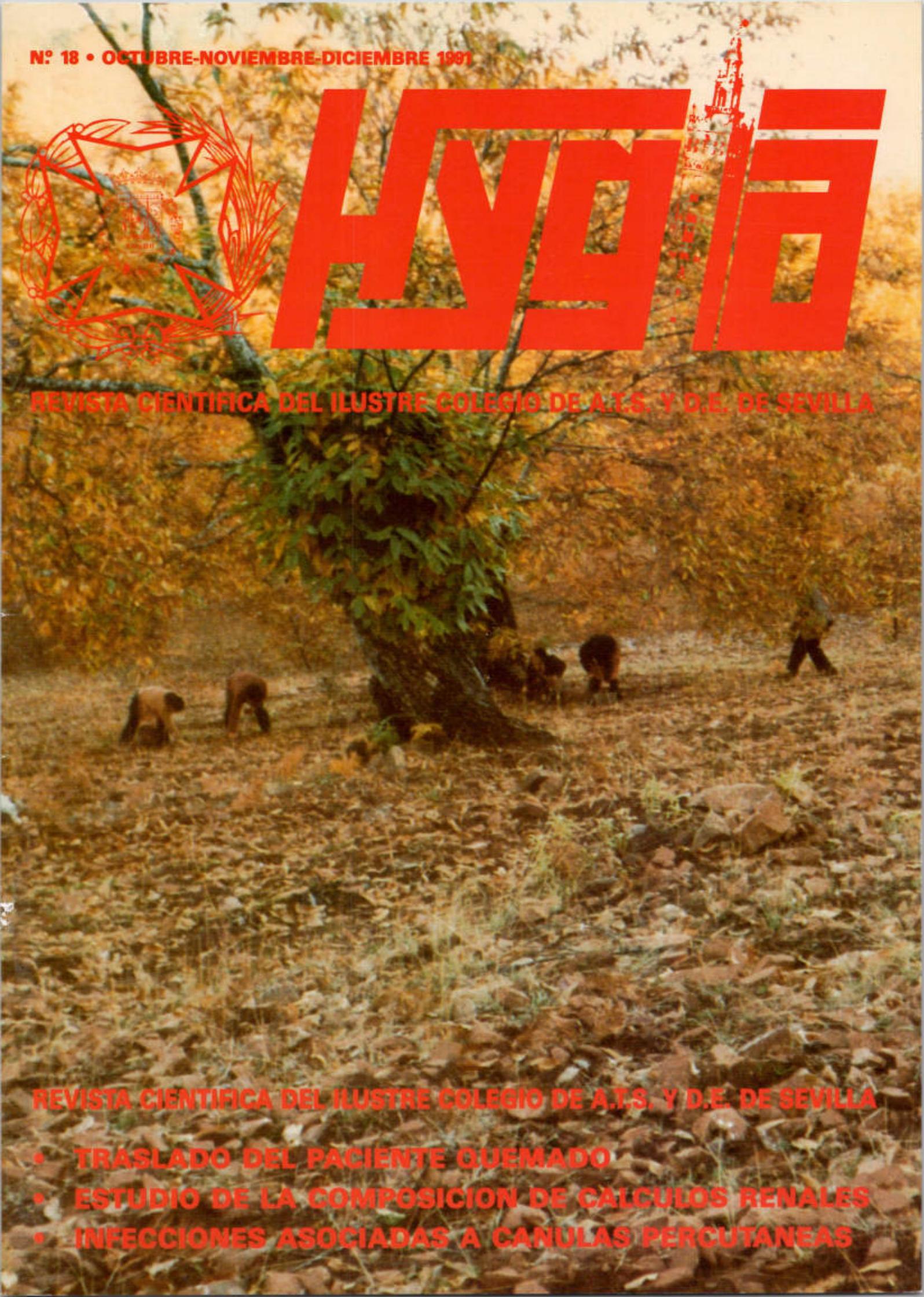


Nº 18 • OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE 1991



HYGIA

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

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

- TRASLADO DEL PACIENTE QUEMADO
- ESTUDIO DE LA COMPOSICION DE CALCULOS RENALES
- INFECCIONES ASOCIADAS A CANULAS PERCUTANEAS

SI SUMA BIEN LE DAMOS UN DIEZ.

CUENTA **6C**

Cuenta Corriente Continua

La nueva Cuenta 6C le ofrece hasta el 7% de interés anual T.A.E., desde la primera peseta, por un saldo medio mínimo mensual de Ptas. 200.000 (*).

Pero a medida que utilice Vd. más los productos y servicios del Banco, ese interés crece hasta alcanzar el 10% anual T.A.E. como se indica en el cuadro adjunto.

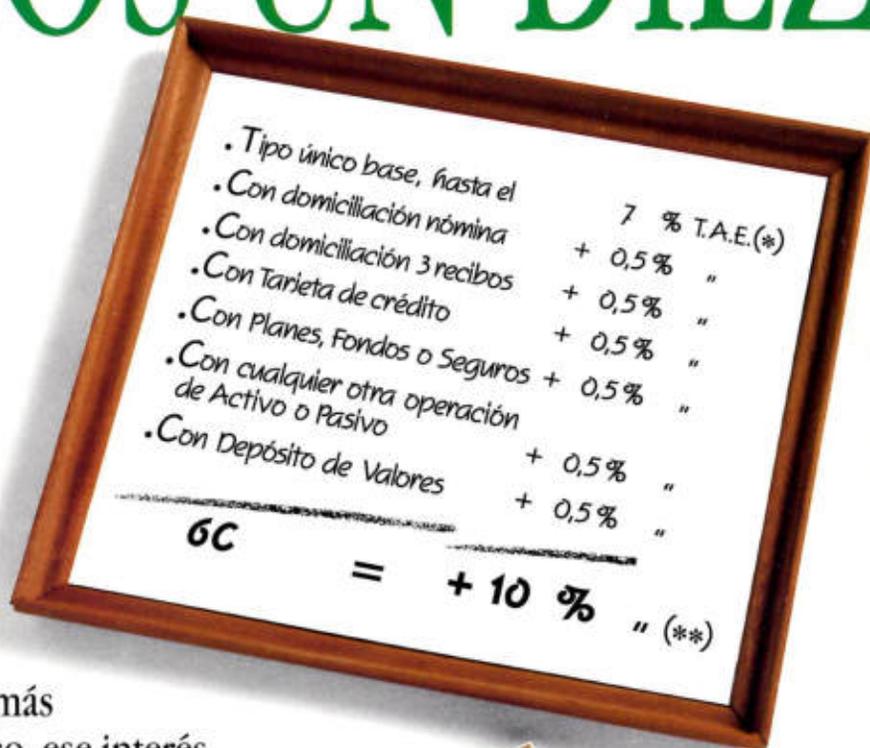
Así Vd. puede ganar un elevado interés con el mínimo saldo.

Cuenta 6C. Sumando... sumando...

Ejemplos de T.A.E.:

Importe.	(*) Para el tipo único base.	(**) Utilizando todos los productos y servicios reflejados.
200.000 ptas.	6,37 %	9,34 %
1.000.000 ptas.	6,88 %	9,87 %
5.000.000 ptas.	6,98 %	9,98 %
20.000.000 ptas.	7,00 %	10,00 %

Saldo medio mensual inferior a 200.000 ptas. sin remunerar.



R.B.E. n.º 436/91

Llámenos gratuitamente al 900 125 125



BANCO DEL COMERCIO

Para una clase de vida.

EDITORIAL

1992: LA HISTORIA PASA CARGADA DE RETOS

En el momento que 1991 va a ser historia y 1992 es, rutilantemente histórico, bueno será analizar qué puede deparar el mítico 92 de nuestros pecados para quienes lo contemplaremos desde la cercanía de ser, vivir y sentir en sevillano.

Profesionalmente, este calendario recién inaugurado promete desentrañar algunas incógnitas, de los dos colores posibles. Mientras la Exposición Universal sigue pendiendo sobre nuestras cabezas en tanto en cuanto profesionales de la Sanidad con un programa laborable estival todavía sin concretar, al margen de una rumorología escasamente fiable, que la Administración no ha colaborado en hacerla transparente sino todo lo contrario, 1992 puede ser anticipo de grandes hechos para Enfermería que ojalá se lleguen a traducir en progresos tan deseables como urgentes.

Haciendo, por una vez, abstracción del acontecimiento a celebrarse en La Cartuja, bueno será adelantar un miniprograma de eventos estrictamente profesionales que van a sucederse con nuestro país de anfitrión. A saber: en el mes de mayo del presente año, las Ciudades de Madrid y Sevilla van a ser escenario del «Encuentro Iberoamericano de Enfermería», plataforma donde los representantes profesionales de España, Portugal y el mundo hispanoparlante puedan cotejar sus respectivas realidades al calor de un conocimiento cada día más necesario sin entendemos el mundo como un todo más y más comunicado, especialmente si, además, hablamos el mismo idioma.

Entre Madrid (capital Cultural) y Sevilla (Exposición Universal), el Encuentro Iberoamericano seguro que deparará conocimiento de dos realidades profesionales que, hoy por hoy, caminan de espaldas, y donde ambas orillas sólo pueden reportarse mutuos beneficios.

Pasado este acontecimiento, Madrid volverá a ser eje de nuestra profesión porque en septiembre tendrá lugar el «Congreso Europeo de Investigación en Enfermería». Y al hilo de su enunciado, pocas palabras cabe añadir: Enfermería e Investigación. Algo así como la eterna asignatura pendiente que puede y debe aspirar a su aprobado cuando en la capital de España se den cita los más destacados protagonistas de la investigación a nivel del Viejo Continente. Ocasión única para conocer, y de cerca, a profesionales británicos, franceses, nórdicos... Será, podemos adelantar, como el futuro de la Enfermería hecho presente.

Y como colofón a esos dos grandes sucesos para nuestra profesión, dejamos finalmente subrayado el «XX Congreso Internacional de Enfermería» del 20 al 25 de 1993. Es algo así, para entendernos, como nuestros particulares «Juegos Olímpicos» y seguro que con ello traducimos su verdadera importancia. Es la primera vez que nuestro país acogerá el Congreso Internacional por excelencia tomando el relevo de Seúl donde hace cuatro años, período exacto de celebración, la Enfermería mundial revisó todas y cada una de sus grandes líneas, problemas, realidades. A la capital coreana acudieron 7.000 mujeres y hombres, profesionales de todo el Planeta, e igual cifra cabe esperar acuda a la gran cita del 93.

Frente a toda la problemática que nos rodea, convertida en seria crisis que nadie y discute, Enfermería debe aprovechar la celebración en España de tan importantes foros para alertar a los Poderes Públicos de su auténtica trascendencia. Sea desde el acento iberoamericano, del europeo o planetario, debemos saludar el inicio de un año ya histórico como el que acabamos de estrenar, con la esperanza de que todos podamos aportar halos de esperanza para que el inmediato futuro ayude a despejar incógnitas. Cierto es que nos rodean mil y una barreras que abatir. Pero tampoco debemos ser negativos y pensar que las batallas están irreparablemente perdidas: No, todo lo contrario. Enfermería en España está dispuesta a ir ganando parcelas y nada mejor que aprovechar estos grandes «Concilios» para que levante su voz y haga oír hasta las piedras todas y cada una de nuestras cuestiones por resolver.



EDITA:

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

DIRECTOR:

José M.º Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

Miguel Angel Alcántara González
M.º Dolores Ruiz Fernández

JEFE DE REDACCION:

Vicente Villa García-Noblejas

CONSEJO DE REDACCION:

Carmelo Gallardo Moraleda
Juan Vicente Romero Lluch
Amelia Lerma Soriano
Antonio Hernández Díaz
Alejandro A. García Nieto
Alfonso Alvarez González
M.º 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)

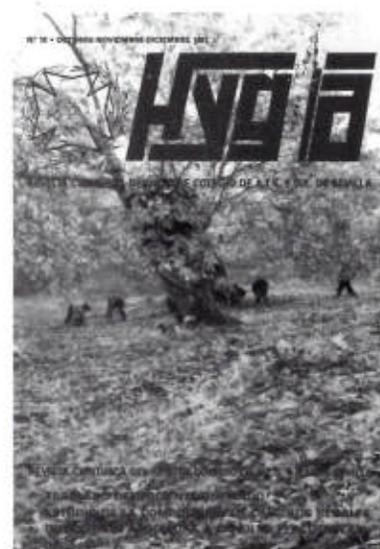
Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con referencia S.V. 88032 R.

Sumario

OCTUBRE
NOVIEMBRE
DICIEMBRE

18

— EDITORIAL	3
— CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UN PACIENTE CON BRONQUITIS CRONICA OBSTRUCTIVA	5
— PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1912: ALEXIS CARREL	10
— ESTUDIO DE INFECCIONES ASOCIADAS A CANULAS PERCUTANEAS INTRAVASCULARES	11
— TRASLADO DEL PACIENTE QUEMADO	15
— CONCURSO FOTOGRAFICO N° 18	20
— ESTUDIO DE LA COMPOSICION DE CALCULOS RENALES TRAS EL TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE	22
— EDUCACION SANITARIA, HABITOS Y ACTITUDES DE UNA MUESTRA DE POBLACION JUVENIL ANTE EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	26
— GRANDES DE ENFERMERIA: SANTA ROSA DE LIMA	30
— VACUNACIONES SISTEMATICA EN EL PUNTO DE VACUNACION DE VVA. LAS CRUCES	32
— CURSOS-CONGRESOS	35



Autor: *D. J. Enrique Muñoz Moya*
Título: *Apañando castañas*

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

FE DE ERRATAS

El autor de la fotografía de portada del n° 17 de nuestra revista es

D. Juan Antonio Melo Salor

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UN PACIENTE CON BRONQUITIS CRONICA OBSTRUCTIVA

Autor: **D. Manuel Jesús García Martínez, D. E.**

Servicio de Neumología H.U. «Virgen del Rocío», Sevilla

INTRODUCCION

Actualmente, la neumonía, el cáncer de pulmón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en este orden, constituyen las causas más frecuentes de ingresos en nuestro Servicio.

Bajo el término EPOC se designan un grupo de enfermedades con la característica común de una obstrucción crónica, difusa e irreversible, al flujo aéreo. Por bronquitis crónica (figura 1) se entiende la presencia de tos y/o expectoración al menos tres meses al año y por un periodo mínimo de dos años consecutivos.

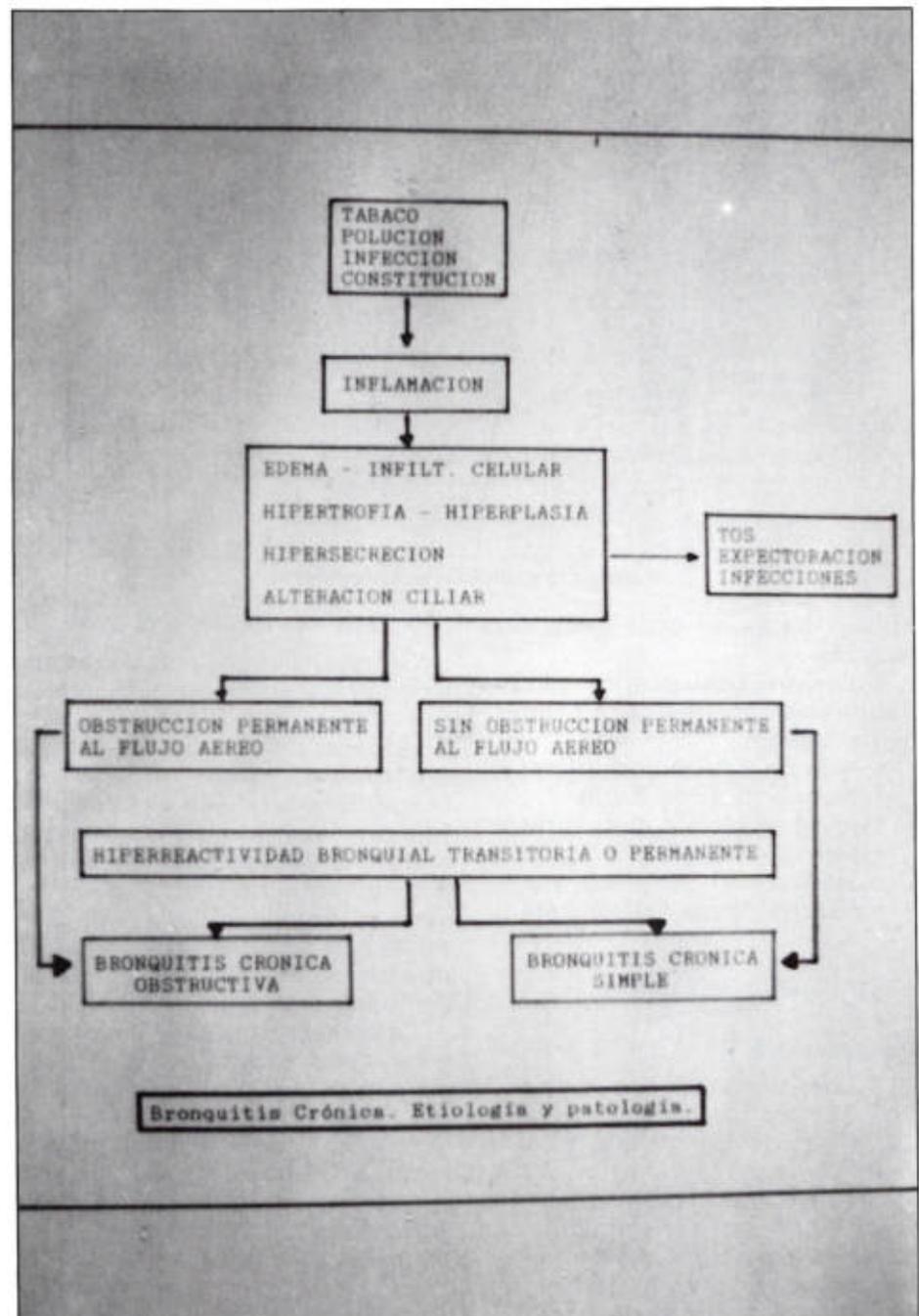
La O.M.S. la define como: toda aquella alteración estructural o funcional de los bronquios, de origen no neoplásico, relacionada con la exposición prolongada o recurrente a irritantes infecciosas y no infecciosas.

Los objetivos que nos hemos planteado al realizar este trabajo han sido los siguientes:

- Exponer una metodología de trabajo del personal de Enfermería en un paciente con bronquitis crónica obstructiva.
- Conocer las características generales de esta patología.
- Insistir en la importancia del apoyo psicológico y educacional, desde el punto de vista de la salud, a este tipo de paciente y a su familia, al tratarse de un proceso crónico.

MATERIAL Y METODO

La metodología llevada a cabo en el presente trabajo ha consistido en el seguimiento de un paciente con bronquitis crónica obstructiva desde su ingreso en el Servicio de Neumología del H. U. «Virgen del



Bronquitis Crónica Etiología y Patología

REGISTRO DE ENFERMERIA
VALORACION INICIAL Fecha: 20 de ABRIL 1.991

- **IDENTIFICACION Y DATOS PERSONALES**
Nombre ANTONIO Apellidos GALLARDO REY
Edad 65 Servicio NEUMOLOGIA Habitación 225 Cama 1
No H.C.T. 332.640 No Asegurado 41/33420
Procedente de: OBSERVACION B

- **DATOS PSICOSOCIOLOGICOS**
Entorno medioambiental PENSIONISTA DESDE 1986. (INCAPAC. PERMAN.)
Componentes del núcleo familiar ESPOSA Y 1 HIJO (EN DESEMPLEO)

- **MOTIVO DEL INGRESO** DISNEA DE REPOSO, TOS, FIEBRE, BRONCOESPASMO.
RETENCION DE SECRECIONES.

- **ANTECEDENTES PERSONALES**
Alergias NO a que? —
Prótesis NO a cuales? —
Enf. crónicas SI a cuales? HIPERT. ARTERIAL (NO SIGUE EL TRATAM.)
Interv. quirúrgica SI a cuales? APENDICECTOMIA EN 1969
secuelas NINGUNA
Otros CATARROS FRECUENTES.

- **DIAGNOSTICO MEDICO** BRONQUITIS CRONICA OBSTRUCTIVA
INFECCION DE SECRECIONES.

- **CONSTANTES VITALES**
Frecuencia cardiaca 120 Presión arterial 190/100 Temperatura 38,2

- **IDENTIFICACION DE PROBLEMAS**
INGESTA PESO: 98'400 Kgvs.
Delgado NO Obeso SI Normal — TALLA: 162 cms.
Necesita ayuda NO de qué tipo? —
Intolerancia NO a qué? —
Problemas que produce —
Estado de la boca ACEPTABLE. FALTAN VARIAS PIEZAS
S. N. G. NO por qué? —
Otros NO SIGUE REGIMEN DIETETICO. NO TOLERA COMIDA SIN SAL.

OXIGENACION
Respiración Disnea SI Secreciones EXPECTORA CON MUCHA
Bradipnea — DIFICULTAD. ABUNDANTES A LA
Traquipnea SI AUSCULTACION.

Cianosis SI. PERIFERICA. ASTERIXIS.

ELIMINACION
Micción Espontánea SI Sonda vesical NO desde cuando? —
Ultimo cambio —

Otros A SU INGRESO, MUY SUDOROSO. TORAX EN TUNEL.
Deposiciones Hábito intestinal 1 VEZ/DIA (TRAS ALMUERZO)
Tipo NORMAL.
Hemorroides NO Sangrante NO Meteorismo SI

Valoración inicial de Enfermería

Rocío» hasta su alta, doce días después.

Nos hemos basado en los registros habituales empleados por Enfermería, a saber:

- Hoja de valoración inicial de Enfermería (figuras 2 y 3)
- Hoja de evolución de Enfermería.
- Hoja de tratamiento (figura 4).
- Gráfica.
- Historia clínica del paciente.

RESULTADOS, DESARROLLO

Valoración inicial

Cuando nos llega el paciente A.G.R., remitido de la Unidad de Observación B, procedemos en primer lugar a realizar la valoración inicial mediante la observación y la entrevista y, posteriormente, una pequeña exploración física que nos permitirá conocer el estado del paciente, en este caso bastante deteriorado.

Descripción general del paciente

Se trata de un paciente de sesenta y cinco años, conocido en el Servicio por anteriores ingresos, diagnosticado de bronquitis crónica obstructiva y que ingresa por reagudización de su enfermedad (disnea a mínimos esfuerzos, acumulo de secreciones con la consiguiente infección, fiebre, tos seca e improductiva), todo ello agravado por su problema de obesidad e hipertensión no controladas.

Es pensionista desde hace cinco años y convive con su esposa y un hijo de veintidós años, en desempleo. La familia es pesimista en cuanto al desarrollo de la enfermedad, debido a la poca colaboración del paciente (sigue fumando actualmente, no se controla la obesidad ni la hipertensión arterial).

Exploración física

Antonio es un paciente de biotipo

pícnico, cuello corto, facies congestiva y pletórica, tórax en túnel, obesidad en grado muy importante y ligeros edemas maleolares. Viene consciente y algo desorientado. Los datos se han obtenido a través del paciente y la colaboración familiar.

Boca: aséptica. Audición: en la normalidad. Visión: buena. Piel: caliente, sudorosa, cianosis, sin lesiones.

Las constantes vitales a su llegada al Servicio de Neumología fueron:

Temp.: 38,2 C. Frec. Cardíaca: 120 p.m., simétricas. Se auscultan abundantes ruidos de secreciones en ambos campos pulmonares. Peso: 88,4 kg. Talla: 162 cm.

Otros datos de interés que recogimos fueron los siguientes:

Datos nutricionales: no sigue dieta para su obesidad. No tolera la comida sin sal.

Datos de eliminación: no presenta ningún problema.

Hábito defecación: 1 vez/día. Molestias por flatulencia.

Datos sobre actividad-ejercicio: permanece sentado gran parte del día por su problema de disnea. Sólo recorre pequeñas distancias.

Datos sobre comodidad-reposo-sueño: refiere cefalea frecuentemente. Hiperinsomnio (presenta alteración en el patrón del sueño). Duerme con dos almohadas de respaldo.

Otros datos de interés: Fuma actualmente 10-12 cigarrillos y bebe 1,5 litros de agua al día. Aspecto aseado. Hábitos higiénicos adecuados (ducha diaria).

Medidas empleadas para mejorar la ventilación

Antes de tratar las necesidades alteradas o problemas más importantes que nos presenta Antonio, vamos a exponer brevemente las medidas que empleamos para mejorar el trastorno ventilatorio. Los objetivos de tales medidas van destinadas a:

1. Facilitar la eliminación de secreciones.

a) Estimular la tos voluntaria. Drenaje postural.

b) Fluidificar las secreciones. Correcta hidratación (beber 2-3 litros de líquido al día. Evitar la sal). Humidificación del ambiente.

c) Administración de expectorantes.

HOSPITAL GENERAL		HOJA DE MEDICACION Y TRATAMIENTO		N.º 1		NOMBRE: ANTONIO PEREZ GOMEZ	
DIETA SIN SAL. 800 CALORIAS.		CONSTANTES A CONTROLAR		T.A. 24 H		NACIMIENTO 7/25 CARA 1 DIA DE INGRESO 20-III-94	
ACTIVIDAD REPOSO. CAMA A 45º		O ₂ CON V.K. → 28%		T.P. PESO 59.00 KGS		DOCTOR R. GONZALEZ	
						DIAGNOSTICO BRONQUITIS CRONICA	
FECHA-TIEMPO	MEDICACION	CANTIDAD	VIA	FECHA-TIEMPO	FECHA-TIEMPO	MASAS	FECHA-TIEMPO
20-III-94	S. GUADASADO 5% 500 c.c. + 2 AMP. EUFILINA	12 H	IV	24	20-III-94	12	DRUM → 20-III-94
	CEFUROXIMA 150 MG + AGUA D. / 8 H.	16	IV	24-8			
	URBASON 40 mg. / 12 H.		IV	24		12	
	SEGURIL 1/2 AMP. / 12 H.		IV	24		12	
	TRAXIPARINA 7.500 u.l. / 24 H.		PO			9	
	VENTOLIN 2 INHAL. / 6 H.		O	24-6		12	
	BECCOLSE 2 " 40' TRAS VENTOLIN		O	24-6		12	
	FARLUTAL 50 mg. / 8 H.		O	24		D	
	ALMAX 10 c.c. TRAS COMIDAS		O			D-A	
	AEROSOL CON S. FISIOLOG. TEMPORAL		IG	24-8			
	HEMOCULTIVO SI Tº > 38.5º C Y DAR						
	1 COMP. DE PARACETAMOL		O				
	SANGRIA DE 300 c.c. EL 23-III-94					M	

Hoja de Tratamiento usada por Enfermería

puediendo abocar en una insuficiencia cardíaca congestiva.

Por último, y como consecuencia de todo lo anterior, encontramos alteradas las necesidades de seguridad física y comodidad-reposo-sueño.

Debido a la retención de CO₂, los dos primeros días fue necesaria la inmovilidad mediante fijación a la cama del paciente, dado la desorientación del mismo. A partir del tercero no hizo falta, comenzando a colaborar.

En esta fase, además de las medidas terapéuticas prescritas, la intervención del personal de Enfermería fue importante para conseguir la tranquilidad y estabilidad anímica del paciente.

En cuanto a la alteración del patrón del sueño, éste se corrigió en los días siguientes tras las medidas terapéuticas prescritas y la colaboración de la familia en lo relativo al mantenimiento de un horario de sueño adecuado (pauta de sueño, no deja dormir de día...).

OBESIDAD

1. VALORACION

1.1. DATOS SUBJETIVOS:

- Ingesta nutricional excesiva.
- Fatiga con el ejercicio.

1.2. DATOS OBJETIVOS:

- Paciente con sobrepeso muy importante (aprox. del 55%).

— Grosor del pliegue cutáneo superior a 2,5 cm.

— Depósito excesivo de grasa.

2. PLANIFICACION:

Los objetivos que nos planteamos ante este caso de obesidad importante fueron los siguientes:

— que la ingesta de alimentos fuese menor y equilibrada.

— intentar que modifique sus hábitos de comida.

— que su peso se redujese, en la medida de lo posible, acercándose a su peso ideal (calculado en este caso en 58-59 kg aproximadamente).

Las actividades de Enfermería desarrolladas en el caso de Antonio fueron las siguientes:

— ingesta menor de calorías e hidratos de Carbono. Para ello, y desde el primer momento, se le puso a dieta de 800 kcal y sin sal.

— ejercicio físico adecuado, una vez estabilizado su problema respiratorio.

— proporcionarle dieta equilibrada y ambiente no tentador (la vista es muy importante en estos casos).

3. CONSEJOS AL RESPECTO

A medida que transcurrían los días y el paciente mostraba mayor poder de captación, dada su mejor orien-

tación temporo-espacial, y contando en todo momento con su familia, nos propusimos, entre otros, enseñarle en términos comprensibles para él los siguientes puntos:

— resaltar el peligro del excesivo peso corporal.

— enseñarle los principios de buena nutrición.

— desaconsejarle los dulces y comidas entre horas.

— cambiarle los hábitos de comida (comer lento...).

— que la pérdida de peso fuera de 1.300 gr por semana.

— cuando se fuese de alta, aconsejarle visitar el Centro de Salud de su zona (Pino Montano) para estudio y seguimiento del problema.

4. EVALUACION

Antonio estuvo ingresado en nuestro Servicio doce días. Lógicamente, y dadas las condiciones físicas y psíquicas en que se encontraba, la evaluación en cuanto al grado de cumplimiento de los objetivos la consideramos positiva (pérdida de 2.300 gr aprox. y un cambio de actitud inicial para continuar con el tratamiento). Es necesario continuar la evaluación.

EDUCACION PARA LA SALUD

Como hemos comentado anteriormente, el caso de Antonio ha constituido todo un reto para el personal del Servicio, por dos razones:

— estado físico que presentaba, bastante deteriorado.

— actitud negativa y nula aceptación de su patología.

En cuanto a la primera, prioritaria lógicamente en nuestra planificación, se vio cubierta con las medidas terapéuticas y los cuidados de Enfermería adecuados.

Mucho más difícil de satisfacer fue la segunda, dada la limitación en cuanto al tiempo de permanencia hospitalaria y la complejidad de los problemas a resolver (cambio de actitud, corrección de hábitos muy nocivos para su salud...).

Por todo ello, el personal de Enfermería, entrando de lleno en el campo de la Educación para la Salud, nos propusimos cinco objetivos

fundamentales, aún a sabiendas de no poder contar con una evaluación posterior por nuestra parte, aunque sí por los compañeros del Centro de Salud. Estos fueron:

1. *Supresión del hábito de fumar.* Dado que el tabaco constituye la causa responsable más importante de la Bronquitis Crónica Obstructiva, se le mostró el daño que éste ejercía en su cuerpo se le comentó la existencia de diversos métodos para dejar de fumar.

Le mostramos varios ejercicios respiratorios para que los pudiera practicar en su domicilio.

2. *Evitar la exposición a los contaminantes existentes en el ambiente* (polvo, humos... (Figura 6).

3. *Controlar las infecciones respiratorias.* En este punto se le recomendó profilácticamente la vacuna antigripal a finales del verano o en diciembre.

4. *Control de su obesidad* (ya se ha expuesto).

5. *Continuidad en el tratamiento médico.*

Le comentamos a Antonio que en su Centro de Salud le podían controlar el problema de la Hipertensión Arterial y que para ello era imprescindible su colaboración.

DISCUSION

Al tratar un paciente crónico en nuestro Servicio, tipo EPOC, y dado los reiterados ingresos de éstos, con las consiguientes molestias para el enfermo y gastos para la sociedad, nos damos cuenta de la necesidad imperiosa de una relación estrecha entre el personal de Enfermería de Hospitalización y el de la Asistencia Primaria, puesto que de éstos va a depender el seguimiento del enfermo y la instauración de los programas de salud correspondientes.

Asimismo, pensamos que toda actuación de Enfermería debe basarse en la aplicación de una metodología científica, como es el Proceso de Atención de Enfermería (Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación).

Para finalizar, diremos que la familia de estos pacientes juega un papel muy importante en el desa-

rollo de la enfermedad, debiéndose contar con ella en todo momento a la hora de establecer una programación de Enfermería.

AGRADECIMIENTO

Deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todo el personal del Servicio de Neumología por su colaboración en la realización del presente trabajo, en especial a su supervisora, Rosario Tirado, por sus aportaciones y apoyo mostrados en todo momento.

PALABRAS CLAVES

Bronquitis Crónica Obstructiva, Educación Sanitaria, E.P.O.C., Oxigenación.

RESUMEN

El paciente con E.P.O.C., y dentro de ésta la Bronquitis Crónica Obstructiva, constituye todo un reto para Enfermería. El caso del paciente estudiado puede servir de ejemplo para mostrarnos las distintas necesidades alteradas o no cubiertas (problemas) que dicha patología puede presentar (oxigenación y perfusión hística, termorregulación, ingesta, seguridad —reposo—,

sueño...) y la faceta importantísima en este tipo de pacientes, al tratarse de un cuadro crónico: educación para la salud (información, corrección de hábitos, orientación y derivación posterior al Centro de Salud), encaminada a suprimir o aminorar la carga de ansiedad que este tipo de paciente suele llevar.

BIBLIOGRAFIA

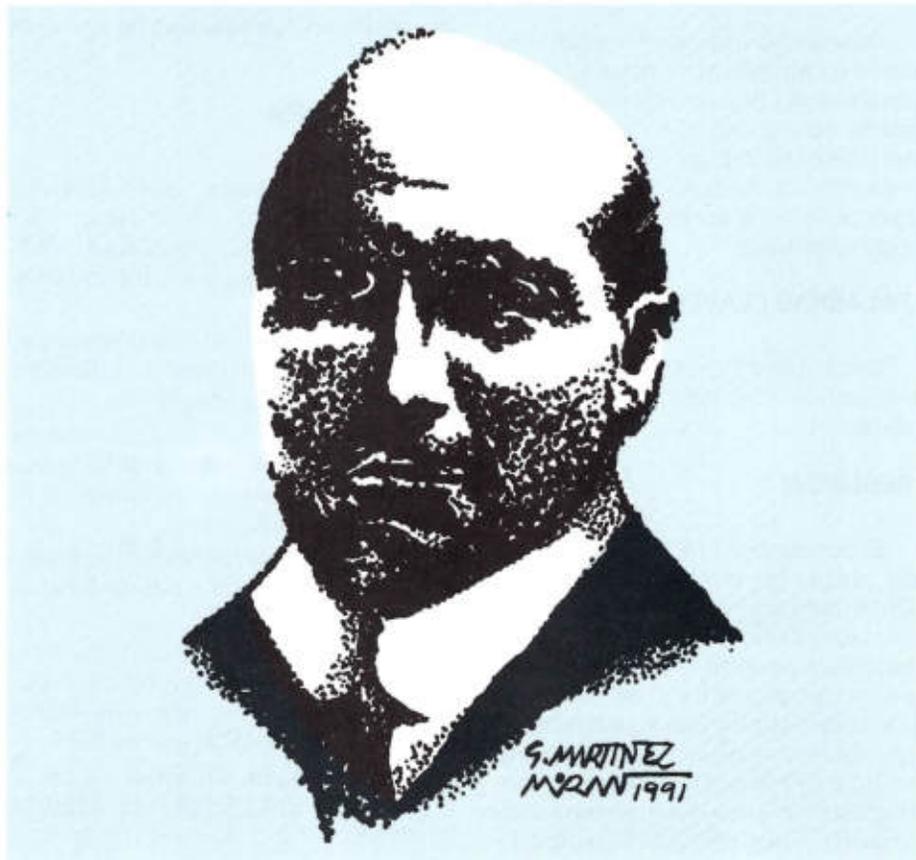
1. *Enfermedades del Aparato Respiratorio.* Burrows, B.; Knudson, R.J., y Quan, S.F. Editorial Doyma, Barcelona, 1988.
2. *Tratado de Enfermería. Diagnóstico y Métodos.* Campbell, C. Ediciones Doyma. Barcelona, 1984.
3. *Procedimientos en Enfermería.* Hamilton, H.K., y Rose, M.B. Nueva Editorial Interamericana, S.A. México, 1988.
4. *Hygia. Revista Científica del Ilustre Colegio de ATS y DE de Sevilla.* Números 2, 3 y 7.
5. *I Curso de Neumología para Enfermería.* Servicio de Neumología del H.U. Virgen del Rocío, de Sevilla. Sevilla, marzo 1979.
6. *Neumología.* Villamor León, J. Luzán 5, S.A., Ediciones. Madrid, 1988.



Materiales y medicación empleados en este tipo de pacientes

PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1912

ALEXIS CARREL



Alexis Carrel, uno de los cirujanos de más acusada personalidad en las primeras décadas del siglo, nació en Francia, en Sainte Foy-lès-Lyon, el 28 de junio de 1873, y murió en París el 5 de noviembre de 1944. Hizo sus estudios profesionales en Dijon y Lyon, graduándose en 1900; a partir de esta fecha, y durante dos años, trabajó en la Universidad de Lyon con Jean-León Testut. Buscando ambiente más propicio a su labor de investigador abandona Francia en 1904, figurando al siguiente año en el cuerpo de colaboradores del Physiological Laboratory, de Chicago; el renombre que muy pronto le permite conquistar sus primeros trabajos sobre anastomosis vasculares hacen que Simón Flexner vincule a Carrel, en 1906, al Rockefeller Institute for Medical Research (Nueva York), donde continuó los trabajos que le permitieron conquistar el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1912, concedido en reconocimiento a su contribución a la cirugía vascular y

a su técnica de trasplantes de vasos y órganos. En el Instituto Rockefeller trabajó Alexis Carrel hasta 1939, fecha en que retorna a Francia, donde en los años de la segunda Gran Guerra estuvo al servicio del Gobierno de Vichy, dirigiendo una fundación dedicada a estudios antropológicos.

A su obra de investigación y clínica, realmente importante, la bibliografía de Alexis Carrel incluye los frutos de una meditación, entre científica y filosófica, a la que se entregó en los últimos años de su vida, y de la que son testimonio su obra *La Prière* (1944), el volumen, editado tras su muerte, *Réflexions sur la conduite de la vie* (1950) y la colección de textos íntimos *Jour après jour* (1956); con anterioridad, en 1935, publicó, a un tiempo en versiones francesa e inglesa, su libro *L'homme, cet inconnu*, obra que alcanzó extraordinaria difusión, y que en España, con prólogo de Gustavo Pittaluga, se editó en 1936. En los años de la primera Gran Guerra,

Alexis Carrel, en colaboración con Henry Drysdale Dakin, desarrolló un método de tratamiento antiséptico de las heridas, la solución «Carrel Dakins», cuya descripción hace en el artículo «Traitement abortif de l'infection des plaies» (*Bulletin Ac. Méd.*, 191; 3 sèr.; 74; 361-8) y dos años después en la obra, escrita con George Dehelly, *Le traitement des plaies infectées* (París, 1917).

La significación histórica de la obra de Alexis Carrel radica en su contribución al desarrollo de la cirugía vascular, las técnicas por él ideadas para el trasplante de vasos y órganos y las que le permitieron iniciar el cultivo de tejidos «in vitro», experimentos estos últimos que luego prosiguió con la colaboración de Charles A. Lindbergh. La cirugía vascular, iniciada en 1902 por el cirujano español Alejandro San Martín, la prosiguen, entre otros, Goyanes, Jaboulay y Carrel, este último utilizando un método propio, la sutura triangular; los resultados de su práctica, en el terreno experimental y clínico, los dio a conocer Alexis Carrel en sus trabajos «La technique opératoire des anastomoses vasculaires et la transplantation des viscères» (*Lyon Médical*, 1902; 98 : 859-64) y «The surgery of blood vessels» (*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 1907; 18 : 18-28). Esta contribución se completa con sus métodos encaminados a la conservación «in vitro» de segmentos vasculares y de vísceras y su práctica de trasplantes; en 1908, en el *Journal of American Medical Association* (51; 1662-7), publica el artículo «Results of the transplantation of blood vessels, organs, and limbs»; dos años después edita el trabajo «Latent life of arteries» (*Journal of Experimental Medicine*, 13 : 387-96, 415-21; 14 : 244-7; 18 : 155-61). Una exposición global de esta contribución suya la hace Alexis Carrel, Premio Nobel de Medicina 1912, en el libro *The Culture of Organs* (1938), escrito con Charles A. Lindbergh, colaborador suyo en sus últimas investigaciones.

ESTUDIO DE INFECCIONES ASOCIADAS A CANULAS PERCUTANEAS INTRAVASCULARES

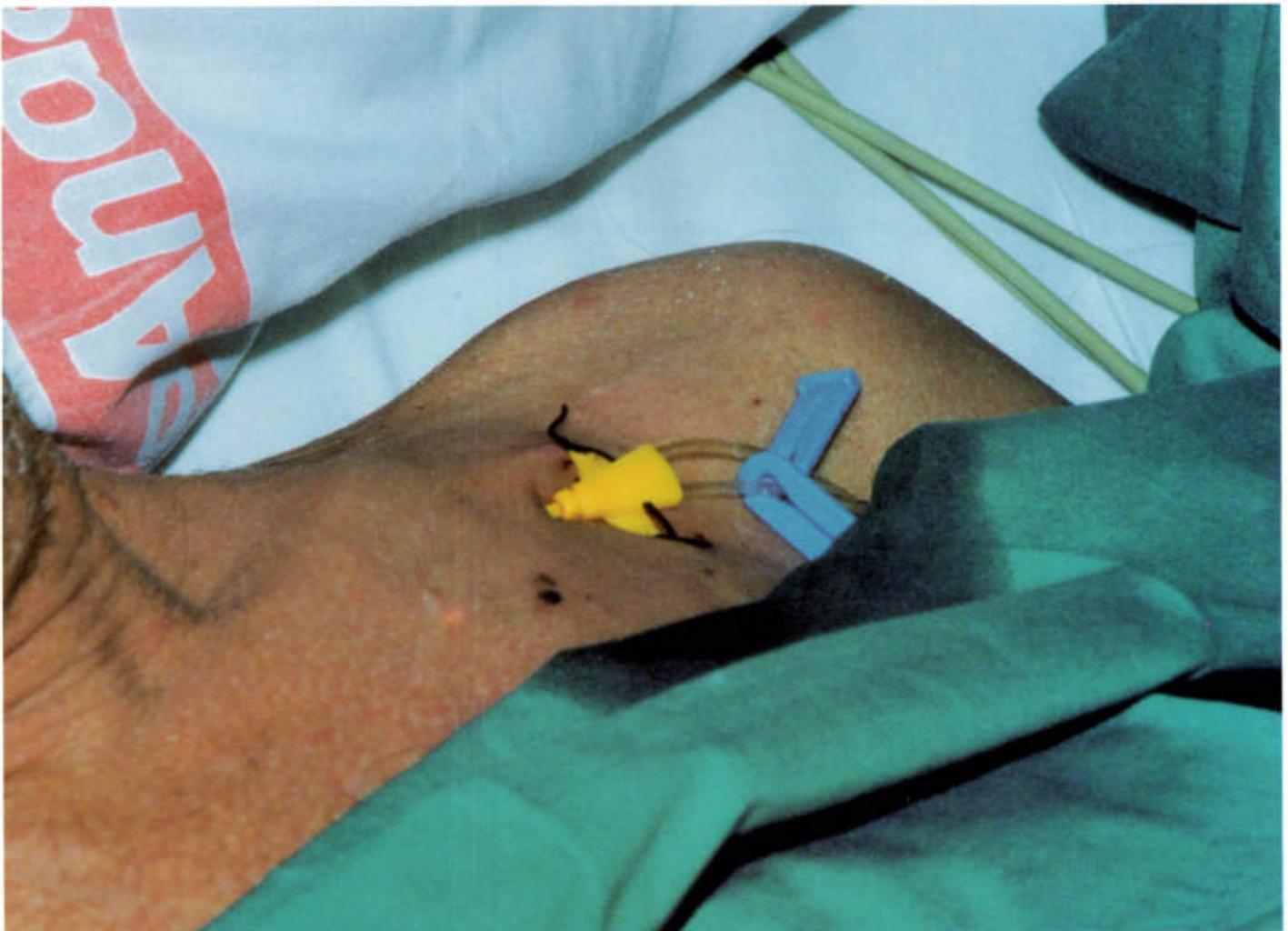
Autores: **D^a M^a Dolores García Perea (DE)**

D^a M^a Jesús Clavijo Ledesma (DE)

D^a Ana Isabel Suárez Barrenechea

Médico adjunto

Dpto. de Microbiología. Hospital Universitario «Virgen Macarena».



Inserción de cánulas percutáneas intravascular.

N.º 18

RESUMEN

Se estudiaron 962 cánulas percutáneas intravasculares remitidas al Servicio de Microbiología del Hos-

pital Universitario «Virgen Macarena», de Sevilla, durante 1990.

Para el procesamiento de las muestras se utilizó la técnica semicuantitativa de Makie y cols., valo-

rando como positivos aquellos catéteres en cuya siembra se obtuvieron 15 o más colonias de uno o varios microorganismos.

El número de cánulas percutáneas

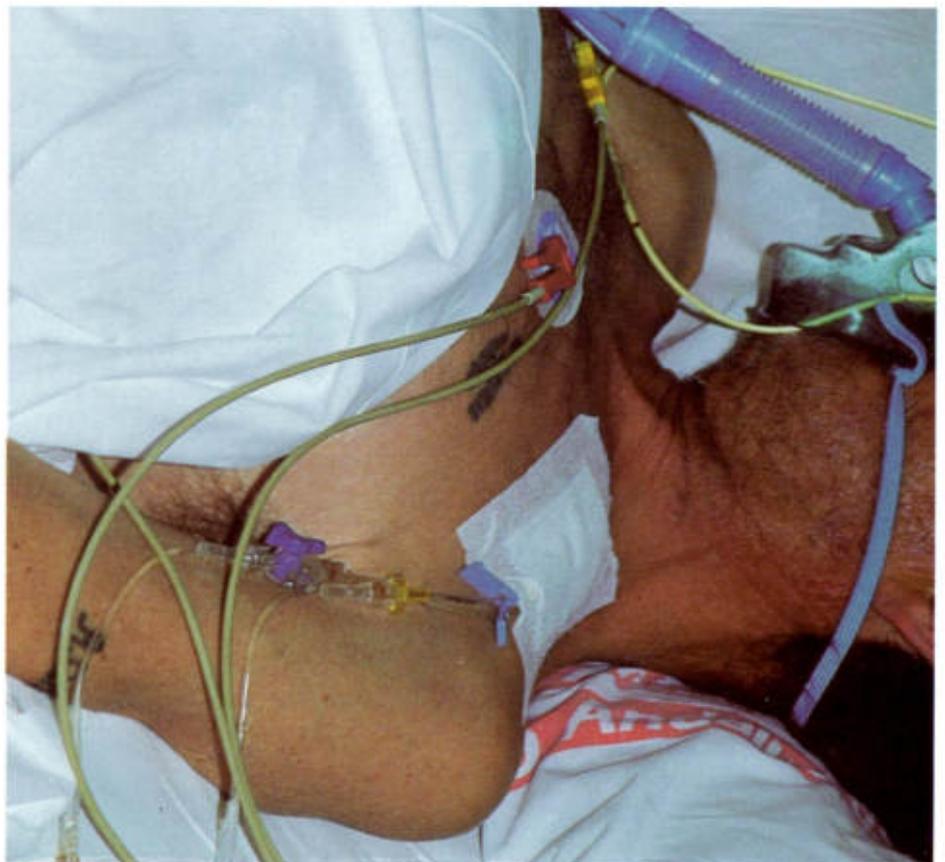


Mantenimiento de cánula percutánea intravascular realizado por DUE/ATS que atiende al paciente.

intravasculares infectadas constituyó el 20% del total de muestras procesadas. Los microorganismos que se aislaron fueron: *Estafilococo epidermidis* (46,6%), *Estafilococo aureus* (22%), *Enterococo spp* (7%), *Estafilococo coagulasa negativo* (6,6%), *Candida spp* (6%), *Corinebacterium spp* (3,6%), *Pseudomonas aeruginosa* y otros bacilos gran negativos no fermentadores (2,6%), *Escherichea coli* y *Proteus mirabilis* (1,5%), *Serratia marcescens* (1%) y *Klebsiella oxytoca* (0,5%).

De total de 195 pacientes con cánulas percutáneas intravasculares infectadas 35 (18%) sufrieron un proceso de bacteriemia secundaria. Los microorganismos responsables con mayor frecuencia fueron: *Estafilococo aureus* (40%), *Estafilococo epidermidis* (23%) y *Candida albicans* (14%).

En conclusión, dada la importancia y alta frecuencia de la bacteriemia relacionada con cánulas intravasculares, creemos conveniente insistir en las medidas de asepsia durante la inserción y mantenimiento de dichas cánulas así como el tiempo de permanencia de las mismas.



Importancia del tiempo de permanencia de la cánula percutánea intravascular para evitar infecciones.

PALABRAS CLAVES

Catéteres, infección y bacteriemia.

INTRODUCCION

La presencia de cánulas percutáneas intravasculares en un paciente puede ser causa importante de bacteriemia y puerta de entrada de una serie de infecciones. Debido a ello, nos planteamos realizar un estudio para saber la incidencia de bacteriemia asociada a catéteres en nuestro medio hospitalario.

MATERIAL Y METODOS

Material: Durante el año 1990 se recibieron en el laboratorio de Microbiología del Hospital Universitario «Virgen Macarena», de Sevilla, 962 cánulas percutáneas intravasculares.

Método: Las muestras se procesaron mediante la técnica semicuantitativa de Makie y cols., que consiste en hacer rodar por una placa de Agar-Sangre un centímetro o dos del

segmento intravascular con el fin de obtener una siembra en recuento.

La temperatura de incubación es de 35-37°C, realizándose la lectura a las 24 y 48 horas.

Consideramos que las cánulas percutáneas intravasculares estaban infectadas cuando se obtuvieron 15 o más colonias de uno o varios micro-organismos.

Decimos que las cánulas percutáneas intravasculares fueron el origen de bacteriemia secundaria cuando se aisló en hemocultivos el mismo microorganismo que en el cultivo semicuantitativo del segmento intravascular del catéter, así como la valoración del cuadro clínico del paciente, llevada a cabo de forma conjunta por el infectólogo y el médico responsable del enfermo.

RESULTADOS

De las 962 cánulas estudiadas, 195 (20%) resultaron infectadas (Tabla 1).

TABLA 1

Puntas de catéteres estudiadas durante el año 1990 en el Hospital Virgen Macarena

	Nº de casos	%
Positivas	195	20
Negativas	767	80
Total	962	

La infección fue monocrobiana, es decir, se cultivó un solo microorganismo, en 186 casos, y sólo en 9 casos fue polimicrobiana (Tabla 2).

TABLA 2

Catéteres positivos A:

1 Microorganismo	186
2 o más microorganismos	9
Total	195

En la Tabla nº 3 se exponen por orden de frecuencia los microorganismos aislados. Destacamos la existencia de un predominio de microorganismos que residen habitualmente en la piel, como *Estafilococo aureus* y *Estafilococo coagulasa* negativo.

De un total de 195 pacientes con cánulas percutáneas intravasculares infectadas, 35 enfermos (18%) sufrieron un proceso de bacteriemia secundaria a esta infección (Tabla 4).

TABLA 3

Aislamiento en los catéteres estudiados

Microorganismos	Nº aislam.	%
<i>Estafilococo aureus</i>	43	21
<i>Estafiloc. epidermidis</i>	91	44,6
<i>Estafil. coagulasa</i> negat.	13	6,3
<i>Enterococo faecalis</i>	13	6,3
<i>Enterococo faecium</i>	1	0,5
<i>Streptococo spp</i>	3	1,5
<i>Candida albicans</i>	6	3
<i>Candida spp</i>	6	3
<i>Corinebacterium spp</i>	6	3
<i>Clostridium spp</i>	2	1
Enterobacterias	9	4,4
BGN no fermentadores	11	5,4
Totales	204	100%

TABLA 4

Bacteriemias con origen en cánulas percutáneas intravenosa

Catéteres positivos	195
Bacteriemias	35 (18%)

En la Tabla 5 podemos observar la existencia de un predominio de

Estafilococo aureus (40%), *Estafilococo epidermidis* (23%) y *Candida albicans* (14,2%).

En relación a la distribución por Servicios de cánulas percutáneas intravasculares hemos obtenido (Tabla 6) una mayor positividad en las unidades de Nefrología, Medicina Interna y Cirugía.

TABLA 5

Microorganismos aislados en catéteres y hemocultivos

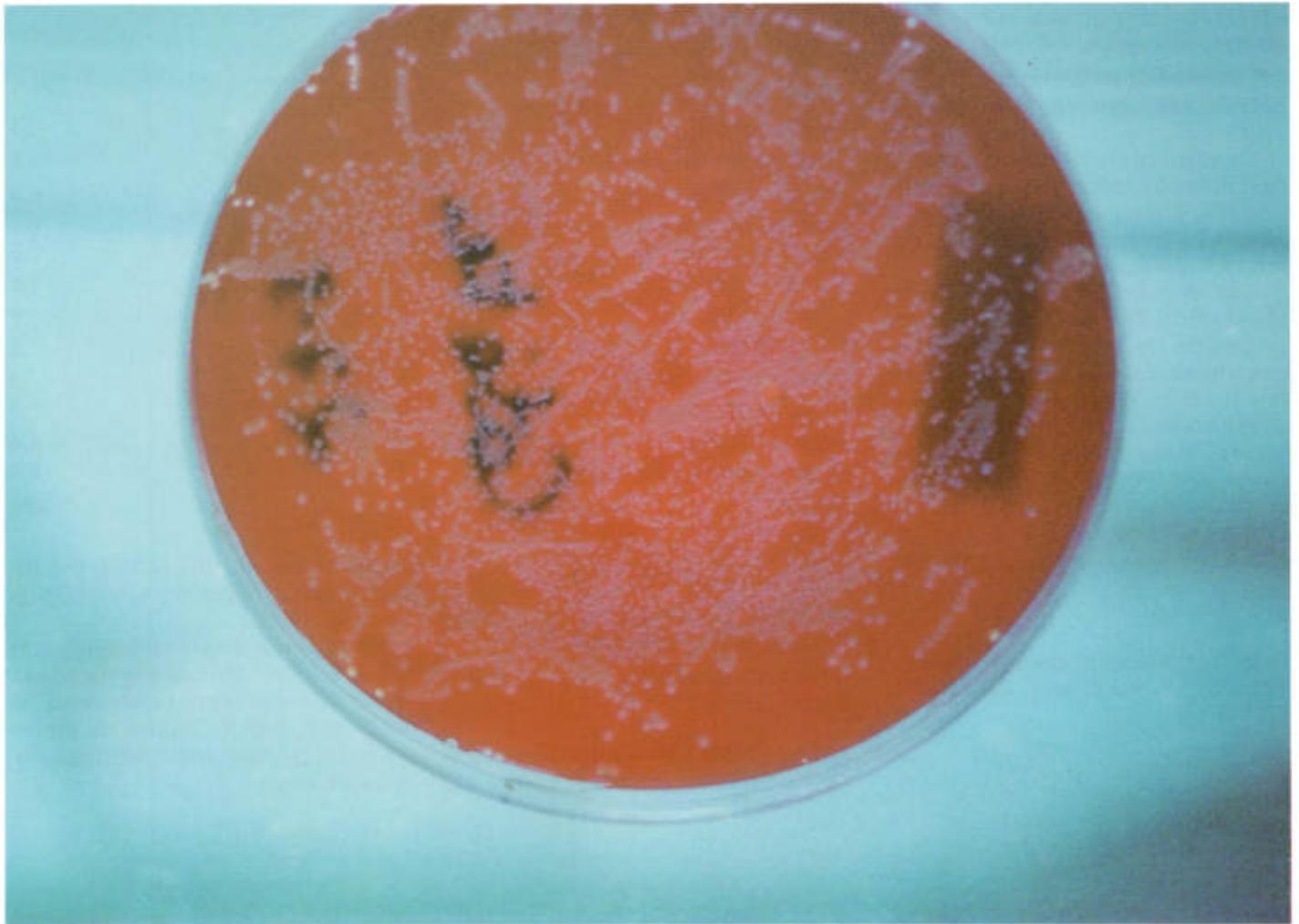
Microorganismos	Nº	%
<i>Estafilococo aureus</i>	14	40%
<i>Estafiloc. epidermidis</i>	8	23%
<i>Estafiloc. haemolyticus</i>	1	2,85%
<i>Klebsiella oxytoca</i>	1	2,85%
<i>Serratia marcescens</i>	1	2,85%
<i>Pseudomonas maltoph.</i>	1	2,85%
<i>Enterococo faecalis</i>	1	2,85%
<i>Candida albicans</i>	5	14,2%
<i>Candida tropicalis</i>	2	5,7%
<i>Candida parasilosis</i>	1	2,85%
Totales	35	100%

TABLA 6

Aislamiento de microorganismos por servicio

Servicios	Negativos	Positivos	% Positividad
UCI (1)	390	69	15,03%
Pediatría, (2)	127	39	23,49%
Traumatología (3)	122	21	14,68%
Nefrología (4)	45	37	45,12%
Cirugía (5)	22	14	38,88%
Medicina Interna (6)	61	24	28,23%
Totales	767	204	

(1) UCIG, Pediatría, Coronarias. (2) Pediatría, Prematuros, Neonatología (3) Traumatología (4) Nefrología, Hemodiálisis (5) Cirugía Cardiovascular (6) Neurología, Medicina Interna, Unidad Estancias Cortas.



Estudio microbiológico del extremo distal de la cánula según el método semicuantitativo de Makie y cols.

DISCUSION

Los microorganismos responsables de bacteriemias secundaria a cánulas percutáneas intravasculares no son sustancialmente diferente a otros estudios realizados anteriormente; por el contrario, se confirma la preponderancia del *Estafilococo aureus* y *Estafilococo epidermidis*. Asimismo, hemos encontrado un elevado porcentaje de levaduras.

No podemos establecer que exista un mayor riesgo de adquirir una bacteriemia por cánula Microbiología todas las cánulas percutáneas intravasculares que se retiran, sino al parecer sólo aquéllas con signos clínicos de infección.

En conclusión, dada la gravedad y alta frecuencia de bacteriemia (18%) relacionada con cánulas percutáneas intravasculares, creemos necesario insistir en las medidas de asepsia durante la inserción y como el tiempo de permanencia de

las mismas. Es importante seguir insistiendo en el envío de todas las puntas de catéteres al ser retirados al laboratorio de Microbiología para su cultivo.

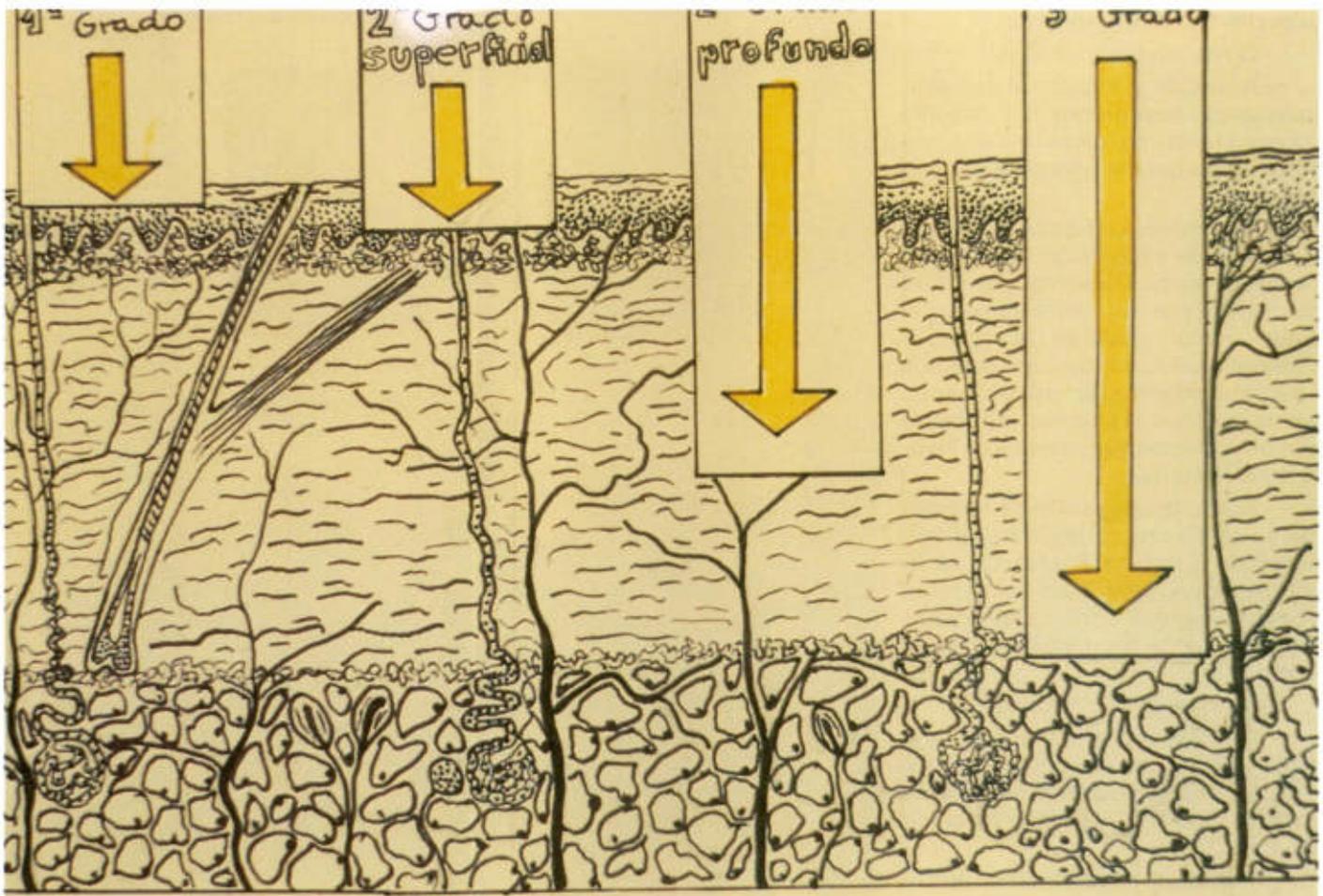
BIBLIOGRAFIA

1. R.F. Spengler, W.B.III. Greenough, P.D. Stolley: *A descriptive study of nosocomial bacteremias at the Johns Hopkins Hospital*. Johns Hopkins Med. J. 142 : 77-84, 1978.
2. H. Smiths, L.R. Freedman: *Prolonged venous catheterization as a cause of sepsis*. N. Engl. J. Med. 276 : 1299-1233, 1967.
3. J.N. Lowder, H.M. Lazarus, R.H.: *Bacteremias and fungemias in oncologic patients with central venous catheter*. *Changing spectrum of infection*. Ach. Intrn. Med. 142 : 1456-1459, 1982.
4. J. Rello, J.M. Gatell: *Infecciones asociadas a catéteres intravasculares*. Med. Clin. 93 : 26-28, 1989.
5. G. Verger Garau: *Catéteres intravenosos e infecciones*. Med. Clin. 82 : 846-848, 1984.
6. E. Bouza, J. Liñares, J. Ena: *Infecciones asociadas a catéteres intravasculares. En comentarios a la literatura en enfermedades infecciosas*. V. 1ª parte. E. Bouza, 1990.
7. D.G. Maki, C.E. Weise, H.W. Sarafin: *Semicuantitative culture method for identifying intravenous catheter-related infection*. N. Engl. J. Med. 296 : 1305-09, 1977.
8. F. Martínez Luengas y cols.: *Bacteriemia secundaria a cánulas percutáneas intravasculares*. Medicina Clínica, 84 : nº 18, 1985.

TRASLADO DEL PACIENTE QUEMADO

Autor: **D. Francisco Lorente Zambrana, D.E**

Hospital Virgen del Rocío



Distintos grados de quemaduras

INTRODUCCION

Los profesionales que desarrollamos nuestra labor en Unidades de Quemados presenciamos con relativa frecuencia planteamientos incorrectos, por exceso o por defecto, en la atención inmediata y el traslado del paciente quemado, que podrían, en determinadas circunstancias, dar lugar a alguna de las complicaciones de la fase aguda de la quemadura. Siendo este un traumatismo que se presenta con relativa frecuencia en los servicios de urgencias, desconcierta en algunas ocasiones al personal que las atiende, olvidando que las pautas de tratamiento de este traumatismo no

difieren en lo esencial del de cualquier otro de otra índole. El motivo que inspira el presente trabajo es el difundir que el tratamiento correcto de la quemadura puede y debe comenzar en el centro de atención inmediata y continuar durante el traslado del paciente a la unidad especializada.

2. ATENCION INMEDIATA DEL PACIENTE QUEMADO

En la atención al paciente quemado podemos precisar tres niveles:

- Primer nivel: en el lugar del accidente.
- Segundo nivel: en un servicio de urgencias no especializado.

— Tercer nivel: en una Unidad de Quemados.

2.1. Primer nivel: en el lugar del accidente

Si bien no es habitual que el personal sanitario se halle presente en este momento es conveniente hacer aquí un breve repaso de una serie de medidas cuya aplicación en el momento del accidente puede mejorar el pronóstico de una quemadura. A grandes rasgos, estas medidas son:

- 2.1.1. Interrumpir inmediatamente el proceso de la quemadura. Esto debe hacerse con arreglo a su etiología:

- Quemaduras por llama:

— Evitar que el paciente corra, ya que esto aviva las llamas y que permanezca de pie, porque implica un serio riesgo de quemaduras faciales, con la consiguiente inhalación de humos.

— Apagar las llamas con agua o cubriendo al paciente con una manta o similar. Caso de no disponer de ninguna de estas cosas, hacer rodar al paciente sobre sí mismo.

— Quemaduras químicas:

— Antes de acercarse al accidentado, asegúrese de que la sustancia química no emite gases tóxicos con el fin de no quedar afectado por sus emisiones.

— Trataremos de reducir al mínimo el tiempo de exposición de la piel al agente cáustico. Debemos, por tanto, desvestir al paciente para eliminar el cáustico acumulado en las ropas. Si éste es líquido o un gas, aplicaremos agua abundante durante al menos veinte minutos. Si es polvo, eliminarlo con un cepillado suave antes de lavar la zona afectada.

— Sobre la utilización de antagonistas del agente cáustico hay diversidad de criterios. Nosotros no lo aconsejamos, ya que en su reacción pueden llegar a liberar tanto calor que agraven el pronóstico de las lesiones.

— Quemaduras eléctricas:

— Apartar al paciente inmediatamente de la corriente eléctrica, tomando las precauciones necesarias para no quedar igualmente afectado por ésta.

— Practicar resucitación cardio pulmonar si es necesario.

2.1.2. Aplicar inmediatamente agua en la zona quemada. Un enfriamiento rápido de la zona quemada puede mejorar el pronóstico de las lesiones. El agua, además, apagará los focos de calor residual. No utilizar nunca hielo, ya que podría provocar lesiones más graves en una zona que ya ha sufrido una importante agresión térmica.

2.1.3. Eliminar todos los objetos que puedan comprimir la zona afectada antes de que aparezca el edema (anillos, colares, cinturón...).

2.1.4. Cubrir con una manta al paciente con el fin de evitar la hipotermia y reducir el dolor que la exposición de la quemadura produce.



La unidad especializada de quemados es el tercer nivel de atención a dichos pacientes

2.2. Segundo nivel: En un servicio de urgencias no especializado

2.2.1. Evaluación inicial.

A su ingreso en un Servicio de Urgencias, lo prioritario es hacer una evaluación inicial para cerciorarnos de que las funciones vitales del paciente no se hallan comprometidas.

2.2.2. Historia del accidente.

Nos permitirá prever complicaciones en la evolución de las lesiones y en el estado general del paciente.

— Etiología. El agente causal de-

termina con frecuencia la aparición de complicaciones específicas.

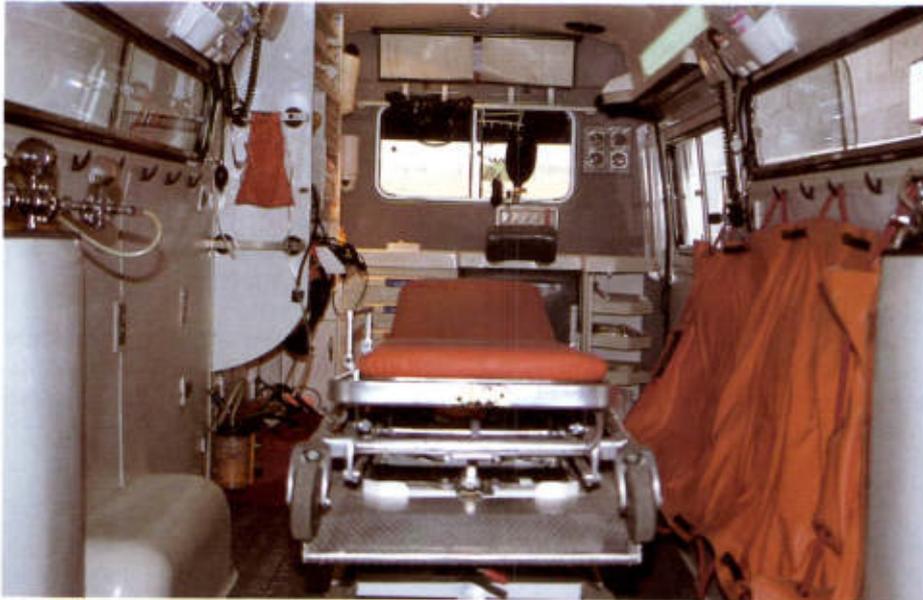
— Hora del accidente. Se tomará como base para calcular las pérdidas de líquidos corporales.

— Lugar. Las quemaduras por llama y químicas ocurridas en lugar cerrado nos advierten de posibles lesiones respiratorias severas.

— Edad. Factor decisivo a la hora de hacer el pronóstico. Niños y ancianos son grupos de alto riesgo.

— Existencia de lesiones asociadas: fracturas, heridas, etc.

— Antecedentes clínicos. Que



El paciente quemado deberá ser trasladado en una UVI Móvil, continuándose el tratamiento adecuado.

pueden orientarnos sobre complicaciones específicas asociadas a patologías previas del paciente.

2.2.3. Valoración de las constantes vitales.

Procederemos a continuación a la valoración de las constantes vitales del paciente:

— Situación respiratoria. Investigaremos la existencia de signos objetivos de inhalación:

- Taquipnea.
- Quemadura facial.
- Lesiones en mucosa bucal y lengua.
- Vello de los orificios nasales quemados.

— Espustos negruzcos.

la existencia de quemaduras circunferenciales en cuello y tórax pueden agravar severamente la situación respiratoria del paciente por la comprensión del edema o por la disminución de los movimientos torácicos. Si esta dificultad fuera muy marcada podría llegar a ser necesaria la intubación del paciente para asegurarnos una vía aérea permeable.

— Situación hemodinámica. La principal complicación que puede presentarse es el shock hipovolémico a causa del abundante plasma perdido a través de la quemadura. Vigilaremos, por tanto:

- Presión arterial.
- Frecuencia cardíaca.
- Frecuencia respiratoria.
- Presión venosa central, cuando dispongamos de vía central.

— Situación metabólica. El importante trasvase de líquidos corporales conlleva alteraciones metabólicas que serán medidas por las siguientes determinaciones analíticas:

- Glucosa, urea, iones.
- Hemograma.
- Gasometría arterial y venosa.
- Estudio de coagulación.

2.2.3. Valoración de las quemaduras.

La valoración de las quemaduras se hará de acuerdo con los siguientes factores de gravedad:

— Causa: Cada uno de ellos aporta un riesgo específico:

— Llamas: Muy profundas. Posibilidad de inhalación.

— Escaldaduras: Muy extensas. Grandes pérdidas de líquidos.

— Eléctricas: Grandes lesiones musculares y circulatorias. Alteraciones renales y cardíacas.

— Químicas: Pronóstico incierto por el mecanismo de acción del agente cáustico. Posibilidad de inhalación de gases tóxicos.

— Extensión: Directamente proporcional a la gravedad del pronóstico.

— Profundidad: Pueden ser de primero, segundo o tercer grado, según afecte a la piel en un espesor superficial, parcial o total.

— Localización: Con tres niveles, según las consecuencias:

— Vitales: Las que afectan al rostro y a las vías aéreas.

— Funcionales: Las que afectan a las manos, pliegues de flexión, etc.

— Estéticas: Las que afectan a la cara.

— Edad: Más graves en niños menores de cinco años y adultos mayores de sesenta.

3. ACTUACION DE ENFERMERIA

La actuación de Enfermería debe atender las necesidades vitales del paciente. Estas necesidades nos vendrán sugeridas por la evaluación descrita en el apartado anterior:

— Mantener permeables las vías respiratorias.

— Instauración de una vía venosa central para la reposición volémica y la



Es prioritario hacer una evaluación inicial de la quemadura

corrección de las alteraciones metabólicas detectadas en la analítica.

— Instauración de una sonda uretral para el control de la diuresis.

— No poner medicación intramuscular.

— Cursar la analítica descrita con anterioridad.

— Limpieza de las zonas quemadas.

— No aplicar pomadas ni tinturas.

— Cubrir con apósitos estériles secos la zona quemada.

— Mantener la temperatura del paciente.

— Poner la profilaxis antitetánica.

— Elaborar un informe para el centro de destino en que se hagan constar:

— Una breve valoración del estado del paciente y de sus lesiones.

— Una relación de las técnicas de Enfermería y del tratamiento aplicado al enfermo.

4. EL TRASLADO DEL PACIENTE QUEMADO

Es claro el concepto de que trasladar a un paciente no es solamente transportarlo, sino, por encima de todo, un eslabón fundamental en la correcta atención de sus lesiones. Los riesgos deben ser perfectamente evaluados y el proceso de traslado absolutamente controlado. Un traslado correcto debe:

— Asegurar que la situación respiratoria y hemodinámica permanecerá estable durante su transcurso.

— Asegurar la esterilidad de las quemaduras.

— Controlar las lesiones asociadas a éstas.

— Procurar un máximo de bienestar durante el traslado.

— Decidir cuidadosamente el hospital de destino.

— Contactar, si es posible, con éste.

Y nunca debe:

— Hacerse con prisas.

— Hacerse con medios técnicos inadecuados o insuficientes.

— Hacerse con medios de transporte inadecuados.

4.1. Trabajo primario.

El que lleva al paciente del lugar del accidente al centro de primera atención. Este debe plantearse de acuerdo con la valoración de la situación del paciente.

— Debe tener en cuenta las lesiones asociadas a las quemaduras: fracturas, heridas, etc., para no ocasionarle otras de mayor envergadura durante su transcurso.

— Debe ser seguro.

— Debe ser rápido.

4.2. Traslado secundario.

El que traslada al paciente de un centro sanitario a otro.

Antes de hacerse el traslado debe valorarse la indicación de éste de acuerdo con la evaluación descrita más arriba. Se definen dos categorías:

— Pacientes con compromisos del pronóstico vital.

— Distress respiratorio por quemaduras de vías aéreas y edema pulmonar.

— Shock hipovolémico por importantes pérdidas plasmáticas.

Suelen corresponderse con quemaduras de 2º y 3º grado y extensiones superiores al 50%.

En este caso está indicado el traslado en ambulancia medicalizada provista de personal especializado

— Pacientes sin compromiso vital. Suelen ser pacientes con quemaduras de 2º y 3º grado en extensiones entre el 15 y 50%.

En este caso está indicado un traslado convencional. Si tenemos, sin embargo, en cuenta:

— el dolor.

— la posible instauración de un shock hipovolémico progresivo.

— la hipotermia.

Resulta conveniente, siempre que sea posible, la utilización de ambulancias UVI mºovil dotada de personal especializado.

4.3. Técnica del traslado.

4.3.1. El equipo de traslado.

Es un combinado de medios humanos y técnicos especializados en el traslado de pacientes de alto riesgo. Su estructura básica es:

— Centro base: encargado de coordinar las distintas fases del traslado. Dotado de un equipo de transmisiones para poner en contacto los equipos móviles con los centros sanitarios.



Los niños menores de 5 años y ancianos mayores de 60 años son grupos de alto riesgo.

INDICE DE TRABAJOS PUBLICADOS EN LA REVISTA HYGIA. CLASIFICADOS POR AREAS TEMATICAS

SECCION	Area de apoyo al diagnóstico	TITULO	Seguimiento vacunal en siete colegios de E.G.B.
TITULO	A propósito de una nueva incidencia	AUTOR	Fernández Cubero, Isabel
AUTOR	León Mejías, Manuel	NUMERO	13 año 1990 Página: 21 a 23
NUMERO	2 año 1987 Página: 36 a 37	TITULO	Programa de salud en la tercera edad...
TITULO	Fracturas	AUTOR	Llanos Peña, Francisco de
AUTOR	Lima Rodríguez, Joaquín	NUMERO	13 año 1990 Página: 24 a 26
NUMERO	3 año 1988 Página: 35 a 37	TITULO	Educación sanitaria en grupos: alternativa
TITULO	Radioprotección: Mejora del método en radiodiagnóstico	AUTOR	Chaves Collado, Josefa María
AUTOR	Martínez García, Enrique	NUMERO	14 año 1990 Página: 9 a 11
NUMERO	4 año 1988 Página: 39 a 46	TITULO	Educación sexual
TITULO	Reseña	AUTOR	Sánchez Fernández, María José
AUTOR	Zambrano Bono, Manuel	NUMERO	14 año 1990 Página: 30 a 32
NUMERO	6 año 1988 Página: 13 a 16	TITULO	Aportación de la terapia zonal en pies...
TITULO	Análisis Clínicos	AUTOR	Sánchez Fernández, María José
AUTOR	González Flores, Luis Miguel	NUMERO	15 año 1991 Página: 26 a 28
NUMERO	6 año 1988 Página 39 a 46	TITULO	Educación del paciente con úlceras vasculares
TITULO	La contaminación de la ropa de trabajo..	AUTOR	Llanos Peña, Francisco de
AUTOR	Martín Fuentes, María de los Angeles	NUMERO	17 año 1991 Página: 11 a 13
NUMERO	10 año 1989 Página: 12 a 14	SECCION	Area de cuidados críticos
TITULO	Comparación de los hemocultivos extraídos...	TITULO	Farmacología en el paciente coronario
AUTOR	García Perea, María Dolores	AUTOR	Mancha Alvarez-Estrada, Amalia
NUMERO	14 año 1990 Página: 34 a 36	NUMERO	0 año 1987 Página: 29 a 36
TITULO	Enfermería en las pruebas ergométricas	TITULO	Protocolo de ingreso en U.C.I.
AUTOR	Seda Diestro, José	AUTOR	Salguero Martín de Soto, Josefa
NUMERO	16 año 1991 Página: 15 a 17	NUMERO	4 año 1988 Página: 16 a 20
TITULO	Descripción de puestos de trabajo: Radiología	TITULO	Asistencia psicológica: paciente CIA
AUTOR	Hernández León, Manuel	EXTRACOR	
NUMERO	17 año 1991 Página: 27 a 29	AUTOR	Nieto Gutiérrez, Pilar
SECCION	Area de atención primaria	NUMERO	10 año 1989 Página: 40 a 42
TITULO	Enfermería/Comunidad	SECCION	Area de geriátrica
AUTOR	Román Obrero, Rafael Damián	TITULO	Podología geriátrica
NUMERO	4 año 1988 Página: 29 a 34	AUTOR	Carmona Navarro, José
TITULO	Conocimientos de los diabéticos de su enfermedad	NUMERO	0 año 1987 Página: 17 a 21
AUTOR	López Morales, Manuel	SECCION	Area de gestión
NUMERO	6 año 1988 Página: 17 a 22	TITULO	Análisis de la burocracia
TITULO	Terapias alternativas en atención primaria	AUTOR	Martínez Morán, Gregorio
AUTOR	López Morales, Manuel	NUMERO	9 año 1989 Página: 17 a 24
NUMERO	8 año 1989 Página: 8 a 9	TITULO	Asignación enfermero-paciente
TITULO	Educación para la salud en grupos	AUTOR	Lima Rodríguez, Joaquín
AUTOR	López Morales, Manuel	NUMERO	10 año 1989 Página: 8 a 10
NUMERO	10 año 1989 Página: 33 a 36	TITULO	Papel del supervisor en la formación contin.
TITULO	¿Es posible la erradicación de brucelosis...?	AUTOR	León Santolaya, Rosa
AUTOR	Monroy Pérez, Carmelo	NUMERO	11 año 1990 Página: 5 a 8
NUMERO	10 año 1989 Página: 24 a 27	SECCION	Area de salud mental
TITULO	Protocolo de actuación al paciente diabético	TITULO	Terapia frenopática de finales del siglo XIX
AUTOR	López Morales, Manuel	AUTOR	Martínez Morán, Gregorio
NUMERO	10 año 1989 Página: 31 a 35	NUMERO	3 año 1988 Página: 5 a 12
TITULO	Programas dispensarizados o descentralizados?	TITULO	El enfermo psiquiátrico: control de calidad
AUTOR	López Morales, Manuel	AUTOR	Gil Martínez, Pastora
NUMERO	11 año 1990 Página: 23 a 25	NUMERO	3 año 1988 Página: 18 a 21
TITULO	Educación dental: experiencia y análisis	TITULO	Prevención de la droga en el mundo escolar
AUTOR	Sánchez Fernández, María José	AUTOR	Jaldón García, Elena
NUMERO	12 año 1990 Página: 19 a 23	NUMERO	4 año 1988 Página: 47 a 48
TITULO	Atención Primaria de salud: pies del niño...	TITULO	Morfopsicología humana
AUTOR	García García, Francisco	AUTOR	Martínez Morán, Gregorio
NUMERO	12 año 1990 Página: 30 a 31	NUMERO	4 año 1988 Página: 58 a 64
TITULO	Control de calidad en consulta de enfermería	TITULO	Thanatos
AUTOR	López Morales, Manuel	AUTOR	Martínez Morán, Gregorio
NUMERO	13 año 1990 Página: 5 a 8	NUMERO	5 año 1988 Página: 32 a 35

TITULO	Educación maternal
AUTOR	Fernández Zamudio, María del Carmen
NUMERO	0 año 1987 Página: 6 a 11
SECCION	Area materno-infantil
TITULO	Enfermedades exantemáticas infantiles
AUTOR	Fernández García, Belén
NUMERO	1 año 1987 Página: 21 a 25
TITULO	Tumores de ovarios y trompas
AUTOR	Ramírez Raya, Ana María
NUMERO	3 año 1988 Página: 15 a 17
TITULO	Hijos de la luz y la sombra
AUTOR	Jiménez López, Concepción
NUMERO	5 año 1988 Página: 11 a 16
TITULO	Sepsis
AUTOR	Moreno Rodríguez, Rosa María
NUMERO	5 año 1988 Página: 27 a 31
TITULO	Nuevas técnicas de reproducción humanas
AUTOR	Fernández Zamudio, María del Carmen
NUMERO	8 año 1989 Página: 30 a 33
TITULO	Origen y desarrollo de las técnicas de FIV-TE
AUTOR	
NUMERO	8 año 1989 Página: 12 a 16
TITULO	Nacer con la luna
AUTOR	Torrejón Rueda Matilde
NUMERO	8 año 1989 Página: 35 a 41
TITULO	Catarisis, información y diálogo...
AUTOR	Navarro Carmona, Antonio
NUMERO	9 año 1989 Página: 5 a 8
TITULO	Apoyo psicológico a la gestante
AUTORA	Icantara Llanos, María Teresa
NUMERO	10 año 1989 Página: 17 a 21
TITULO	Evaluación del programa del niño sano 1985-88
AUTOR	Alcantara González, Miguel Angel
NUMERO	11 año 1990 Página: 13 a 15
TITULO	Diferencias de necesidades en las gestantes...
AUTOR	Alvarez Gómez, José Luis
NUMERO	11 año 1990 Página: 28 a 30
TITULO	El diafragma
AUTOR	Benítez Durán, Mar
NUMERO	12 año 1990 Página: 5 a 9
TITULO	Enfermería ante la historia de un neonato...
AUTOR	Gil-Martín Yuste, Africa
NUMERO	12 año 1990 Página: 24 a 25
TITULO	Los traumatismos craneales en niños
AUTOR	Sánchez García, Cristóbal
NUMERO	12 año 1990 Página: 32 a 33
TITULO	La observación como instrumento científico...
AUTOR	Gil-Martín Yuste, Africa
NUMERO	16 año 1990 Página: 11 a 13
SECCION	Area médico-quirúrgica
TITULO	Enfermería y la hospitalización domiciliaria
AUTOR	
NUMERO	1 año 1987 Página: 3 a 9
TITULO	Atención al enfermo per-quirúrgico craneal
AUTOR	López Baena, Flora
NUMERO	1 año 1987 Página: 14 a 16
TITULO	Cuidados básicos en la deshidratación
AUTOR	Aguilar Carrasco, José Luis
NUMERO	2 año 1987 Página: 26 a 28
TITULO	Mejora de la calidad de vida en el cardiopata
AUTOR	Jerma Soriano, Amelia
NUMERO	3 año 1988 Página: 31 a 34
TITULO	Intensificación de imagen para Cía Podológica
AUTOR	Carmona Navarro, José
NUMERO	4 año 1988 Página: 69 a 71
TITULO	Electrocardiografía básica para enfermería
AUTOR	Cadaval García, María Dolores
NUMERO	5 año 1988 Página: 5 a 6
TITULO	Enfermería en la rehabilitación cardiaca
AUTOR	Amores Conradi, María Teresa
NUMERO	6 año 1988 Página: 18 a 23

TITULO	Atención de enfermería: Anestesia local
AUTOR	Alvarez Marchena, María Dolores
NUMERO	6 año 1988 Página: 10 a 12
TITULO	Nutrición parenteral: Pacientes hematológicos
AUTOR	Castaño Vázquez, María Cinta
NUMERO	6 año 1988 Página: 25 a 29
TITULO	Desequilibrios hidroelectrolíticos
AUTOR	Jiménez-Verdier Martín, Narciso
NUMERO	6 año 1988 Página: 47 a 52
TITULO	Introducción a la hemodiálisis
AUTOR	Silva Perejón, Manuel
NUMERO	7 año 1989 Página: 10 a 14
TITULO	Consulta de enfermería en hipertensión...
AUTOR	Martínez Morán, Gregorio
NUMERO	7 año 1989 Página: 31 a 37
TITULO	Atención de enfermería: insuficiencia cardiaca
AUTOR	Luque Valencia, Elisa
NUMERO	7 año 1989 Página: 41 a 46
TITULO	La punción arterial
AUTOR	Guerrero Bonet, Daniel
NUMERO	8 año 1989 Página: 5 a 7
TITULO	Obstrucciones de la vías intravenosas...
AUTOR	Seda Diestro, José
NUMERO	8 año 1989 Página: 20 a 21
TITULO	Neuropatía periférica urémica: paciente renal
AUTOR	Calvo Calvo, Angel
NUMERO	9 año 1989 Página: 12 a 16
TITULO	Diagnóstico de la alergia a medicamentos
AUTOR	Conde Hernández, José
NUMERO	9 año 1989 Página: 25 a 29
TITULO	Preoperatorio de pacientes colostomizados
AUTOR	Márquez Rendón, Ana María
NUMERO	10 año 1989 Página: 25 a 29
TITULO	Inmunoterapia en enfermos alérgicos
AUTOR	Díaz Fernández, Manuel
NUMERO	10 año 1989 Página: 37 a 39
TITULO	Diabetes mellitus, problemas de salud
AUTOR	Lucena Vera, María Luisa
NUMERO	11 año 1990 Página: 9 a 12
TITULO	V.I.H. y S.I.D.A.
AUTOR	Seda Diestro, José
NUMERO	12 año 1990 Página: 11 a 16
TITULO	Neumonías intrahospitalarias
AUTOR	Benítez Pulido, Juan José
NUMERO	12 año 1990 Página: 26 a 28
TITULO	Cuidados básicos en la deshidratación
AUTOR	Aguilar Carrasco, José Luis
NUMERO	13 año 1990 Página: 11 a 13
TITULO	Citostáticos: Consejos prácticos para un uso
AUTOR	Mérida Herencia, Rafael
NUMERO	13 año 1990 Página: 27 a 28
TITULO	Litotricia alternativa quirúrgica I
AUTOR	Aparecero Bernet, Luis Alfonso
NUMERO	14 año 1990 Página: 13 a 16
TITULO	Atención de enfermería en la quimionucleosis
AUTOR	Román Obrero, Rafael Damián
NUMERO	15 año 1991 Página: 5 a 8
TITULO	P.A.E. en una paciente ostomizada
AUTOR	Pinto Coca, Margarita
NUMERO	15 año 1991 Página: 9 a 12
TITULO	Litotricia alternativa quirúrgica II
AUTOR	Aparcero Bernet, Luis Alfonso
NUMERO	15 año 1991 Página: 13 a 16
TITULO	Cuidados: tras implantación de un marcapasos D
AUTOR	Roldán Valenzuela, Andrés
NUMERO	15 año 1991 Página: 29 a 33
TITULO	Protocolo sobre úlceras de origen venoso
AUTOR	Prieto Guerrero, María de los Milagros
NUMERO	16 año 1991 Página: 5 a 8
TITULO	Diagnóstico de Hta.: Control y registros...
AUTOR	Pizarro Núñez, Juan Luis
NUMERO	17 año 1991 Página: 5 a 9

TITULO Sensibilidad de Mycobacterium tuberculosis...
AUTOR García Perea, María Dolores
NUMERO 17 año 1991 Página: 20 a 23

TITULO Vivir con un marcapasos
AUTOR Roldán Valenzuela, Andrés
NUMERO 17 año 1991 Página: 24 a 26

TITULO Valoración y control: Dolor post-operatorio...
AUTOR Orihuela Toval, Francisco
NUMERO 17 año 1991 Página: 33 a 35

SECCION Area traumatológica
TITULO Implantación de la prótesis de cadera M.C.
AUTOR Palma Ramírez, Francisco
NUMERO 4 año 1988 Página: 35 a 38

TITULO Cuidados y movilización: Enfermo poli-traumático
AUTOR Villar Rojas, Antonio Erasio
NUMERO 5 año 1988 Página: 37 a 42

TITULO Atención de enfermería: Fractura de cadera
AUTOR Paredes de la Barrera, Juana
NUMERO 6 año 1988 Página: 5 a 9

SECCION Editorial
TITULO Presentación
AUTOR Redacción
NUMERO 0 año 1987 Página: 1 a 0

SECCION Editorial
TITULO Presentación
AUTOR Redacción
NUMERO 0 año 1987 Página: 3 a 3

TITULO Prevenir y promover
AUTOR Redacción
NUMERO 1 año 1987 Página: 1 a 1

TITULO Formación e investigación y nuestro futuro
AUTOR Redacción
NUMERO 2 año 1987 Página: 3 a 3

TITULO El proceso de enfermería
AUTOR Redacción
NUMERO 3 año 1988 Página: 3 a 3

TITULO La crisis de la formación continuada
AUTOR Redacción
NUMERO 4 año 1988 Página: 3 a 3

TITULO Cuestión de supervivencia
AUTOR Redacción
NUMERO 5 año 1988 Página: 3 a 3

TITULO 1989: por una enfermería más digna
AUTOR Brea Ruiz, Maite
NUMERO 6 año 1988 Página: 3 a 3

TITULO ¿Indiferencia?
AUTOR Redacción
NUMERO 8 año 1989 Página: 3 a 3

TITULO Una obligación ineludible
AUTOR Redacción
NUMERO 8 año 1989 Página: 3 a 3

TITULO Nuestro propósito
AUTOR Redacción
NUMERO 9 año 1989 Página: 3 a 3

TITULO ¿Direcciones de enfermería? Sí, por supuesto
AUTOR Redacción
NUMERO 9 año 1989 Página: 3 a 3

TITULO Códigos deontológico, para ser más libres
AUTOR Redacción
NUMERO 10 año 1990 Página: 3 a 3

TITULO Ante el SIDA: Informar y prevenir
AUTOR Redacción
NUMERO 12 año 1990 Página: 3 a 3

TITULO Nuestra responsabilidad
AUTOR Redacción
NUMERO 13 año 1990 Página: 3 a 3

TITULO Del desencanto a la frustración
AUTOR Redacción
NUMERO 14 año 1990 Página: 3 a 3

TITULO Buitres en forma de técnicos de F.P.
AUTOR Redacción
NUMERO 15 año 1991 Página: 3 a 3

TITULO Verano y enfermería: Problemas sempiternos
AUTOR Redacción
NUMERO 16 año 1991 Página: 3 a 3

SECCION Enfermería fundamental
TITULO Informe abril: Enfermería debe estar alerta
AUTOR Redacción
NUMERO 17 año 1991 Página: 4 a 10

TITULO Aplicación del proceso de atención de enferm.
AUTOR García Nieto, Alejandro
NUMERO 2 año 1987 Página: 23 a 25

TITULO Protocolos como base de actuación de enferm.
AUTOR Castilla Garrido, Aurelio
NUMERO 3 año 1988 Página: 22 a 27

TITULO Planificación para el alta: pacientes crónicos
AUTOR Díaz Caballero, Antonio
NUMERO 7 año 1989 Página: 5 a 7

TITULO Comunicación: Enfermería-paciente
AUTOR Silva Perejón, Manuel
NUMERO 9 año 1989 Página: 30 a 31

TITULO Implantación del proceso de enfermería
AUTOR García Nieto, Alejandro
NUMERO 14 año 1990 Página: 19 a 27

TITULO Estrategia para la implantación del P.A.E...
AUTOR Lima Rodríguez, Joaquín
NUMERO 15 año 1991 Página: 22 a 28

TITULO Como vive la familia la enfermedad...
AUTOR Santos Vélez, Salvador
NUMERO 16 año 1991 Página: 20 a 25

TITULO Protocolo de investigación en enfermería
AUTOR Martínez Morán, Gregorio
NUMERO 16 año 1991 Página: 30 a 31

SECCION Entrevista
TITULO José María Rueda Segura
AUTOR Redacción
NUMERO 0 año 1987 Página: 13 a 16

TITULO José Rodríguez Moreno
AUTOR Gallardo Carmona, Hipólito
NUMERO 1 año 1987 Página: 11 a 11

TITULO Vicente Montiel, Domingo Pérez, Hipólito Gall
AUTOR Redacción
NUMERO 4 año 1988 Página: 54 a 57

TITULO Dr. García Otero
AUTOR Redacción
NUMERO 8 año 1989 Página: 17 a 18

SECCION Historia de la profesión
TITULO Problemas sanitarios
AUTOR García Nieto, Alejandro
NUMERO 0 año 1987 Página: 23 a 25

TITULO Reseña histórica de la matrona
AUTOR Fernández Zamudio, María del Carmen
NUMERO 0 año 1987 Página: 40 a 42

TITULO Llamamiento
AUTOR García Nieto, Alejandro
NUMERO 1 año 1987 Página: 13 a 13

TITULO Los desinfectantes en el siglo XIX
AUTOR Martínez Morán, Gregorio
NUMERO 2 año 1987 Página: 11 a 15

TITULO La gripe
AUTOR García Nieto, Alejandro
NUMERO 2 año 1987 Página: 33 a 34

TITULO Sin dolor
AUTOR García Nieto, Alejandro
NUMERO 3 año 1988 Página: 38 a 38

TITULO Creación de la primera academia de matronas
AUTOR Cuadri Duque, María José
NUMERO 4 año 1988 Página: 5 a 8

TITULO Transfusión sanguínea de cadáver a vivo
AUTOR García Nieto, Alejandro
NUMERO 4 año 1988 Página: 72 a 73

TITULO Intoxicados
AUTOR García Nieto, Alejandro
NUMERO 5 año 1988 Página: 24 a 24

TITULO Er certifica
AUTOR García Nieto, Alejandro
NUMERO 6 año 1988 Página: 34 a 36

TITULO Un caso de «extranjeritis» aguda
AUTOR García Nieto, Alejandro
NUMERO 7 año 1989 Página: 21 a 23

TITULO La fama del curandero
AUTOR García Nieto, Alejandro
NUMERO 8 año 1989 Página: 22 a 22

TITULO El bacilo robado
AUTOR García Nieto, Alejandro
NUMERO 9 año 1989 Página: 9 a 10

TITULO Acerca de las matronas
AUTOR García Martínez, Manuel Jesús
NUMERO 14 año 1990 Página: 5 a 7

TITULO San Juan de Dios
AUTOR Martínez Morán, Gregorio
NUMERO 16 año 1991 Página: 39 a 40

TITULO Bernardino Alvarez Herrera
AUTOR Martínez Morán, Gregorio
NUMERO 17 año 1991 Página: 30 a 31

SECCION Miscelánea

TITULO Numismática
AUTOR Martínez Morán, Gregorio
NUMERO 0 año 1987 Página: 26 a 27

TITULO La Cruz Roja y la filatelia
AUTOR Salazar Mir, Adolfo
NUMERO 1 año 1987 Página: 12 a 12

TITULO Peyotl
AUTOR Martínez Morán, Gregorio
NUMERO 1 año 1987 Página: 19 a 20

TITULO Frenoclastica (sectas destructiva)
AUTOR P.C.
NUMERO 1 año 1987 Página: 35 a 37

TITULO Auriculopuntura
AUTOR López Wampercin, Juan Carlos
NUMERO 17 año 1991 Página: 16 a 18

SECCION Opinión

TITULO Motivación: Factor del cambio
AUTOR Baena Martín, Francisco
NUMERO 1 año 1987 Página: 32 a 34

TITULO Funciones de enfermería. Atención de enfermer.
AUTOR Baena Martín, Francisco
NUMERO 2 año 1987 Página: 22 a 22

TITULO Por una historia de enfermería dinámica
AUTOR Carmona Navarro, Antonio
NUMERO 2 año 1987 Página: 30 a 32

TITULO Debates de enfermería
AUTOR Baena Martín, Francisco
NUMERO 3 año 1987 Página: 28 a 30

TITULO Sociología y enfermería
AUTOR Ríos Parrilla, María Dolores
NUMERO 3 año 1988 Página: 40 a 41

TITULO Enfermería para el paciente y con el paciente
AUTOR Asenjo Jiménez, Julián María
NUMERO 4 año 1988 Página: 9 a 9

TITULO Charlas de pasillo
AUTOR Navarro Carmona, Antonio
NUMERO 4 año 1988 Página: 21 a 28

TITULO La investigación en enfermería
AUTOR Rodríguez Rodríguez, Antonio
NUMERO 4 año 1988 Página: 49 a 50

TITULO Lenguaje en enfermería
AUTOR Lima Rodríguez, Joaquín
NUMERO 4 año 1988 Página: 51 a 52

TITULO Tomar decisiones en enfermería
AUTOR Lima Rodríguez, Joaquín
NUMERO 5 año 1988 Página: 7 a 8

TITULO Sobre la crisis de la formación continuada
AUTOR Silva Perejón, Manuel
NUMERO 5 año 1988 Página: 9 a 10

TITULO Lenguaje en enfermería
AUTOR Silva Perejón, Manuel
NUMERO 5 año 1988 Página: 36 a 36

TITULO Enfermería: una profesión que la sociedad...
AUTOR Navarro Carmona, Antonio
NUMERO 6 año 1988 Página: 37 a 38

TITULO Un bastón de ébano
AUTOR Seda Diestro, Joaquín
NUMERO 6 año 1988 Página: 56 a 56

TITULO La enfermería española hoy
AUTOR Lima Rodríguez, Joaquín
NUMERO 8 año 1989 Página: 10 a 11

TITULO Imagen profesional
AUTOR Ríos Parrilla, María Dolores
NUMERO 8 año 1989 Página: 29 a 32

TITULO Consideraciones sobre: Formación continuada
AUTOR Luna, Antonio
NUMERO 9 año 1989 Página: 42 a 42

TITULO Enfermería para y con el paciente: Registros
AUTOR Asenjo Jiménez, Julián María
NUMERO 11 año 1990 Página: 31 a 32

TITULO La desmotivación entre los profesionales...
AUTOR Valle Racero, Juan Ignacio
NUMERO 13 año 1990 Página: 9 a 10

TITULO Corporativismo
AUTOR Lima Rodríguez, Joaquín
NUMERO 13 año 1990 Página: 14 a 17

SECCION Premios Nobel de medicina

TITULO Emil Adolf Von Behring
AUTOR Redacción
NUMERO 6 año 1988 Página: 57 a 57

TITULO Sir Ronald Ross
AUTOR Redacción
NUMERO 7 año 1989 Página: 8 a 8

TITULO Niels Ryberg Finsen
AUTOR Redacción
NUMERO 8 año 1989 Página: 23 a 23

TITULO Ivan Petrovich Paulov
AUTOR Redacción
NUMERO 9 año 1989 Página: 37 a 37

TITULO Robert Koch
AUTOR Redacción
NUMERO 10 año 1989 Página: 11 a 11

TITULO Santiago Ramón y Cajal
AUTOR Redacción
NUMERO 11 año 1990 Página: 33 a 33

TITULO Charles Louis Alphonse Laveran
AUTOR Redacción
NUMERO 12 año 1990 Página: 29 a 29

TITULO Paul Ehrlich
AUTOR Redacción
NUMERO 13 año 1990 Página: 29 a 29

TITULO Elie Metchnikoff
AUTOR Redacción
NUMERO 14 año 1990 Página: 33 a 33

TITULO Emil Theodor Kocher
AUTOR Redacción
NUMERO 15 año 1991 Página: 34 a 34

TITULO Albrecht Kossel
AUTOR Redacción
NUMERO 16 año 1991 Página: 29 a 29

TITULO Altvar Gullstrand
AUTOR Redacción
NUMERO 17 año 1991 Página: 10 a 10



Material adecuado para proceder a un buen tratamiento de quemaduras.

— Equipo móvil: Encargado de llevarlo a cabo. Está compuesto por un médico intensivista y un diplomado en Enfermería. Dotado de una ambulancia UVI Móvil provisto de equipos portátiles de:

- Resucitación cardiopulmonar.
- Monitorización.
- Ventilación.
- Perfusión.
- Oxigenoterapia.

4.4. Fases del traslado.

1ª Contacto con el equipo de traslado.

Una vez hecha la valoración del paciente e indicado el tipo de traslado a realizar, nos pondremos en contacto con el centro coordinador del equipo que va a efectuarlo, informándoles de:

- Datos personales del paciente.
- Datos clínicos:
- Situación de sus constantes vitales.
- Valoración de las quemaduras.
- Lesiones asociadas, si las hay.
- Describiremos el soporte técnico aplicado al paciente con el fin de adecuar a éste la dotación de la ambulancia, precisaremos:

- Si está intubado.
- Qué tipo de vía tiene y si precisará bomba de infusión continua.
- Si tiene sonda nasogástrica y si ésta está o no conectada a aspiración continua.

- Si tiene sonda uretral, etc.

2ª Contacto con el hospital de destino.

Les proporcionaremos estos mismos datos con el fin de alertar al personal receptor para evitar demoras innecesarias en el inicio del tratamiento.

3ª Fijación de soportes.

Procederemos a fijar de forma conveniente para el traslado para que no halla ninguna incidencia:

- Tubos endotraqueales.
- Vías venosas.
- Sondass, etc.

4ª Instalación del paciente.

— Se trasladará al paciente directamente desde la cama a la camilla de la ambulancia envuelto en una sábana isotérmica.

— Se procederá a su monitorización y conexión con los equipos técnicos de la UVI Móvil.

— Se entregará el informe de Enfermería redactado con anterioridad.

— Una vez en la ambulancia se procederá a la fijación mecánica del paciente mediante correas de seguridad.

5ª Trayecto.

— En el momento de la salida el equipo de traslado comunica al centro base la hora estimada de llegada. Este, a su vez, la comunica al hospital de destino.

— Durante el trayecto se tomarán controles de Enfermería que se anotarán junto con las incidencias observadas en la hoja de traslado.

— Diez minutos antes de la llegada se comunica al hospital receptor a través del centro base la llegada inminente.

6ª Llegada al hospital.

— Se conectan los soportes del paciente (tubo endotraqueal, sonda, vía, etc.) a los medios técnicos del hospital de destino.

— Se da un extenso informe verbal de las incidencias del traslado y se entregan los informes del hospital de origen junto con la hoja de traslado.

Y el paciente queda a partir de este momento bajo los cuidados del personal de la Unidad de Quemados, es decir, está ya en el tercer nivel de atención.

CONCURSO N° 18



PRIMER PREMIO

Autor: Dña. Valme Bustos Gil
Colegiada N° 8539
Máquina: Pentax P-30N
Título: «Circuito de la Angostura»

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA 19

CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. TEMA: EL TREN

4º TRIMESTRE AÑO 91 (OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE)

El plazo de presentación finalizará el próximo 21 febrero 1992.

BASES:

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

Formato: 18 x 24 cm. color, enmarcada en cartulina blanca de 2 m. de margen (22 x 28 con marco). Cada participante sólo podrá presentar **2 fotografías como máximo aunque se optará sólo a un único premio**. Cada una de las cuales irá en sobre cerrado e identificadas en su reverso con el título de la composición. En sobre aparte, 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: Dña. Concepción Vélez Guzón

Colegiada N° 3353

Máquina: Olympus AZ 200

Título: «Equilibrio»

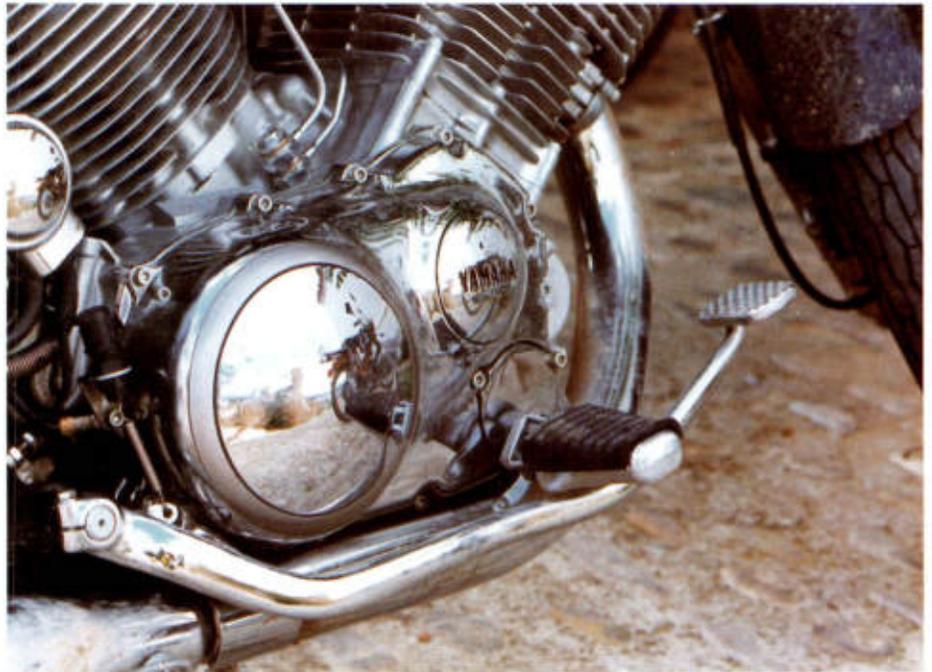
TERCER PREMIO

Autor: José M^º Valseca Fernández

Colegiado N° 10239

Máquina: Minolta X-700

Título: «Reflejos»



Jurado calificador del Concurso Fotográfico N° 18:

- D^ª Blanca García Fernández (colegiada N° 8065).
- D^ª Julia Martínez Rodríguez (colegiada N° 10480)
- D^ª Ana González López (administrativa colegio A.T.S.-D.E.)
- D^ª Esperanza Cartelle Bethancourt (colegiada N° 4384)

ESTUDIO DE LA COMPOSICION DE CALCULOS RENALES TRAS EL TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE

Autor: **Dña. Paloma Cañeque García, D.E.**
D. Luis Aparcero Bernet, D.E.
 Hospital Ntra. Sra. de Valme

INTRODUCCION

Se presenta el siguiente estudio, no con el ánimo de presentar unos resultados muy concluyentes ni trasladables a otros grupos de población. Sólo mostramos los resultados de un trabajo de seguimiento y recuento de distintas composiciones de cálculos fragmentados, mediante LITOTRIZIA EXTRACORPOREA, comparándolos unos con otros, y entre ellos mismos,

observando la distribución que se produce por: pro-vincias, sexos, formas que presentan y sesiones que han necesitado.

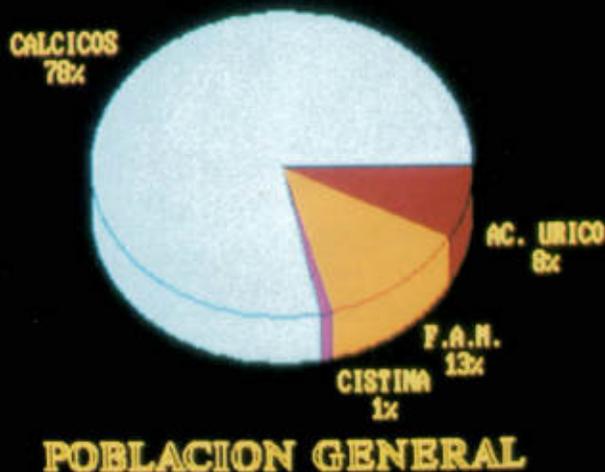
La Metodología llevada a cabo, ha consistido en la recogida sistemática de los fragmentos expulsados y su envío para análisis, procediendo posteriormente al recuento y selección de la muestra con la que se va a trabajar y al tratamiento estadístico de los resultados obtenidos.

LITOGENESIS

En un principio, hemos detectado que la patología litiásica, tiene una etiología muy variada, siendo difícil precisar que causa concreta produce la formación de un cálculo con una composición determinada.

En términos generales, se han observado una serie de factores que sí determinan la aparición de litiasis,

DISTRIBUCION POR COMPOSICIONES



Distribución por composiciones más frecuente la incidencia es de una litiasis por cada mil personas.

LITOGÉNESIS

FACTORES:

- AUMENTO SOLUTO
- DISMIN. SOLVENTE
- ANATOMICOS
- INFECCION
- ALT. PH DE ORINA
- HEREDITARIOS



Litogénesis: Factores de riesgo.

independientemente de su composición. Estos han sido:

* La disminución de solutos en la orina, bien por excesiva excreción renal, por aumento en sangre de ciertas sustancias, por trastornos metabólicos, etc.

* La disminución de solventes, es decir, la bajada de la diuresis del paciente, por causas patológicas, o por la poca ingesta de líquidos.

A estos factores que podemos considerar principales, se les unen otros que por sí solos pueden presentar una litiasis, o por estar más de uno presente en la etiología de la propia litogénesis.

Estos son:

* Factores anatómicos y constitucionales, tales como malformaciones, o alteraciones de la fisonomía normal de las vías urinarias.

* Infecciones urinarias de repetición, por gérmenes Ureasa (+), dando un tipo de cálculo muy característico que es el formado por F.A.M. o Estruvita.

* Alteraciones del pH de la orina, por trastornos metabólicos.

* Factores hereditarios, factores sociales y alimentarios, que últimamente se están teniendo muy en cuenta a la hora de buscar etiología litiasis y de evitarla.

Como una primera apreciación muy general, podemos decir que la incidencia en la población occidental es una litiasis por cada 1.000 per-

sonas, y dentro de ella la composición más frecuente es:

- Cálculos de tipo cálcico: 78%
- Cálculos de fosfato amónico magnésico: 13%
- Cálculos de ácido úrico y uratos: 8%
- Cálculos de cistina: en una proporción más baja: 1%

El resto de las composiciones de los cálculos presenta una incidencia más pequeña, apareciendo litiasis de Xantina, Sílice, Sulfamidas, etc.

Para nuestro trabajo, hemos se-

leccionado una población que corresponde a las provincias de Sevilla, Cádiz y Córdoba, llegando a contabilizar un total de 1.455 casos de enfermos con el estudio analítico y bioquímico de la composición determinada.

De ellos:

722 resultaron ser de Oxalato Cálcico.

627 resultaron ser de Fosfato Cálcico.

337 de Fosfato Amónico Magnésico.

66 de Acido Úrico.

2 de Cistina.

Al ser un gran volumen de población, obtuvimos una muestra proporcional, más fácil de manejar, consistentes en 500 casos escogidos de forma aleatoria, y proporcional, resultando una muestra final de:

250 oxalatos

125 de estruvita

100 de fósforo cálcico

23 de ácido úrico

Desechando los dos de Cistina, por ser de poca representación en el contexto general de los 1.455 casos.

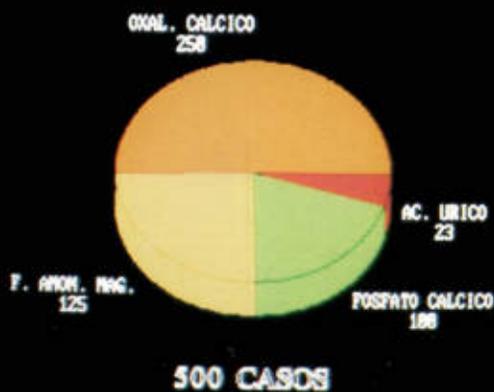
Con respecto a la distribución en riñón único o bilateralidad, se ha observado que:

91,4% eran de aparición en un riñón u otro.

8,6% eran de aparición Bilateral.

Una vez agrupados los cálculos por composiciones, se pasa a detectar y determinar la incidencia de

MUESTRA OBTENIDA DISTRIBUCION PROPORCIONAL



Muestra estudiada: 500 casos.

cada uno de ellos en ciertos parámetros, tales como:

- * Distribución por las provincias mencionadas.
- * Por sexos.
- * Su forma.
- * Número más frecuente de presentación a la hora del tratamiento con Litotricia.
- * Localización preferente.
- * Número de sesiones necesitadas para su fragmentación.

ACIDO URICO

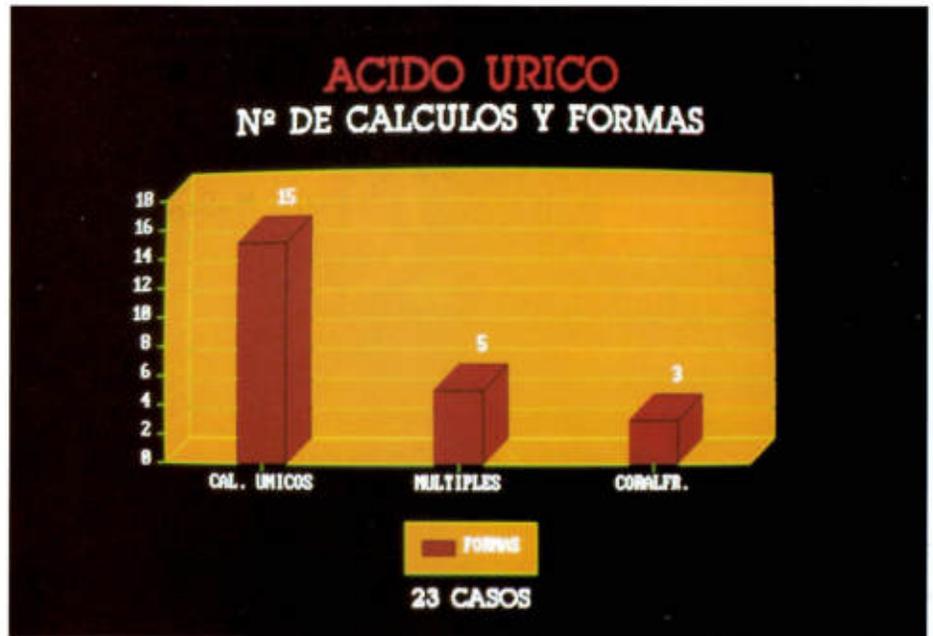
Hemos detectado que representan sólo un 4% de la muestra, 23 casos de los que 13 aparecieron en Sevilla, 5 en Cádiz y en Córdoba. Siendo prácticamente igual su incidencia en un sexo u otro. 12 y 11 respectivamente.

Su presentación principal ha sido como cálculo único 15, en ocasiones aparecieron como múltiples y corali-formes, pero en menor proporción, encontrando 5 y 3 respectivamente.

Al haberse presentado principalmente como cálculo único, son muchos los que se han resuelto con pocas sesiones, a lo sumo 3, tan sólo 2 de los 23 casos han necesitado más de tres.

FOSFATO AMONICO MAGNESICO O ESTRUVITA

Son los cálculos típicamente in-



Nº Cálculos y formas de ácido úrico.

fectivos. Dado que son más frecuentes las infecciones urinarias en la mujer, se aprecia que su mayor incidencia se da en ellas. Con 104 de los 125 casos detectados.

Siendo la distribución por provincias 54 en Sevilla, 37 Cádiz y 34 en Córdoba.

Son el tipo de composición que presenta un mayor número de cálculos corali-formes, concretamente un 35,2%. Son cálculos de crecimiento solapados, que crecen sin sintomatología, excepto las infecciones de

repetición, y que muchos se diagnostican por hallazgos al estar realizando otras exploraciones.

En total de Corali-formes, pseudo-coraliformes y múltiples, que podían haber llegado a serlos, hemos encontrado 73 de los 125 casos estudiados, más de la mitad.

Suelen ser cálculos blandos o de consistencia intermedia, a pesar de su volumen litiásicos, habiendo encontrado en nuestro muestreo, que 110 de ellos se han resuelto con 1, 2 máximo tres sesiones. Pasando 15 de las tres sesiones de los 125 estudiados.

Es la localización pielocalicial, la más frecuente a la hora del tratamiento.

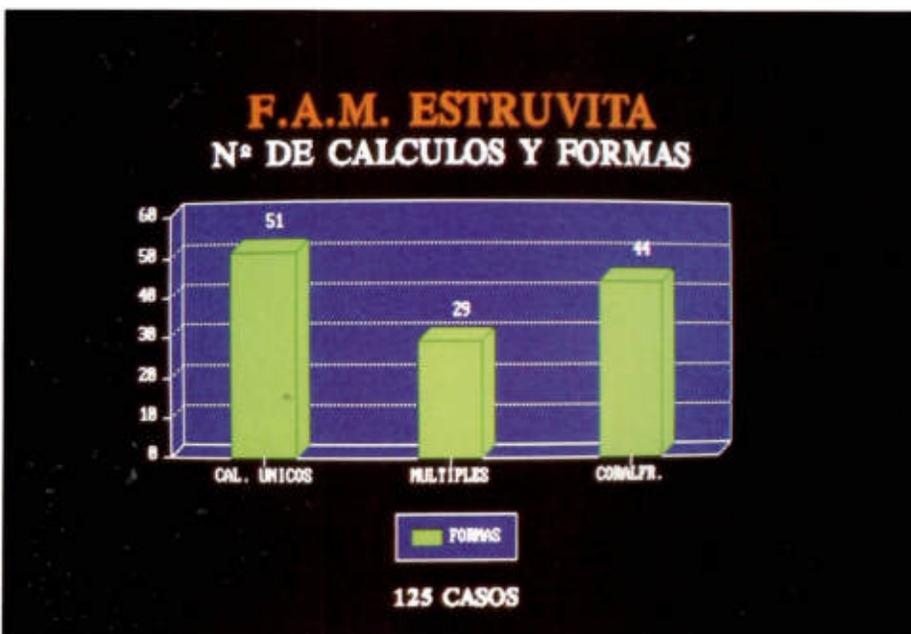
FOSFATOS CALCICOS

Fruto de trastornos del metabolismo del Calcio y de la aparición de Fosfaturia, principalmente, son los cálculos de composición de Fosfato Cálcico.

Se han detectado 100 casos de la muestra general, siendo 64 mujeres y 36 hombres los aparecidos.

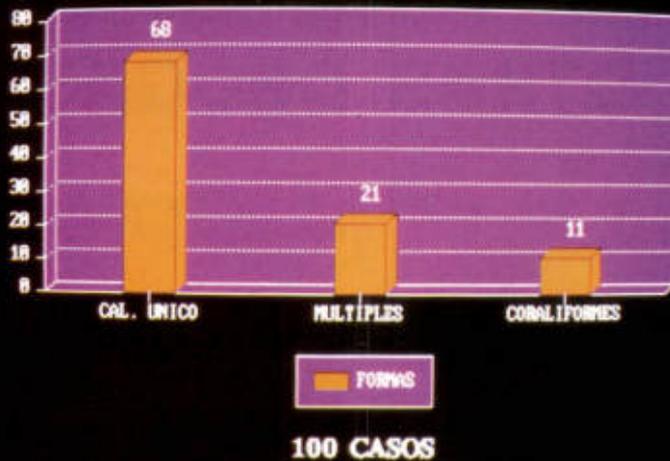
Teniendo Sevilla más habitantes que la provincia de Cádiz, hemos observado que proporcionalmente se da esta composición más en Cádiz que en Sevilla. Detectando de los 100, 33 en Cádiz y 40 en Sevilla.

En contraposición con el anterior, sólo un 11% se presentó como



Nº cálculos y formas de fosfato amónico-magnésico

FOSFATO CALCICO Nº DE CALCULOS Y FORMAS



Nº cálculos y formas de fosfato cálcico.

coraliforme, siendo un 68%, la proporción de cálculos únicos.

Sólo 16 de ellos necesitaron más de 3 sesiones.

OXALATO CALCICO

Composición que apareció en un 50%, siendo frecuente, aunque no categórico, en aquellas personas con exceso de ingestión de oxalatos en la dieta, espinacas, acelgas, broccoles, coles, espárragos, chocolates, etc., que aunque insistimos en que no es factor exclusivo, si está bastante relacionado.

Así mismo estos cristales tienen la propiedad de la aposición o epitaxia, uniéndose a otros cristales, como por ejemplo los úricos con enlaces parecidos, haciéndolos pasar por Oxalatos, cuando en realidad su núcleo es de otras sustancias.

De los casos tratados la distribución hombre, mujer, es parecida, ligeramente desviada hacia el varón, 143 sobre los 107 en las mujeres.

Aparece Sevilla con una proporción más alta sobre Córdoba y Cádiz.

Un 85,6% del total, se resolvieron entre una y tres sesiones, sólo el 14,4% pasaron de las 3 sesiones.

Sólo un 10% presentó la característica de coraliforme, siendo el 75% de aparición única.

En un estudio comparativo de

consistencia, hemos agrupado los cuatro tipos de cálculos en una sola gráfica, para ver su consistencia, seleccionándolos por blandos, duros e intermedios.

Destacando más llamativamente que:

Entre los ácido úrico predominan los de consistencia intermedia y dura con 11 y 12 respectivamente de los 23.

Entre los de F.A.M., por el contrario, han predominado los blandos e intermedios, apareciendo como duros 8 de los 125 casos.

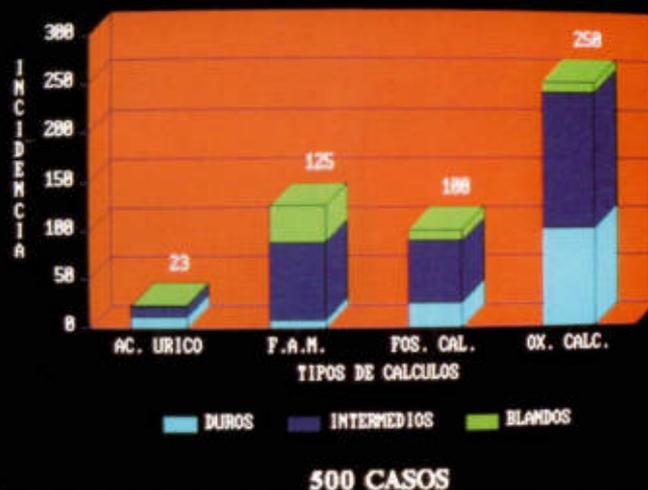
Los de Fosfato Cálcico, han aparecido con consistencia intermedia la mayoría, tendiendo más hacia la dureza, con 25 de los 100 casos registrados.

Por último han sido muy pocos, entre los oxalatos, los que se han comportado como blandos, propiamente dicho. Sólo 10 de los 250 casos, han recibido esta etiqueta.

Esta característica de la consistencia, se ha venido determinando por el número de ondas que han necesitado durante la sesión/es, considerando que un cálculo de consistencia intermedia, es aquel que se ha fragmentado o presenta síntomas de fragmentación con 4.000 ondas de choque, blandos los fragmentados con 2.500 a 4.000 ondas, y duros los que pasaron de las 4.000 ondas, teniendo en cuenta que se suelen dar una media de 4.000 ondas por sesión.

La Litiasis o presencia de cálculos en riñón o en las vías urinarias, es casi tan antigua como la historia de la humanidad. Se han hallado cálculos en momias egipcias de más de 7.000 años de antigüedad. Sin embargo, las características de la litiasis se han modificado considerablemente en el mundo occidental.

ESTUDIO COMPARATIVO DE CONSISTENCIA



Estudio comparativo de consistencia.

EDUCACION SANITARIA, HABITOS Y ACTITUDES DE UNA MUESTRA DE POBLACION JUVENIL ANTE EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Autores: **D. Manuel Escamilla Cardeñosa, D.E.**
Hospital Comarcal Ntra. Sra. de la Merced de Osuna

D. Alfonso Martínez Ferri, D.E.
Hospital Comarcal Ntra. Sra. de la Merced de Osuna

INTRODUCCION

Presentamos un estudio epidemiológico (Diagnóstico de Salud mediante una encuesta epidemiológica) que pretende resaltar la importancia de la Educación Sanitaria; mediante técnicas de información y motivación en la obtención de actitudes positivas ante la Drogodependencia.

Estudio centrado en una muestra de población juvenil con un psicodiagnóstico concreto. No se deben extrapolar los datos más que al área concreta de estudio: estudiantes de

Formación Profesional y B.U.P. de edades comprendidas entre 14-20 años de un pueblo de la Sierra Sur de Sevilla. Sin embargo si creemos aportar nuevos datos sobre los hábitos y actitudes de la población juvenil en general en el consumo de drogas.

Pretendemos mediante el estudio realizado establecer los parámetros adecuados para prevenir en la medida de lo posible las Toxicomanías, mediante la información sanitaria que permita educar a la población hacia hábitos de vida correctos.

Definimos nuestra hipótesis de trabajo de la siguiente manera: «La

Educación Sanitaria está íntimamente relacionada con el consumo de drogas. De manera que a mejor Educación Sanitaria, menor es el consumo de drogas de tóxicos en la población juvenil.

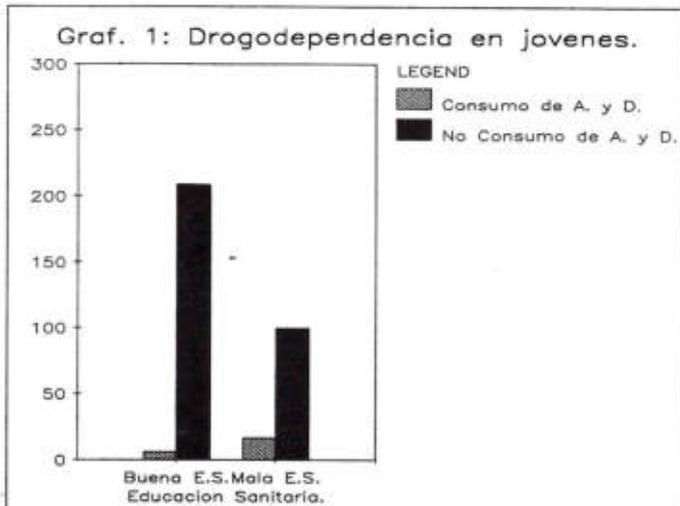
MATERIAL Y METODOS

Con el fin de clasificar y agrupar los elementos de la muestra, diseñamos un modelo de encuesta anónima que consta de dos partes:

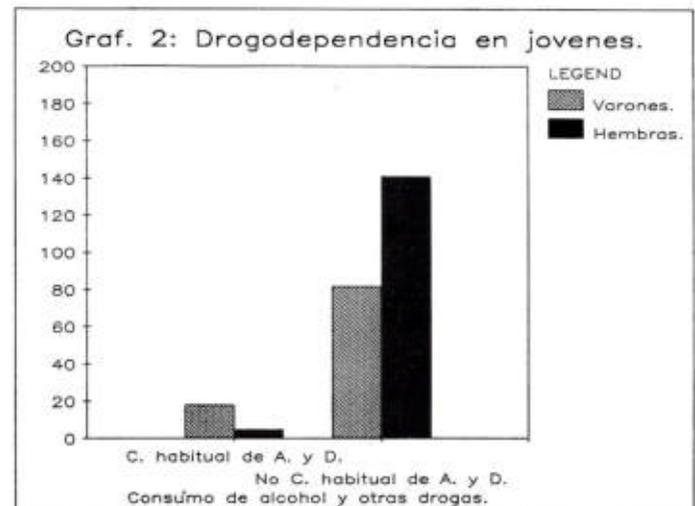
1. Incluye aspectos tales como:
 - Psicodiagnóstico.
 - Area familiar.
 - Hábitos de consumo de la familia.
 - Actitud frente a las drogas.
 - Estructura a nivel de familia.
 - Barrio:
 - Nivel socioeconómico.
 - Índice de consumo que se presume.
 - Droga:
 - Tipo de droga.
 - Cantidad.
 - Frecuencia.
 - Forma de uso.
 - Tipos de consumo.
 - Sujeto:
 - Desarrollo físico y psíquico.
 - Nivel de conocimientos y actitudes.
 - Contexto:
 - Consumo individual o en grupo.
 - Lugar del consumo.
2. Nivel de información sanitaria que nos permitiera conocer el grado



El presente estudio ha sido realizado en el bello pueblo de Osuna



Relación educación sanitaria con consumo de drogas.



Consumo de alcohol y otras drogas

de Educación Sanitaria de la Población. Consta esta parte de una serie de preguntas tipo test con respuesta múltiple de cuatro opciones, donde una sola es la verdadera.

Se encuesta a una población de 332 estudiantes de Formación Profesional y B.U.P. de edades comprendidas entre 14-20 años de ambos sexos.

Definimos como BUENA EDUCACION SANITARIA aquellos encuestados que poseen más de un 60% de las preguntas del cuestionario acertadas. Definimos como MALA EDUCACION SANITARIA aquellos que poseen menos de un 60% de las preguntas acertadas.

Para definir la otra variable objeto de estudio: CONSUMO DE TOXICOS, aceptamos la clasificación de la U.N.E.S.C.O. según la cual hay cuatro tipos de drogodependencias:

- Consumidor experimental.
- Consumidor ocasional.
- Consumidor habitual.
- Consumidor compulsivo.

Con la única salvedad de que el consumidor ocasional es decir, aquel que por motivos sociales acude a la droga ocasionalmente (la mayoría de las veces por presión del grupo) no lo consideramos dentro del grupo de toxicómanos; es el caso del bebedor social por ejemplo.

Una vez clasificados y agrupados los elementos de la muestra pasamos a estudiar la dependencia entre las dos variables:

- Consumo de drogas (X).
- Grado de educación sanitaria (Y).

Utilizamos el programa Statistical Calculator perteneciente al pa-

quete estadístico EPIINFO, para realizar los cálculos estadísticos (Chi cuadrado) que permitan obtener el grado de asociación entre las dos variables.

RESULTADOS

En un estudio como este es difícil lograr una comparabilidad estricta entre los grupos y eliminar los sesgos. Creemos sin embargo, que nuestro método de obtención y análisis de datos ha excluido cualquier sesgo de magnitud suficiente para afectar sustancialmente las grandes diferencias registradas entre los dos grupos objeto de estudio.

Hemos calculado Chi cuadrado para una tabla 2 x 2 con un nivel de confianza del 95% y 1 grado de libertad obteniendo un valor de Chi cuadrado

con corrección de Yates de 14,42 y p menor de 0.001. Siendo la Odds Ratio de 5.92, confirmados pues los límites del intervalo de confianza.

Hemos demostrado pues que en la población de estudio la Educación Sanitaria y el consumo de tóxicos están estrechamente relacionados, de manera que a mejor Educación Sanitaria menor es el consumo de tóxicos.

Otro objetivo de nuestro trabajo es realizar un estudio descriptivo de los hábitos y actitudes de la población juvenil ante el consumo de alcohol y otras drogas; con los siguientes resultados:

— Consumo de alcohol y drogas: 23, de los cuales 17 poseen una mala Educación Sanitaria y 6 con una buena Educación Sanitaria.



La infancia es el momento idóneo para iniciar la educación sanitaria de prevención sobre alcohol y otras drogas.

— No consumen alcohol ni drogas 309, de los cuales 209 poseen buena Educación Sanitaria y 100 mala Educación Sanitaria.

* Consumidores de drogas: 7% de la población objeto de estudio.

* No consumidores de drogas: 93% de la población objeto de estudio.

En el grupo de los consumidores el 78% son varones y el 12% son hembras.

El 97% de los consumidores juveniles de la población estudiada afirma consumir exclusivamente alcohol y derivados del cannabis habitualmente.

El 3% admite otras modalidades de consumo, como la heroína y anfetaminas. Es de destacar que en estos últimos el grado de Educación Sanitaria es muy bajo.

El 98% de los consumidores lo hace en grupo, sólo el 2% admite hacerlo ocasionalmente en soledad.

En cuanto al consumo por edades (gráficos 3, 4 y 5) encontramos los siguientes datos:

Aunque no hay diferencias significativas, es de destacar como desde los 14 años hay un aumento progresivo del número de consumidores, hasta los 17 años donde el aumento es bastante más significativo; para disminuir el consumo a los 18, 19 y 20 años:

* 14 años.....	8,5%
* 15 años.....	12,5%
* 16 años.....	17%
* 17 años.....	37,5%
* 18 años.....	4%
* 19 años.....	12,5%
* 20 años.....	4%



La educación sobre drogas iniciada en la escuela debe continuar en institutos y universidades

No hay que olvidar un grupo de suma importancia: el de los consumidores de alcohol habituales, grupo formado por 66 del total de los jóvenes estudiados, es decir un 20% de los jóvenes estudiantes entre 14 y 20 años. La distribución por sexo (gráfico 6) es la siguiente: 55% de varones, y un 45% de hembras.

La distribución por edades del grupo de consumidores habituales de alcohol (gráficos 3, 4 y 5) es la siguiente:

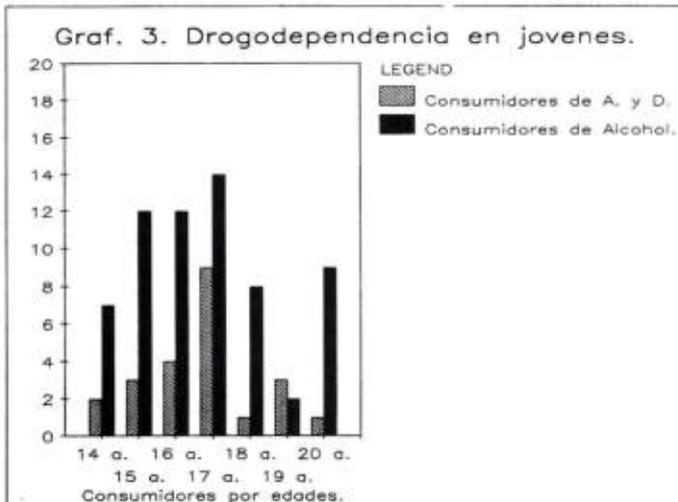
* 14 años.....	11%
* 15 años.....	18%
* 16 años.....	8%
* 17 años.....	21%
* 18 años.....	12%
* 19 años.....	11%
* 20 años.....	13,6%

DISCUSION

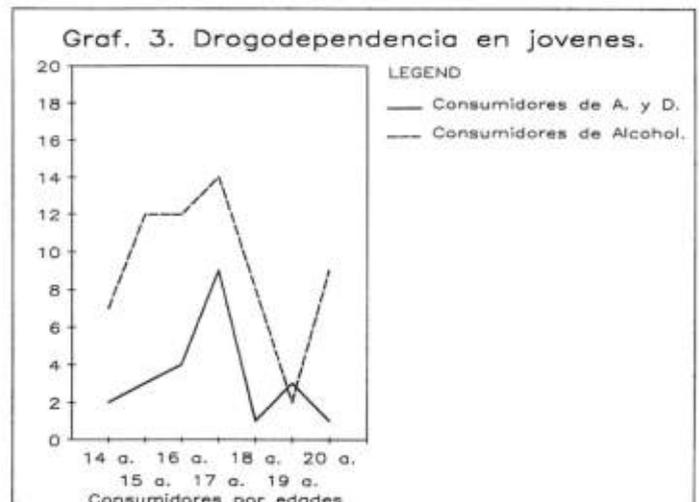
El estudio que presentamos aporta una notable evidencia experimental, demostrada con evidentes pruebas de asociación de frecuencias entre Educación Sanitaria y buenos hábitos respecto al consumo de alcohol y otras drogas.

La toxicomanía es multietiológica y, por tanto la patología que se expresa tiene diversos componentes: biológicos, médicos, psicológicos, sociales, etc..., por ello, cualquier abordaje terapéutico que se establezca debe ser multidisciplinar, fundamentalmente, médico-biológico y psicosocial.

El esquema clásico de tratamiento global, se describe en tres fases:

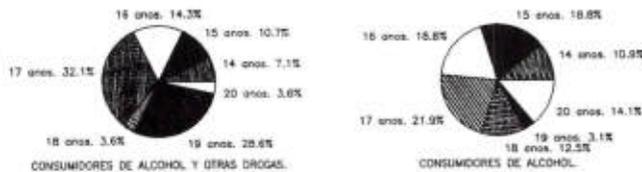


Distribución de consumidores de drogas por edades.



Relación de consumidores de drogas y alcohol por edades.

Graf. 5. Drogodependencia en jóvenes.



Consumidores de alcohol y otras drogas.

- * Prevención Primaria:
 - Origen (acuerdos internacionales).
 - Tráfico (policía).
 - Consumidor (formación, charlas, educación).
- * Prevención Secundaria:
 - Desintoxicación.
 - Reducción de dosis, sustitutivo.
- * Prevención Terciaria:
 - Rehabilitación y reinserción social.

PREVENCIÓN PRIMARIA EN DROGODEPENDENCIAS

Se trata de erradicar el agente causal, utilizando, por una parte las medidas legislativas de que se disponga, así como la actuación sobre el tráfico de drogas.

Por otra parte se realizará también una Educación Sanitaria, que en principio debe ir dirigida a individuos que todavía no hayan tenido contactos con las drogas. Se deberá actuar por tanto sobre niños, adolescentes, maestros y padres, así como a los profesionales que integren el equipo multidisciplinario de salud.

Para ello, el profesional de Enfermería deberá previamente hacer un estudio al objeto de conocer lo mejor posible la zona sujeto de estudio, a través de un buen diagnóstico de salud, en visitas domiciliarias, encuestas epidemiológicas, visitas a escuelas y asociaciones de padres, y centros culturales. Con ello se trata de detectar a grupos de verdadero riesgo y así ayudarse para realizar un buen diagnóstico precoz de la situación, para con ello establecer

las necesidades de la población estudiada y programar debidamente «la educación sanitaria a través de distintas técnicas de información y motivación que conlleven a verdaderos cambios de actitudes».

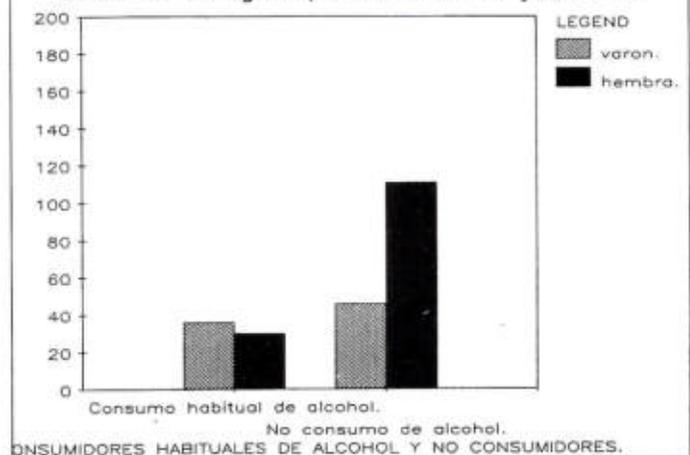
Estos programas deberán ser globales y no de forma específica para drogas institucionalizadas y las no institucionalizadas; buscarán una acción preventiva de toda la población y no de grupos concretos que estén o puedan estar en corto plazo de tiempo en verdadera situación de «riesgo». Con una buena Educación Sanitaria, planificada y coherente se favorecerá el autocontrol personal y comunitario en el uso y abuso de las drogas, y facultará hacia el cambio de actitudes, que será su objetivo fundamental, a través de una concienciación social sobre la etiología multifactorial de las drogodependencias, haciendo especial hincapié en el ámbito psicosocial.

En la Prevención Primaria se promueve o fomenta la Salud, se realiza para ello la Educación para conseguirlo:

- * Dentro de la Prevención primaria la información no es suficiente, pero es imprescindible. Deber ser lo más exacta posible, con el fin de que pueda contrarrestar los efectos de los datos inexactos que con frecuencia se ofrecen a la sociedad.

- * La infancia es el momento idóneo para iniciar acciones de promoción y defensa de la salud, por ello será en la escuela donde deben intensificarse los programas preventivos.

Graf. 6. Drogodependencia en jóvenes.



Consumidores de alcohol.

- * En el terreno de la Prevención Primaria debe intervenir el maestro, siempre que lo haga correctamente, para ello hay que intensificar su formación.

- * No han tenido éxito los intentos de intervención directa en la escuela por parte de organizaciones extrañas.

- * La educación sobre drogas iniciada en la escuela ha de seguir en etapas posteriores en el instituto, en el trabajo, en la Universidad, y no debe de separarse en el contexto de la Educación Sanitaria y de las actividades de Salud Mental en particular.

- * La prevención no será factible mientras el problema de las drogodependencias no se aborde globalmente en todas sus dimensiones: tabaco, alcohol, cocaína, heroína, etc.

- * El problema de la dependencia de las drogas afecta a toda la sociedad. El esfuerzo debe ser pues coordinado, con participación de la familia, la escuela y la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- «Manual sobre drogodependencia de la O.M.S.». «Curso de drogodependencias para A.T.S. y D.E.» E.U.E. Universidad Complutense de Madrid. Mayo, 1987.
- «Patología orgánica de la drogadicción». Revista Jano. J. Cadafalch; M. Borrastre; M. Bruguera; P. Domingo; C. Orta y J. Solé.
- Dossier: «La Droga Permitida». Diario 16; 5 de agosto de 1990.

SANTA ROSA DE LIMA

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

Hospital Universitario
 «Virgen Macarena» de Sevilla



antigua Ciudad de los Reyes, la actual Lima, en un periodo en el que la abundancia de hombres era considerada una riqueza cierta, se inicia con el cuidado básico del bien espiritual, paralelo a los obrajes de gran envergadura, en los que los indios trabajaban como mitayos o repartidos forzosos en jornadas desde una hora y media después de la salida del sol hasta su ocaso, con una hora de descanso al mediodía, por obligación retribuida particular del virreinato del Perú.

En una Lima sufragánea de Sevilla, de repleta evolución configurativa socioestructural, semejante casi al pretérito Periodo Urbanista Chimú en el reino Mochica, poseyendo Audiencia, Arzobispado, Universidad de San Marcos, Ceca para el real de a ocho e incluso un Concilio evangelizador, Isabel nace según unos el 20 y otros el 30 de abril de 1586, de ascendencia criolla, hija del acomodado puertorriqueño Gaspar Flores y de la limeña María de Oliva.

A los pocos años le fue cambiado el nombre por el de Rosa, supuestamente al haber visto una criada india en su rostro la belleza de esta flor apreciada. El año 1597 se acaban ciertos conflictos familiares cuando el arzobispo de Lima San Toribio de Mogroviejo, inquisidor dimisionario de Granada, la confirma denominándola Rosa, añadiendo más tarde ella misma de Santa María. Desde temprana edad destaca con un carácter achispado y jocundo una paciencia inalterable a la hora de sufrir sin inmutarse privaciones y penitencias voluntarias, porque el sacrificio y el dolor eran ingredientes indispensables de todo acto que quisiera alcanzar la condición de moral en un orden social de márgenes estáticos, donde además de la omnipotente aristocracia

«La identificación total entre una persona y su ciudad es un signo de superior cultura».

Gastón Baquero

El proceso de ubicar el reconocimiento de la dignidad humana y el cambio de actitud acerca del enfermo en el contexto social y sanitario de la

existía una clase adinerada, fruto del comercio indiano, que se unió a la nobleza por medio de enlaces matrimoniales concertados o por compras de títulos, para formar un producto en parte de una dinámica económica y en parte de un plan político.

Por el empeño de su madre desarrolla las facultades intelectuales y morales, mediante una instrucción muy superior a la costumbre femenina de su tiempo, teniendo incluso maestros para afinación y registros vocales, arpa angular y vihuela de mano. Al estar en edad de contraer nupcias sus padres dispusieron casarla, pero Rosa no accedió a la conveniencia alegando falta de posibilidad, porque desde los cinco años mantiene el voto privado de virginidad. Si el voto es una práctica religiosa y universal que para los griegos significó una ofrenda, para esta joven su primitivo ascetismo denotó a causa del repudio de sus padres un destino adverso con des empeño de bajos y amargos menesteres. Sin embargo, no cede el sentimiento de gozo inefable y felicidad por la unión mística con Dios, destacando la perseverancia en la adquisición de conocimiento en las obras destinadas a «mostrar el arte, las reglas y las formas para ser suficientes y en buena conciencia puedan usar y aconsejar para la salud», tal como escribió en 1541 Damián Carbón, ya que además del alto grado contemplativo, sin apoyo con precaución, reserva y dulzura cuidaba a enfermos blancos, indios, negros y zambos de cualquier edad y sexo, porque si se sigue la Nueva Filosofía apuntada en 1587 por Oliva de Nantes Sabuco Barrera, es cuestión de «conocerse y entenderse el hombre a sí mismo y a su naturaleza, y para saber las causas naturales por qué vive, por qué muere o enferma».

Eligiendo el modelo de Catalina Benincasa, es decir, Santa Catalina de Siena, hermana de la penitencia dominica distinguida por su caridad, desposorios místicos, estigmas e incesante actividad comunitaria, el día 10 de agosto de 1606 Rosa de Santa María toma el hábito público de terciaria dominica en la iglesia de Santo Domingo de Lima. La sociedad religiosa de la capital virreinal,

llegada a ser corte fastuosa, es de gran auge; dada la riqueza material y espiritual mantiene de beneficencia lazaretos para infecciosos, hospitales y hospicios sin apoyo legal de la función a enfermería, donde la caridad, la obediencia y la vocación son características básicas, mientras que el cuidado intuitivo y femenino y la filantropía son los principios tradicionales llegados en las naves españolas junto a las enfermedades no conocidas en América, como la viruela y la fiebre tifoidea, entre otras.

Rosa de Lima en un ambiente sanitario taraceado con las irredentas luchas entre paracelsistas, galeñistas y aristotélicos, asume específicamente la función de enfermería en los menesterosos de la ciudad fuera de las cámaras de las proverbiales instituciones, con método de aplicar los remedios, agilidad y maña en el sustento, la evacuación, la limpieza y la muda, velando la estación del sueño y el recado, sin obviar las advertencias en el artículo de la muerte y la atención con las pertenencias, las ropas, la conservación de alimentos, bebidas y medicinas y la escritura. Considerando lo extraño de las mujeres escritoras en esta época, es matizable aún más en la ciencia enfermera, que dejase minuciosas anotaciones sobre el cuidado de los enfermos, al igual que ocurriera con Teresa de Cepeda y Ahumada, es decir, Santa Teresa de Jesús, de quien Pablo Bilbao Aristegui, en 1952, nos descubre 533 citas.

Al amanecer del día 24 de abril de 1617 fallece esta cauta mujer, una de las grandes extáticas de epifenómenos místicos y enfermera vanguardista que trató a la vez con lo religioso y con los cuidados de la salud sin pretender convertir sus tareas cotidianas en épicas y su conocimiento en mito, mostrando la expresión de las realidades del espíritu holístico, el quehacer concreto, las posibilidades y las perspectivas ocupacionales de la enfermería. Beatificada el día 12 de febrero de 1668 por el Papa Clemente IX, canonizada en 1671 por el Papa Clemente X (la primera americana) y declarada Patrona de Lima, América y Filipinas e Indias Orientales. Biografiada por Leonardo Xansen, Elías

Tormo, Domingo Angulo, Inocencio Taurisano, Paulino Alvarez, etc., y objeto de representaciones pictóricas de Carlo Dolci, Bartolomé Esteban Murillo, Juan de Valdés Leal, José Antolín, Claudio Coello, Giambattista Tiepolo, Aubrey Beardsley, Vicente Cutanda, Daniel Vázquez Díaz, etc., y escultóricas de Artus Quellin I «El Viejo», Artus Quellin II «El Joven», etc,

«Póngase enfermera que tenga para este oficio habilidad y caridad.»

Santa Teresa de Jesús

BIBLIOGRAFÍA

- Bagu, Sergio: «Las estructuras sociales del sistema colonial: su gestación y quiebra». Historia Universal, VII. Barcelona, Salvat Editores, S.A., 1980.
- Bouillard, J.: «Ensayo sobre la filosofía médica y sobre las generalidades de la clínica médica». Madrid, Imprenta de la viuda de Jordán e Hijos, 1841.
- Domínguez Alcón, Carmen: «Los cuidados y la profesión enfermera en España». Madrid, Ediciones Pirámide, S.A., 1986.
- Frank, Charles Marie, y Elizondo, Teresa: «Desarrollo histórico de la enfermería». México, D.F., La Prensa Médica Mexicana, S.A., 1981.
- Guerrero Latorre, Ana Clara et al.: «Historia económica y social moderna y contemporánea de España, I». Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, 1991.
- Serra, Eudaldo: «Misal Romano Diario». Barcelona, Editorial Balmes, 1959.

VACUNACIONES SISTEMÁTICAS EN EL PUNTO DE VACUNACIÓN DE VVA. LAS CRUCES

Autor: **D. José Seda Diestro, D.E.**
 Centro de Salud de Vva. de las Cruces (Huelva)

INTRODUCCION

Por todos es conocida la importancia de la inmunización programada como medida de reducción de la morbi-mortalidad infantil y adulta, así como del incremento del nivel de salud de la comunidad en general.

La Junta de Andalucía, a través de su Consejería de Salud y Consumo, diseñó un programa de vacunaciones sistemáticas con una actuación, objetivos y metas claras. Este programa actúa contra siete enfermedades (difteria, tétanos, polio, tosferina, rubeola, sarampión, parotiditis) mediante un calendario vacunal con clara orientación a la población infantil, pero sin olvidar a la población adulta y recién nacida.

El objetivo de este programa es conseguir una cobertura vacunal (no nivel útil que evite epidemias) que permita la interrupción de la transmisión y padecimiento de estas enfermedades. Consecuentemente, se conseguiría la erradicación de las mismas.



Consultorio local de Vva. de las Cruces y punto de vacunación

	m e s e s				a ñ o s		
	3	5	7	15	6	11	14
Difteria (D)	D	D	D	D			
Tétanos (T)	T	T	T	T	T		T*
Tos-Ferina (P)	P	P	P				
Poliomielitis	POLIO	POLIO	POLIO	POLIO	POLIO		POLIO
Sarampión **							
Rubeola				Triple Virica		Triple Virica	
Paperas							

* Tétanos cada 10 años (a a indicación médica).
 ** Los niños con riesgo especial, a los 9 meses Sarampión y a los 15 meses Triple Virica.

La O.M.S. está desarrollando un programa de vacunaciones que para Europa tiene como objetivo la eliminación de difteria, poliomiélitis, tétanos neonatal, sarampión y rubeola congénita para el año 2000.

El Plan de Vacunaciones de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía está confeccionado con las mismas metas, metas que sólo se alcanzarán con el esfuerzo conjunto y mantenido de la Administración, profesionales de la salud y población en general.

JUSTIFICACION

Los beneficios (individual y comunitario) que aporta el Plan de Vacunaciones Sistemáticas de la Jun-

ta de Andalucía, justifican que hagamos nuestros los objetivos marcados por la O.M.S. para Europa y la Junta de Andalucía para nuestra comunidad autónoma, actuando en ella con el aprovechamiento máximo de los recursos a nuestra disposición, sin renunciar a una atención personalizada en la actuación en grupo.

OBJETIVOS

Conseguir: Cobertura vacunal del 100% de la población infantil, siguiendo el Programa de Vacunaciones Sistemáticas, mediante un sistema personalizado y eficaz.

Inmunización antitetánica de la población adulta tan amplia como sea posible y como permitan las circunstancias.

Vacunación antitetánica de todas las embarazadas como medida profiláctica del tétanos neonatal.

Vacunación antirubeólica de toda la población femenina en edad fértil incorrectamente vacunada.

Ofrecer atención personalizada dentro de una actuación en grupo.

ACTIVIDADES

Hay tres grupos de actuación bien definidos en el campo de actuación de este programa: población infantil, adultos y embarazadas.

RECOMENDACIONES

- Este carnet es un documento oficial del estado de vacunación del titular; podrá usarlo como tal cuando se lo exijan.
- Cuando acuda a un centro de vacunación es imprescindible que lo presente para anotar las dosis recibidas.
- En la visita al pediatra preséntelo.



JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO

CARNET DE VACUNACIONES



NOTA: Guarde este carnet junto a los documentos de la Seguridad Social.

1º APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE

LOCALIZACIÓN	Nº PROV. <input type="text"/>	Nº MUNIC. <input type="text"/>	C.V. <input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO	DIA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	SEXO <input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

Nombre y apellidos Madre: _____

Dirección: _____ POBLACIÓN: _____

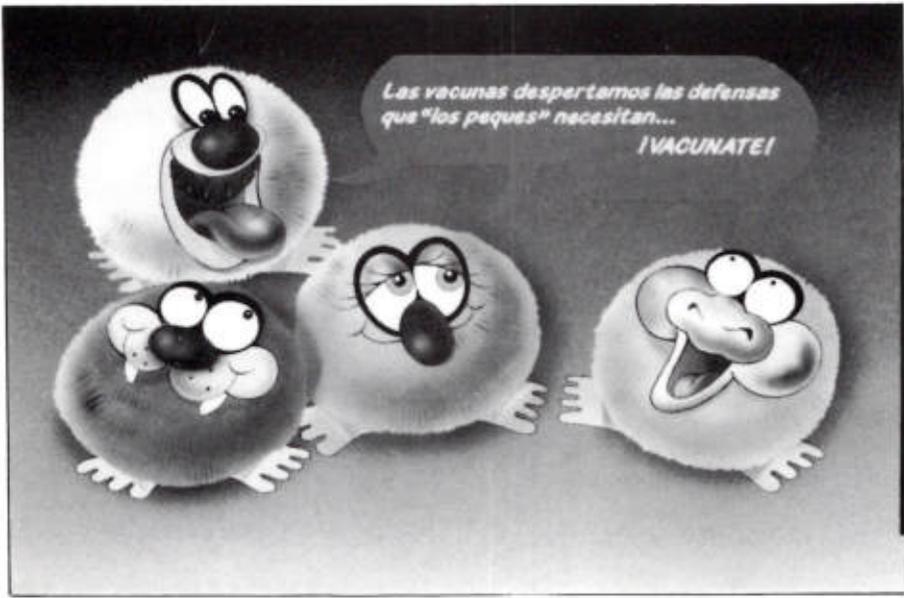
FECHA	DTF	Pu	DT	TV	T	Ru		

El carnet de vacuna, es el documento que deben portar las madres cada vez que sus hijos necesitan de asistencia sanitaria.

POBLACION INFANTIL

Se realizó un registro de todos aquellos niños susceptibles de ser vacunados en este Punto de Vacunación mediante un Censo Vacunal Infantil a partir de la información suministrada por el jefe de Estudios del colegio Santa María de la Cruz (don Mauricio González León), del Censo Municipal, del Censo de Asegurados a la S.S. y a través de la Consulta Médica y de Enfermería. Una vez obtenido este censo (niños desde 0 hasta 15 años) se hizo una revisión del mismo para comprobar su exactitud. Asimismo, se le indicó tanto al jefe de Estudios como al personal del Ayuntamiento encargado del registro que comunicasen cualquier incidencia al respecto.

Se comprobó que algunos preescolares y escolares censados en el pueblo no residían habitualmente en



Una buena campaña de publicidad, hace que se fomente la vacunación; muestra de ello, han sido «los vacunitos» (Servicio Andaluz de Salud).

CUESTIONARIO PREVIO A VACUNACIONES, P.V. 1

NOMBRE: _____ EDAD: _____

¿HA TENIDO ULTIMAMENTE ENFERMEDAD CON FIEBRE? _____

¿HA PADECIDO EN LOS 2 ULTIMOS MESES SARAMPION O ESCARLATINA? _____

¿TIENE EN LA ACTUALIDAD VOMITOS O DIARREA? _____

¿PADUCE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA RENAL? _____

¿PADUCE ALGUNA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA? _____

¿SE HA ADMINISTRADO EN LOS ULTIMOS TRES MESES GAMAGLOBULINA, PLASMA, TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS, COLESTIOLINA o SÉRUMOS EMUNOSOPRESORIOS? (Genete) _____

¿PADUCE DE ALGUN TIPO DE ALERGIA? _____

¿ES PAISÉ AJENO? _____

¿HA PRESENTADO REACCIÓN ADVERSA EN VACUNACIONES ANTERIORES? _____

¿SITA OJERA DE QUE NO SITA EMBARAZADA? _____

¿PADUCE ALGUNA ENFERMEDAD O LA PADUCE ALGUN FAMILIAR CERCAÑO? _____

¿SABE ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO? _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

FECHA / / y FIRMA: _____

Anamnesis previa a la vacunación.

el mismo y eran vacunados en otros puntos, por lo que se decidió excluirlos del Censo Vacunal Infantil, si bien indicando este hecho a los interesados y en cualquier caso se le podría vacunar y certificar dicha vacunación en este centro. Una vez comprobada la exactitud del registro y de la fecha de nacimiento de los niños se confeccionó lo que denominamos el Censo Vacunal Infantil. En el mismo, y para facilitar la labor de equipo, se incluyó nombre del niño, fecha de nacimiento, dosis a administrar desde ese momento y domicilio. En el momento de la primera vacunación realizada por nosotros, y mediante ficha de vacunaciones, cartilla personal de vacunaciones e información suministrada por el familiar o familiares, detectamos si el niño está bien vacunado. En caso contrario, sometemos al niño a corrección vacunal.

Una vez obtenido el censo, definimos una dinámica de trabajo concreta en la que se refería a vacunas.

Cada primero de mes se repasa en el censo los niños que deben ser vacunados. Cuando la vacunación coincide con el cumpleaños del niño, lo citamos un día antes o después para evitarle un mal trago en ese día.

La citación la realizamos mediante carta modelo diseñada por nosotros mismos, que se la hacemos llegar al padre o tutor personalmente o mediante correo.

Es importante la recogida de dicha carta, pues en ella aparece la autori-

zación que da el padre para que el niño pueda ser vacunado.

Al recibirle en la consulta en fecha y día acordado, rellenamos el cuestionario previo a vacunaciones, al mismo tiempo que le informamos de las posibles reacciones y contraindicaciones que pueden aparecer, que avisen de las mismas y de la próxima fecha de vacunación. Una vez comprobado que se encuentra correctamente para ser vacunado procedemos a la misma en forma indicada. Completamos los trámites burocráticos de vacunación y despedimos al niño, delegando la observación del mismo al tutor y al jefe de Estudios o maestro. Una vez completada la sistemática de trabajo damos por finalizado el proceso. Tachamos en el censo la fecha de vacunación.

ADULTOS

En este Punto de Vacunaciones iniciamos vacunación antitetánica a adultos cuando se presenta el caso de necesidad, ya que una vacunación más extensa sería mucho más compleja, no acorde con el resultado con el gran esfuerzo desarrollado.

En cuanto a las mujeres en edad fértil incorrectamente vacunadas contra la rubeola se le requiere para ser vacunada en el caso de que ésta dé su autorización.

EMBARAZADAS

Detectamos los casos de embarazo en la Consulta Médica o de Enfermería y una vez informada proponemos la vacunación. En caso de ser aceptada se procede a la misma.

RECURSOS

Humanos: Personal sanitario (médico y Diplomado en Enfermería). El Diplomado en Enfermería se encarga de la ejecución del proceso, en estrecho contacto con el médico.

Jefe de estudios del Colegio y maestros. Que está atento ante cualquier variación en el censo, así como de la aparición de posibles complicaciones en horario escolar.

Padre o tutor del niño. Atento al niño.

Materiales: Todos los necesarios e imprescindibles en un punto de vacunación. Nevera con regulador de

temperatura, termómetro de máxima y mínima, bolsas de hielo, icepack, suero fisiológico, vacunas, jeringas, agujas, material de urgencias, etc. Todo ello en perfecto estado de conservación y dispuesto para ser utilizado.

Documentación:

- 1) Censo Vacunal Infantil.
- 2) Hoja de citación-autorización.
- 3) Hoja de cuestionario previo a vacunaciones.
- 4) Carnet personal de vacunación.
- 5) Ficha de vacunaciones (personal).
- 6) PV 1.
- 7) PV 2.
- 8) Otros: parte de incidencias en el Punto de Vacunación, etc.

DOCUMENTACION

La hoja de citación-autorización es enviada por correo o entregada personalmente. Una vez rellenada nos la quedamos, pues en ella va la autorización paterna.

El cuestionario previo a vacunación se realiza en el punto en la misma fecha en la cual el niño va a ser vacunado. En caso de adulto se procede de la misma forma. la firma el familiar acompañante o el interesado en caso de ser mayor de edad. En caso de niño ajustado a programa se tacha en el Censo Vacunal Infantil.

A continuación se rellena el carnet personal de vacunaciones. Si posee ficha de vacunación en el Centro se rellena la misma. Se registra, asimismo, en los modelos PV 1 y PV 2 (de entrega mensual). La ficha, además, debe ser entregada al encargado/a del programa de vacunaciones del Centro de Salud.

CONCLUSION Y AGRADECIMIENTO

Con esta dinámica de trabajo hemos querido hacer nuestro los objetivos de la O.M.S. y la Junta de Andalucía en materia de vacunaciones. Todo ello brindando una atención personalizada y rigurosa, sin dejar espacio a improvisaciones o «des-controles» que harían inútil el esfuerzo conjunto de Administración, personal de los Centros de Salud y demás colaboradores.

Gracias a todos aquellos que han hecho posible este desarrollo con su ayuda científica, técnica o profesional.

APLICACION PRACTICA DE LA METODOLOGIA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

ORGANIZA: Ilustre Colegio de A.T.S.-D.E. de Sevilla. c/Infanta Luisa de Orleans, 10. Tfn.: 95-4411300
 FECHAS: Del 8 al 30 de mayo
 HORARIO: Viernes de 16 a 21 y sábados de 9 a 14 horas
 INSCRIPCION: Del 1 al 10 de abril
 SELECCION: Sorteo
 MATRICULA: 15.000 Ptas.
 HORAS LECTIVAS: 40
 ALUMNOS: 40

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE TERMINAL Y SUS FAMILIARES

ORGANIZA: Ilustre Colegio de A.T.S.-D.E. de Sevilla. c/Infanta Luisa de Orleans, 10. Tfn.: 95-4411300
 FECHAS: Del 4 de mayo al 22 de junio
 HORARIO: Martes de 8 a 15
 INSCRIPCION: Del 2 al 30 de marzo
 SELECCION: Orden de inscripción
 MATRICULA: 15.000 Ptas.
 HORAS LECTIVAS: 40
 ALUMNOS: 60

I CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA DERMATOLOGICA

FECHAS: 20, 21 y 22 de febrero de 1992
 Hospital General Universitario.
 Servicio de Dermatología
 Avda. Tres Cruces, s/n.
 Tfno.: (96) 386 29 00. Ext.: 5719
 46014 VALENCIA

IV JORNADAS NACIONALES DE SUPERVISION DE ENFERMERIA

FECHAS: 20 al 23 de mayo de 1992
 Hospital Universitario. c/Ramón y Cajal, s/n. Tfno.: (983) 42 00 00.
 Ext: 20232 - 20395
 46014 VALENCIA

4º PREMIO A LA INVESTIGACION DE ENFERMERIA

Fecha límite plazo de entrega de trabajos: 1 de marzo de 1992
 Consejo General de Colegios Diplomados en Enfermería de Madrid
 Buen Suceso, 6.
 Tfno.: (91) 541 60 73 - 541 17 89
 28008 MADRID

XII CERTAMEN DE ENFERMERIA (SAN JUAN DE DIOS)

Fecha límite plazo de entrega de trabajos: 8 de febrero de 1992
 Escuela Universitaria de Enfermería «San Juan de Dios»
 Tfnos.: (91) 893 00 01 - 893 37 69
 MADRID

IV CONGRESO NEUMOSUR-ENFERMERIA

ORGANIZA: Hospital Ntra. Sra. del Pino
 ESPECIALIDAD: Neumosur-Enfermería «San Juan de Dios»
 FECHA: 26-27-28 marzo 1992
 ACTO: Congreso
 LUGAR: Lanzarote

VIII JORNADAS NACIONALES ENFERMERIA TRAUMATOLOGICA

ORGANIZA: Comité Organizador y Científico del H. Universitario
 ESPECIALIDAD: Enfermería traumatólogica
 FECHA: 8-9-10 y 11 abril 1992
 ACTO: Jornada
 LUGAR: Puerto Real (Cádiz)

1.º CERTAMEN ANDALUZ DE VIDEOENFERMERIA

ORGANIZA: Consejo Andaluz de Enfermería
 ESPECIALIDAD: Videoenfermería
 FECHA: Plazo de entrega 28/2/92
 ACTO: Certamen
 LUGAR: Colegios Provinciales

BECAS A TRABAJOS PUBLICADOS EN LA REVISTA HYGIA

AUTOR	TITULO	Nº REVISTA	CUANTIA
D. Rafael Damián Román Obrero	Atención de Enfermería en la Quimionucleosis	15	10.000 Ptas.
D. Luis Alfonso Aparicio Bernet	Litotricia alternativa Quirúrgica I y II	14 y 15	15.000 Ptas.



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