERMERIA

SAN JUAN DE DIOS

Autores: **D. Gregorio Martínez Morán, D.E.**
D. Antonio Díaz Caballero, D.E.
D. Alejandro A. García Nieto, D.E.
D. José A. Cervera López, D.E.

*Hospital Universitario
 «Virgen Macarena» (Sevilla).*

*«...loan, como la vida tuya»
 Félix López de Vega y Carpio*

Reinando en Portugal Juan II y en España Fernando V e Isabel I, el sábado día 8 de marzo de 1495, en la calle Verde, de la villa Montemor o Novo, provincia del Alentejo, hijo de Andrés y de Ana o Teresa, nace João Cidade Duarte, soñador, pastor, soldado de tercios, condenado a muerte, viandante, estipendista, enfermero y santo.

João en 1503 huye de casa, estando junto a estudiantes de Salamanca, mendigos, amoladores, titeros y músicos; en 1509, con desgastadas ropas, entra en las faenas del campo por la casa de Francisco Cid Mayoral en Oropesa. Ya afincado en España, en 1523 se enrola en la tropa de profesionales del ejército del condestable de Castilla Íñigo Fernández de Velasco, participando en la campaña de Fuenterrabía (plaza en manos francesas desde 1521 hasta 1524, al tomarla el almirante Gouffier para Francisco I), donde es condenado por negligencia a muerte por horca y conmutado en la pena, según Lope de Vega, al mediar el favor del tercer duque de Alba, Fernando Álvarez de Toledo, Juan Ciudad es expulsado de la milicia.

De nuevo en Oropesa de pastor, seguirá hasta que en 1532 vuelva a coger el oficio de soldado, esta vez como paje de armas del conde de Oropesa, en el ejército imperial de Carlos V, para la segunda campaña de Viena, por asedio desde 1529 hasta 1532 del sultán otomano Solimán II.

Con treinta y ocho años de edad, Juan aparece en Sevilla y es otra vez pastor, hasta que en 1535, con ocasión de la expedición militar preparada por Carlos V para la reconquista de Túnez, en poder desde 1534 de Baba Aruy «Barbarroja», se traslada a Ceuta para trabajar de criado y peón en las obras

de las fortificaciones con mal pagado tajo durante casi tres años.

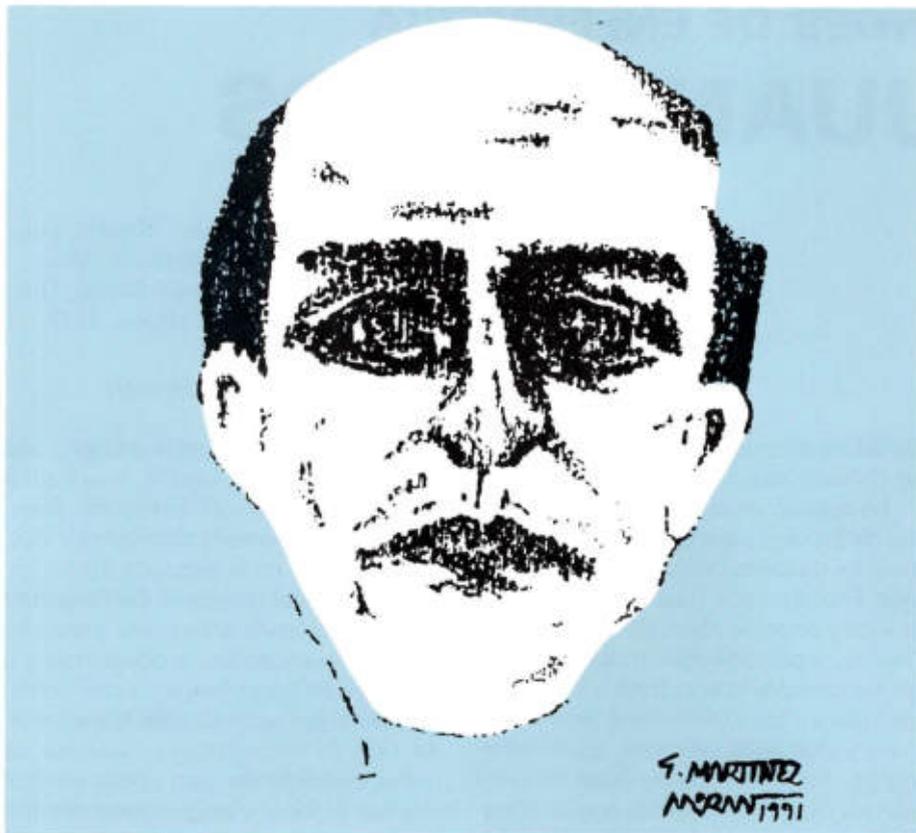
De regreso en la península, en Gibraltar de bracero pasa a ser vendedor ambulante de libros, hasta que en 1538, según Francisco de Castro («Historia de la vida y Sanctas obras de loan de Dios, 1585»), «pareciéndole mucho trabajo andar siempre con el hatillo auestas y de lugar en lugar, determinó venir a Granada y vivir allí de asiento», quizás atraído por los sermones de Juan de Avila en una ciudad burocrática con una economía basada en la utilización del agua. Después de vagar y desvalijar su propia tienda de libros (capilla reedificada en 1880), sita en la calle Elvira, y de protagonizar patéticos desórdenes callejeros con la chusma y rapaces, es recluido por enajenado en una celda, a mediados de enero de 1539, en el Hospital Real de Granada, caserón de altos techos y pasadizos oscuros, obteniendo en la primavera el certificado manicomial de salida, decide viajar a Baeza para visitar a Juan de Avila, y a Guadalupe, adonde, según Luis Folgado («San Juan de Dios en el Monasterio de Guadalupe», 1960), llega descalzo, sin cosa alguna sobre su cabeza, roto, desnudo y hecho un andrajillo. En el Monasterio de Guadalupe, su vigesimosexto prior, fray Francisco de Santa María y Benavides, le hospeda durante una temporada, aprendiendo a ser enfermero al estar junto a los enfermos de los hospitales y ocurrir ciertos prodigios.

De vuelta en Granada, y ya enfermero, subsiste de las limosnas y el asilo, como el dado por Miguel Arbíz de Venegas, en cuya casa señorial aloja a indigentes y enfermos abandonados; dado el número de ingresados y por las ayudas que recibe, alquila una casa en la calle Lucena a modo de hospital, que para Cesare Lombroso («L'uomo di genio in rapporto alla Psichiatria, alla Storia ed

all'Estetica, 1894») significa el inicio del hospital moderno (media hospitalización, clasificación de enfermos, pases de sala de enfermería matutinos y nocturnos, etc.), en la segunda etapa (salud como valor religioso) del desarrollo de la atención de enfermería caracterizada por la vocación, la obediencia y la sumisión de los enfermeros con un trabajo duro «iniciado pasada la madrugada, hora de nacimientos y muertes», en malas condiciones, con pocos conocimientos teóricos y exiguo desarrollo técnico.

Al saber el alto estrato social la labor hospitalaria del enfermero Juan, en 1540 el prelado y presidente de la Real Chancillería de Granada, Sebastián Ramírez de Fuenleal, le llama Juan de Dios, como si de un nuevo bautizo se tratase, «por ser un hombre de Dios, alto nombre meritar», y le viste con «un capotillo de xerga blanca ceñido por una correa y un calzoncillo de angeo». Pregoneros y trujamanes vocean a ritmo libre en canto llano la noticia del primer acto de público reconocimiento de un mendicante que evocando a los primitivos del siglo XIII con plena dedicación a la enfermería: en 1630 el Papa Urbano VIII le reconoce la beatificación; en 1690, el Papa Alejandro VIII le declara la canonización; en 1886, el Papa León XIII le aclama patrón de todos los hospitales y enfermos, y en 1930, el Papa Pío XI le proclama patrón de los enfermeros/as.

En 1546, Antonio de Aragón de la Cuesta, más conocido por Antón Martín, un lujurioso rufián de una mancebía, se convierte en el primero de los muchos seguidores que tendrá Juan de Dios en el devenir como sucesión continuada de momentos con sus avatares, porque no en balde en 1571 el Papa Pío V autoriza la Congregación de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios (breve «Licet ex debito»), en 1586



el Papa Sixto V otorga la categoría de Orden (breve «Etsi pro debito»), en 1592 el Papa Clemente VIII suspende la categoría (breve «Ex Omnibus»); en 1611, el Papa Paulo V devuelve la categoría (breve «Romanus Pontifex»), y en 1850 queda la Orden extinguida en España hasta 1884, que gracias a Benedetto Menni se restaura con la unidad definitiva.

Juan de Dios, ayudado por su ya inseparable Antón Martín, su criado Juan Avila «Angulo», la duquesa de Sessa, María de los Cobos y Mendoza; el arzobispo de Granada, Pedro Guerrero; el maestro teólogo Juan de Avila y sus nuevos discípulos, el presidiario Pedro Velasco, el truhán Simón de Avila, el mercader Domingo Piola y el indigente Juan García y otras buenas gentes de cualquier ralea, hacen posible que a primeros de 1547 adquiera un viejo convento carmelitano en la cuesta de los Gomeles para instalar un segundo hospital, el último de la vida de Juan, pero no en su obra, ya que la actividad fundacional sigue en Granada (1552), Madrid (1553), Montilla (1564), Lucena (1565), Jerez de la Frontera (1568), Nápoles (1571), Sevilla (1574), Roma (1581), Velletri (1587), Florencia (1588), Termini (1589), Osuna (1591), Trento (1592), Siracusa (1593), Torino (1594), Pontevedra

(1595), Cartagena de Indias (1596), Medina de Rioseco (1597), Toledo (1598), Cesena (1599), Ubeda (1601), Porcuna (1602), La Habana (1603), Martos (1604), Feldeberg (1605), Lima (1606), Zacatecaí (1607), Durango (1608), Cracovia (1609), Bolonia (1610), Livorno (1611), Lentini (1612), San Luis de Potosí (1613), Cádiz (1614), Varsovia (1615), etc.

El nuevo hospital, dentro del marco de la concepción económica, presenta por su creciente actividad y la escasez de dotes un abultado déficit, al tener que afrontar compras y obligaciones; no obstante, el hospital de la cuesta de los Gomeles sigue acogiendo a todo aquél que llama a la puerta: «de todas enfermedades y suerte, tullidos, mancos, leprosos, mudos, locos, perláticos, tiñosos y otros muy viejos y la crianza de niños que echen», como narra Juan en una carta al caballero Gutierre Lasso de la Vega. Para reponer la agotada alcancía y salvar esta empresa humanística, este enfermero hace de ecónomo y con cincuenta y tres años ha de pedir limosna fuera de Granada. Así, emprende viaje hacia Córdoba, Alcalá la Real, Alcaudete, Sevilla, Zafra, Salamanca, Toledo y Valladolid.

El día 3 de julio de 1549, en el Hospital Real, se declara un incendio con fue-

go desmandado, ráfagas de humo denso y lenguas de llamas. Juan de Dios, a pesar del peligro, está aquí para socorrer con diligencia a los internados, mereciéndose que la Iglesia le distinga con el dictamen «Servus Dei, illaesus, flammes evadit», el pueblo le venera y 404 años después en España le declaren patrón de los bomberos.

A Juan de Dios la fiebre que no cede, el dolor, la debilidad y la angustia no le dan más licencia de enfermero obligado por su cuarto voto a dedicarse al cuidado de los enfermos, aún con riesgo de su propia vida, es ahora un enfermo sumido en el silencio de su hospital de la cuesta de los Gomeles. El día 8 de marzo de 1550 muere y su cuerpo, llevado a hombros de nobles y frailes, es inhumado en una bóveda de la capilla de los García Pissa del Monasterio de Nuestra Señora de la Victoria. En 1644, el arzobispo de Granada, José de Argáez, decreta el traslado de los restos al Hospital de la Orden, siendo en 1757 cambiados a la iglesia de San Juan de Dios.

«Y así vemos que los hombres de singular y excelente bondad tienen gran respeto al bien común.»

Fray Luis de Granada

BIBLIOGRAFIA

- Box María Cospedal, Antonio: *Manual teórico práctico para practicantes, matronas y enfermeras*. 4.ª Ed. Madrid. Instituto Editorial Reus, 1944.
- Cruset, José María: *San Juan de Dios: Una historia iluminada*. 3.ª Ed. Barcelona. Editorial Ardós, 1964.
- Donahue, M. Patricia: *Historia de la Enfermería*. Barcelona. Ediciones Doyma, 1988.
- Eseverri Chaverri, Cecilio: *Historia de la Enfermería española e hispanoamericana*. Barcelona. Salvat Editores, S.A., 1984.
- Ferrer Maluquer, Manuel: *San Juan de Dios*. Barcelona. Editorial Vicente Ferrer, 1945.
- García Martín-Caro, Catalina: *El desarrollo de la atención de Enfermería a través de la Historia*. Madrid. Instituto Nacional de la Salud. Escuela de Enfermería La Paz. Universidad Autónoma, 1988.
- García, Sebastián, y Trenado, Felipe: *Guadalupe, historia, devoción, arte*. Sevilla. Editorial Católica Española, S.A., 1978.
- Martínez Morán, Gregorio: *El segador*. Guadalupe, Revista Mariana número 625. Madrid. Comunidad Franciscana, 1976.
- Vincent, S.; *Economía y sociedad en el Reino de Granada*. Historia de Andalucía, IV. Barcelona. Cupsa Editorial. Editorial Planeta, S.A., 1980.

LA OBSERVACION COMO INSTRUMENTO CIENTIFICO DE TRABAJO PARA ENFERMERIA: PREMATUROS EN UNA U.C.I. DE NEONATAL

Autora: **Dña. Africa Gil-Martín Yuste**
 ATS/DE
 Hospital Infantil
 «Virgen del Rocío»



Los primeros pasos del bebé prematuro luchando por sobrevivir.

pesar de su debilidad; aparece inmóvil, como si estuviera moribundo, pero se aferra tenazmente a la vida. No manifiesta dolor ante los procedimientos y técnicas a las que se ve sometido, pero nadie es capaz de asegurar que no sufra ni sienta. Parece ausente, como si no se enterara de lo que pasa a su alrededor, pero cada vez se habla más que las características del entorno que le rodea influyen, positiva o negativamente, en su futuro. El prematuro —de este modo— parece encontrarse hoy al borde de la muerte y mañana estar recuperado y reaccionando de forma espectacular a la ayuda que le suponen los cuidados de la UCI.

HISTORIA

Hipócrates afirmaba en el año 460 (a. de C.) que ningún recién nacido antes del séptimo mes podía sobrevivir. La Historia discurrió con esa certeza hasta llegado el año 1870, cuando dos médicos franceses, doctores Farnier y Budin, iniciaron esfuerzos serios y concienzudos para mejorar la supervivencia de los recién nacidos a término.

Fue en concreto hacia 1880, y en París, en el Hospital de la Maternidad, cuando fueron usadas las primeras incubadoras. El profesor Pierre Budin, considerado como el «padre» de los modernos cuidados del prematuro, destacaba sucintamente que:

- Pérdida de calor corporal.
- Dificultades de la alimentación.
- Infecciones.

Eran los tres principales factores que amenazaban la vida del prematuro, cuyas recomendaciones hoy día son per-

INTRODUCCION

Según los últimos estudios realizados, siete de cada cien niños que nacen en países occidentales lo hacen con un peso inferior al normal y unas dos terceras partes de ellos como consecuencia de un parto prematuro. Lo cierto es que el niño que hoy día nace prematuro tiene muchas más posibilidades de sobrevivir que años atrás, gracias a la labor que se realiza en una de las Unidades más fascinantes del Hospital: la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatal.

Aquí encontramos los pacientes más sensibles y de menor tamaño de todo el Centro Hospitalario, con peso que va

desde 650 hasta los 2.500 grs. Quien experimenta como ATS/DE el trabajo diario en esa Unidad sabe que estos pequeños, desde su ingreso hasta el momento del alta hospitalaria junto a sus padres, los prematuros, son fuente de ansiedades, frustraciones y satisfacciones para quienes prestamos los cuidados durante todos los días y semanas que permanecen ingresados en el Hospital.

CARACTERISTICAS

El prematuro, pequeño de tamaño y aparentemente frágil, es un ser lleno de contrastes, tiene una gran resistencia a



Las modernas incubadoras permiten superar estados de crisis.

fectamente válidas y que se corresponden a tres conceptos básicos:

- Mantener la temperatura corporal adecuada a la incubadora.
- Alimentar al prematuro con leche materna, si fuera posible.
- Mantener una estricta limpieza en todo lo que tenga contacto con el prematuro.

Desde entonces hasta nuestros días, la supervivencia de los prematuros ha ido mejorando espectacularmente. Sin embargo, a pesar de los avances de la medicina y la tecnología, conseguir igualar las condiciones del útero humano, es, hoy por hoy, pura ciencia-ficción.

La inmadurez de los diferentes órganos vitales y el riesgo de infecciones son considerados principales desafíos a los que se enfrenta la ciencia (médica y de Enfermería) para ayudar a sobrevivir a estos recién nacidos prematuramente.

INMADUREZ

Seis meses de gestación bastan para que el bebé pueda sobrevivir. Si el niño naciera en estos momentos, hacia el sexto mes de gestación tendría un peso aproximado de poco más de 500 gramos y una longitud de 30 centímetros. Sus posibilidades de supervivencia hasta hace pocos años hubieran sido prácticamente nulas; hoy son escasas, pero reales.

Esta inmadurez va a manifestarse del modo siguiente:

- Intestinos extremadamente delicados.
- La inmadurez pulmonar es la más frecuente fuente de problemas y causa la llamada **«enfermedad de la membrana hialina»**. En un R.N. a término, los alveolos pulmonares están recubiertos por dentro de una membrana que los lubrica e impide se colapsen, de forma que el aire puede entrar adecuadamente. Algunos prematuros pueden carecer de esta membrana, la cual es causa del colapso, impidiéndose así la adecuada entrada de aire y la oxigenación de la sangre. Este problema se da en el 10 por ciento de prematuros, principalmente con peso inferior a los 1.500 gramos. En estos casos, el aporte de oxígeno es uno de los ejes del tratamiento, aunque ello no esté exento de riesgos. Los modernos respiradores permiten medir con exactitud cantidad y concentración de oxígeno aportado. Por medio de los pulsioxímetros se puede determinar la cantidad, concentración real de O₂ en sangre del paciente a través de la piel sin necesidad de extraer muestra sanguínea.
- Recientemente, un grupo de investigadores ha estudiado la importancia de la temperatura ambiente en el consumo de oxígeno. El prematuro debe mantenerse a una temperatura ambiente que corresponde a lo que se llama **«Zona Térmica Neutral»**; es decir, aquella temperatura en la que el consumo de
- Piel muy fina, que no actúa eficazmente como barrera contra las infecciones.
- Sistema neurológico que aún no domina y controla adecuadamente en funciones tan vitales como la respiración.
- Sistema inmunitario poco eficaz.
- Pulmones inmaduros que dificultan una adecuada oxigenación de la sangre.
- Riñones que no pueden depurar la sangre como debieran.



Profesionales de Enfermería en plena actuación en UCI de neonatal.

oxígeno sea menor. Las incubadoras con temperatura por debajo de los 29-30°C son demasiado frías para el prematuro y le obligan a consumir más oxígeno para mantener su calor corporal. Y si la temperatura es superior a los 35°C, el consumo de oxígeno también aumenta.

La «Zona Térmica Neutra» se sitúa entre estos dos márgenes, dependiendo del peso-edad del paciente. Algunos prematuros llevan gorros de lana precisamente para conservar el calor: la cabeza del recién nacido es mayor que la del adulto (representa un 12% del peso del cuerpo comparado con un 2% en los adultos), por lo que la pérdida del calor por la cabeza es importante.

Otro factor decisivo a tener en cuenta es la lactancia materna, que en el prematuro, parece ser, se adapta mejor a la inmadurez intestinal del bebé, y que

transmite defensas biológicas, con lo que el riesgo de infección es menor; por otra parte, se ha puesto de manifiesto que la leche de aquellas madres que dan a luz prematuramente es más rica en proteínas que la leche de las parturientas a término. Esto ha hecho que se recomiende, siempre que sea posible, la lactancia materna, como ya sugería Pierre Budin en el lejano año de 1880.

CAPACIDAD INTELECTUAL

Es cierto que el riesgo de parálisis cerebral es seis veces mayor para los prematuros con menos de 1.500 gramos. Y que prematuros de muy bajo peso pueden tener problemas de visión o audición, como recientemente se ha constatado. También es cierto que la recuperación del cerebro, prematuro o no, es enorme, ya que por tener el prema-

turo una inmadurez neurológica y un sistema nervioso en formación, algunas de las lesiones son más recuperables. Globalmente como grupo, los prematuros no son menos inteligentes que los recién nacidos a término.

Uno de los factores más importantes que va a influir positivamente en el desarrollo del niño, y que el personal de Enfermería constata minuto a minuto, es la calidad del ambiente familiar, ya que un entorno positivo va a estimular al niño para compensar el posible déficit en el desarrollo neurológico. No hay que olvidar a nombres de celebridades que fueron nacidos prematuros y que sus trayectorias los situaron en lo más alto del género humano: el genio de Albert Einstein, el político británico Winston Churchill, el inmortal Napoleón Bonaparte, el pintor francés, maestro del impresionismo, August Renoir, o el también inmortal francés Victor Hugo..., por citar sólo unas pocas y descolantes figuras que tuvieron un origen físico precario, acentuado con las técnicas de sus respectivas épocas.

Bajo la aparente debilidad del prematuro, cualquier profesional de Enfermería puede constatar en una simple observación, objeto del presente trabajo, que el bebé afectado está lleno de fuerza vital, y que esta vitalidad, con ayuda de nuestros ciudadanos, hace que sobrevivan. Después de trasladado a un ambiente familiar que resulte estimulante, alcanza sus potenciales intelectuales equiparables de todo punto al de cualquier recién nacido a término.

CONCLUSION

Todo lo anteriormente expuesto es fruto del trabajo de observación que, como herramienta científica al servicio de la moderna Enfermería, puede, a igual que en cualquier otro campo de actuación, desarrollarse en el quehacer diario de una UCI de alta tecnificación, como, por ejemplo, la del Hospital Universitario «Virgen del Rocío», escenario para la ejecución del presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar, I., y Galbes. H.: *Principios de vida. E. Médica y Moderna.*
- Cloherly, John P., y Stark, Ann R.: *Manual de Cuidados Neonatales.*
- La Vanguardia: *Medicina y Vida.*



Se aprecia la frágil envergadura del recién nacido con relación a la incubadora.



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.

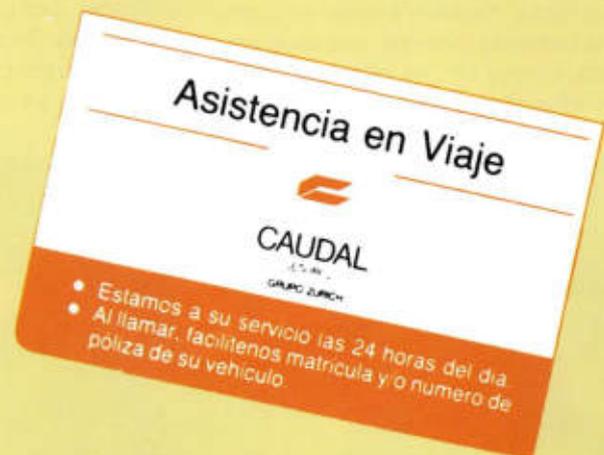
Se tiene derecho con ella:

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
Tifs. (95) 441 12 11 - 441 13 00

ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ERGOMETRICAS

Autor: **D. José Seda Diestro**
Hospital El Tomillar

INTRODUCCION

Las pruebas ergométricas son un método diagnóstico generalmente utilizadas para conocer la respuesta del corazón al esfuerzo. Dicha prueba no carece de riesgos, por lo que para evitar complicaciones, la calidad de cuidados por parte del personal encargado de ejecutarla debe ser al menos aceptable. La prueba ergométrica básicamente consiste en someter al paciente a un esfuerzo físico controlado, que aumentará el trabajo a desarrollar por el corazón. Estudiando la respuesta de éste, podremos obtener conclusiones para su utilización en el enfoque terapéutico, consejos de hábitos de vida, etc. Cuando sometemos a un paciente a una prueba ergométrica lo hacemos con algún o algunos de los siguientes objetivos:

- Valorar la tolerancia del paciente al ejercicio después de I.A.M. o cirugía cardíaca.
- Valorar la tolerancia del paciente a un aumento de actividad o ejercicio.
- Determinar el efecto del ejercicio sobre la actividad cardíaca.
- Identificación de arritmias por causa del ejercicio.
- Valorar el efecto de la medicación antiarrítmica durante el ejercicio.

Resulta completamente imprescindible conocer el objetivo de la prueba ergométrica para así anticiparse ante posibles complicaciones.

El estado psicológico influye grandemente, por lo que deberemos de actuar para que esta variable no influya en el desarrollo y resultado de la prueba. Asimismo, T.A., Pulso y Electrocardiograma son la base de una exploración ergométrica, por lo que se debe de obtener resultados de calidad.

Podremos y deberemos de actuar ANTES, DURANTE y DESPUES de la prueba, para que factores externos al estado cardíológico del paciente no influyan en la misma.



Un momento de la prueba.

Nuestros objetivos, por lo tanto, serán:

- Reducir al mínimo la presión psicológica.
- Obtener registros E.C.G., valores tensionales y de frecuencia cardíaca de calidad.
- Ofrecer un servicio de calidad, personalizado y humanizado.

ACTUACION ANTES DE LA PRUEBA

El enfermo debe llegar al Servicio de Pruebas Ergométricas suficientemente informado de lo que se le va a hacer y de que existe el riesgo de una posible complicación, que, siendo mínimo, latente. Conociendo lo que se le va a hacer y decidiendo libremente si se somete a la prueba, pueden descenderse los niveles de ansiedad. Se ampliará la información con datos acerca de medicación a suprimir, actividades a desarrollar el día anterior, etc.

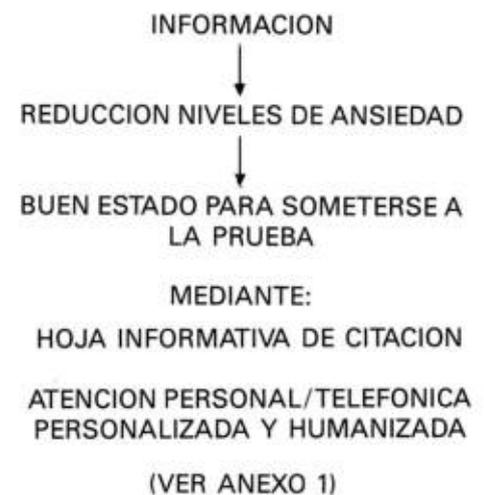
Las condiciones físicas del paciente deben ser las óptimas, evitando so-

breesfuerzos anteriores a la prueba, cansancio por mal descanso, etc. En resumen, el paciente debe llegar «en condiciones» para someterse a la prueba ergométrica para que factores externos a su estado cardíológico no interfieran en la prueba.

Una vez que conocemos lo que queremos vamos a establecer los medios para conseguirlo. Básicamente, son dos:

- Hoja informativa.
- Atención telefónica o personal si lo desea.

Hoja informativa: Además de lugar, hora y fecha de citación, ofrecerá una clara y sencilla explicación de lo que es la prueba, recomendaciones acerca del vestuario, rasurado de tórax en hombres, alimentación, supresión de medicación, etc. Se ofrecerá un número de teléfono para que en caso de necesidad llame.



ACTUACION DURANTE LA PRUEBA

Este apartado comprende desde que el enfermo llega a la consulta hasta que se da por finalizada la prueba.

Al entrar a la consulta el paciente generalmente se encuentra ansioso, ansiedad que normalmente desaparece a los minutos. Se le hace un breve interrogatorio acerca de la preparación de la prue-

ANEXO 1

HOSPITAL X
DIRECCION Y
SECCION Z
SERVICIO W

Estimado señor:

Está previsto que sea usted sometido a una prueba ergométrica el próximo día a las horas. Dicha prueba consiste en caminar sobre una cinta rodante, con el objetivo de valorar el estado de su corazón. Durante la prueba será usted atendido por un médico cardiólogo y un diplomado en Enfermería, que le controlarán y asistirán en lo que usted demande.

Es necesario que siga las instrucciones que a continuación se detallan:

- PROCURE ACUDIR CON ROPA COMODA.
- MUJERES, CON TRAJE DE FALDA Y BLUSA
- HOMBRES, CON PECHO RASURADO
- DESAYUNE, PERO NO INGIERA ALIMENTO EN LAS DOS HORAS PREVIAS A LA PRUEBA
- ATENCION A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:
DIGITAL (NOMBRES COMERCIALES), SUSPENDER 72 HORAS ANTES DE LA PRUEBA.
DIURETICOS, SUSPENDER 72 HORAS ANTES DE LA PRUEBA.
BETABLOQUEANTES, 72 HORAS ANTES DE LA PRUEBA.
NITRITOS, SUSPENDER EL DIA DE LA PRUEBA.
- SI FUMA, NO LO HAGA EL DIA DE LA PRUEBA.
- NO REALICE NINGUNA ACTIVIDAD VIGOROSA 12 HORAS ANTES DE LA PRUEBA.
- DUERMA BIEN LA NOCHE ANTERIOR Y VENGA DESCANSADO.
- NO BEBA ALCOHOL O BEBIDAS EXCITANTES.

Si tiene alguna duda sobre los puntos anteriormente expuestos, llame al teléfono extensión , y pregunte por , de a de la mañana.

Esperando verlo el día de la prueba a la hora convenida, reciba un cordial saludo del Equipo de Pruebas Ergométricas.

ba y si tiene alguna duda sobre el proceso. Una vez comprobado que el paciente se encuentra en condiciones de ser sometido al estudio, se pasa a explicarle más detalladamente la prueba, sus diversas fases y sobre todo insistirle en que avise si se encuentra agotado, mareado o aprecia alguna sensación extraña. Se hará una demostración de cómo deberá de caminar (si utilizamos un tapiz rodante) o pedalear (si utilizamos una bicicleta ergométrica). Una vez que el enfermo ha comprendido cómo debe de realizar la prueba, se pasa a prepararlo para ella. Es importante insistirle en que avise si se nota algo extraño para así obrar en consecuencia.

E.C.G., Pulso y Presión Arterial son las bases de este estudio, por lo que deberemos de obtener registros de calidad.

E.C.G., nos lo ofrece el monitor ergométrico así como el pulso (frecuencia cardíaca), por lo que el medio para llevar la información desde el paciente al ordenador debe ser el adecuado.

Empecemos por los electrodos. El torax del enfermo debe de estar libre, no llevará cadena o colgante que puedan

alterar el registro en forma de artefactos. El contacto piel-electrodo debe de ser el óptimo, por lo que no debe de haber vello ni grasa cutánea. Para ello, el pecho debe de estar rasurado y la piel debe de ser limpiada enérgicamente con alcohol antes de la colocación del electrodo. Una vez preparada la zona se colocan los electrodos en los lugares convencionales, salvo para las derivaciones de miembros, que se colocan en los lugares más cercanos a ellos. Al colocarlos debemos de hacer una ligera presión en el centro, lugar de contacto donde se halla una pequeña cantidad de pasta conductora. Así mismo, alisaremos los alrededores cuidando que no se formen huecos o pliegues en el papel del electrodo.

Una vez colocados los electrodos, «unimos» el paciente al monitor. Esto se lleva a cabo mediante una serie de cables que terminan en un cajetín que lleva un cinturón que se coloca al enfermo. Este grupo cable-caja-cinturón no debe de molestar ni oprimir al paciente. El cinturón estará ceñido, bien ajustado, pero no opresivo. Se evitará la tensión o el «baile» de los cables para evitar artefactos en el registro.

En cuanto a la T.A., siempre se determinará su valor en brazo izquierdo, manualmente, con fonendoscopio, o automáticamente. En este caso, deberemos de estar pendientes que el detector esté aplicado debidamente en la arteria, evitando rotaciones. Es importante considerar que el paciente no debe ejer-



La relación entre paciente y Enfermería es clave.

cer presión sobre la barra central, ya que así aumenta el valor registrado de la T.A.

Variaciones posibles: la presión sistólica puede aumentar en el transcurso de la prueba hasta el doble de su valor de partida. La presión diastólica no debe de aumentar más allá de 20 mm de Hg del valor de partida. Un descenso de actividad de la presión arterial es signo de mal pronóstico. El pulso debe de ir aumentando progresivamente con el esfuerzo hasta alcanzar el límite establecido. Una disminución de la frecuencia cardíaca en fase de ejercicio debe de ser considerada como complicación.

Una vez finalizada la preparación del paciente, colocamos a éste bien en la bicicleta ergométrica o tapiz rodante, comenzando el ejercicio muy lentamente, hasta que esté totalmente adaptado al momento en el que comenzamos la prueba (según protocolo determinado). Se le insistirá en que comunique todo lo que sienta, así como que se esfuerce al máximo de sus posibilidades.

Una vez comenzado el ejercicio deberemos de asistir al enfermo, así como efectuar tomas de T.A. con frecuencia, según protocolo determinado.



Debemos estar pendiente de todo aquello que indique posibilidad de complicación. Permaneceremos al lado del paciente. Atención a los signos no evidentes de complicación, como son: disminución de la T.A. por debajo de la de partida, disminución del pulso diez pulsaciones por debajo de la de reposo, descenso del ST, aparición de extra-



Vista del aparataje para la ergometría.

sístoles ventriculares con criterio de peligrosidad, mareos, diaforesis con piel fría y marcha atáxica. La fase de ejercicio se suprimirá a criterio del médico cardiólogo. Una vez que concluye la fase de ejercicio comienza la de reposo, que se dilata hasta que el paciente se encuentra restablecido del ejercicio efectuado. ATENCION EN ESTA FASE, PUES ES DONDE SE PRODUCEN EL MAYOR NUMERO DE COMPLICACIONES. Seguiremos controlando con más celo si es posible el estado del paciente.



Enfermería cubre las necesidades psíquicas del paciente.

Una vez recuperado el paciente, pasamos a la siguiente fase.

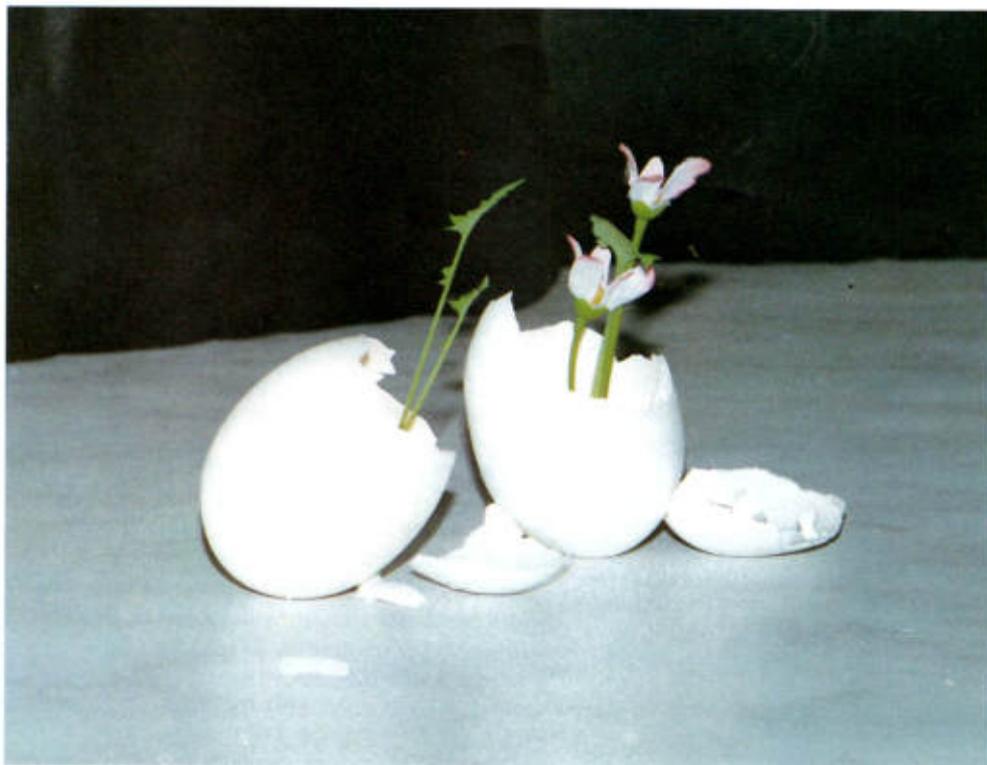
ACTUACION DESPUES DE LA PRUEBA

Retiramos todo el aparataje y electrodos, ofreciéndole material para secarse el sudor y retirarse restos de pasta conductora que pudiera haber quedado. No deberá ducharse durante la hora siguiente a la prueba, el agua caliente tras fase de ejercicio pudiera provocarle mareos.

Es normal que el paciente solicite información acerca de la prueba. Dicha información debe de ser suministrada por el médico, si bien la prueba requiere de un estudio posterior, que será el concluyente.

Actualmente este estudio diagnóstico determina en un gran número de casos el tipo de vida a aconsejar al paciente, por lo que se debe de actuar en consecuencia para obtener una prueba ergométrica fiable, determinante, de calidad, capaz de delimitar la relación ejercicio-alteraciones cardíacas en el paciente. Debemos ser conscientes que nuestro papel no se limita a la **ayudantía**, sino que nuestra actuación y colaboración antes, durante y después es necesaria, imprescindible, atendiendo a (fundamentalmente) las necesidades de Seguridad Física, Psíquica e Higiene. Sólo siendo consciente de nuestra importancia y calidad de trabajo, seremos capaces de ofrecerla.

CONCURSO N° 16



PRIMER PREMIO

Autor: D. Emilio Sánchez
de Enciso Ruiz
Colegiado N° 8.889
Máquina: Yashica Fx-3
Título: «Extraña semilla»

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA N° 17

CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. TEMA: LAS FLORES

3º TRIMESTRE AÑO 91 (JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE)

El plazo de presentación finalizará el próximo 30 de agosto 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 re-

verso con el título de la composición. En sobre aparte, cerrado, irá el nombre y el número de colegiado, máquina con la que ha realizado la fotografía y **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.



SEGUNDO PREMIO

Autor: D. José Antonio Galván Oliert
Colegiado N° 2.607
Máquina: Minolta 7000-i
Título: «La ocasión»

TERCER PREMIO

Autora: D.ª Francisca Martín Martínez
Colegiada N° 8.951
Máquina: Minolta X-300
Título: «Ejército del Sol»



Miembros del Jurado del Concurso Fotográfico:

- D.ª Isabel Sánchez Berná (colegiada N° 9.849)
- D.ª Eva M.ª Franco García (colegiada N° 10.215)
- D.ª Sofía Sánchez Berná (colegiada N° 9.777)
- D. Gregorio Martínez Morán (colegiado N° 3.394)

Cómo vive la familia la enfermedad de uno de sus miembros

Autor: **D. Salvador Santos Vélez**

*Profesor de la Escuela
Universitaria de Enfermería
«Virgen Macarena» (Sevilla)*



I. INTRODUCCION

La atención sanitaria está cambiando, o mejor dicho, son los ideales de ésta lo que se va transformando hacia una **humanización de la asistencia sanitaria**, tema tratado en el I Congreso de Profesionales Sanitarios Cristianos.

Así, en una de las metas de **Salud**

para todos en el año 2000, concretamente en la número 14, hace referencia al tema tratado por esta ponencia.

Sistema de apoyo social: Para 1990, todos los Estados miembros deberían contar con programas específicos que resalten el rol fundamental de la familia y otros grupos sociales en el desarrollo y las tareas de apoyo a los estilos de vida saludables.

El ámbito familiar queda dentro de la asistencia sanitaria tanto desde un punto de vista legal como desde un punto de vista ético de cada uno de los profesionales de salud.

Dentro del marco legal, todos sabéis que dentro de la Ley General de Sanidad de 24-4-1986 se define y describe escuetamente cuál debe ser la actitud a seguir por las instituciones sanitarias;

así, en su artículo 6,2:

«Las administraciones públicas sanitarias estarán orientadas a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.»

Al mismo tiempo, existen los llamados derechos del enfermo y familia desde el punto de vista sanitario descritos en su artículo 10,5:

«A que se le de en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados información completa y continuada, verbal y escrita sobre el proceso patológico, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.»

En su artículo 10,6b hace referencia al consentimiento y toma de decisiones ante intervenciones diversas a realizar sobre el paciente, y que en muchas ocasiones es el médico el que se siente responsable de la decisión final.

«A la libre elección entre las opciones que le presenta el médico, siendo preciso el previo consentimiento escrito del paciente para la realización de cualquier intervención excepto en los siguientes casos: cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponde a sus familiares.»

Por otra parte, y dentro del Reglamento General de los Hospitales de la Seguridad Social del 1-3-1985, en su artículo 10, que «el servicio de atención al paciente estará a disposición de atender personalmente al usuario y a sus parientes próximos o representantes».

En el mismo, y en su artículo 28,12: «En particular, proporcionará información a los pacientes y a sus familiares sobre la organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento y visitas, atención religiosa y otras actividades que puedan contribuir a ayudarles, facilitarles y mejorar su estancia en el mismo.»

Desde un punto de vista ético, basta con dar una definición de lo que se entiende asistencia sanitaria dentro del marco teórico de la Enfermería:

«La asistencia sanitaria es un encuentro con un paciente y su familia, mediante el cual la Enfermería observa, ayuda, se comunica, cuida y enseña, contribuyendo al mantenimiento de una salud óptima, prodigando cuidados durante la enfermedad hasta que el paciente sea capaz de asumir la necesaria responsabilidad para satisfacer sus propias necesidades humanas básicas; cuando ello es necesario, la Enfermería propor-



cionará una asistencia compasiva al moribundo.» (H. Yura.)

Ni que decir tiene que esta transformación de la asistencia tiene que pasar obligatoriamente por una concienciación del personal sanitario y no sanitario del cenro.

En algunas ocasiones, cuando el familiar nos pregunta reiteradamente sobre el estado del paciente, lo tachamos de incordial, poco colaborador y molesto. Parece que nos estorba a la hora de actuar. ¿No será que nos sentimos inseguros nosotros mismos? ¿Quizá temamos equivocarnos? ¿Por razones de asepsia? ¿Por razones de espacio físico?

Creo que si cada uno de nosotros nos hiciéramos esta pregunta argumentaríamos rápidamente: ¿Pero estamos en lo cierto? ¿Cumplimos con los derechos de los pacientes y familia?

Analizando la situación, y desde una visión de la asistencia hospitalaria, se produce un gran distanciamiento entre **familia-paciente-personal-sanitario**.

II. VIVENCIAS DE LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD

Antes de introducirnos en el tema, quisiera especificar que las vivencias tratadas en este trabajo se centran en los familiares cuyos miembros enfermos se encuentran ingresados en un hospital. Con ello pretendo abarcar con mayor amplitud el tema propuesto.

Analizando la situación, podríamos llegar a clasificar las vivencias de la familia desde tres puntos de vista:

- a) Somáticas.
- b) Sociales.
- c) Psicológicas.

El que haga una separación de estos tres aspectos no quiere decir, ni mucho menos, que debamos tener una dimensión familiar «troceada», sino que, por el contrario, la visión debe ser en conjunto bio-psico-social.

a) Las vivencias somáticas de la familia se refieren al agotamiento físico que supone en muchos casos el hecho de tener un familiar enfermo.

Caso 1.— La familia habita en el mismo hogar donde reside el paciente. Ello supone, sin lugar a dudas, un esfuerzo por parte de la persona que se hace responsable del cuidado del enfermo, como ocurre en el caso de la hija que cuida a su anciana madre impedida.

Caso 2.— El paciente se encuentra ingresado en el hospital, quedando la familia a la expectativa del proceso evolutivo de la enfermedad. A esto podemos añadir trastornos nutricionales, por mala ingesta durante el periodo de estancia en el hospital, higiene deficiente, descanso nulo o deficiente, salas de espera inadecuadas...

b) Desde el punto de vista socioeconómico, las repercusiones familiares son importantes, influyendo en ello el rol que el paciente desempeña en la familia; si es el padre el afectado, podría haber disminución de ingresos, posiblemente uno o más miembros de la familia tengan que buscar otro empleo y tal vez se establezcan nuevas relaciones afectivas y sociales, en parte por las nuevas relacio-



nes de trabajo y en parte para compensar la interrupción de la relación con el miembro de la familia ingresado, pudiendo todo ello determinar en el paciente lo que en términos sociológicos se llama «ansiedad financiera».

Si es la madre quien padece la enfermedad, pueden existir otro tipo de preocupaciones, como consecuencia de la falta de atención al resto de la familia, que viene a representar la llamada «ansiedad doméstica». Existe una preocupación por lo que ocurre en la familia del paciente, en la manera en que su marido resuelve la nueva situación.

En el caso del hijo enfermo, las vivencias sociales y económicas van a quedar relegadas a un segundo plano de interés.

c) Haciendo referencia a la escala propuesta por Maslow de las necesidades humanas, donde contempla la necesidad de seguridad psicológica, la familia del paciente ingresado sufre una alteración en dicha necesidad que se expresa en un estado de ansiedad que podríamos dividir en varias fases:

	ASISTENCIAL	RELACIONAL	TRANSCENDENTAL
CONFUSION	múltiples consultas	difusión de roles	petición a Dios curanderos
NEGACION	oculta síntomas	hiperactividad	ausencia de Dios
PARANOIDE	protestas	agresividad exterior	culpabilidad de Dios
CULPA	sobreprotección	agresividad interior	castigo de Dios
DEPRESION	sobreprotección	agresividad interior	vacío de Dios
ACEPTACION	asumir lo ocurrido		presencia de Dios

Ni que decir tiene que según la patología, la gravedad del cuadro y la ubicación del paciente en el hospital, la vivencia psicológica será de mayor o menor intensidad.

III. FACTORES QUE INCIDEN EN EL NUCLEO FAMILIAR DURANTE LA ENFERMEDAD DE UNO DE SUS MIEMBROS

1. Tipo de enfermedad y síntomas que produce en el enfermo

Es lógico pensar que según el tipo de patología la familia vivirá este hecho de formas bien diferentes. Así, en el caso de las enfermedades agudas, en las que se presenta de forma inesperada, que ocurre como un accidente dentro de la vida de una persona, la vida familiar tendrá repercusiones psico-socio-biológicas más intensas que en el caso de un proceso crónico, influyendo en ello la capacidad de adaptación humana.

Al mismo tiempo, podemos subdividir las enfermedades agudas en curables e incurables. Es indudable que todas aquellas patologías que lleven consigo un proceso terminal incidirá más en este hecho.

Por otra parte, las enfermedades que implican síntomas dolorosos, así como pruebas diagnósticas cruentas, repercuten más en la familia: «Por favor, que no sufra.»

Si consideramos ahora aquellas patologías que se consideran denigrantes socialmente, como pacientes diagnosticados de SIDA, enfermedades de transmisión sexual, etc., repercutirán de forma diferente en las familias, pudiendo adoptar ante tal situación conductas de rechazo, agresividad y aislamiento contra el mismo paciente.

2. El miembro de la familia que padece la enfermedad

Como comenté anteriormente, las consecuencias de una enfermedad serán diferentes según el papel que el paciente desempeñe en la familia, no sólo desde el punto de vista social, sino también emocional.

Así, en el caso del padre tendría una repercusión sensitiva, referente al afecto parental, y otra más objetiva, referente a los problemas socio-económicos.

En el caso de la madre, la repercusión sensitiva-afectiva dominaría sobre la social.

Cuando es el hijo, provoca una gran reacción de sensibilidad, acompañándose generalmente de un sentimiento de culpabilidad.

En los casos de enfermedad del abuelo, puede presentar un problema nuevo: sobrecarga familiar.

3. Estado familiar. Tipo de familia.

La misma enfermedad tendrá diferente significado y consecuencias para los pacientes y familia según la relación familiar existente en ese momento: así, por ejemplo, la intervención quirúrgica que entraña desfiguración causará un verdadero traumatismo a un matrimonio joven, donde pueden existir inseguridad, que este mismo proceso en una pareja de mediana edad que viven felices.

También dependerá del tipo de familia, en cuanto a su estructura anterior.

- **Familia de desapego:** actitud centrífuga.
- **Familia simbiótica:** actitud centrípeta.
- **Familia independiente:** Actitud de indiferencia.
- **Familia sana:** Actitud de aceptación de la nueva situación.

Desde otro aspecto podríamos diferenciar dos tipos de familias que afectarían la vivencia de la enfermedad:

- **Familia nuclear:** Compuesta por dos generaciones (padres e hijos).
- **Familia ampliada:** Compuesta por otros miembros consanguíneos.

Para que el personal sanitario conociese la situación familiar sería preciso que a nivel de atención primaria se recogieran los datos sociales oportunos de forma que cuando el paciente ingresase en el hospital el personal pudiera tener en cuenta esos datos. Ello podría llevar a entender situaciones de falta de colaboración por parte del enfermo en la resolución de su enfermedad.

Casos descritos por el sociólogo Frank López en su libro «Aspectos sociológicos de la Enfermería».

4. Unidad de hospitalización del paciente

Lógicamente, habrá diferencias sustanciales si el paciente se encuentra en una planta o si se encuentra en una unidad de cuidados intensivos, que implicaría una mayor gavedad del paciente, así como un mayor aislamiento del mismo en cuanto al grado de relación y comunicación entre el enfermo y la familia.

¿Qué ocurre con la relación paciente-familia a este nivel? ¿Cómo vive la familia esta situación?

Verdaderamente es angustioso. El único nexo entre el enfermo y su familia va a ser el personal sanitario. Largas horas de espera. «Se salvará.» «No podemos estar con él.» «Qué estará pasando ahora.»

Debemos tomar conciencia de este tipo de situaciones. Una palabra amable, un apoyo, una frase e incluso una mirada pueden tranquilizar a esa madre ansiosa, a ese padre angustiado y ese vacío que deja un ser querido.

5. Información protocolizada

Entiendo por información protocolizada el hecho fundamental que los distintos servicios hospitalarios deben prever de una forma reglada la información a la familia, estableciendo horarios flexibles, así como la obligatoriedad de la notificación a la familia de cualquier cambio acaecido en la evolución del proceso patológico.

La información emitida debe ser comprensible y adaptada al nivel cultural de la familia. No cabe duda que una correc-

ta información tranquilizará más a la familia, evitará tensiones y dará una visión real de la situación existente.

6. Nivel económico familiar

La economía familiar se va a ver resentida durante el tiempo que dure la enfermedad, sobre todo si son los miembros paternos. Es lógico pensar que aquella familia en la que los recursos económicos no queden diezmados por el proceso patológico, la llamada **ansiedad financiera** no aparecerá,



centrando la familia la atención aún más en el propio enfermo.

Es cierto que la enfermedad de un miembro familiar, sea paterno o no, implica una serie de gastos extras que en muchas ocasiones hace precipitar un caos económico y como consecuencia de ello un caos familiar: gastos de traslado, alimentos, hospedaje, teléfono, además de los normales de cualquier familia.

Por lo tanto, la repercusión de la enfermedad no va a ser la misma en una familia que puede mantener su status económico que en aquéllas en las que la enfermedad les va a privar de la fuente de recursos para mantener su nivel económico y así cubrir sus necesidades básicas.

7. Residencia familiar

Hay que distinguir dentro de este apartado la diferencia existente entre la familia que reside en la misma ciudad donde se ubica el centro hospitalario de aquéllas otras cuya residencia familiar es distinta.

Problemas económicos, estancia, transporte y todo aquello que se ha comentado en el apartado anterior sumado al entorno desconocido hacen que el periodo de estancia durante la enfermedad se convierta en un sin fin de problemas sobreañadidos al básico y fundamental: la enfermedad del miembro familiar.

8. Infraestructura hospitalaria

La existencia de salas de espera adecuadas: sillones cómodos, buena ventilación, servicios adecuados, buena iluminación, televisión, asistencia social y religiosa, así como precios especiales para la familia en el restaurante del hospital, serían medidas a tener en cuenta para una mejor atención a la familia.

Estructura de los servicios y departamentos que faciliten la relación paciente-familia.

Caso ejemplo: Familiares de paciente ingresado en UCI y familiares de señora que ha tenido un hijo. Ambas familias estaban en la misma sala de espera.

9. Concienciación del personal sanitario

La humanización de la asistencia sanitaria, así como la visión bio-psico-social de la persona y su entorno, ha de pasar forzosamente por la concienciación de todos los profesionales sanitarios, así como del resto de los trabajadores del centro.

No podemos caer en el error de ignorar a la familia, considerarla como alguien molesto, impedir tajantemente la estancia del familiar durante la visita del personal sanitario (pases de sala, curas, etc.), información incompleta y tecnicista, despreocuparnos del problema social que lleva consigo...

La formación de los profesionales sanitarios debe encaminarse hacia una relación interpersonal con familia y enfermo, considerándolos como personas interesadas e implicadas directamente en la enfermedad y que, por lo tanto, habrá de tener en cuenta a la hora de elaborar planes de cuidados por parte de la Enfermería, haciéndolos participes en la ayuda que el paciente reciba para la resolución del proceso patológico.

IV. LA FAMILIA ANTE EL PACIENTE MORIBUNDO

La agonía y muerte es un hecho común en los hospitales; es un fenómeno que podemos considerarlo desde un punto de vista social donde participan diversas personas y grupos (paciente, familia, Enfermería, médicos, paramédicos). Se presenta en las circunstancias más variadas, suscita distintas emociones. Es, por lo tanto, una realidad bio-psico-social.

A la familia del moribundo, hasta hace poco tiempo, se le consolaba pasivamente con palabras estereotipadas y sin darle explicaciones.

¿Estamos preparados para afrontar estas situaciones? ¿Cuál es el rol de la Enfermería ante este problema?

La Enfermería tiene la obligación de prestar apoyo y sostén emocional a la familia, así como ayudarle cuando pida consejo y tranquilizarla en la medida de lo posible.

La muerte en un hospital plantea una situación diferente para paciente y familia, resultando una experiencia más solitaria y angustiosa.

Para entender la situación del paciente y familia en estos momentos cabría distinguir las siguientes fases por las que atraviesan los pacientes moribundos.

— **Negación.** El paciente rechaza el diagnóstico de la enfermedad: «No, yo no me voy a morir.»

— **Ira.** El paciente se enoja por lo que le está ocurriendo, dirigiendo su irritación contra el personal sanitario y parientes: «¿Por qué a mí?»

— **Pacto.** El paciente trata de hacer un pacto con otros que son importantes para él, generalmente con Dios. Promete donar los ojos o trasplantes: «Sí, voy a morir, pero si...».

— **Depresión.** El paciente parece experimentar lo que se llama «duelo preparatorio». Reacción ante la futura separación: «Todo es en vano...»





— **Aceptación.** El paciente está listo para el final, aunque ello le cause gran dolor: «Ahora ya me encuentro listo para ese momento.» Difícil de conseguir.

El personal sanitario debe conocer estas fases para entender las actitudes y respuestas del paciente moribundo.

¿Qué respuestas da el personal sanitario ante la pregunta «Voy a morir?»

- Cambia de tema.
- Callar y alejarse de él. Silencio de interacción, en el que se cruzan miradas compasivas desde el personal sanitario hacia el paciente.

- No darle importancia al asunto: «No digas tonterías.»

- Adoptar una actitud fatalista: «Tenemos que aceptar lo que nos depara el destino.»

- Envío. Decirle que le pregunte a otro miembro del equipo.

- Negación.

FASES DEL DUELO

Entre los miembros del personal sanitario, la Enfermería es la que generalmente se halla presente cuando acuden los parientes y amigos del paciente moribundo.

Si se conocieran más a fondo las etapas del duelo, podríamos diseñar mejores estrategias para sortear esos momentos. Así, Engel propone la siguiente serie de fases que caracterizan el duelo normal:

1. Choque e incredulidad. A veces se acompaña de parálisis emocional. Puede durar unos cuantos minutos e incluso días.

2. Conciencia creciente. Expresión de la angustia. Desorganización conductual.

3. Restitución. Periodo que se designa al duelo en sí. Funerales y el luto de parientes.

4. Resolución de la pérdida. Los dolientes aceptan en forma pasiva y transitoria una relación más dependiente con algunos familiares y amigos. Durante cierto tiempo sus ideas giran en torno al difunto.

5. Idealización. El doliente suprime todos los sentimientos negativos y hostiles hacia el difunto. Puede haber sentimientos de culpa. Poco a poco hay un regreso a la vida. Se identifica con los ideales del ser querido.

5. Interés por nuevas relaciones.

La muerte en un hospital, y concretamente en una UCI, crea en la familia un sentimiento de abandono hacia el enfermo. Es común oír a la madre desesperada ante la noticia de la muerte de su hijo: «Pobre hijo mío. Ha muerto solo.»

Recuerdo el caso de un paciente consciente de la inminente muerte que me dijo que quería que esa noche entraran sus hijos para despedirse de ellos, a lo cual accedí sin titubear. Esa misma madrugada, el paciente falleció. A consecuencia de tal actitud por mi parte, al

haberme «saltado» las reglas de visitas de familiares, tuve problemas con otros miembros del equipo, que no entendieron mi actitud.

Otro caso de un paciente moribundo, el cual estaba hospitalizado en una unidad coronaria. La noche anterior, el paciente de la cama contigua había sufrido un nuevo infarto, precisando maniobras de resucitación que no tuvieron éxito. El paciente comentó que si a él le ocurría lo mismo no le hicieran resucitación y le dejaran morir en paz. Al día siguiente hizo un infarto masivo, por lo que hubo de practicarle intubación endotraqueal y reanimación cardiopulmonar. A las pocas horas de suceder esto, y cuando el paciente había recobrado el conocimiento, se autodesconectó el respirador y se encontró una nota escrita con difícil caligrafía: «La muerte no es el enemigo, sino la inhumanidad.»

CONCLUSIONES

- la enfermedad lleva consigo una crisis familiar.

- La familia debe estar preparada para afrontar este tipo de realidades.

- La familia debe recibir apoyo por parte del personal sanitario durante este periodo.

- Los profesionales de la salud y las instituciones sanitarias deben tomar conciencia del problema y dar soluciones a los mismos.

BIBLIOGRAFIA

Sociología para Enfermería. Frank López. Ed. Toray Masson.

Cuidados intensivos. Peter Lawin. Ed. Salvat.

Cuidados intensivos Nursing Photobock. Ed. Toray Masson.

Liderazgo y Administración en Enfermería. Thora Kron. Ed. Interamericana.

XIII Reunión Nacional de Delegados Diocesanos de Pastoral Sanitaria. *La familia del Enfermo.* Ed. Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria (cursillo de formación).

Ponencia presentada en las III Jornadas de Profesionales Sanitarios Cristianos, organizadas por el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria.

ELABORACION DE UN PROGRAMA DE FORMACION DE ALUMNOS EN LOS CENTROS DE SALUD

Autora: **D.^a Begoña López López**

Centro de Salud
«San Pablo»

INTRODUCCION

Desde que en la Conferencia de Alma-Ata, en 1978, se establece la Atención Primaria de Salud como primer eslabón de contacto del sistema de salud con el individuo, familia y comunidad, se hace necesaria la capacitación de los profesionales de Enfermería para asumir las siguientes funciones:

1. De asistencia:
 - 1.1. Fomento de la salud.
 - 1.2. Prevención de la enfermedad.
 - 1.3. Recuperación y tratamiento.
 - 1.4. Rehabilitación.
2. De docencia.
3. De administración.
4. De investigación.

La Atención Primaria de Salud implica cambios fundamentales en la formación de los profesionales de Enfermería, ya que las prácticas intrahospitalarias resultan insuficientes. El medio hospitalario donde siempre se han desarrollado nuestras prácticas abre sus puertas y los alumnos acuden a centros geriátricos, a Centros de Salud Mental y a los Centros de Salud.

Se plantea la necesidad de la elaboración de un programa para la formación de los alumnos que acuden a realizar sus prácticas a nuestro Centro de Salud.

JUSTIFICACION DEL PROGRAMA

El nuevo modelo de Atención Primaria contempla una de las funciones del equipo, la docencia. Los enfermeros han de asumir responsabilidades en este campo, aportando elementos conceptuales organizativos y técnicos necesarios para el aprendizaje y el adiestramiento de los alumnos.



Diversas tareas facilitan el aprendizaje del alumnado.

Al Centro de Salud «San Pablo» comienzan a acudir los alumnos en el curso académico 89-90. Esta inclusión de los alumnos en los Centros de Salud supone el conocimiento por parte de éstos del papel de Enfermería en Atención Primaria.

Dado que en cada curso académico van a llegar al Centro alumnos de la Escuela Universitaria «Virgen del Rocío», se cree conveniente comenzar un programa, elaborando un organigrama de trabajo, para ofrecer unas prácticas de calidad, comenzando una experiencia como docentes el personal de Enfermería del centro.

Será conveniente que haya siempre al menos dos personas encargadas de impartir las charlas y orientar al alumno en el funcionamiento del Centro, así como las actividades que se realizan en él.

Al realizarse este programa, los alumnos podrán ser evaluados de una forma

objetiva, en función de conocimientos y habilidades adquiridas.

OBJETIVOS GENERALES

- El alumno, tras pasar por el Centro de Salud, será capaz de conocer el funcionamiento del Equipo en el Centro.
- El alumno, al finalizar sus prácticas, conocerá las funciones de Enfermería en los Centros de Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- El alumno explicará qué es Atención Primaria de Salud.
- El alumno identificará los componentes del Equipo de Salud.
- El alumno explicará las funciones de Enfermería en A.P.S.
- El alumno demostrará su habilidad



Práctica en una sala de cura.

en las técnicas realizadas en los servicios comunes;

- Inyectables.
- Extracciones.
- Curas.
- Avisos.
- E.K.G.

El alumno realizará al menos tres visitas domiciliarias durante su estancia en el Centro, acompañado por un enfermero.

— El alumno atenderá a los usuarios en Consulta de Enfermería, al menos tres días durante su estancia en el Centro.

— El alumno participará al menos en tres Programas de Salud realizados en el Centro, a escoger por él mismo.

CONTENIDO

En el Centro nos limitaremos a recordar la teoría que recoge el programa del área de Salud Pública en la Escuela Universitaria de Enfermería «Virgen del Rocío», ya explicada a los alumnos, relacionada con las actividades del Centro. Si no hubiera sido dado este contenido, se les impartirán unas charlas orientativas para realizar las actividades.

Se han recogido los objetivos del programa de la Escuela y conjuntamente con los alumnos se adaptarán al periodo de prácticas.

METODOLOGIA DE LA ENSEÑANZA

- Valoración de conocimientos ini-

ciales por parte del alumno, y acomodación de los objetivos operativos entre enfermera-estudiante, en base a su nivel de conocimientos, dependiendo del curso que procede y el desarrollo de su temario en el curso académico.

— Enumeración del personal y organigrama de los Centros de Salud.

— Realización de técnicas programadas.

— Elaboración de un supuesto programa de salud.

— Participación en un programa de salud, al menos, llevado a cabo en el Centro.

ACTIVIDADES

- Presentación del Centro de Salud. Personal y recursos.

— Demostraciones prácticas de cada una de las actividades que se realizan en el Centro o fuera de él.

— Charlas teóricas en relación al contenido.

RECURSOS

a) Humanos:

Habrà una enfermera responsable del programa, y al menos otros dos enfermeros colaborarán en las charlas y en la entrega del material educativo. Los enfermeros podrán turnarse en las tareas de formación, pero será necesaria la colaboración del resto del personal de Enfermería del Centro.

b) Materiales:

- Sala de biblioteca.
- Material disponible en el Centro para la realización de las técnicas y actividades.
- Protocolos del Centro.
- Biblioteca.
- Fotocopias.

PROGRAMA

En la Figura I se registra el horario de los alumnos y la distribución de tareas en la mañana.



El futuro profesional se adiestra en las Consultas de Enfermería.

FIGURA I

1ª Semana 8 - 10,30	Presentación Recursos	_____	Inyectables	_____	_____
2ª Semana	_____	_____	Extracciones	_____	_____
3ª Semana	_____	Avisos	_____	Visita domiciliaria	
4ª Semana	_____	Consulta de Enfermería		_____	_____
5ª Semana	Charlas	_____	_____	Evaluación	_____

1ª Semana 11-14	Charla	Educación	Vacunas	Programas	_____
2ª Semana	Vacunas	Charla	Vacunas	Charla	Curas
3ª Semana	Curas	Educación maternal	Curas	C. Enfermería	
4ª Semana	_____	_____	Programas	_____	_____
5ª Semana	_____	Programas	_____	Evaluación	_____

EVALUACION

Se evaluarán:

- Aspectos cognoscitivos.
- Actividades y comportamientos.
- Sentimientos y motivaciones.

- Logro de objetivos operativos:
objetivos conseguidos
objetivos programados
- Actividades programadas:
actividades realizadas
actividades programadas



La revisión de la historia de Enfermería, pieza clave para un buen plan de cuidados.

- Material educativo empleado:
material empleado

material previsto

- Capacidad de motivación del personal docente.
- Capacidad de expresión del personal docente.
- Al finalizar el periodo de práctica se pasará un cuestionario donde se recogerán todos los aspectos descritos anteriormente, para poder evaluar el desarrollo del programa.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de Enfermería, diplomados y auxiliares, que prestan su colaboración y tiempo en el desarrollo del programa.

BIBLIOGRAFIA

Marcolini, P.P.: *Prospectivas de la enseñanza de Enfermería en Atención Primaria de Salud*. «Enfermería Científica» número 31, Octubre 1984.

Fernández, M.: *El alumno de Enfermería en Atención Primaria de Salud*. «Enfermería Científica» número 31, Octubre 1984.

López i Pisa, R.M.: *Enfermería de Atención Primaria: desarrollo de sus funciones en España*. «Atención Primaria». Vol. 3, N.º 4, julio-agosto 1986.

RESUMEN

Al acudir los alumnos de Enfermería a los Centros de Salud a realizar sus prácticas extrahospitalarias, es necesario la puesta en marcha de un programa para la formación de dichos alumnos.

El programa consta de:

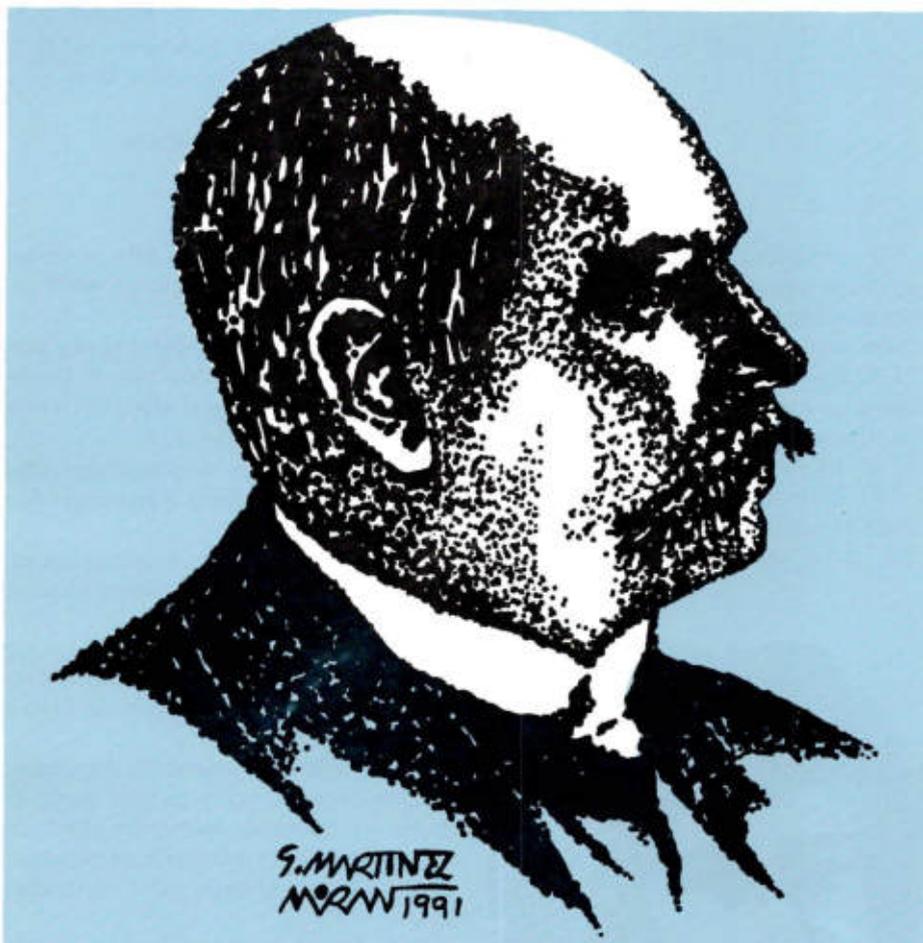
- Justificación del programa.
- Objetivos generales.
- Objetivos específicos.
- Contenido.
- Metodología de la enseñanza.
- Recursos.
- Programa.
- Evaluación.

PALABRAS CLAVES

- Formación de alumnos.
- Docencia en atención primaria.

PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1910

ALBRECHT KOSSEL



Albrecht Kossel, fisiólogo y químico alemán, nació en Rostock el 16 de septiembre de 1853. Hizo sus estudios de Medicina en las Universidades de Estrasburgo y Rostock, concluyéndolos en 1877 y obteniendo al siguiente año el grado de doctor. En Estrasburgo trabaja con Ernst Félix Hoppe-Seyler (1877-1881) y posteriormente con Emil du Bois Reymond en el Instituto Fisiológico de Berlín. En 1895 es nombrado profesor de Fisiología en Marburgo y en 1901 ocupa igual puesto docente en la Universidad de Heidelberg, en la cátedra que hicieron famosa Helmholtz y Willy Kuhne. A su muerte, acaecida en Heidelberg el 5 de julio de 1927, Albrecht Kossel dirigía el «Institut für Elweissforschung», en el Laboratorio de la Clínica Médica. El Premio Nobel de Medicina le fue concedido en 1910 por su contribución a la química celular, merced a

sus estudios sobre las proteínas, incluyendo las sustancias nucleicas.

La dilatada y fructífera labor de investigación de Albrecht Kossel se encuentra prefigurada por el magisterio de Hoppe-Seyler, quien heredó de Liebig el cetro de la química fisiológica. La mayor parte de los trabajos de Kossel fueron editados en el *Zeitschrift für physiologische Chemie*, que él dirigió durante más de treinta años. En 1886 descubre la histidina y dos años más tarde demuestra la naturaleza polipeptídica de la molécula proteínica. Uno de sus primeros trabajos, editado en 1881, es el titulado «Untersuchungen über die Nucleine und ihre Spaltungsprodukte»; en 1882 empieza la publicación de una de sus más trascendentales contribuciones a la fisiología celular, nos referimos al estudio titulado «Zur Chemie des Zeli-kerns» (*Zeitschrift für physiologische*

Chemie, 1882-3; 7 : 7-22; 1886; 10 : 248-64; 1986-7; 22 : 176-87); el tema de esta publicación se completa en el trabajo «Ueber die Nucleinsäure» (*Archiv für Anatomie und Physiologie. Physiologische Abreilung*, 1893: 157-64; 1894: 194-203); su trabajo «Ueber die Eiweißstoffe» apareció en el *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1898: 24 : 581). En colaboración con W. Hehrens y P. Schiefferdecker publica la obra *Die Gewebe des menschlichen Körpers und ihre mikroskopische Untersuchung* (1889-91). Su libro *Leitfaden für medizinisch-chemische Kurse* se editó en Berlín en 1886, apareciendo su segunda edición en 1917.

La aportación de Kossel a la química fisiológica, en la que figura, queda dicho, su descubrimiento de la histidina, el estudio químico del núcleo celular, investigaciones, todas fundamentales, sobre nucleínas, protaminas, histonas y bases púricas, y la concepción de los aminoácidos como elementos estructurales (BAUSTEINE: «Piedras sillares») de las proteínas, se sitúa, históricamente, en una línea de indagaciones y descubrimientos sobre las transformaciones metabólicas de las proteínas, a la que pertenecen, y por este orden, los trabajos de Adolf Strecker (hallazgo de la xantina en la orina), Friedrich Miescher (descubrimiento de la nucleína en el pus y en los espermatozoides), Hoppe-Seyler (clasificación de los cuerpos albuminoideos), Edmund Drechsel (descubrimiento de la lisina), Hofmeister (química de las peptonas y de las ureogénesis; estudio de la cistina y la asparaguina), Emil Fischer (génesis del ácido úrico; síntesis de los aminoácidos superiores y de los polipéptidos) y Emil Abderhalden (identidad química y biológica entre polipéptidos artificiales y peptonas naturales); en suma, la obra científica de Albrecht Kossel, Premio Nobel de Medicina y Fisiología 1910, compone una etapa muy importante en el desarrollo, durante las décadas finales del siglo XIX y los años iniciales de nuestro siglo, de uno de los más importantes capítulos de la Fisiología, del conocimiento de la realidad viviente.

PROTOCOLO DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA

Autores: **D. Gregorio Martínez Morán, D.E.**
D. Antonio Díaz Caballero, D.E.
D. José Moguer Martín, D.E.

Hospital Universitario
 «Virgen Macarena». Sevilla.

Los problemas que constituyen la investigación de Enfermería, más que investigación médica o sociológica, vienen de la imagen mental de la propia profesión.

EVELYN ADAM (1980)

PROTOCOLO

Conjunto de ideas fundamentales sobre la manera de cómo se debe hacer, mediante la constancia de producción de los hechos.

PROTOCOLO DE ENFERMERIA

Declaración de principios teóricos (sistema de valoración) y prácticos (aplicación del trabajo).

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Medio de comunicación que permite observar críticamente la descripción ordenada de la realidad objeto a investigar, incluso antes de la ejecución.

Para su redacción se ha de mecanografiar a doble espacio por una sola cara de papel blanco 180x4 (212 por 197 mm.), guardando márgenes de 25 mm. y paginación en el ángulo inferior derecho o mitad inferior.

I. NATURALEZA

1.1. *Operativa.* Aplicar el espíritu científico a los problemas de gestión en las organizaciones humanas complejas, fijando las variables más importantes que interesan al estudio a través de la expresión de modelos determinísticos (matemáticos) o probabilísticos (ley de probabilidad).

1.2. *Empírica.* Generar conocimientos reuniendo directa o indirectamente información basada en la experiencia profesional.

1.3. *Documental.* Explorar directamente las fuentes documentales primarias (datos exclusivos), secundarias (datos inclusivos) y mixtas (ambos).

1.4. *Metanálisis.* Investigar la investigación mediante la tautología (iteración de las experiencias).



Virginia Henderson

II. ESTRUCTURA

En estudios observacionales y experimentales se distribuye por lo habitual, no necesariamente, en diez secciones.

2.1. *Título.* Referenciar explícitamente acerca de la naturaleza de la investigación.

2.1.1. *Subtítulo.* Clarificar concisamente los estudios extensos.

2.1.2. *Palabras clave.* Añadir notas para entender composiciones artificiosas.

2.2. *Autoría.* Signar el nombre y dos apellidos de cada autor, con el grado académico más alto y la afiliación a una institución si la hubiese.

2.3. *Introducción.* Exponer razonadamente la realidad objeto a investigar con sus antecedentes.

2.3.1. *Marco teórico.* Denotar los aspectos conceptuales y metodológicos que fundamentan.

2.3.2. *Marco referencial.* Explicar las condiciones, identificando factores o relaciones y estrategia de solución propia y/o ajena.

2.3.3. *Marco contextual.* Argumentar las circunstancias en que surge la cuestión, reuniendo elementos objetivos y subjetivos para mostrar la necesidad, el momento y el lugar de la investigación.

2.4. *Objetivos.* Enunciar todo aquello que se quiere hacer desde el efecto detectado, bajo la condición de una directa relación con las consecuencias de la formulación de hipótesis, evidencia, realización y evaluación.

2.5. *Hipótesis científicas.* Determinar las suposiciones formadas por términos científicos que se expresan afirmando (hipótesis nula) y negando (hipótesis alternativa) la realidad.

2.6. *Método.* Especificar el camino a seguir para verificar los objetivos propuestos, combinando características de inducción (pasar de contemplaciones concretas a proposición) y deducción (extraer consecuencias de la proposición).

2.6.1. *Diseño.* Delinear el tipo con una profundidad descriptiva (enumerar y ordenar las variables sin intención de comprobar o refutar), analítica (distinción y separar las partes hasta llegar a



S. MARTINEZ
MAR 1990

Faye Glenn Abdellah



S. MARTINEZ
MAR 1990

Florence Nightingale

conocer los principios) y experimental (observar fenómenos manipulados o provocados) con alusión a un alcance temporal por una situación sincrónica o seccional (cortar el tiempo en un momento específico) y diacrónica o longitudinal (seguir la evolución en el tiempo) por observación prospectiva (advertir en el presente y en el futuro) o retrospectiva (atender el pasado).

2.6.2. *Unidad de análisis.* Precisar el sujeto de la investigación (individuo, objeto, grupo, documento, etc.).

2.6.3. *Variable en estudio.* Distinguir la posición (interna dependiente o independiente y externa) y la clase por el carácter (cualitativo y cuantitativo), la amplitud (individual y colectiva), la abstracción (general y particular) y la escalación (nominal, ordinal, de intervalo y de razón) de las variables objeto de observación y estudio, y los factores susceptibles de influir en los resultados.

2.6.4. *Universo.* Elegir la población a estudiar, generalizando sobre ella los hallazgos.

2.6.5. *Muestra.* Señalar las características básicas de la muestra, así como el modelo de muestreo a emplear (probabilístico y no probabilístico).

2.6.6. *Recolección de datos.* Alistar fuentes, procedimientos, instrumentos, condiciones y momento.

2.6.7. *Análisis estadístico.* Anotar las técnicas que facilitarán el agrupamien-

to, examen y tratamiento de los datos.

2.7. *Problemas y/o errores.* Advertir factores limitadores, soluciones inciertas y grado de dificultad.

2.8. *Organización.* Definir aspectos prácticos enfatizando en el calendario de actividades por etapas los recursos, los costes, las funciones y las responsabilidades.

2.9. *Normas éticas.* Disponer fórmulas reguladoras, en función de lo establecido y de la concepción moral, sobre la acción específicamente humana del estudio.

2.10. *Control.* Indicar el sistema para comprobar la variabilidad del proceso.

III. FINALIDAD

3.1. *Pura.* Desarrollar teorías a los principios básicos sin el propósito de resolver problemas inmediatos.

3.2. *Aplicada.* Poner en práctica los conocimientos o procedimientos de actuación adecuados para obtener rápidos resultados.

«*La investigación es el trabajo de la ciencia*» (Mario Bunge (1985).

BIBLIOGRAFIA

Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública: *Instructi-*

vo para la elaboración de un protocolo de investigación. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Manuel Keenoy, Esteban de: *Confección de un protocolo.* Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 1989.

Martínez Morán, Gregorio: *Detección del síndrome de Burn Out en la Enfermería profesional del Hospital Universitario «Virgen Macarena» de Sevilla.* Granada, 1989.

Martínez Oliva, Luis: *Metodología investigación.* Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 1989.

Polit, D., y Hungler, B.: *Investigación científica en Ciencias de la Salud.* Ediciones Interamericana. México D.F., 1985.

Sierra Bravo, Restituto: *Técnicas de investigación social, teoría y ejercicios.* Paraninfo, S.A. Madrid, 1987.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Bunge, Mario: *La investigación científica, su estrategia y su filosofía.* Editorial Ariel, S.A. Barcelona, 1985.

Mayntz, R., et al.: *Introducción a los métodos de la sociología empírica.* Alianza Editorial. Madrid, 1975.

Polit, D., y Hungler, B.: *Investigación científica en Ciencias de la Salud.* Ediciones Interamericana. México D.F., 1985.

Selltiz, Claire, et al.: *Métodos de investigación en las relaciones sociales.* Ediciones Rial, S.A. Madrid, 1980.

Sierra Bravo, Restituto: *Técnicas de investigación social, teoría y ejercicios.* Ediciones Paraninfo, S.A. Madrid, 1988.

CURSOS • JORNADAS • CONGRESOS

II ENCUENTRO NACIONAL DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA

San Sebastián - Días 9 al 12 octubre 1991
Organizado por Colegio A.T.S. Guipúzcoa

JORNADAS NACIONALES DE ACTUALIZACION EN ENFERMERIA PEDIATRICA

Hospital de La Paz (Madrid)
Días 6, 7 y 8 Noviembre 1991
Sede: Facultad Medicina. Universidad
Autónoma (Madrid)
Organiza: Dirección Enfermería F.G. La Paz

XIV CONGRESO Y I SYMPOSIUM INTERNACIONAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE A.T.S. Y D.E. EN UROLOGIA

Granada - Días 15 al 19 octubre 1991.

VI CONGRESO NACIONAL ENFERMERIA URGENCIAS

Zaragoza - Días 7, 8 y 9 noviembre 1991.

XXIII REUNION NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGIA

XVI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA NEFROLOGICA

Madrid - Palacio Exposiciones y Congresos
Días 20 al 23 octubre 1991.

II CONGRESO ESTATAL INFANCIA MALTRATADA

Vitoria - Días 11 al 13 noviembre 1991

CONGRESO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION SANITARIA

Valencia - Días 24 al 26 octubre 1991.

PREMIO NACIONAL A LA LABOR DE ENFERMERIA

«La Enfermería en la prevención de accidentes
laborales»

Alicante - Premio: 250.000 Ptas.
Bases: Información en el Colegio

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

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

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

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

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

A) Trabajos de investigación

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

B) Artículos de opinión

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

ESTRUCTURA

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

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

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

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

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

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

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

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

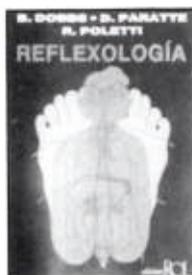
- **Bibliografía:** Se presentará según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el texto constará siempre la numeración de la cita en número, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos, si se trata de un trabajo realizado por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

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

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

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

Novedades bibliográficas



REFLEXOLOGIA

R. Poletti, B. Dobbs, D. Paratte.
Ediciones Rol,
S.A. Barcelona,
1990.

24x12 cms. 137 págs.

P.V.P. 1.750 ptas.

El lector interesado podrá profundizar en los siguientes aspectos: lugar de la reflexología en el movimiento de la salud holística, Definición e historia de la reflexología, Cuándo, cómo y a quién efectuar un masaje reflexológico, Masaje reflexológico y afecciones corrientes, Utilización de las técnicas de visualización en la reflexología, Masaje reflexológico de las manos, Estructuras del pie, Resumen del masaje reflexológico en dibujos, Conclusión. Como anexo el libro cuenta con una proposición de ejercicio práctico de relajación.

A todo ello hay que añadir una profusa ilustración en el capítulo dedicado a técnicas del masaje reflexológico, casi setenta páginas en las que con abundantes ilustraciones y una pormenorización detallada se explican los pasos a seguir en las mencionadas técnicas.

desarrollo del niño desde el nacimiento hasta la adolescencia.

Brinda sólidos conocimientos de anatomía, fisiología, fisioterapia y terapia clínica, específicamente infantil y adolescente.

Marca pautas para el desarrollo de las habilidades y técnicas con que debe contar una enfermera profesional en esta especialidad para enfrentar problemas de comportamiento tanto del niño sano normal, como del enfermo agudo, crónico, terminal o discapacitado, y de sus familiares.

Gran profusión de fotografías, dibujos, tablas y gráficos que aclaran y enriquecen el texto, de por sí claro y didáctico, y bibliografías amplias, actualizadas y muy completas.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO INTRAVENOSO



Springhouse Corporation (colaboradores varios)

15x23 cms. 380 páginas. 90 ilustraciones. 121 tablas.

P.V.P.: 4.982 ptas.

Esta obra presenta de manera clara y concisa todos los aspectos concernientes a la administración de medicación y tratamiento i.v.

Los cuadros que remarcan los aspectos fundamentales o de calidad y la sistematización de los temas abordados facilitan la comprensión de conceptos como Farmacología, Farmacocinética y Farmacodinámica.

Los cuestionarios de autoevaluación y revisión ayudan al mejor aprendizaje del estudiante, enfermera o profesor que utiliza el texto.



ATLAS DE TECNICAS DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

J.B. Bache, C.. Armit, J.R. Tobiss.

19,5x26,5 cms. 152 páginas. 262 ilustraciones.

P.V.P.: 4.200 ptas.

Cada procedimiento descrito es completo por sí mismo. Esto hace que algún concepto parezca repetitivo, sin embargo no es así, ya que para ejecutar el procedimiento no hay necesidad de pasar páginas.

El protocolo está dividido en cuatro partes: Indicaciones, Material, Procedimiento, Consejos al paciente.

La presentación, a modo de fotografías seriadas, enseña la forma práctica de realizarlos.

ATLAS DE TECNICAS DE ENFERMERIA EN DERMATOLOGIA



L.A. Stone, L.M. Lindfield, S. Robertson.

19,5x26,5 cms. 80 páginas. 204 ilustraciones.

P.V.P.: 3.710 ptas.

Está escrita por una enfermera clínica especialista en dermatología.

Los procedimientos que presenta son fotografías seriadas a color que enseñan de forma práctica cómo ejecutar una técnica: curar una lesión, aplicar vendajes con pasta medicamentosa, extraer una uña con urea, etc.

La aplicación de tratamientos de PUVA o de verrugas con baños de formaldehído o con colodión ácido salicílico, etc.

ENFERMERIA PEDIATRICA (3 tomos)



Marlow-Redding.
20X28 cms. 1.473 páginas. 351 ilustraciones.

P.V.P.: Tomo I, 6.950 ptas; II, 6.300 ptas.; III, 6.300 ptas.

Explica el proceso de crecimiento y

NUEVO CITROËN ZX

NACIDO CAMPEON



Citroën presenta a su nuevo Campeón:
El Nuevo Citroën ZX.

Un vehículo probado ya en el más duro desafío: el Rallye París-Dakar '91, donde fue campeón absoluto.

Un automóvil con la experiencia de un campeón que convierte al Nuevo Citroën ZX en un "Fuera de Serie".

Nacido con alto diseño. Diseñado en colaboración con Bertone, aporta una línea moderna, elegante. Con formas compactas y equilibradas. Consiguiendo un coeficiente aerodinámico extraordinariamente bajo ($C_x = 0,30 / 0,33$).

Nacido con la colección más completa.

Con una colección de cuatro modelos que responden a las más exigentes demandas del Cliente.

Por su completo equipamiento. Por el acondi-

cionamiento del puesto de conducción, con volante regulable en altura y reglajes múltiples del asiento.

Por su habitabilidad: una de las mayores de su categoría (longitud habitable de 1,67 a 1,71 m según modelo).

Por su máxima superficie acristalada: 2,98 m², la mayor de su categoría, lo que se traduce en una perfecta visibilidad y luminosidad interior.

Por su capacidad modular. El Nuevo Citroën ZX es el único vehículo europeo que ofrece la posibilidad de desplazar el asiento trasero longitudinalmente y con respaldo regulable en inclinación.

Nacido robusto. Robusto y seguro. Por la estructura de su carrocería, provista de una nueva plataforma compuesta de un auténtico armazón de vigas cerradas de acero

prerrevestido, que garantiza la integridad del habitáculo. Y por que, además, posee el mayor porcentaje de superficie protegida de todos los vehículos de su categoría consiguiéndose una excelente defensa ante la corrosión.

Nacido potente. El Nuevo Citroën ZX es potente por sus prestaciones gracias a sus brillantes motores y por su inigualable comportamiento en carretera, por su tren trasero con efecto autodireccional. Las ruedas traseras giran en la misma dirección de las delanteras con un efecto cercano al que obtienen los vehículos con cuatro ruedas directrices.

El Nuevo Citroën ZX, un automóvil nacido con la experiencia en las más duras pruebas que demuestran la calidad de un Campeón.



Campeón del París-Dakar '91

NUEVO CITROËN ZX - NACIDO CAMPEON



Vda. de Mariano Terry, S.A.

Polígono Industrial Ctra. Amarilla. P. 172. Teléfono 455 45 00*. Sevilla.



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 representarán: al Colegio de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, dos Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación 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 **Incidencias:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación previa de las presentes Bases.
- 11.ª **Titular del Premio:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el día 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 Dª Mª Dolores González de Haro
- 2º D. Pedro Palomino Moral
- 3º Dª Josefina Castro Vizoso



BANCO DEL COMERCIO