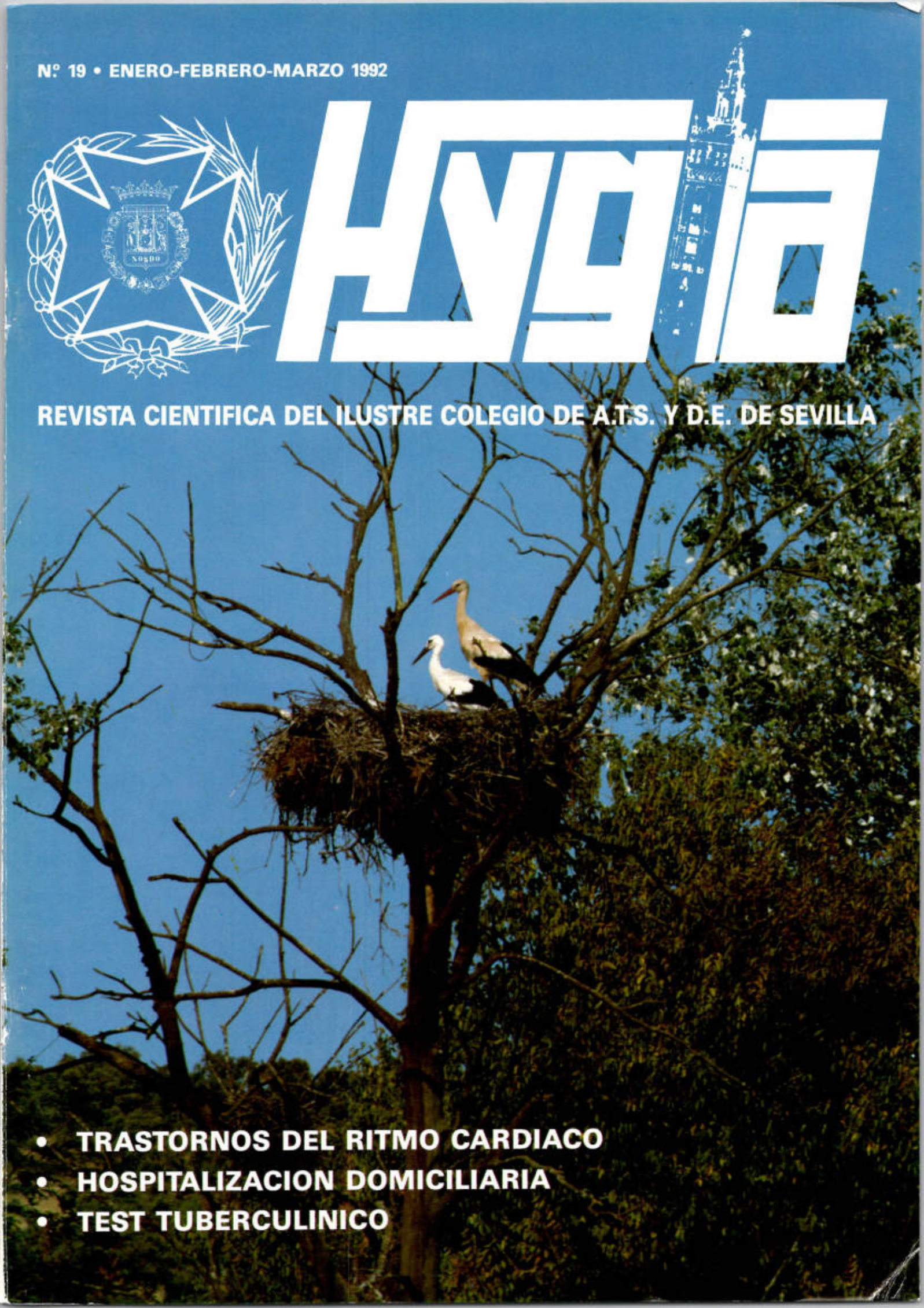


Nº 19 • ENERO-FEBRERO-MARZO 1992



HYGIA

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

- 
- A large photograph of a tree with a nest of two storks. One stork is white with a long red beak, and the other is darker. They are perched on a nest made of sticks and twigs. The background is a clear blue sky.
- **TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO**
 - **HOSPITALIZACION DOMICILIARIA**
 - **TEST TUBERCULINICO**

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 Pts. 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.

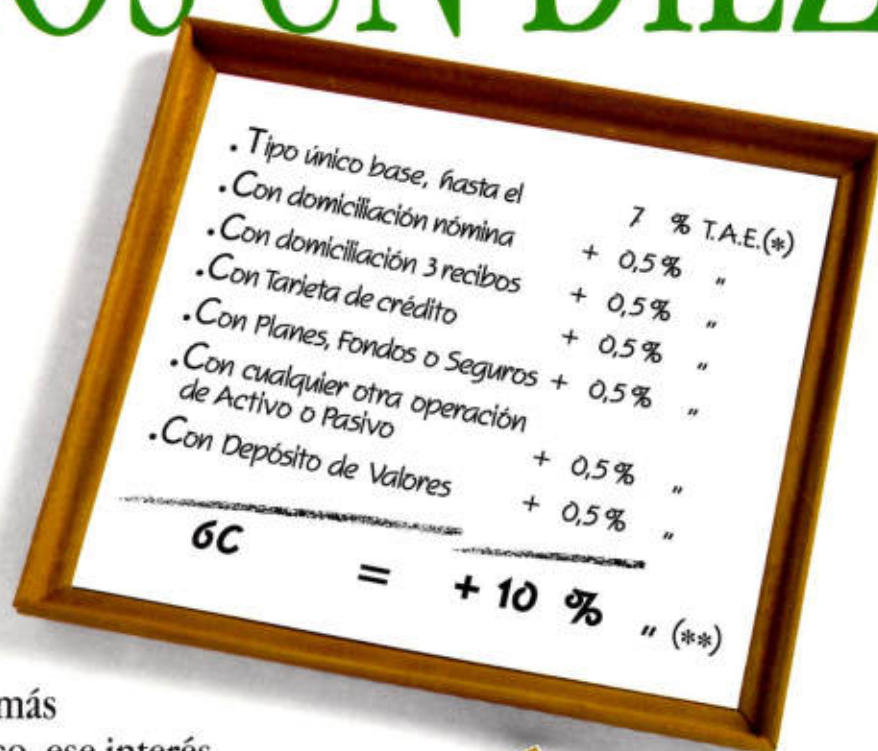
Así Vd. puede ganar un elevado interés con el mínimo saldo.

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 %

Saldos medios mensuales inferiores 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

EL INFORME ABRIL COMIENZA A ANDAR

Cuando, no hace muchos meses, dábamos cabida en este espacio Editorial al denominado «Informe Abril» y titulábamos exactamente (Ver Hygia número 17) «Informe Abril: La Enfermería Española debe estar alerta», no lo hacíamos por un simple espíritu de sumarnos a la polémica nacional que el informe estaba, entonces, provocando, sino por algo que en cosa de menos de un año se ha traducido en hechos palpables: la conversión del Servicio Andaluz de Salud desde su actual configuración como Organismo Oficial a una Empresa pública de gestión similar a cuantas hoy existen, llámense Telefónicas, Iberia o Hunosa.

¿Qué significará este anuncio hecho público a primeros del mes de marzo de 1992 por el actual Consejero de Salud, Sr. García de Arboleya, en la oportunidad de su primera comparecencia en el Parlamento de Andalucía desde su toma de posesión? Muy sencillo: el «Informe Abril» se ha puesto en marcha, que el vigente sistema por el que discurría la Sanidad andaluza está literalmente agotado y que, en fin, estamos ante un futuro distinto respecto a lo conocido y vivido por todos, profesionales y ciudadanos.

El hecho de que el S.A.S. se pueda transformar en una Empresa Pública llevará consigo criterios de gestión sensiblemente diferentes a los actuales donde una parcela importante afectará a los 70.000 profesionales que en el SAS trabajan, muchos, de los cuales somos ATS/DE volcados en el quehacer de la Sanidad pública andaluza.

Sin pretender adelantarnos a los acontecimientos (que, forzosamente, van a venir), bueno será incidir en el titular del pasado número 17 (julio-agosto-septiembre 1991) de esta Revista para que nadie pueda acusar falta de visión o ceguera por parte de esta publicación del Colegio Oficial de Sevilla. De ahí que deban ser muy tenidas en cuenta las afirmaciones del Consejero de Salud, al hilo de su debut parlamentario, en el sentido de considerar el Informe Abril como auténtico banco de pruebas porque dijo Sr. García Arboleya es decisivo estar de acuerdo con el 90 por 100 de sus recomendaciones, con la excepción «de la implantación del ticket moderador y con que los pensionistas tengan que pagar» el abono de sus medicinas. Pero, eso sí, todo lo demás es asumido por el sucesor del Sr. Griñán al frente de la Consejería de Salud reiterando que se trata de una política ciento por ciento continuista como no podía ser menos tratándose de quien fuera el más directo colaborador de D. José Antonio Griñán en las tareas de Gobierno de nuestra Comunidad. Gestión, gestión y gestión parecer ser el nuevo Norte por donde va a guiarse el futuro de nuestros recursos destinados a Sanidad «Queremos que el SAS sólo se ocupe de curar a la gente, de gestionar los recursos sanitarios», en palabras textuales del Consejero. Quien añadió—y ahí está nuestro brazo levantado desde ahora mismo— que la futura configuración del SAS permitirá la participación de los profesionales en los planteamientos y beneficios de la empresa pública: «Se trata —concluyente el Sr. Arboleya— de premiar y motivar a los que más trabajan en esta empresa, que es suya y de todos».

Y en esa estamos: el futuro de la sanidad de Andalucía acaba de abrirse con el anuncio, en el mismísimo Parlamento, de una conversión en Empresa Pública al Servicio Andaluz de Salud. Ello comportará que el inmediato futuro, que está a la vuelta, al profesional, de Enfermería se le van a plantear una serie de interrogantes en relación a su actual status laboral donde no van a valer ceguerras, miopías ni falsas interpretaciones. En esa labor estamos y estaremos para, cuando llegue el instante, cumplir mejor. De momento, quédense los ATS/DE sevillanos con el mensaje: el «Informe Abril» se ha puesto a andar en Andalucía y volvemos a recabar toda la atención de los miles de profesionales que trabajan en esta provincia. Para evitar así, lamentaciones posteriores.



EDITA:

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

HYGIA

DIRECTOR:

José M^º Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Franciscano 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:

DIRECTGRAF, S.L. (Sevilla)

©

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

FOTOCOMPOSICION

FOTOTEC, S.L. (Sevilla)

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

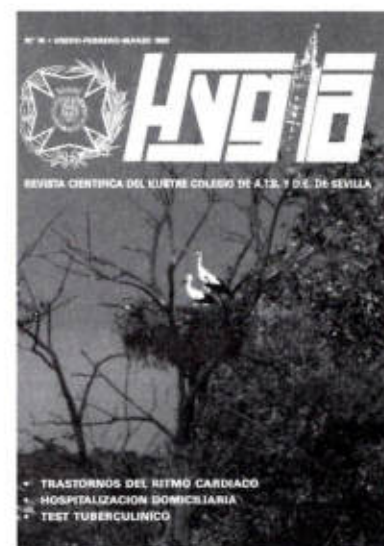
Sumario

— EDITORIAL	3
— TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO	5
— INFLUENCIA HUMANISTICA EN LA ASISTENCIA INTEGRAL ...	10
— GRANDES DE ENFERMERIA: AGUSTIN SALUMBRINO	12
— ATENCION INMEDIATA AL PACIENTE QUEMADO	15
— HOSPITALIZACION DOMICILIARIA: UNA OPORTUNIDAD DE DESARROLLO PARA EL A.T.S. ANALISIS DE LA ACTUACION DE ENFERMERIA	20
— CONCURSO FOTOGRAFICO Nº 19	24
— ACTUACION DE ENFERMERIA EN UN NIÑO CON POLIOMATOSIS	26
— TEST TUBERCULINICO	31
— PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1913: C. ROBERT RICHET	36
— ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE LA HEMORRAGIA	37
— NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS	42

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

ENERO
FEBRERO
MARZO

19



Autor: D^a. M^a Dolores Ríos Parrilla
Título: Llega la primavera

FE DE ERRATAS

En la última edición de HYGIA, número 18, y en el cuadernillo central donde se recopilaba la totalidad de «Trabajos publicados», en el apartado Area Materno Infantil, la autora del denominado «Apoyo Psicológico a la gestante» es María Sampere Llanos y no como quedó entonces publicado.

RECONOCIMIENTO GRAFICO DE LOS TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO: UNA AYUDA EFICAZ AL PACIENTE

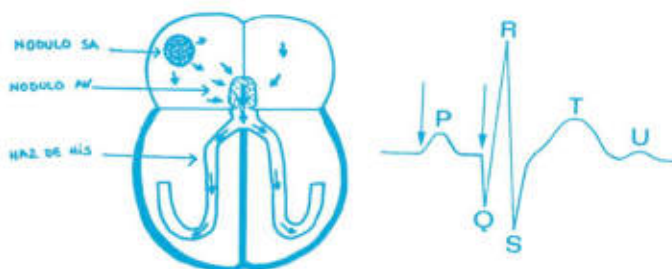
Autor: **D^a. Josefa Parrilla Saldaña, D.E.**
Hospital Universitario de Valme

TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO

En condiciones normales cada ciclo cardíaco se inicia con una descarga que parte desde el nódulo sinusal, que se encuentra situado en la desembocadura de la vena cava superior, en la pared de la aurícula derecha.

El impulso activador se propaga a través del músculo de ambas aurículas, originando su contracción o produciendo una reflexión en la línea base (isoeletrica) del electrocardiograma.

Los impulsos llegan al nódulo aurículo-ventricular, que es la única vía de comunicación entre las aurículas y los ventrículos. Aquí se produce el retraso, (para evitar que coincidan la contracción auricular con la ventricular) y puesto que no hay ningún músculo activado, el electrocardiograma vuelve a la línea de base durante un corto espacio de tiempo. Finalmente el impulso activador sale del nódulo aurículo ventricular y entra en el haz de His y sus ramas principales, distribuyéndose estas en múltiples ramas pequeñas que constituyen el sistema de Purkinje, las cuales a su vez conectan con las fibras musculares produciéndose la contracción ventricular. La excitación eléctrica de los ventrículos produce un complejo de espigas afiladas, seguido por la onda de recuperación, que es ancha y redondeada.



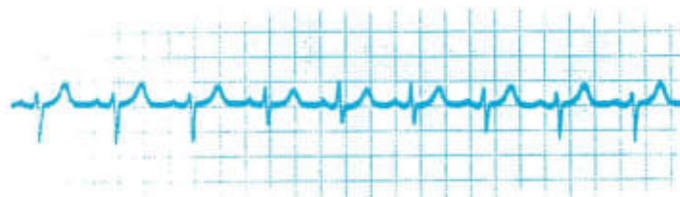
Ritmo sinusal (o ritmo normal)

Se trata de una sucesión rítmica de ondas P seguidas todas ellas de complejas QRS con un intervalo PQ o PR menor de 0,20 seg. El intervalo PR es normal y no se altera entre latido y latido.

En el ritmo sinusal todos los complejos QRS son iguales en una derivación dada.

Y no son anchos a no ser que exista una conducción ventricular aberrante (ej. bloqueo de rama). El intervalo PR es normal y no se altera entre latido y latido.

La frecuencia cardíaca oscila entre 70 y 110 x' puede variar con el movimiento, dolor, emoción...



Trastornos del ritmo cardíaco

Arritmia es una alteración del ritmo cardíaco normal, producida por cualquier anomalía en la formación o en la conducción del estímulo eléctrico, o por la asociación de ambos.

* Mecanismo de la arritmia.

Dos fundamentales:

— Alteraciones del automatismo.

— Alteraciones de la conducción del estímulo eléctrico.

* Arritmias que se caracterizan por un ritmo cardíaco lento.

Bradicardia sinusal

Es el ritmo resultante de una lenta frecuencia del impulso del marcapaso sinusal.

— Frecuencia de 60 latidos x'

— Complejo QRS normal.

— A veces rachas con retraso en la conducción A.V. condicionando un bloqueo A.V. de 1º grado.

Causa fundamental: Administración de digital y bloqueantes.

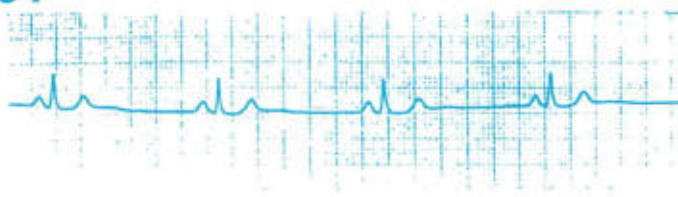
Situación absolutamente fisiológica caso atletas.

No tratamiento específico.

Actuar según causa.

Si hay compromiso hemodinámico (IAM) bajo gasto cardíaco, tratar con atropina.

64



Bloqueo cardíaco

Lo podemos definir como un retraso o interrupción en la conducción del impulso. Trastornos que puede ocurrir en cualquiera de los siguientes niveles:

— unión sino-auricular, originando bloqueo sino-auricular

— unión aurículo-ventricular, entendiéndose como tal el nódulo aurículo-ventricular y el haz de His.

(La localización exacta del sitio del bloqueo requiere estudios electrofisiológicos complejos).

* Bloqueo A.V. de 1º grado.

Es un simple retraso en la conducción a través de los tejidos, de la unión AV y es debido a un aumento del período refractario parcial de estos tejidos.

Características:

- Intervalo Pr prolongado.
- Onda P seguida de complejo QRS con intervalo que excede 0,20 seg.
- Causa: administración de Digital y bloqueantes.
- No requiere tratamiento.
- Vigilancia periódica.



BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE PRIMER GRADO

* Bloqueo A.V. de 2º grado.

Interrupción intermitente de la conducción de los impulsos supraventriculares a los ventrículos. Puede localizarse también en el propio nódulo AV o en el haz de His.

Características:

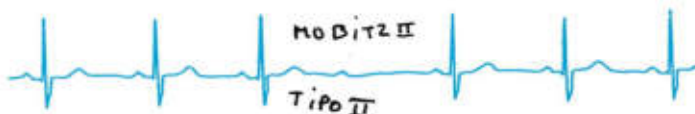
- Onda P no seguida de complejo QRS.
 - Varias ondas P seguidas.
 - Más ondas P que complejos QRS.
- Existen dos tipos:
Tipo I o fenómeno WENCKEBACH



BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR DE SEGUNDO GRADO (WENCKEBACH)

Características:

- PR prolongados hasta que una de las P ya no conducen.
- Acortamiento RR
- * no tratamiento
- * vigilancia



* Bloqueo A.V. 2º grado tipo II

Características:

- PR fijo.

— P no conduce cada dos, tres...

tipo 2:1 3:1

— Vigilancia.

— Subsidiario de marcapaso.



DISOCIACION AURICULOVENTRICULAR POR BLOQUEO AV COMPLETO

* Bloqueo A.V. 3º grado o completo.

— Completo interrupción de la conducción en los tejidos de la unión A.V.

— Todos los impulsos se bloquean.

— Se producen dos centros marcapasos que gobiernan el ritmo cardíaco, uno en las aurículas, otro en los ventrículos... Por tanto:

— Disociación A.V. las P asociadas y no se relacionan con los QRS.

— Ritmo asincrónico e independiente.

— Frecuencia ventricular 40 x'

Causas:

Enfermedad degenerativa del sist. de conducción. Afección crónica cirugía cardíaca. Cardiop. congénita adm. de digital.

Tratamiento:

Urgente: Perfusión de aleudrina. Implantación de marcapaso.

RITMOS RAPIDOS O ACTIVOS

Puntualizaremos que la única forma de acercarnos a una arritmia del tipo que sea es con un E.G. completo y analizando la repercusión hemodinámica que pueda conllevar tal arritmia.

Arritmias supraventriculares:

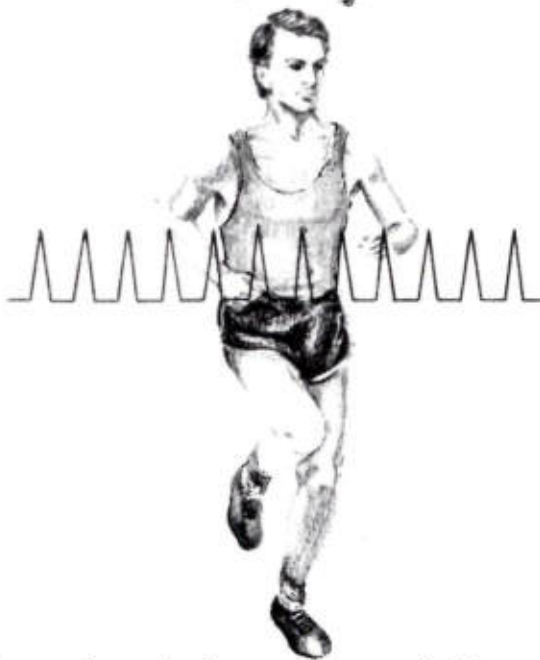
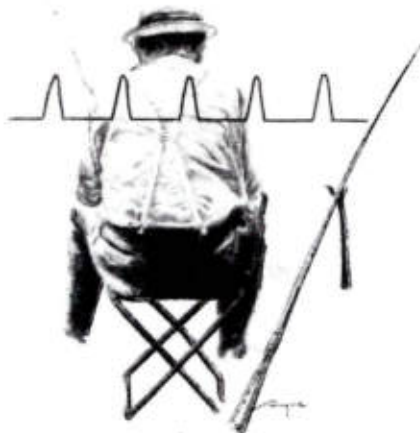
En principio sólo excepcionalmente pueden provocar una fibrilación ventricular, sin embargo pueden colocar al enfermo en una situación de fallo hemodinámico severo fundamentalmente en relación con la frecuencia cardíaca alcanzada. Podemos decir que su peligrosidad depende de la repercusión hemodinámica que provoque la frecuencia cardíaca.

Se caracterizan estas arritmias porque los QRS son iguales a los del ritmo sinusal y habitualmente menores de 0,12 MSEG., además si analizamos detenidamente los registros, siempre se encontrará relación entre las ondas P y los complejos QRS, excepto en raros casos de bloqueo suprahisiano y ritmos rápidos de la unión AV, pero aún en estos la morfología del QRS deberá ser estrecha e igual al del ritmo sinusal.

— Extrasístoles.

— Taquicardia. Flutter. Fibrilación.

Extrasístoles: Complejos aislados. No más de tres se-



El corazón va lento en reposo y rápido con el esfuerzo

guiados que se adelantan al ritmo basal. Es decir: el acoplamiento o distancia entre el QRS del ritmo de base y el del extrasístole R'R', es menor que la distancia de dos QRS sucesivos del ritmo basal (RR).

Clasificación:

a) Extrasístoles auriculares.

Características:

— Onda P distinta de la sinusal antes del QRS.

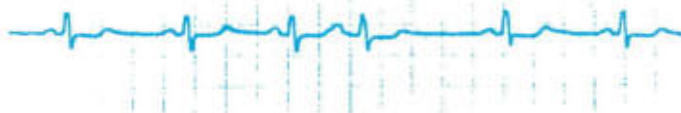
Los más típicos son:

• Extrasístoles auriculares bajos con P negativa en DII, DIII y AVF.

• Extrasístoles auriculares izquierdo P negativa en V6 DI.

b) Extrasístoles de la unión A.V.

— Ondas P, pueden no verse.



- Detectarse antes o después del QRS.
- PR o RP menores o iguales a 0,10 m. seg.

Taquicardia supra ventricular

Engloba la taquicardia auricular y la de la unión AV. con frecuencia, son difíciles de distinguir.

Características:

- Ritmo de alta frecuencia (120-280 x').
- Habitualmente algún grado de bloqueo A.V.
- QRS estrecho.
- Relación entre ondas P y los QRS.

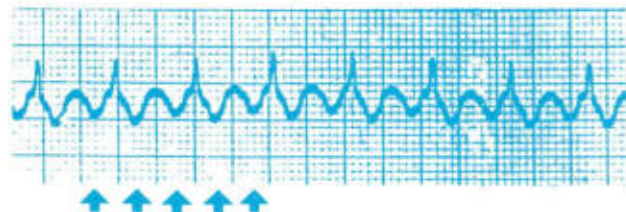


Flutter auricular

Se diagnostica por la aparición de onda F. o dientes de sierra.

Características:

- Onda F.
- QRS estrecho.
- Conducción 2:1 3:1 (cada 2,3 impulsos que llegan a la unión AV sólo pasa 1).



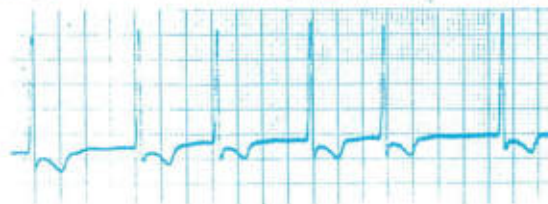
Fibrilación auricular

La actividad regular del módulo sinusal cesa y la aurícula no se contrae, por tanto la sangre llena pasivamente los ventrículos durante la diástole.

— Contracción incoordinada.

— Ondas F. de fibrilación (ondulaciones sin morfología claramente establecida) entre los QRS.

— Total arritmicidad entre los RR.



Arritmia sinusal

Existen cambios evidentes en la frecuencia, pero siempre en ritmo sinusal. Es de origen vagal. No suele implicar patología.



Arritmias ventriculares

Cualquiera de ellas puede generar en F.V. Por tanto, es fundamental su reconocimiento y control.

Características:

- QRS 0,12 msg.
- Latidos de fusión (coincidir estímulo propagado desde la aurícula con el originado en ventrículo) dando origen QRS intermedios entre supra ventricular basal y el de origen ventricular.
- Ausencia de relación entre los latidos ventriculares y auriculares.

- Las podemos clasificar en:
 - Extrasístoles.
 - Taquicardia, Flutter, Fibrilación.

Clasificación:

- Extrasístoles.
- Taquicardia. Flutter. Fibrilación.

Extrasístoles ventriculares

Son complejos aislados de origen ventricular adelantados sobre el ritmo basal.

- Pueden ser con pausa compen-sadora.
- Interpolados o sin P. compen-sadora.

Por su frecuencia:

- Bigeminados.
- Trigeminados.

Por su origen:

- Mono o isotópicos (proceden del mismo foco).
- Politópicos (distinto origen).

Lo realmente importante de los ext. ventriculares es que pueden ser premonitores de T.V. o F.V.

Para tipificar esta cualidad utilizaremos la clasificación de Lown.

- Grado 1. Ext. V. menos de 30 la hora.
- Grado 2. Ext. V. más de 30 la hora.
- Grado 3. Ext. V. Politópicos.
- Grado 4. a) Dobletes o dos Ext. V. seguidos.
- b) T.V. no sostenida:

Grado 5. Fenómeno R.T. (el ext. V. cae en la cúspide de la Ond. T. llamado período vulnerable por la facilidad de producir T.V.)

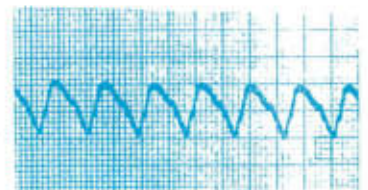
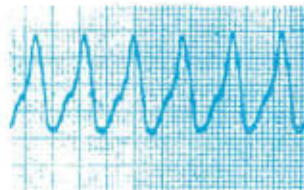
La presencia de los grados: 3, 4, 5 no obliga a un ttº profiláctico con antiarrítmicos y vigilancia estrecha a estos pacientes.

Taquicardia ventricular

Es una arritmia severa que obliga a ttº inmediato e implica máxima alerta por ser mal tolerada hemodinámicamente y el riesgo alto de degenerar en F.V.

Características:

- Arritmia de origen ventricular.
- Bastante rítmica.
- QRS anchos.
- Disociación A.V. y latidos de fusión.

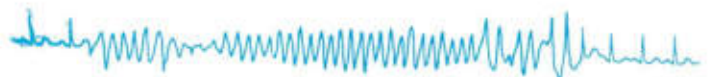


Puede ser sostenida si se interrumpe sólo con ttº, no sostenida si se autoelimina rápidamente.

— Si ocasiona deterioro hemodinámico franco, recurrir a la cardioversión.

T.V. multiforme. Durante la T.V. se observan cambios del eje eléctrico y variaciones del RR. La más típica es la Torsada de Pointe.

- Qt largo.
- Cambio de sentido del pico de QRS.
- Frecuencia entre 200 y 250 lat. x'.



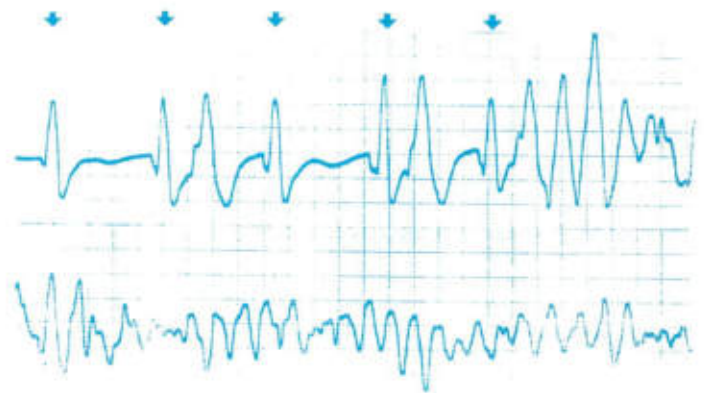
Riva o ritmo ideoventricular acelerado

Estrictamente no se le debe considerar T.V. ya que su frecuencia suele ser 100 x'.

También se llama T.V. lenta con frecuencia aparece en el curso del IAM en sus primeras horas.

Tiene mejor pronóstico que una T.V.

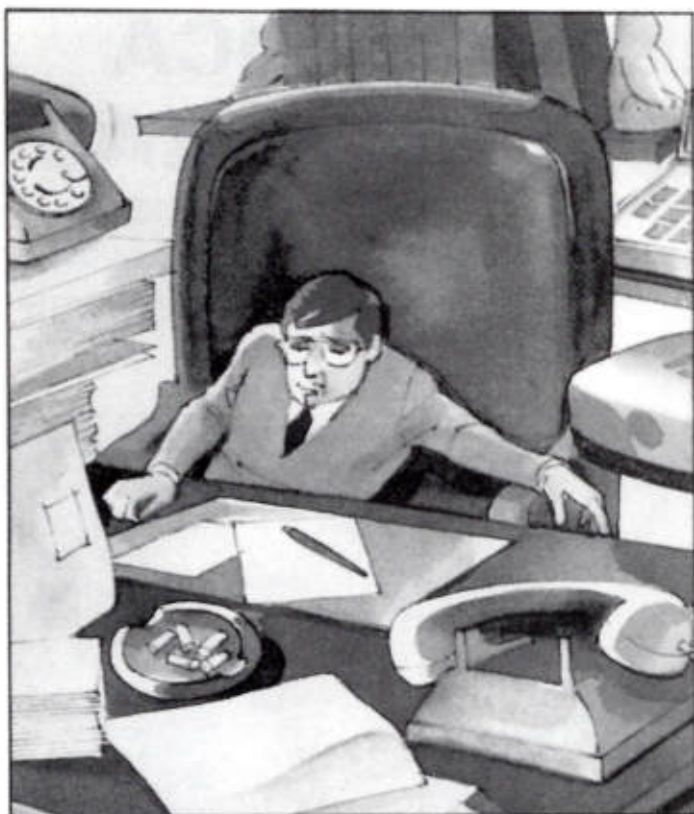
- QRS ancho.
- Ausencia de ondas P.



FLUTTER VENTRICULAR

Este término se aplica a la T.V. cuando la distinción entre QRS y T desaparece virtualmente, apareciendo un diente de sierra que recuerda a la onda de Flutter auricular. Se observa un alínea sinusoidal amplia continua. El F. ventricular generalmente degenera en F. ventricular.

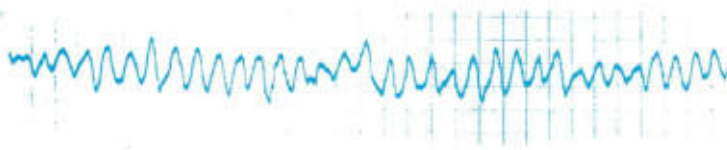




FIBRILACION VENTRICULAR

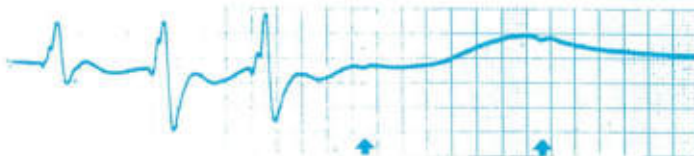
Desorganización absoluta del ritmo cardíaco, no permitiendo la identificación de ninguna onda estructura en el E.C.G.

La desfibrilación inmediata es vital.
Maniobras de R.C.P.



ASISTOLIA

La asistolia puede seguir a la F.V. o producirse sin previo aviso.



CONCLUSION

Actitud del A.T.S./D.U.E. ante las arritmias

1. Identificarlas.
 2. Registrarlas.
 3. Si compromiso severo de la vida del paciente. Tratarla.
- Medias básicas ante la aparición de arritmias.

1. Supraventriculares

Descartar: Hipoxemia.

- Acido rep. (Ojo destete res-pirador).
- Insuficiencia cardíaca (por distensión auricular se facilita la arritmia).

Los fármacos más utilizados son:

- Digital (Digoxina)
- Verapamil (Manidon)
- Amiodarona (Trangorex)

2. Ventriculares

- Descartar causa mecánica (por catéter central).
 - Descartar hipopotasemia.
 - Si hay extrasistolia V. con criterios de peligrosidad.
 - Utilizar Lidocaina bolo 75-100 mg. I.V. lento.
 - Ante T.V. tener siempre preparado el desfibrilador.
- Tt^o de las arritmias: 3 formas de abordarlo:

- * Antiarrítmicos
- * Maniobras electrofisiológicas
- * Choques eléctricos desfibrilación cardioversión

BIBLIOGRAFIA

- Atlas de arritmias.
Neville Conway.
Edic. Consulta.
- Arritmias Cardíacas.
Knoll Farmacéutica Company.
- The practice of cardiology.
Little Brown and Co.

INFLUENCIA HUMANISTICA EN LA ASISTENCIA INTEGRAL

Autora: **D^a Francisca Cervantes Fuentes, D.E.**

Hospital Universitario «Virgen Macarena» de Sevilla

El humanismo es un movimiento doctrinal que surge cuando el hombre renacentista, después de un dilatado periodo que conocemos como Edad Media, en que sólo centra sus estudios y conocimientos en Dios, se da cuenta que este Teocentrismo limita su necesidad de investigar otras materias ya aportadas por el mundo antiguo o clásico y descubre lo apasionante que puede resultar conocerse a sí mismo. Este Antropocentrismo emergente, que le sitúa como centro del universo, también le llevará a profundizar en el estudio de todas las ciencias humanas.

La concepción de aquella época, preocupada por una formación global en todas las ramas de la ciencia, constituye en sí una versión radicalmente opuesta al concepto de especialización actual.

Tampoco se puede negar lo evidente, y es cierto que el progreso exige especialización, pero entendemos que dicha especialización se ha convertido en una obsesión, acompañada de ciertas connotaciones que nada tienen que ver con el interés que el humanismo presta al hombre, y olvidando esa explicación tan rica que nuestro diccionario hace del concepto humanidad, al que describe como sinónimo de sensibilidad, compasión ante la desgracia ajena, mansedumbre, afabilidad...

Es lamentable, pero no parece que el excesivo interés imperante por la especialización se caracterice por ninguna de estas notas de sensible y/o afable que significa ser humanitario.

No obstante, un número considerable de profesionales de la sanidad sienten una seria inquietud ante estos hechos, que por otra parte obstaculizan una atención integral al enfermo, al que contempla, al igual que el humanismo, como un todo inseparable e importante.



El eje central del humanismo, se basa en el conocimiento y estudio de Dios.

De esta forma, la medicina humanística en su concepción primaria no es otra cosa que la antesala de nuestra actual inquietud por una atención integral que parte de que el hombre es una unidad bio-psico-social y espiritual que precisa respuestas ante las demandas que surgen de esta unidad.

Sin embargo, hoy la asistencia sanitaria parece estar más deshumanizada que nunca, posiblemente sea debido a que está inmersa en una sociedad también deshumanizada y consumista, que olvidando otros valores, parece no tener más objetivos que el placer, el dinero, el poder, el éxito, etc., que por otra parte pueden ser impuestos.

El materialismo parece haberse impuesto a lo humano, olvidando la riqueza interior y la necesidad de transcendencia del hombre, al que priva de una serie de posibilidades que

coadyuvan su felicidad en el más amplio sentido de la palabra.

Lógicamente, este proceso ha influido de forma importante en la asistencia sanitaria y desencadena una serie de factores negativos que con demasiada frecuencia nos lleva a olvidar las necesidades bio-psico-sociales que todo ser humano tiene en situaciones favorables y que se agudizan ante la situación de enfermedad, que de alguna manera genera angustia en el ser humano.

Si a esta situación amenazadora que es la enfermedad se le asocia la de hospitalización, con la separación del medio habitual, familiares... no parece difícil imaginar «pero tristemente se olvida con demasiada frecuencia» el grado de adversidad y angustia que puede interferir en la recuperación del enfermo.

Por ello no podemos olvidar, como



La asistencia sanitaria en los grandes hospitales debería estar orientada a la persona de una forma integral, y una atención mas humanizadora.

atención integral de que se trata, una serie de factores negativos que pueden desencadenarse ante esta situación de adversidad anteriormente mencionada, y que pueden ser de dos tipos:

1) INTRINSECOS

- Fuerte depresividad, angustia, desesperanza, impaciencia.
- Incompetencia personal para asumir la realidad.
- Sensación de marginación, con reacciones violentas.
- Desconfianza ante el sistema, con entorpecimiento de la labor profesional.

2) EXTRINSECOS

- Tratamiento colectivizado propio de centros hospitalarios con la consiguiente masificación.
- Olvido del derecho del enfermo como persona.
- Barrera de comunicación intelectual y afectiva.
- Falta de coordinación interactiva.
- Rutinización del trabajo y rotación del personal sanitario.

- Limitaciones del trabajo social.
- Impacto del entorno (escasa conciencia social).

PERFILES HUMANISTICOS

Inicialmente no existe estrategia preconcebida en el trato preliminar. No hay un método o molde para el «modus operandi».

Se podría decir que el método o sistema es la antítesis del tratamiento despersonalizado, y en la personalización que se persigue, es más importante «nuestro ser» con el enfermo, que «nuestro hacer» por el enfermo.

La asistencia sanitaria deberá estar orientada a la persona en sí, no exclusivamente a la necesidad o problema patológico de esa persona, y realizarla de forma activa y permanente; en una palabra: una atención humanizadora que destine esa actitud pasiva tan frecuente que supone el simple «cumplir con mi trabajo». Es una atención que va más allá de la cortesía que se puede encontrar en un hotel y que implica una postura activa, solidaria y comprometida.

Pero no sólo el profesional sanitario es parte integrante de ese proceso, también la colaboración de la familia es de un inestimable valor, sobre todo en enfermos con limitaciones físicas, psíquicas o determinadas por la edad (niños y ancianos).

Estas consideraciones nos llevan inevitablemente a la conclusión de que este proceso sólo puede llevarse a cabo a través del trabajo en equipo, en el que no hay que olvidar que todos los miembros son igualmente importantes y que si alguno de ellos falla, se pone en peligro la aplicación de una atención integral.

Dentro de este trabajo en equipo, el único miembro que es más importante es el propio enfermo.

Por consiguiente, este análisis no puede llevarnos a otra conclusión que el compromiso por parte de los profesionales de la salud de aportar en su asistencia dosis adecuadas de:

- Información, reduciendo su incertidumbre, dudas...
- Esperanza, fortaleciendo su moral, evitándole sensaciones de causa perdida, etc....
- Confianza, para luchar por su curación eliminando la idea de impotencia.
- Receptividad.

— Comunicación. Es la base de toda relación humana y favorece la comprensión y la solidaridad, y por tanto, facilita el bien hacer del profesional empeñado y comprometido en ello.

BIBLIOGRAFIA

- Bernal Hacing: *Moral y Medicina*. Edit. Colección Eas. 1977, Madrid.
- Francisco de Llanos: *Humanización y deshumanización de la existencia sanitaria. Análisis de la realidad*. Ponencia Jornadas Interprofesionales Hospital «Virgen Macarena». Sevilla, diciembre 1990.
- Rosario Martínez: *Humanización y deshumanización desde el punto de vista del trabajo social*. Ponencia Jornadas Inter-Profesionales Hospital «Virgen Macarena». Diciembre 1980, Sevilla.

GRANDES DE ENFERMERIA

AGUSTIN SALUMBRINO

Autores: **D. Gregorio Martínez Morán, D.E.**
Hospital Universitario
«Virgen Macarena» de Sevilla



«El cargo de enfermero constituye una profesión digna y ennoblecida por una instrucción sólida y una educación distinguida».

Francisco Saurina y Serra, 1894

Cuando las simetrías ya no fascinaban y la guerra más que un entretenimiento de los soberanos era la previsión para dilatar las marcas fronterizas o establecer nuevos es-

tados, dos visiones contradictorias cohabitaban: la primera, una Europa demasiado apegada a la caduca Edad Media con penuria tecnológica, peso rural, desaparición de ciudades, inmovilismo, saqueos, conflictos religiosos y enfermedad mantenida en situación endémica con brotes epidémicos, sobre todo estivales; la segunda, una Europa heredera del crepúsculo feudalista, tutelada por el Imperio español incorporaba a su quehacer festividades y celebraciones «la alegría del vivir» que interrumpían las labores agrícolas pero para nada estorbaban la revolución comercial y monetaria en ciudades esplendorosas y únicas como Sevilla por su monopolio e inicio del eje distributivo de productos y ultramarinos «Sevilla-Cádiz-Medina del Campo-Bilbao-Amberes», Lyon por su dedicación al trueque, custodia de depósitos, cartas de pago y préstamos, y Florencia por sus pingües operaciones comerciales lucrativas, dentro de una sociedad estamental de monarquía absoluta que contemplaba la difusión de las tendencias intelectuales y filosóficas para el desarrollo de las cualidades esenciales del ser racional, es decir, «el humanismo», término este acuñado en 1808 por el educador F. J. Niethammer.

Mientras, y coincidiendo con la muerte del teocentrista Jean Cauvin, llamado Calvino, en el lado desafortunado o del «furor» el año 1564 en un hogar honrado y de condición humilde de Flori, ciudad de Rumania, nace Agustín Salumbrino. Tras perder a su madre, siendo aún niño, es inducido por su padre al provechoso estudio del sacerdocio. A pesar de la nueva disposición colectiva católica después del concilio ecuménico de Trento y la fermentación religiosa, abandonó esta dedicación para ocu-

parse, ya muerto su padre y con diecisiete años, de servir como criado en el palacio del conde romano Alejandro Aurelio Manser, ya que habilidad, razón e ingenio no le faltaban. Comprendido en el decreto de condena a muerte por el asesinato de un sobrino del papa reformador del calendario juliano, Gregorio XIII, atribuido a su señor, del cual ya era válido, según sus émulo, ambos son reducidos a estrecha prisión, sufriendo con resignación los rigores propios y ajenos. Agustín, aparte de cuidar y conformar a su noble caballero, asiste con la misma solicitud a los muchos dolientes de esta muerte parcial y humilde sin recibir estipendio a cambio alguno. Detrás de los medios de impugnación tramitados los jueces son convencidos de la inocencia y virtud del conde y su válido, revocando la sentencia.

Ya libre y conocida la inconstancia de las cosas terrenas resuelve fuera de la prianza aristocrática aprender el oficio de enfermero, por lo que busca afanadamente la necesaria instrucción, los métodos de aplicar los remedios y las advertencias, relacionándose con enfermeros, comadres de parir, tablajeros, hospitaleras, médicos, madres enfermeras, barberos, sangradores, cirujanos y esos capellanes presbíteros que las constituciones del rey Felipe II mandaban emplear en los hospitales, muchos de este variopinto grupo «sanador, venidos a Roma para asistir a la Asamblea General de Hospitales de 1587 convocada por los Hermanos de San Juan de Dios.

En 1588, observado el juicio sensato, las costumbres y el interés por los asuntos sociales, no consigue ser capuchino a pesar de las exhortaciones de Félix Porri, es decir, San Félix de Cantalicio, pero sí recibido como aspirante por la Compañía de Jesús en la casa de Roma, siendo el prepósito general vitalicio Aquaviva. Después de un primer noviciado de dos años y emitir votos, en 1591, año de la muerte en Ubeda del místico escritor, paradigma de una forma inclasificable de ser, y antes enfermero San Juan de la Cruz, le confían el fútil encargo de oficiar de enfermero en el Milanésado, ducado vulnerable a la penetración protestantista perteneciente a la corona española de gran importancia política, económica y militar que contaba

dentro de su estructura administrativa el denominado «Tribunal de Sanidad» estimulado a raíz de la devastadora peste de 1576. En contra de considerar, era lo habitual entre legos y clérigos, el oficio como una pensión dada y aceptada al suponer fidelidad, Salumbrino quizás desempolvando el vínculo de amistad con el extinto arzobispo de Milán San Carlos Borromeo, recaba nueva erudición celada aprovechando el ajetreo cultural de las inacabables jornadas preparativas para la futura instalación en Milán de la Biblioteca Ambrosiana.

Por la afición y la creciente demanda de sustancias medicinales preparadas, mejora sus conocimientos

de farmacopea, entendiendo las tareas ejercitadas en las «oficinas de drogas», en muchas ocasiones no regentadas por boticarios o especieros aprobados, sino por médicos y religiosos, porque hasta que el rey Felipe IV no promulgó la Real Cédula de 1650 no se consideró a la farmacia «arte científica» exenta de las imposiciones de los oficios mecánicos. Teniendo a mano botes y demás peltrechos del casco de botica prepara con la certidumbre de ser buenos y conformes medicinas, bebidas y ungüentos «necesarios de compás» por recetas de médicos a todos los pacientes cuidados por él, tal ocurrió con el santo novicio jesuita Luis Gonzaga, «acometido de calen-



«Enfermo con UTA». Alfarería mochica

turas lipirias» al llegar procedente de Roma a componer unos pleitos con debilidad y maltratado cuerpo.

Más tarde la admirable prestación de cuidados, la vasta formación, la sencillez y las variadas instancias a la superioridad, condujeron al hermano Agustín Salumbrino al traslado a la Ciudad Eterna para seguir de enfermero, donde ávido de aprender, mediante su amigo Luis Gonzaga comunica con San Felipe Neri, «el apóstol romano» fundador de los oratorianos, conocido por la caridad con los indigentes, enfermos y peregrinos, logrando además adentrarse en la situación real de los grupos, partidos y cuarteles o barrios marginados del poder y dedicarse «ad maiorem Dei gloriam» ya que existían personas capaces de notar la pérdida de la ilusión, el amor y la esperanza, negándose a prescindir de unos conceptos de estimación incómodos casi siempre.

Porque es el azar quien señala, el procurador jesuita de la provincia del Perú Diego de Torres cae enfermo de gravedad en Roma, por la violencia del mal que hacía desmayar y apurar sus fuerzas, desconfiando de la curación, fue necesario ponerle al cuidado y remedio de este alentador enfermero, el cual, haciendo caso omiso de lo preconizado por Hipócrates de «huir pronto y lejos y regresar tarde», sin separarse día a día «asistióle con ayre de seguridad, conduciendo con agilidad y maña el alivio y acomodo, dando a entender al enfermo la confianza». Cuando el procurador se restablece, mediante sus asistentes, decide llevarse a «su enfermero» incorporándole al grupo formado por gente escogida, embarcando en un galeón «Agustín partió al Perú con grande paz y tranquilidad, siendo voluntariamente cámara en el pañol de las jarcias de la bodega hace toda la penosa y larga travesía ayudando allí mismo al cirujano-sangrador y barberos a cuidar a los tripulantes y pasajeros enfermos de mefitismo (variación del aire, especialmente por el hidrógeno sulfurado que lo hace irrespirable), el mal de mar (fatiga, vómitos, despeños, basca, hemorragias) y los apaleados disciplinarios. Una vez en Lima en su definitivo destino de enfermero en una sociedad sugestiva y hacedora con obsesionados por la búsqueda de metales preciosos, ya

fueran omnipotentes aristócratas, adinerados tripones, religiosos fastuosos, funcionarios apáticos, soldadesca de fortuna, criados felones, mitayos tronizados o esclavos reales o particulares, le esperan con curiosidad primeramente un colegio de obligada pobreza de ciento cincuenta personas con descuidada enfermería de hombres y después, la creencia de los nativos de que el pecado era la causa de las enfermedades que ellos padecían, a saber: uta (leishmaniasis cutaneomucosa), flujo de la primavera (hidropesía), jadeo continuo (asma), enfermedad ardiente (tuberculosis), plagas de los nobles y de las mujeres (sífilis), hinchazón de sangre (terrible verruga peruana), variolas (viruela), tifo (fiebre tifoidea), etc., que sacerdotes incas diagnosticaban según la posición de las hojas de coca tiradas al suelo y trataban chupando el cuerpo del enfermo o bien frotándolo con sangre animal o humana y ungüentos salidos de la «farmacología de cloacas» hechos a base de excremento de distintos animales, orina humana y heces fecales infantiles, repulsivo barbarismo originario de Egipto apreciado en el medievo, en el contexto de los sacrificios, los ritos mágicos y los exorcismos. Hurtando horas al flaco descanso posiciona, orienta y divide las enfermerías siguiendo la ventilación, la temperatura, la luz y la limpieza, anulando los encasillamientos sociales y ofrece a la comunidad asignada otras alternativas sanitarias racionales, para ello contacta con los hampicamayoc o sircac (poseedores de la medicina y cirujanos) de quienes los cronistas españoles del siglo XVI decían que no se necesitaban médicos españoles pues éstos poseían curas y drogas más potentes, y los colla huayu (boticarios itinerantes) acopiadores de medicinas minerales, plantas secas y purgantes.

Asumiendo la inacabable y difícil función de enfermería en blancos, mestizos, indios, negros y zambos de cualquier edad, sexo y posición económica, social y religiosa, aporta sin rimbombancia al virreinato del Perú caridad, obediencia y trabajo, planes de enseñanza general, religiosa, y de farmacia, dietas, cuidados de enfermería vanguardistas, oficinas para los enfermos, disposición de enfermerías, viveros de plantas medi-

nales necesarias y configuración de botiquines con sustancias medicinales preparadas y utensilios.

El día 3 de agosto de 1642, año de la muerte del gran Galileo Galilei, a los setenta y ocho años de edad, cincuenta y cuatro de Compañía y cincuenta y dos de enfermería, fallece este excepcional enfermero, que vistiendo de pobre conoció a cuatro santos, reuniendo a través de su paso por la vida el patrimonio importante del saber para servir, estar incluido en el catálogo de los varones ilustres de la Compañía de Jesús en el siglo XIX y olvidado en el siglo XX.

«Aquí en la enfermería es en donde podréis desahogar vuestro espíritu.»

San Buenaventura, siglo XIII.

AGRADECIMIENTO

Por la orientación bibliográfica a son Alfonso Martínez Botello y a los padres jesuitas Maestre y Eduardo Moore.

BIBLIOGRAFIA

- Nieremberg, Juan Eusebio: Varones ilustres de la Compañía de Jesús. 1658.
- Saurina y Serra, Francisco Notas terapéuticas, o sea, instrucciones a los enfermeros. Barcelona. Librería de Montserrat. 1894.
- Jahn, G.H.C.: Del tratamiento homeopático de las enfermedades de las mujeres. Madrid. Carlos Bailly-Bailliere. 1862.
- Morineau, Michel Comercio y rutas. La civilización urbana. Historia Universal, VI. Barcelona. Salvat Editores, S.A., 1980.
- Thorwald, Jürgen: El Alba de la Medicina. Barcelona. Editorial Bruguera, S.A., 1968.
- González Escobar, José Luis: Medicina y sociedad en la Huelva de los siglos XVI-XIX. Huelva. Publicaciones del Colegio Universitario de la Rábida y la Caja Provincial de Ahorros de Huelva, 1983.

ATENCION INMEDIATA AL PACIENTE QUEMADO

Autor: **D. J. Manuel Mallen Márquez**
ATS/DE Unidad de Quemados
Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)



Quemadura producida por líquido caliente - (aceite). ESCALDADURA.

Desde el establecimiento de las Unidades de Quemados se generalizó la idea de que el mejor tratamiento era trasladar al accidentado con la mayor rapidez a la más próxima de ellas. Esta decisión, que puede ser acertada cuando la Unidad se encuentre cercana, suele traer graves consecuencias cuando se encuentre a distancia considerable. En este último caso, el traslado debe ser precedido de un tratamiento inicial, del cual dependerá incluso la supervivencia del paciente.

La atención al quemado debe comenzar en el mismo instante del accidente y debe seguir una:

METODOLOGIA DE ASISTENCIA POR PRIORIDADES

A. Primeros auxilios. Neutralizar el agente agresor (si todavía está actuando).

B. Valoración inicial

C. Criterios de selección para trasladar al paciente

D. Tratamiento inicial y traslado

A.- PRIMEROS AUXILIOS: NEUTRALIZAR EL AGENTE AGRESOR

1. Quemaduras por llama.

* Como primer y más importante objetivo está el APAGAR LAS LLAMAS lo antes posible. Para ello cualquier medio es lícito, pero lo ideal es acostar al accidentado y envolverlo con mantas o ropas. Si no hubiera nada de esto, se le deberá hacer rodar acostado lentamente sobre sí mismo. La arena no es muy aconsejable a no ser que no se disponga de otra cosa.

* La persona que se vea envuelta en llamas NO DEBE CORRER, porque con ello sólo consigue avivar aún más el fuego.

* TAMPOCO DEBE PERMANECER DE PIE, ya que además de favorecer las quemaduras de cara y cuello, puede inhalar humos y provocar lesiones pulmonares.

2. Quemaduras por líquidos calientes (escaldaduras).

* Retirar toda la ropa impregnada.

* Sumergir la zona afectada en agua fría.

3. Quemaduras eléctricas.

Son provocadas por el paso de la corriente eléctrica a través de los tejidos, y su gravedad dependerá de los factores de la corriente y de la resistencia que se encuentre el sujeto.

Cuando la corriente penetra en el organismo sigue el camino de menor resistencia, vasos sanguíneos y nervios. El paso de la corriente por los vasos sanguíneos va a causar degeneración de las paredes de los mismos, con formación abundante de trombos.

En descargas eléctricas de alto voltaje, el organismo recibe una gran cantidad de energía, cuyos efectos más apreciables son los puntos de entrada y salida de la corriente, donde la transformación de energía eléctrica en calórica, provoca placas cutáneas de aspecto blanco marmóreo, deprimidas y con bordes rojizos. Estas lesiones cutáneas suelen enmascarar lesiones importantes más profundas, como necrosis musculares y trombosis vasculares.

Si la resistencia de la piel es baja la corriente pasará más fácilmente por el organismo, pudiendo originar mayor número de alteraciones de índole general. Por tanto, cuanto mayor es la resistencia de la piel más intensa será la quemadura, y cuanto menor sea esa resistencia, mayores podrán ser los efectos generales.

El lugar de entrada de la corriente produce mayores lesiones que en la salida, pudiendo variar desde pequeñas zonas circulares, hasta grandes áreas carbonizadas.

Es frecuente la necesidad de practicar tratamiento quirúrgico de urgencia, consistente en ESCAROTOMIA, con el fin de evitar que las lesiones producidas por la electri-



Quemadura producida por llama.

dad no se vean incrementadas por las isquemias que provocan.

Las quemaduras eléctricas de alto voltaje, necesitan grandes volúmenes de líquidos parenterales durante las 48 horas postquemadura. También son las que provocan mayor número de amputaciones y lesiones nerviosas.

Lo más importante es **SEPARAR AL ACCIDENTADO DE LA RED**, para ello primeramente debemos **DESCONECTAR LA CORRIENTE**. Si esto no fuera posible, se deberá tomar todo tipo de **PRECAUCIONES EN CUANTO A NUESTRO AISLAMIENTO**, utilizando materiales aislantes o no conductores. Se pueden usar utensilios de madera, ropa o cuero (por ej. un cinturón sin hebilla metálica).

Las víctimas pueden presentar paradas cardiorrespiratorias, sobre todo cuando se ha sufrido una descarga de corriente alterna, que provoca con mayor frecuencia fibrilación ventricular.

Como normalmente las víctimas de estos accidentes son personas

que gozan de buena salud (trabajadores y niños de 12 a 15 años), tienen mayores probabilidades de responder a las maniobras de reanimación, por tanto, se debe efectuar una reanimación cardiovascular prolongada.

4. Quemaduras químicas.

Los agentes químicos fuertemente ácidos o básicos, al entrar en contacto con la piel producen también quemaduras. El medio laboral es en el que se producen mayor número de este tipo de quemaduras.

La característica fundamental de estos agentes es la capacidad de seguir profundizando las lesiones mientras no se neutralice su acción. La intensidad de las lesiones es directamente proporcional al tiempo de actuación, que será tanto más largo cuanto más se retrase la neutralización. El agua a chorro suele neutralizar la mayoría de los agentes químicos, y aquellos que no consigue neutralizarlos, por lo menos los diluye lo suficiente para evitar que las quemaduras sean excesivamente profundas.

El aspecto que ofrecen estas lesiones es muy variado, desde un simple eritema hasta la formación de una escama negra o parduzca.

a) Desvestir a la persona afectada, con el fin de evitar el contacto prolongado del agente con la piel.

b) Lavado con agua abundante durante 20 mi. Es preferible utilizar una ducha potente, con el fin de que pueda arrastrar los restos de sustancias que hayan podido quedar adheridas a la piel.

c) Asegurar unas vías aéreas permeables. Las quemaduras químicas de cara y cuello, pueden provocar un gran edema, sobre todo cuando los agentes han sido inhalados o ingeridos.

d) No es aconsejable aplicar neutralizantes.

B.- VALORACION INICIAL

Si trabajas en un Servicio de Urgencias o en un medio hospitalario, no debes trasladar inmediatamente al paciente quemado sin antes valorar su estado general y su gravedad. Para ello debemos comprobar:

1. Permeabilidad vías aéreas.

Esto implica, cuando sea preciso,



Quemadura química. La característica fundamental de estos agentes es la capacidad de seguir profundizando las lesiones mientras no se neutralice su acción

intubación endotraqueal y ventilación asistida.

2. Antecedentes del accidente.

Es importante conocer el mecanismo por el que se produjo el traumatismo, con el fin de descubrir posibles lesiones asociadas. ¿Fue accidente de tráfico? ¿Sufrió alguna caída? ¿Hubo alguna explosión? Debemos conocer las respuestas a estas preguntas.

3. Signos exteriores de inhalación de humos.

Signos de haber inhalado humos son quemaduras faciales, piel y mucosas chamuscadas, esputos negruzcos, etc. Todo esto es de vital importancia si tenemos en cuenta que las lesiones pulmonares por inhalación son las responsables del mayor número de fallecimientos durante los primeros días postaccidente.

4. Control de signos vitales.

El paciente quemado suele encontrarse taquipneico y con la TA normal o baja.

5. Retirar toda la ropa (que no hubiera sido ya retirada).

También se debe despojar al enfermo de anillos o pulseras que puedan comprimir.

6. Lavado de la herida.

Suelen utilizarse con mayor frecuencia las soluciones salinas o antisépticos diluidos.

7. Valoración de la gravedad.

Al paciente quemado se le valora su gravedad por dos parámetros principalmente:

- Extensión
- Profundidad

VALORACION DE LA EXTENSION

a) Adultos:

La superficie corporal afectada suele calcularse por la llamada regla de los nueves:

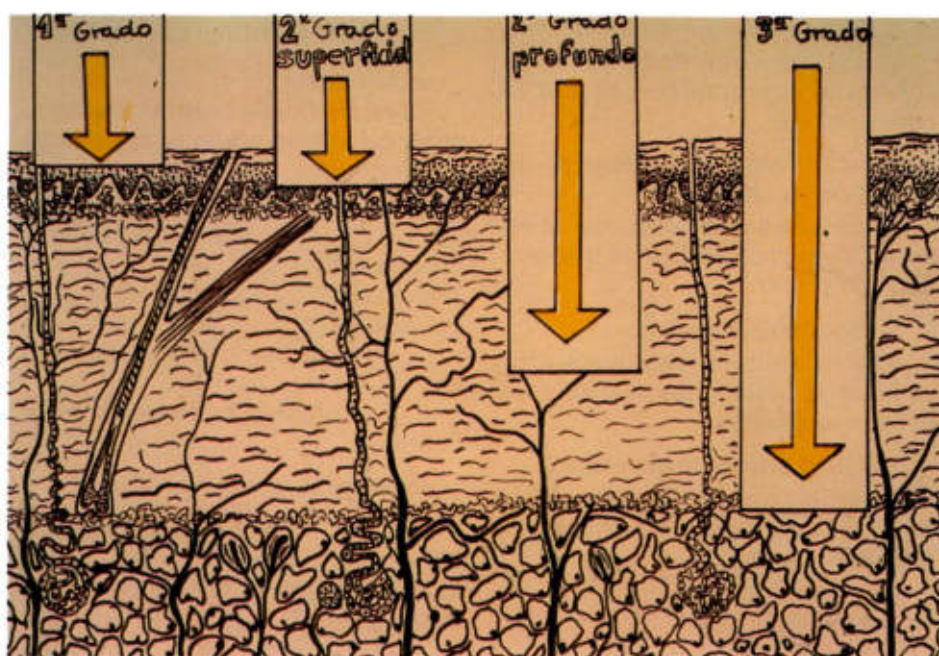
Cabeza y cuello	9%
(cabeza 6, cuello 2)	
Tronco ant.	18%
Tronco post.	18%
Ext. sup. (1)	9%
(brazo, antebrazo 3 y mano 2)	
Ext. inf. (1)	18%
(muslo 9, pierna 6 y pie 3)	
Perine	1%

b) Niños (menores de 10 años)

	R.N.	1 año	5 años	10 años
Cabeza	21%	19%	15%	13%
M.M.S.S.	18%	18%	18%	18%
M.M.I.I.	24%	26%	30%	32%
Tronco	36%	36%	36%	36%
Perine	1%	1%	1%	1%

Quemadura eléctrica de alto voltaje. Entrada de la corriente. Generalmente producen escamas blancas, deprimidas y con los bordes rojizos. Estas lesiones cutáneas enmascaran lesiones más importantes y profundas, como necrosis musculares y trombosis vasculares.





Clasificación de las quemaduras en cuanto a su profundidad.

VALORACION DE LA PROFUNDIDAD

Las quemaduras en cuanto a la profundidad se pueden clasificar:

1. Quemaduras de primer grado.
2. Quemaduras de segundo grado.
 - Superficial
 - Profundo
3. Quemaduras de tercer grado.

1. Quemaduras de primer grado.
 — Afectan sólo a la epidermis.
 — Existe dolor local.
 — Eritema.
 — Evolucionan favorablemente en 48 ó 72 horas.

— Para su tratamiento es suficiente con la aplicación de cualquier tipo de pomada hidrosoluble.

2.1. Quemaduras de segundo grado profundo.

— Afectan totalmente a la epidermis y a la dermis, pero permanecen ilesos los fondos de saco de los folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas, de donde se efectuará la regeneración epitelial.

— Son dolorosas, aunque menos que las anteriores.

— Tienen un aspecto rosado, pero moteado de blanco.

— Evolucionan favorablemente entre cuatro o seis semanas si no hay infección, dejando cicatrices hipertróficas. A veces, es necesario la aplicación de injertos.

2.2. Quemaduras de tercer grado.

— En ella se encuentran destruidas la epidermis, dermis y tejido subcutáneo.

— No son dolorosas.

— Para su duración es necesario la aplicación de injertos cuando la quemadura tenga más de tres centímetros de diámetro.

C.- CRITERIOS DE SELECCION PARA TRASLADO

Hospital Comarcal Unidad de Quemados

Adultos

Quem. < 25% de II Quem. > 25% de II

Quem. < 15% de III Quem. > 15% de III

Niños

Quem. < 10% de II Quem. > 10% de II

Quem. < 5% de III Quem. > 5% de III

Es aconsejable trasladar a los pacientes con quemaduras < al 5% de III, cuando sean circulares o se encuentren localizadas en áreas críticas como cara, cuello, manos, articulaciones, etc.

Las quemaduras químicas, las producidas por la electricidad y las que estén asociadas a lesiones pulmonares por inhalación, también deben ser remitidas al Centro de Quemados más cercano.



Quemadura de segundo grado superficial.



Quemadura de segundo grado profundo.

D.- TRATAMIENTO INICIAL Y TRASLADO DEL PACIENTE QUEMADO

Si se decide que el paciente reúne las condiciones para ser enviado a una Unidad de Quemados, se deben tener en cuenta una serie de normas:

1. Si el traslado va a durar más de una hora, colocar un CATETER IV DE GRAN CALIBRE (preferentemente central), en piel sana si es posible, y comenzar a reponer líquidos parenterales. Se utilizan con mayor frecuencia las soluciones de Ringer Lactato para adultos, y Glucosalino o Glucohiposalino en niños menores de siete años.
2. Colocar una SONTA VESICAL (tipo Foley) para controlar diuresis horaria.
3. Colocar S.N.G. en caso de vómitos.
4. Administrar Gammaglobulina antitetánica y Toxoide.
5. Llamar telefónicamente al lugar de destino e informar de la condicio-



Quemadura de tercer grado.

nes generales del paciente y de la hora aproximada de llegada.

6. Debe acompañar al enfermo una historia clínica lo más completa posible, con todos los datos de valoración, resultados de pruebas efectuadas, tratamiento medicamentoso iniciado y cantidad de líquidos perfundidos.

7. Durante el traslado han de controlarse:

- Permeabilidad vías aéreas.
- Oxigenación adecuada.
- Diuresis correcta.

La cantidad de orina excretada debe ser aproximadamente igual a:

1 / Kgr. de peso / hora.

8. No deben administrarse a grandes quemados alimentos, líquidos o medicamentos por vía oral. El paciente, por la acción del calor, sufre trastornos en la mucosa gástrica y son frecuentes los vómitos.

9. Tampoco deben administrarse medicamentos por vía IM. Toda la medicación o líquidos que se aporten al enfermo, deben ser por vía IV.

HOSPITALIZACION DOMICILIARIA: UNA OPORTUNIDAD DE DESARROLLO PROFESIONAL PLENO Y PARTICIPATIVO PARA EL A.T.S. ANALISIS DE LA ACTUACION DE ENFERMERIA

Autores: **José Antonio Santos Aceituno**

Francisco Alvarez Martín

Antonia Ternero Santiago

M^a Luz Alonso Guerrero

José Antonio Alvaro Barra

Rafael Rivas Benítez

*ATS/DE Unidad Hospitalización
Domiciliaria*

H.Univ. Virgen del Rocío. Sevilla



La hospitalización domiciliaria supone un marco idóneo para el desarrollo de la enfermería.

INTRODUCCION

La hospitalización a domicilio (H.D.) nace ante la evidencia de que la enfermedad no es para el hombre un hecho aislado, sino algo que en las diversas etapas de su vida forma parte de su entorno, por lo tanto, su evolución y curación debe acontecer sin separarle de su medio social y familiar.

Esta forma de atención se encamina casi su totalidad al seguimiento, cuidados, educación, adecuación, prevención, rehabilitación y apoyo psicológico del enfermo, así como a la reinserción a su medio y ejecución del tratamiento.

La H.D. constituye una opción asistencial que proporciona a todos

los colectivos profesionales que de alguna manera están implicados en ella (F.E.A.; enfermería, trabajadores sociales...) unas grandes posibilidades de ejercicio profesional pleno, al tiempo que exige una especial dedicación y entrega.

Centrándonos en nuestro estamento de enfermería, desgraciadamente carente en muchos casos de promoción y especialización profesional, en H.D. ofrece un marco idóneo para un desarrollo profesional integral y participativo en todos los órdenes (cuidados, adecuación, rehabilitación y apoyo psicológico al paciente) al tiempo que nos brinda una magnífica oportunidad de ejercicio con un importante grado de autonomía, engar-

zado en un equipo multidisciplinario (ampliar y perfeccionar conocimientos). Todo ello, muy distante, de la labor mecánica y rutinaria que desafortunadamente realizamos en la mayoría de los campos de cualquier nivel asistencial.

MATERIAL Y METODO

En el presente trabajo, pretendemos expresar en que consistió la participación de enfermería en el total de pacientes que controló la Unidad de H.D. de nuestro Hospital (V. del Rocío de Sevilla) desde su creación hace 6 años. Igualmente entraremos en el análisis detallado de las diferentes actuaciones realizadas en los enfermos desde el ingreso en la Unidad hasta su alta e integración en Atención Primaria:

1. Ingreso del paciente

Como condiciones o requisitos previos para que el paciente sea integrado en H.D. se precisa:

a) El paciente esté integrado y diagnosticado previamente en el Hospital.

b) El paciente debe haber superado la crisis de agudización que motivó su ingreso, o al menos encaminarse hacia la mejoría o estabilización aunque ésta aún no se hubiera producido.

c) Solicitud del Médico responsable del enfermo en el Hospital (mediante hoja de consulta).

d) Conformidad y aceptación por parte de enfermo y familiares de este

tipo de asistencia. Es importante que no exista el sentimiento de expulsión del hospital y por otro lado debe producirse la participación activa de enfermo y/o familia en los cuidados dado el importante grado de corresponsabilización que los mismos asumen.

En nuestro caso, consideramos indispensable para la aceptación del enfermo en la Unidad, la existencia de uniformidad en la triple valoración inicial (Médico, A.T.S., A. Social) que efectuamos en todos y cada uno de los enfermos que nos son consultados.

Concretamente enfermería, participa en la entrevista inicial que se lleva a cabo en la cabecera de la cama de la sala del hospital, con la elaboración de una HISTORIA DE ENFERMERIA, según modelo elaborado por nosotros, y en el que se detallan y especifican tanto los datos de una FICHA PERSONAL identificativa, datos biológicos, morfológicos básicos, así como el diagnóstico de enfermería. Se completa con la realización de la planificación de cuidados que en nuestra estimación el paciente requerirá durante el tiempo que dure nuestro seguimiento.

Al margen de estos datos, es de especial importancia, que desde un primer momento se fomente una confianza y acercamiento al paciente, al que por supuesto ha de darse una información exhaustiva.

Como resumen numérico hemos de decir que en la práctica totalidad de los enfermos controlados (2.735), elaboramos Historia de enfermería inicial,

participando activamente en su recepción.

2. Seguimiento y control de enfermos.

En el seguimiento de los pacientes (global de casi el 90%) hemos de distinguir según el grupo patológico en el que el mismo esté incluido. Así:

a) Pacientes médicos.

En este grupo, integrado por pacientes con patología médica respiratoria, cardiología, neurología, endocrinología, digestiva, hematología y urología básicamente, la participación total de ATS fue del 70%.

En el citado grupo, las actuaciones de modo coordinado con el facultativo, fueron básicamente:

- Realización de controles analíticos de todo tipo (analítica sangre, orina, realización de cultivos de muestras de diversos orígenes, BM. test...).
- Realización de E.K.G.
- Evolución de enfermos crónicos:
 - Bronquíticos crónicos
 - Cardiopatas crónicos
 - Cirróticos descompensados
 - Hipertensos
 - Diabéticos
- Maniobras diversas (terapéuticas)
 - Educación y fisioterapia respiratoria
 - Aspiración secreciones
 - Sondajes diversos
 - Cambio de cánulas O.R.L.
 - Cambio de bolsa en pacientes ostomizados
 - Movilización pasiva



El protocolo de curas, es fundamental para conseguir resultados positivos para todos

- Cambios posturales
- Paracentesis
- Sangrías

b) Pacientes quirúrgicos

En este grupo la participación de enfermería, por las características estructurales de la Unidad (cirujano general a tiempo parcial) es básica y predominante.

De modo que adquiere un protagonismo importante contribuyendo nuestra actuación un factor decisivo en el control, cuidados y curas de heridas quirúrgicas, úlceras vasculares y decúbito. Para ello se estableció una sistemática en PROTOCOLOS DE CURAS previamente diseñadas y que son seguidas por todos los componentes de la Unidad y en muchos casos por la enfermería de Ambulatorios y Centros de Salud que continúan aplicándoles tras el alta del paciente a su zona correspondiente.

Los enfermos quirúrgicos, desglosados en CIRUGIA GENERAL (o convencional), ONCOLOGIA Y VASCULAR, representan uno de los pilares básicos de nuestra asistencia siendo prácticamente un 100% de participación en ellos.

c) Pacientes terminales

Estos enfermos demandan por parte de todos los componentes de la UHD, una dedicación y atención especiales. Ello es así por razones varias y evidentes: su especial situación (cercana a la muerte) colocan tanto al



La evolución y posterior curación del paciente debe suceder en su propio medio social y familiar



La H.D. exige una especial dedicación y entrega de todo el equipo interdisciplinario.

paciente (y sus familiares) como al profesional de enfermería, en este caso, en un estado en el que son válidas tanto las actuaciones puramente técnicas y necesarias que demandan, como las medidas de apoyo psicológico dirigidos al conjunto del enfermo y su familia (aceptación de la enfermedad).

En este grupo, en el que enfermería participó de alguna manera en un 88% del total, las actuaciones básicas son:

- Controles y cuidados como en-

fermos de cualquier otro grupo (Curas, Analítica, EKG, Sondajes, aspiración de secreciones...). Además de:

- Participación en el control del sufrimiento, que tiene una doble vertiente difícilmente separable en la mayoría de los casos:

— Sufrimiento psíquico. Colaboración y apoyo psicológico decidido, «calor» humano, relaciones cordiales...

— Sufrimiento físico, expresado como dolor

— Control de medicación analgésica

— Métodos invasivos: catéteres epi e intradurales, reservorios, neurólisis, acupuntura... todos ellos implantados y/o aplicados por la Clínica o Unidad del Dolor de nuestro hospital, con la vigilancia domiciliaria posterior por nuestra parte y con los cuidados, cambios de filtros, administración de solución de morfina y educación sanitaria a algún familiar que se responsabiliza y hace cargo en el futuro.

3. Planteamiento de alta

Los motivos de alta de nuestros pacientes, obedecen a:

- a) Mejoría o estabilización.
- b) Reingreso en hospital (Empeoramiento).
- c) Exitus.
- d) Otras causas como cambio de domicilio fuera de la ciudad.

Falta absoluta de colaboración por familias y/o pacientes... (Tras el alta). Generalmente procuramos (siempre que es posible) contactar previo al alta con médico y ATS de una zona básica de salud, con idea de transmitir, por un lado, directamente las principales incidencias del paciente a sus responsables sanitarios futuros y por otro para que no se produzcan cambios bruscos tanto en el manejo como en los controles y cuidados, una vez que el enfermo deja la UHD. Para ello hemos establecido contacto con los Centros de Salud de nuestra Área, para compartir ideas y en muchos casos protocolos de actuación y seguimiento.

RESULTADOS

RESUMEN GLOBAL DE ACTUACIONES

Por último, y para que sirvan como datos ilustrativos, vamos a exponer un resumen en el total de nuestros enfermos durante los 6 años de funcionamiento de la Unidad de H.D. de nuestro Hospital.

1. Participación global en el total de enfermos.

Hemos expuesto con anterioridad, las diferencias de participación ATS en los diferentes grupos y las razones que lo soportan.

En conjunto, enfermería, ha intervenido de alguna manera en casi el 90% de los pacientes, siendo deseable la meta del 100%, cifra a la que nos acercamos progresivamente en los últimos años. Hay que tener en cuenta, que el número de componentes de la Unidad ha ido igualmente incrementándose al pasar los años.

2. Análisis de las visitas de ATS.

Del total de visitas a domicilio llevadas a cabo por los componentes de la Unidad (37.597), enfermería ha realizado un 67,8% (25.512), pudiéndose observar que es efectivamente nuestro estamento quien aporta un mayor porcentaje de visitas, ratificando el papel primordial de nuestra profesión en estas Unidades.

3. Procedimientos realizados.

Para que sirva como dato ilustrativo y a título únicamente anecdótico expresamos el compendio final de procedimientos y técnicas realizadas en todo este tiempo, haciendo hincapié que por encima de todas estas cifras y datos nos interesa la calidad asistencial y humana en el contacto con el paciente.

CONCLUSIONES

Apostamos por la H.D. aunque sabemos no está exento de inconvenientes:

1) Desplazamientos lentos (pues

vamos aún con nuestros coches particulares).

2) Falta de medios necesarios.

3) Dificultad a la hora de contactar con los profesionales en la calle.

4) Afrontar problemáticas médicas en momentos de urgencia, al encontrarnos sólo con el enfermo.

5) A veces tomar decisiones rápidas sin poder consultar.

Pero a pesar de todo ello la H.D. ofrece una serie de indudables beneficios.

Para los pacientes:

- Integración precoz a su domicilio (confort).

- Evitar riesgos derivados de la hospitalización (desarraigo familiar, gastos, infecciones hospitalarias).

- Abandono de un medio extraño y hostil.

Para el hospital:

- Descongestión asistencial.

- Mayor disponibilidad de camas.

- Ahorro económico.

Para Enfermería:

- Participamos en una amplia gama de patología.

- Realización de actividades no meramente asistenciales (como ésta que nos brindáis, poder participar como ponentes en Congresos).

- Importante grado de autonomía profesional.



La H.D. ofrece indudables beneficios para la enfermería, haciéndolo más digna, humana y más profesional

- Trabajo en equipo multidisciplinario.

- Colaboración en educación sanitaria (enfermo y familiares).

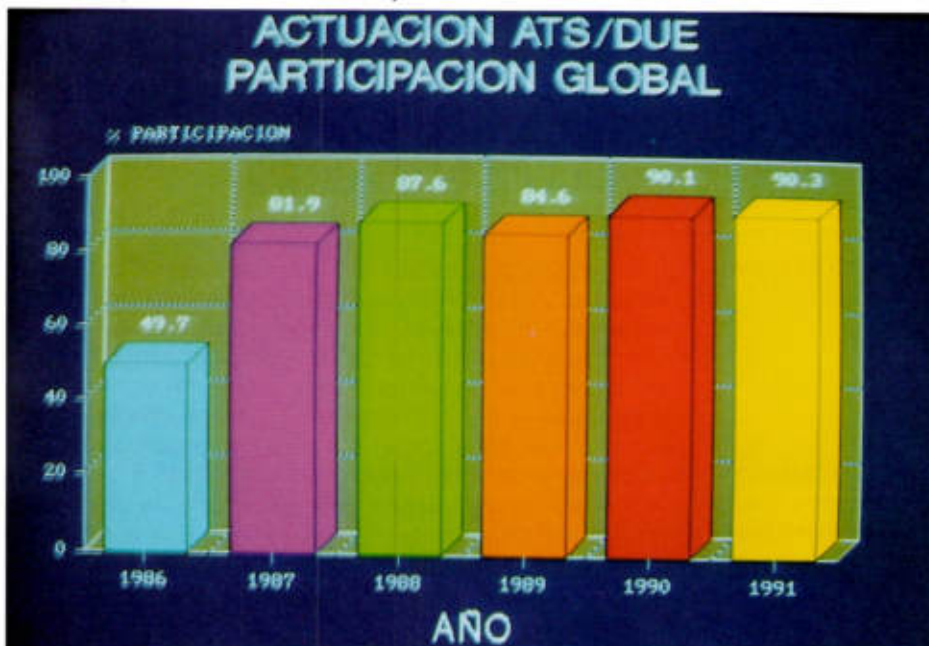
- Contribución a mejorar las relaciones humanas, dignificando nuestra actividad y por tanto la asistencia.

Enfermería de H.D. de Hospital General (Sevilla) quiere aportar su grano de arena para la formación de esa montaña que todos los profesionales creemos y confiamos que algún día no muy lejano, se solidifique.

Creando con el esfuerzo de todos, una nueva forma de actuación ante la enfermedad.

Más digna, humana y más profesional.

Que la sociedad actual exige y todos nosotros estamos en la obligación de conseguir para el bien de la Sociedad y la Sanidad.



Queda de manifiesto, como la enfermería ocupa un pilar básico en la H.D.

CONCURSO Nº 19



PRIMER PREMIO

Autor: D. Joaquín Trani Martínez
Colegiado Nº 2664
Máquina: NIKOMAT Electrónica
Título: «Preparada»

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA 20

CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S.
Y D.E. TEMA: LA SEVILLA DEL 92

2º TRIMESTRE AÑO 92 (ABRIL-MAYO-JUNIO)

El plazo de presentación finalizará el próximo 22 mayo 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 (imprescindible teléfono de contacto) y máquina con la que ha realizado la fotografía y **sin negativo**, figurando solamente en el exterior de éste el título de la composición a fin de mantenerse en anonimato el nombre del autor de la misma. Los ganadores tendrán de plazo una semana para entregar los negativos. Tanto los negativos como todas las fotografías presentadas pasarán a ser propiedad del Colegio, que podrá hacer uso de ellas, sin carácter lucrativo y especificando el autor de la misma. El fallo del Jurado será inapelable.

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



SEGUNDO PREMIO

Autor: D. José Antonio Galván Oliert
Colegiado N° 2607
Máquina: MINOLTA 7000i
Título: «El ferrocarril en hora punta»

TERCER PREMIO

Autor: Juan José Roca Sauce
Colegiado N° 3414
Olympus OM-4
Título: «Nocturno»



Jurado calificador del Concurso Fotográfico N° 19:

- D^a Elena Jaldón García (colegiada N° 5637).
- D^o Ricardo Bonilla Martínez (colegiado N° 2336)
- D^o Plácido Gómez Rodríguez (Banco del Comercio)

ACTUACION DE ENFERMERIA EN UN NIÑO CON POLIPOMATOSIS

Autor: **D. Juan Alfonso Martín Quintero**

*Hospital Infantil Virgen del Rocío
D.E. servicio
de Lactantes A*



Momento de la lactancia

INTRODUCCION

Una de las labores que lamentablemente menos realiza el ATS/DE dentro de la Institución Hospitalaria hoy en día es la recogida de datos sobre los enfermos que asistimos, así como su organización en una serie de Patrones de Salud para tener mucho más claro sus necesidades, nuestra forma de actuar y poder cubrir o paliar en lo posible las mismas.

Todo ello no es por falta de interés de los profesionales, sino por la

masificación de enfermos, falta de recursos y de tiempo para dicha labor tan esencial e importante como lo puedan ser todas las que realizamos los profesionales de Enfermería dentro de dichas Instituciones.

En este trabajo pretendo vivenciar y demostrar que esta labor además de importante no es difícil de realizar y nos ayudaría bastante en nuestra labor, repercutiendo así mismo en la mejora de la salud del enfermo que es la finalidad común de todo el colectivo sanitario.

MATERIAL Y METODO

Esta labor ha sido realizada en el Hospital Infantil, en la Ciudad Sanitaria «Virgen del Rocío», concretamente en el servicio de Lactantes A. En su realización se necesitó una semana entre recogida de datos y elaboración del mismo.

Elegimos dicho caso por tener una historia clínica amplia e ideal para la aplicación de la clasificación de los Patrones de Salud, así como de las diversas actuaciones de Enfermería.

La técnica es fácil, consiste en la recogida de datos de interés para Enfermería y una vez relacionados agruparlos dentro de los Patrones funcionales de Salud. La clasificación usada en este caso, por parecernos la más ajustada es la de Marjory Gordon.

Sin más preámbulos pasaré a la exposición del trabajo:

RESUMEN DEL CASO

Niña de diez meses de edad de una bronconeumonía (cuarto mes de vida), le aprecian afonía persistente con problemas respiratorios de repetición y que aumentan su dificultad respiratoria.

Debido a ello no tiene ninguna vacuna. Es revisada en Huelva y la envían por un pólipo en cuerda bucal izquierda; diez días antes de su ingreso presenta fiebre y se intensifican los síntomas referidos.

HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Desnutrición, peso de 6420 grs.
- Llanto ronco. Dificultad respiratoria (polipnea y Tiraje).
- Faringe muy roja con secreciones; impresionado como inflamada.
- Fiebre.
- No vacunada.
- Mancha color café con leche en ingle izquierda.

EVOLUCION

Se solicita analítica, Rx de tórax y hoja de consulta a ORL. Vista por ORL deciden practicarle laringoscopia directa, tras la cuál le diagnostican pólipos en cuerdas vocales. Envían muestras a Anatomía Patológica y en espera del resultado es trasladada a U.C.I., dejando tubo nasotraqueal (durante 19 días).

Durante su estancia en UCI, la evolución ha sido favorable, mejorando la dificultad respiratoria, pese a ello le practican nueva laparoscopia directa, donde continúan evidenciándose los pólipos, más en cuerdas vocales.

La trasladan a planta, no presenta dificultad respiratoria importante. Afebril, persistiendo afonía. A lo largo de los días se acentúa la dificultad respiratoria, aumentan las secreciones y el estridor, presentando incluso crisis severas de dificultad respiratoria.



Vista general del centro

Deciden extirparle los pólipos mediante microcirugía endolaringea. Pasa los primeros días tras la intervención en la UCI, y posteriormente en planta. Los pólipos siguen reproduciéndose.

A los 18 meses pese a una dieta hipercalórica pesa 8.700 gr. Le extirpan en dos ocasiones anteriores los pólipos, pero se siguen reproduciendo cada vez con mayor rapidez. El diagnóstico es de polipomatosis laríngea recidivante. Tras la extirpación, las evoluciones son buenas pero vuelve siempre a recaer.

Veinte días después de extirparle los pólipos, se le practica traqueotomía por presentar insuficiencia respiratoria, al estar todas las estructuras laríngeas ocupadas por pólipos, obstruyendo totalmente la luz.

Se mantiene con dieta hipercalórica, pero la curva de peso es plana. Después de un mes con traqueotomía se practica nueva laringoscopia, apreciándose ocupación total de la luz laríngea. Aparece fiebre, mejorando su estado general después de 4 días.

Después de tan largo período de hospitalización se plantea a la madre la posibilidad de enseñarle el cambio y limpieza de la cánula con el fin de que la niña pueda salir del Hospital pese a su traqueotomía. La madre asume dichos cuidados, comenzando a salir la niña durante periodos cortos de tiempo (parque, Fines de semana). Se le da de alta el 3/7/1987, volviendo a reincorporarse a los dos meses y medio para

nueva reintervención. A los 15 días aprox. se decánula, practicando laringoscopia directa y observando la laringe en buen estado (limpia). A los pocos días de cicatrización del traqueostoma, aparece una Gastroenteritis Aguda, de corta evolución. Se le da de alta con revisiones ambulatorias en consulta externa.

RECOGIDA DE DATOS DE INTERESES PARA ENFERMERIA

26/9/86. Ingres a con afonía persistente, problemas respiratorios de repetición y dificultad ventilatoria. No vacunada. Problemas higiénicos sociales y de nutrición.

30/9/86. Se practica laringoscopia por pólipos laríngeos en cuerdas vocales. Ingres a en UCI con Tubo endotraqueal (TET), distrés respiratorio acusado con polipnea, hipoventilación y tiraje costal. Se inicia sueroterapia y administración de corticoides.

1/10/86. Febrícula con mejora de ventilación. No tolera alimentación.

3/10/86. Hay problemas en la aspiración por el tubo debido a su reducido diámetro.

4/10/86. Se cambia tubo nasotraqueal por otro de mayor diámetro.

5/10/86. Cede febrícula, abundantes secreciones de vías altas. Retiene alimentos, tiraje costal.

10/10/86. Pérdida de peso, aunque tolera alimentación.

12/10/86. Se retira goteo y corticoide.

14/10/86. Se le practica nueva laringoscopia directa. Goteo y corticoides de nuevo.

19/10/86. Se quita tubo accidentalmente al aspirarla, no se le vuelve a poner por tener buena ventilación.

24/10/86. Se retira goteo.

28/10/86. Se le practica nueva laringoscopia directa. Persiste llanto afónico.

3/11/86. Se suspende alimentación por vómitos repetidos, se instaura suero.

5/11/86. Se retira goteo iniciando de nuevo la alimentación por boca.

4/12/86. Crisis con estridor intenso, dificultad respiratoria con tiraje intenso.

16/12/86. Se practica microcirugía endolaríngea. Goteo.

19/12/86. Se retira goteo.

29/12/86. Problemas nutricionales, no pone peso.

8/1/87. Se retira corticoide.

13/1/87. Realización de laringoscopia directa. Goteo corticoide y TET.

16/1/87. Se retira goteo.

23/1/87. Reaparición de los problemas respiratorios.

27/1/87. Se retira corticoide.

18/2/87. Comienza tratamiento para la bronquitis.

31/3/87. Microcirugía endolaríngea con extirpación de múltiples papilomas.

7/4/87. Nueva microcirugía con goteo y corticoide.

10/4/87. Se retira goteo.

23/4/87. Se retira corticoide.

5/5/87. Laringoscopia laríngea. Nuevo tratamiento con corticoides.

10/5/87. Se retira corticoide.

19/5/87. Se le encuentra gran dificultad respiratoria por lo que se le instaura nuevamente tratamiento con corticoide.

25/5/87. Se le practica TRAQUEOTOMIA. Goteo. Aparece fiebre.

27/5/87. Se retira suero y desaparece la fiebre.

1/6/87. Se retira corticoide.

16/6/87. Se practica laringoscopia con ocupación total de la luz laríngea. Fiebre.

20/6/87. Desaparece la fiebre.

3/7/87. Alta. La madre asume los cuidados de la traqueotomía.

21/9/87. Reingreso para intervención de papilomatosis laríngea.

6/10/87. Se decanula. Laringoscopia directa.

14/10/87. Buen aspecto de cierre de la traqueotomía.

22/10/87. Se cierra traqueotomía. G.E.A.

27/10/87. Cede la gastroenteritis aguda.

30/10/87. ALTA. Revisiones en visitas ambulatorias.

14/9/88. Ingresa para revisión laríngea con laringoscopia directa y broncoscopia.

16/9/88. ALTA. Revisiones periódicas en consultas externas.

Una vez recogidos los datos pasaremos a su organización, a sistematizar los diagnósticos y encuadrar cuidados, mediante la clasificación de Patrones de Salud de Marjory Gordon.

1. Patrón de percepción-control de la salud.

Es evidente la aptitud en el mantenimiento de la salud:

- A) Problemas respiratorios.
- B) Desnutrición.
- C) Fiebre.
- D) Vacunación.

Todos ellos con sus consecuentes riesgos de lesión.

2. Patrón nutricional-metabólico.

La niña está desnutrida y a pesar de mantener una dieta hipercalórica, su curva de peso sigue siendo plana. También hay afección de la integridad de la piel debido a la traqueotomía.

3. Patrón de eliminación.

A lo largo de la larga estancia hospitalaria de la niña, la aparición de gastroenteritis aguda (GEA) o la retención alimentaria, se incluyen dentro de este patrón.

4. Patrón de actividad-ejercicio.

Es, quizás, junto al primer patrón, el más evidente en este caso. La niña presenta incapacidad para la actividad debido a sus estancias en UCI y sus intervenciones, así la incapacidad para su autocuidado debido a la traqueotomía y cánula. También hay alteraciones graves en la función respiratoria debido a la papilomatosis laríngea recidivante. Respiración ineficaz, no permeabilidad de las vías aéreas. Incapacidad para el mantenimiento en su hogar, requiriendo cuidados hospitalarios y pos-quirúrgicos. Por último afectaciones de la movilidad física evidentes.

5. Patrón sueño-descanso.

Apareciendo en nuestro caso debido a los tratamientos médicos así como a la utilización de débitos continuos para su alimentación en ciertos periodos de su estancia en el Hospital. Los problemas respiratorios también influyen en este patrón.

6. Patrón cognitivo-perceptivo.

En el caso hay evidentes alteraciones en el bienestar como la aparición de dolor.

7. Patrón de autopercepción.



Zona asistencial

Es diagnosticable en este caso la ansiedad, impotencia y temor en la niña debido al cambio de ambiente que experimentan, así como dentro del mismo Hospital. También influye en ello las constantes intervenciones.

8. Patrón de rol-relaciones.

Debido a los pólipos en cuerdas vocales hay trastornos evidentes en la comunicación verbal. También aparecen en nuestro caso problemas en el entorno social de la niña, (madre soltera y de bajo nivel económico-social).

9. Patrón de sexualidad-reproducción.

No procede debido a la edad de la paciente.

10. Patrón de tolerancia-agresividad y stress.

Hay incapacidad individual a la adaptación, así como familiar debido a la inmadurez de la madre por ser muy joven agravándose todo al no existir la figura paterna.

11. Patrón de valores-creencias.

No se puede considerar.

Una vez hecha la recogida de datos, organización de los mismos y clasificación dentro de los patrones, nos será fácil sólo con hojearla ver cuáles son las necesidades e inquietudes del enfermo facilitando así bastante nuestra labor de ayuda o cuidado integral a dicho enfermo.

Con todo ello, pretendo demostrar que con sólo ir apuntando en el seguimiento del enfermo datos de interés para Enfermería y clasificarlos en los patrones, nuestra atención y ac-

tuación, así como la relación enfermo-enfermería y la del enfermo-medio ambiente hospitalario mejorarán considerablemente consiguiéndose resultados muy positivos.

Todo esto es conocido y aprobado por todo el colectivo de Diplomados de Enfermería, pero desgraciadamente nos encontramos con la imposibilidad de su aplicación por razones ya citadas. Mi deseo, al igual que el de la mayoría de mis compañeros sería el poder desarrollar una actividad más volcada hacia este tipo de seguimiento y a la investigación, labor hasta ahora imposible.

Mi agradecimiento a mis compañeras de Lactantes A y a todos los profesionales que ejercen esta maravillosa profesión tan devaluada por motivos ajenos a la misma.



VI CONFERENCIA BIENAL GRUPO EUROPEO DE ENFERMERAS INVESTIGADORAS

(MADRID, SEPTIEMBRE 23 - 26 1.992)



El cuidado, nuestra razón de ser

**LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA:
CAMPO DE INVESTIGACION**

**ORGANIZA: CONSEJO GENERAL DE
ENFERMERIA**

Secretaría: c/ Alberto Aguilera 35 2º IZD

Telfs: 542-64-24 / 542-83-94

TEST TUBERCULINICO

Autora: **D^a María Victoria Compán. D.E.**
 Servicio de Neumología
 H.U. «Virgen Macarena». Sevilla.



El personal de enfermería es el encargado de realizar la prueba del Mantoux, así como su lectura e interpretación

En un intento de encontrar una vacuna para el tratamiento de la tuberculosis, Roberto Koch obtuvo a finales del siglo XIX el primer preparado de tuberculina.

Pronto se vio su fracaso terapéutico. Por el contrario, como prueba diagnóstica en el control epidemiológico de la tuberculosis, constituyó todo un éxito.

DEFINICION

La tuberculina es un extracto de cultivo de bacilos «*Mycobacterium tuberculosis*», que actúa como antígeno sensibilizando el organismo, y es un método capaz de diagnosticar la infección tuberculosa.

Tras su inyección en la dermis de individuos previamente infectados por tuberculosis se produce infiltración alrededor de la zona de punción por leucocitos mononucleares (linfocitos T) que induran, producen pápula y, a veces, lesión necrótica de la piel. Esta relación no se produce en individuos no infectados.

COMPOSICION

Hay dos preparados:

I) O.T.= Old Tuberculin (vieja tuberculina).

II) PPD.= Derivado proteico purificado.

O.T.— La tuberculina antigua tiene

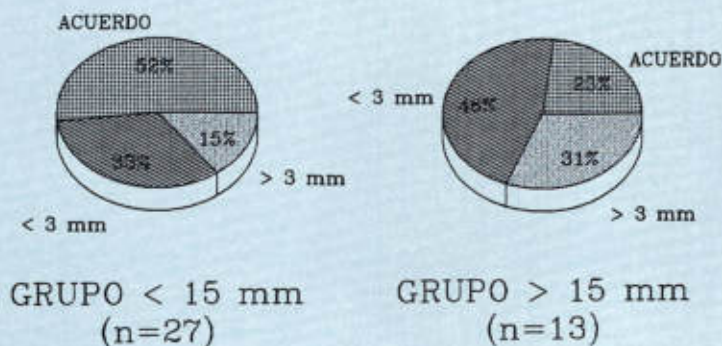
menor especificidad. Se obtiene en caldo de concentrado de cultivo de bacilo tuberculoso esterilizado por calor.

PPD.— Se obtiene de la O.T. a través de filtrados. Lleva además un antiabsorvente (TWEEN 80) para evitar la adhesión del principio activo a las paredes del recipiente. SEIBERT en 1939 elaboró un lote standard de PPD. que fue denominado PPD-S. Es utilizado en América. En Europa se usa PPD-RT-23.

EQUIVALEN A 2 U.T. DE PPD-RT-23.

Entendemos por U.T. o I.T. las unidades internacionales de Tuberculina y se define como la actividad biológica contenida en 0.00007 mgr

PRUEBA DE TUBERCULINA DIFERENCIAS SEGUN GRADO DE POSITIVIDAD



del patrón internacional aproximadamente a la dilución 1 x 10,000 de la O.T.

La tuberculina Europea es similar a la PPD con la sigla RT y el número de lote 23.

La PPD-S es más específica.

La PPD-RT 23 tiene mayor sensibilidad y da una reacción más intensa en los vacunados con BCG.

TECNICA:

Hay distintas técnicas. Como curiosidad citaremos algunas:

RECCION DE VON PIRQUET: Consiste en depositar una gota de tuberculina en el antebrazo y realizar escarificaciones con una lanceta.

TEST DE MORO o el «parche»: Aplicación de un parche en la piel de antebrazo embebido en O.T.

TEST DE TRAMBUSTI: Se deposita sobre la piel una gota de tuberculina y con una aguja se realiza un pinchazo intradérmico.

Todos estos procedimientos inducen a error, por la dificultad de homologar la técnica y dosificación.

El **TINE TEST** ha sido utilizado en pediatría. Consiste en unos dispositivos de plástico que contienen 4, 6 ó 9 puntas en las que se encuentra una cierta cantidad de tuberculina. La técnica consiste en apoyarla sobre el antebrazo ejerciendo una ligera presión.

La técnica más usada y a la que nos vamos a referir durante este tra-

bajo es la **INTRADERMOREACCION DE MANTOUX**. Consiste en inyectar tuberculina en la cara anterior del antebrazo en su parte media. Se hace por vía intradérmica, con aguja corta del calibre 26-27 y jeringuilla graduada en décimas de milímetro. Debe hacerse en una zona de piel sana, limpia previamente con alcohol y dejada secar. Si la técnica ha sido correcta, aparece de forma inmediata una pápula isquémica de 6-10 mm. De no aparecer esta pápula, debemos repetir la prueba en otra zona, preferiblemente en el antebrazo

contralateral. La zona inyectada debe señalizarse mediante un halo trazado con rotulador. Aconsejamos no lavar ni frotar la zona hasta hacer la lectura a las 48 horas. A la vez, debe informarse al paciente del carácter de la prueba que se le practica y de las posibles reacciones en las horas siguientes, a fin de recabar su colaboración y evitar situaciones de alarma.

En Europa se inyecta 0.1 ml de Tuberculina de 2 UT de PPD-RT-23, equivalente a las 5 UT de PPD-S americano.

LECTURA E INTERPRETACION

Debe realizarse entre 48 y 72 horas. La reacción a la tuberculina se empieza a hacer manifiesta a las 6 horas de la inyección y, una vez alcanzado el mayor grado de reacción suele permanecer estable durante cinco días.

En algunas personas de edad avanzada o en aquellas en las que el test se realiza por primera vez, el pico máximo de la reacción puede tardar más de las 72 horas. Otras reacciones tardías como en Fenómeno de Arthus y Jons-Motre son excepcionales y carecen de importancia en la clínica.

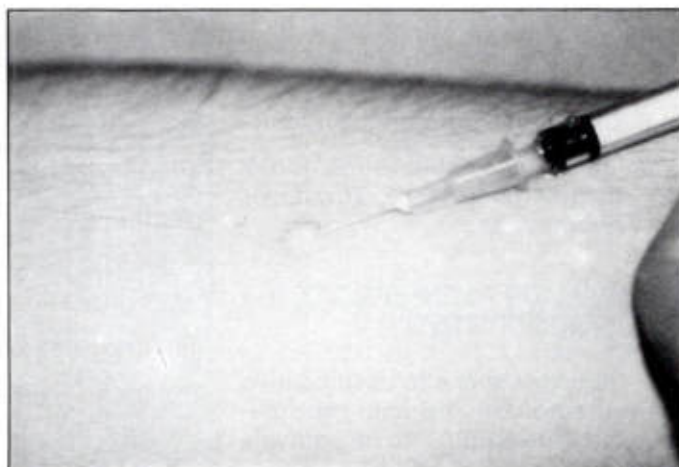
Debe medirse en milímetros el eje mayor del diámetro del área inducida (estimada por palpación). También puede deslizarse la punta de un bolígrafo hasta notar el relieve del



Material necesario para realizar el test tuberculino.



La prueba se lleva a cabo en la cara anterior del antebrazo.



A inculcar la tuberculina debe aparecer una pápula

área indurada por el eje mayor, y posteriormente hacer la medición con una regleta flexible graduada en milímetros. No debe tenerse en cuenta el área de eritema, valorándose solamente la induración.

EFFECTO BOOSTER

Consiste en un aumento del tamaño de la reacción cuando se practica el test repetidamente en un sujeto en un corto espacio de tiempo. Este efecto no se debe, naturalmente, a reinfección tuberculosa.

INTERPRETACION

Varía según los países, incidencia de Tuberculosis, etc.
Induración de 0 a 5 mm

Reacción negativa

Induración de 6 a 10 mm

Reacción dudosa

Induración > 10 mm. Positiva

Una reacción positiva es significativa de infección tuberculosa. Infección no es equivalente de enfermedad tuberculosa. Para descartar tal posibilidad es preciso realizar estudios radiológicos y cultivos de las secreciones del órgano presuntamente enfermo (esputo, orina, líquido sinovial, LCR, etc).

Una reacción negativa hace innecesario el riesgo de radiología.

CAUSAS DE POSITIVOS FALSOS

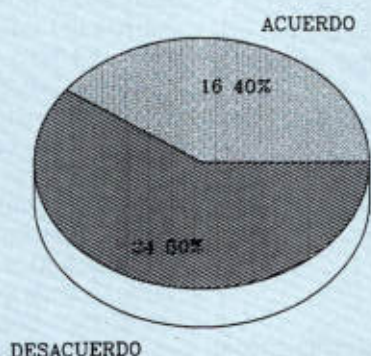
- Vacunados con BCG
- Infección por mycobacterias atípicas

- Hipersensibilidad
- Defectos en la técnica de administración
- Errores en la lectura
- Almacenaje y conservación defectuosos

CAUSAS DE NEGATIVOS FALSOS

1. Factores relacionados con el individuo
 - 1.1. Infecciones
 - Sarampión
 - Tosferina, etc.
 - 1.2. Vacunas con virus vivos
 - Sarampión
 - Parotiditis
 - Polio
 - 1.3. Enfermedades metabólicas
 - Insuficiencia renal crónica
 - Enfermedades de órganos linfoides
 - Fármacos (corticoides, inmunosupresores)
 - 1.4. Edad
 - Recién nacidos
 - Edad avanzada con sensibilidad...
 - 1.5. Stress
 - Cirugía
 - Quemaduras
 - Enfermedad mental
2. Factores relacionados con la tuberculina empleada
 - 2.1. Almacenamiento y conservación defectuosos
 - 2.2. Exposición a agentes físicos (luz, calor)
3. Factores relacionados con la técnica de administración

TEST DE TUBERCULINA DIFERENCIAS INTEROBSERVADOR



- 3.1. Inyección de poco antígeno
- 3.2. Administración retardada tras cargar la jeringuilla
- 3.3. Inyección demasiado profunda
4. Factores relacionados con la factura del test y registro de los resultados.

INFORMACION AL ENFERMO CON RESULTADO POSITIVO

— Indicarle que ello es indicativo de contacto con el Bacilo tuberculoso: Está infectado. Ello no equivale a padecer la enfermedad.

— Para descartar la enfermedad deber ser remitido al médico.

— No debe ponerse nada localmente. La lesión desaparece espontáneamente.

Si presenta vesículas y/o necrosis, asepsia elemental.

— El embarazo no constituye contraindicación para realizar la prueba.

Tras la introducción hecha sobre la prueba tuberculina, nos proponemos estudiar, si es posible, mejorar la variabilidad del interobservador en la medición de dicho método.

En la edad escolar (6-7 años), el test constituye una guía fundamental para conocer la situación epidemiológica de la tuberculosis en la comunidad, así como para la planificación de un programa antituberculoso. Este plan debe completarse con nuevos test en el inicio de la actividad Universitaria, laboral o militar.

En el Servicio de Neumología del H.U. Virgen Macarena de Sevilla, hemos realizado un estudio prospectivo acerca de la variabilidad interobservador en los resultados de la lectura del test de la tuberculina. Para ello, hemos estudiado cien individuos consecutivos remitidos por diferentes motivos para la práctica de la prueba de Mantoux. Todos los casos fueron leídos de forma simultánea y por separado por dos miembros del Servicio de Neumología. Ambos observadores participantes en el estudio son personal entrenado (un médico y una diplomada en enfermería) con experiencia amplia en la lectura de la prueba de Mantoux. Antes del inicio del estudio consensuaron el método de medición a fin de unificar sus criterios. Cada observador desconocía en el momento

PRUEBA DE TUBERCULINA

Hº _____

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

FECHA DE INOCULACION: _____

LECTURA: 48-72 horas Unidades: 2-5

Induración en mms: _____

Signos acompañantes: —Eritemas
—Dolor
—Prurito
—Vesiculación

ANTECEDENTES DE CONVIVENTES:

Parentesco: _____

Fecha: _____ Tto. _____

Prueba de Mantoux anteriores: _____

Fecha: _____ Resultado: _____

Vacunaciones BCG: _____ Cicatriz Vacunal: SI-NO

Enfermedad Vírica reciente: _____

PROGRAMA DE ATENCION AL NIÑO SANO

PEDIATRA: _____

Ficha personal de la prueba de tuberculina (modelo usado en el programa de atención al niño sano. Centro de Salud de Torreblanca) (Sevilla).

de la lectura el resultado estimado por el otro participante en el estudio.

Del grupo total de casos, 40 fueron considerados susceptibles de medición por al menos uno de los observadores. Se consideró como ACUERDO entre los observadores la coincidencia en los valores de medición o diferencias iguales o inferiores a un milímetro. A partir de dos milímetros como POSITIVOS, DUDOSOS o NEGATIVOS con arreglo a los criterios expuestos con anterioridad en este trabajo.

Los resultados obtenidos en el subgrupo de pacientes con induración son analizados en esta comunicación:

RESULTADOS

En dieciséis de los cuarenta casos, la coincidencia entre los observado-

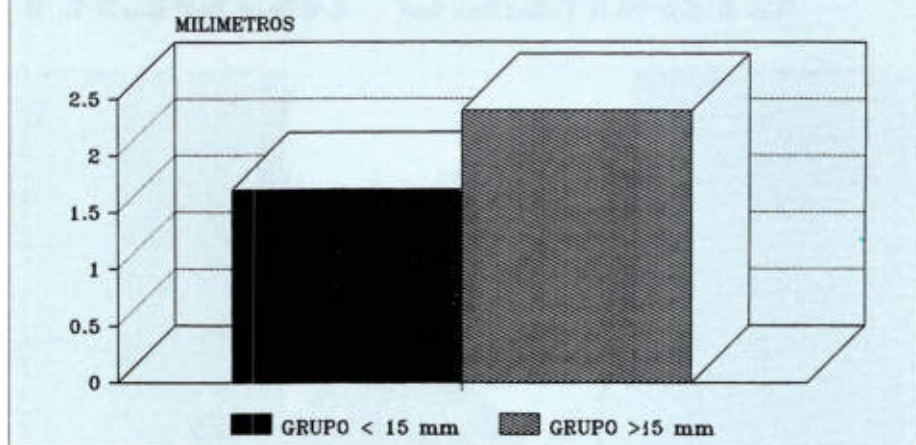
res fue completa o con diferencias menores a un milímetro, mientras que la diferencia interobservadora en 24 casos fue mayor de dos milímetros o superior. De entre los 24 casos de desacuerdo las diferencias fueron de hasta tres milímetros en 15 casos y en otros 9 casos las diferencias fueron de 4 milímetros o superiores. Cuando se consideraron los casos dudosos o positivos hasta 15 milímetros (27 casos), hubo 14 «acuerdos» (51,8%) y 13 casos de «desacuerdo» (49,2%). Entre estos casos de desacuerdo, 9 (70%) fueron de hasta 3 milímetros, mientras que en 4 casos (30%) las diferencias fueron de 4 o más. En aquellos casos de mediciones superiores a 15 milímetros (13 casos), hubo coincidencia en 3 casos (20%) y desacuerdo en los 10 restantes (80%). La incidencia de desacuerdo fue, por tanto, superior en el grupo con valores de lectura supe-

riores a 15 mm que en aquellos en la que los valores eran inferiores. Tales diferencias fueron significativas estadísticamente con $p < 0.001$. Las medias de las diferencias de medición en el grupo de pacientes con valores inferior a 15 mm fueron de 1.7 mm, mientras que en el grupo mayor de 15 mm la media de las diferencias fue de 2.4. Estas diferencias fueron significativas estadísticamente con $p < 0.01$. De los cuarenta casos, tres fueron considerados NEGATIVOS por un observador y DUDOSOS por el otro, y sólo 2 casos fueron calificados como DUDOSOS por uno y POSITIVOS por el otro. No hubo ningún caso considerado NEGATIVO por un observador y POSITIVO por otro. El estudio de regresión lineal mostró una buena correlación de las lecturas entre ambos observadores con $r = 0.83$.

DISCUSION

En nuestro trabajo ha quedado demostrado que pueden existir importantes diferencias interobservador en la lectura de la Prueba de Mantoux. Tales diferencias son más frecuentes a medida que se incrementa la positividad de la reacción, de tal forma que con valores por encima de 15 mm no existe acuerdo en la medición más que en un 20% de los casos. Sin embargo, la coincidencia es mayor cuando los valores están por debajo de 15 mm., aunque sigue habiendo diferencias que en casos individuales pueden llegar a ser considerables. A pesar de la falta de coincidencia en la lectura en un porcentaje de casos elevado, ello no conllevó a importantes desacuerdos en la calificación de los casos como positivos, negativos o dudosos. Ello es debido a que las mayores diferencias interobservador se detectan la mayoría de las veces en casos con clara positividad. Por tanto, la trascendencia clínica de las diferencias interpersonales en la medición puede quedar mitigadas por este fenómeno. No obstante, existen subgrupos de poblaciones (SIDA, tratamiento con corticoides o inmunosupresores) en los que la prueba se considera positiva en rangos inferiores que en la población normal. Sería necesario realizar un estudio en un grupo de pacientes con estas características

PRUEBA DE TUBERCULINA DIFERENCIA SEGUN EL GRADO DE POSITIVIDAD



para establecer la posible importancia de las diferencias entre los observadores en estos casos.

de calidad en la técnica de lectura de la prueba de Mantoux.

CONCLUSIONES

1. La prueba de la tuberculina es el parámetro de control epidemiológico más eficaz para conocer la evolución de la tuberculosis en la comunidad.
2. Es el mejor método para diferencias entre individuos infectados de los no infectados y diagnosticar la infección tuberculosa.
3. De una mala técnica podemos obtener falsos resultados.

De los resultados de nuestro estudio concluimos que:

4. Existen diferencias interobservador que pueden ser apreciables, especialmente en casos con valores de lectura superiores a 15 milímetros.
5. Estas diferencias pueden ser origen de calificación discordante como positivos, negativos o dudosos en un número limitado de casos. Sin embargo, pueden existir subgrupos de pacientes con patología especial (SIDA, INMUNODEPRESION) en que las diferencias adquirieran significación clínica.
6. Sin conocer el grado de variabilidad inter e intraobservador, es difícil establecer unos criterios tajantes en la diferenciación de casos positivos y negativos.

7. Es imprescindible establecer periódicamente criterios de control

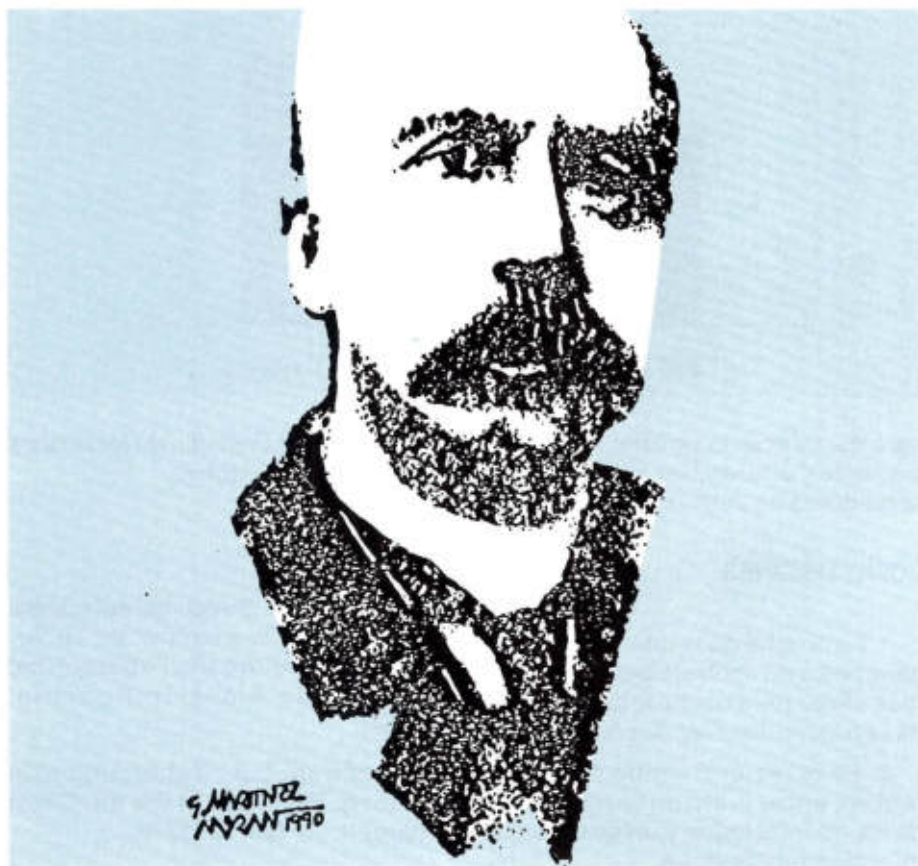
BIBLIOGRAFIA

1. Normas de la Dirección del Centro de Prevención y control de Tuberculosis: Prueba de Tuberculina. Distrito de Atención Primaria. Jerez.
2. Reichman, L.B.: Tuberculin skin testing. The State of the art. Chest (suppl), 76:764-70, 1979.
3. Cañedo, T et al. Tuberculina. En «Tuberculosis. Laboratorio y Clínica». Asociación Española de Farmacéuticos analistas, Eds. 1986 Madrid.
4. Am. Thor. Soc. Med. Sec. of the Am. Lung Assoc.: Prueba Cutánea de la Tuberculina. Am. Rev. Respir. Dis., 124:356-63, 1981.
5. Sauret Valet, J.: Conducta a seguir ante una reacción a la tuberculina positiva. Jano, 1987.
6. Ortega Calderón, A.: El test Tuberculino. En «Tuberculosis. Laboratorio y Clínica». Asociación Española de Farmacéuticos Analistas, Eds. 1986 Madrid.



PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1913

CHARLES ROBERT RICHET



Charles Robert Richet, fisiólogo francés, nació en París el 26 de agosto de 1850 y murió en la capital de Francia el 4 de diciembre de 1935. Sus estudios universitarios los hizo en la Facultad de Medicina de París, donde su padre era profesor de clínica quirúrgica; graduado en 1877, realiza su doctorado al siguiente año, y en 1879 obtiene el título de doctor en ciencias. Trabajó con Etienne Jules Marey en el Collège de France; fueron también maestros suyos Edme Félix Alfred Vulpian y Pierre Eugène Marcellin Berthelot. Nombrado profesor de Fisiología en la Universidad de París en 1887, su labor docente se prolonga hasta 1927. En 1899 fue elegido miembro de la Academia de Medicina Francesa.

Su obra científica, dilatada y diversa, comprende investigaciones importantes sobre la composición del jugo gástrico, acción diurética de la leche y los azúcares, modalidades de la contracción muscular y regulación

del calor animal. En el campo terapéutico introdujo la hematoterapia, la cloralosis, la reducción de cloruros en la dieta de epilépticos y la zomoterapia. Desde 1878 dirigió la *Revue Scientifique* y en 1917 funda, con Gley y Teissier, el *Journal de physiologie et de pathologie générale*. En 1894 inició la publicación de un *Dictionnaire de Physiologie*, que no concluyó. El primer título de su producción científica, sus *Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité*, lo publicó en 1877; de fecha ulterior son los libros *Propriétés chimiques et physiologiques du suc gastrique chez l'homme et chez les animaux* (1878) y *La nouvelle zomothérapie* (1924); en 1890 publica un *Cours de Physiologie*, en 1921 el *Traité de Physiologie médico-chirurgicale* y en 1930 la obra *Physiologie de l'homme* entre 1898 y 1920 aparecieron los siete volúmenes de trabajos realizados en su laboratorio de la Facultad de Medicina de París.

Su curiosidad intelectual llevó a Richet a la investigación en campos alejados de los propiamente científicos; ya en 1887 publicó un *Essai de Psychologie générale*; su interés por los estudios psicológicos se acentuó en los últimos años de su vida, perteneciendo a esta época el *Traité de métaphysique* (1922), obra de la que se publicaron versiones en alemán, inglés y castellano; suyas son también las obras *L'homme stupide* (1919) y *Le savant* (1923), *L'intelligence de l'homme* (1924), *L'homme impuissant* (1927) y *Notre sixième sens* (1928); en 1924 publica una biografía de Pasteur y en 1929 aparece su *Apologie de la Biologie*. También realizó obra literaria, casi toda ella dada a conocer con el seudónimo de Charles Epheyre. Charles Richet fue miembro activo en los movimientos pacifistas.

El Premio Nobel de Medicina y Fisiología le fue concedido a Charles Robert Richet en 1913 por sus trabajos sobre anafilaxia. Este fenómeno biológico, parcialmente advertido por Jenner, Magendie y Flexner, constituyó el capítulo fundamental, sin disputa el más valioso, de la labor científica de Richet, quien dio a conocer los primeros resultados de sus investigaciones, que realizó inicialmente con Héricourt y más tarde con Paul Portier, en el artículo, firmado con este último, «De l'action anaphylactique de certains venins» (*C.R. Soc. Biol.*, de París; 1902; 54; 170-2); la definitiva explicación del fenómeno de la anafilaxia la hizo Richet en 1907-1908, en su trabajo «De l'anaphylaxie en général et de l'anaphylaxie par la mytilocongestine en particulier» (*Annales de l'Institut Pasteur*, 21: 497-524; 22: 465-95). Tras la aportación de Richet, seguida por la doctrina, más general, de la «alergia», propuesta en 1907 por Clemens von Pirquet, se estudian como manifestaciones «anafilácticas» diversos procesos clínicos (la fiebre del heno, el asma, el eczema, la hemicránea y la enfermedad del suero); en suma, un importante capítulo de la patología va a encontrar por la vía abierta con el descubrimiento de Richet su correcta explicación científica.

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE LA HEMORRAGIA

Autora: **D^a. María José Sánchez Fernández**
Enfermera. Centro de Salud de Pino Montano. (Sevilla)

CLASIFICACION

La clasificación de la hemorragia puede hacerse atendiendo a distintos parámetros como puede ser su etiología, causa, gravedad... Una clasificación de interés que puede servir de guión en este artículo es aquella que se basa en su situación morfológica y cuantía:

A) Situación morfológica. Lugar que ocupa la sangre fuera de los vasos.

— H. externa: epistaxis (nariz); otorragia (oído), hematemesis (boca), melenas y rectorragia (ano), hematuria (orina)

— H. interna: permanece dentro del cuerpo.

— Cavitaria (sangre en cavidad natural del organismo).

Hemoperitoneo (cavidad abdominal)

Hemotórax (cavidad torácica)

Hematoma craneal

— Intersticial (sangre acumulada donde no existen cavidades naturales)

Hematoma, equimosis, petequias...



Presión sobre arteria maxilar

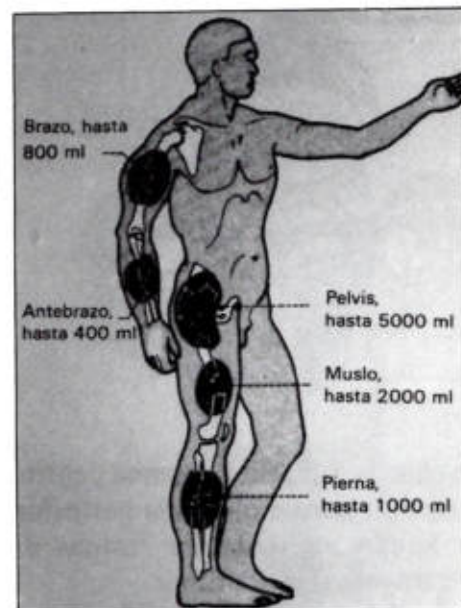
INTRODUCCION

El ritmo de la vida actúa cada vez más vertiginoso ha hecho aumentar de forma alarmante el índice de siniestralidad y de gravedad de accidentes que a su vez asociados a coyunturas sociales y laborales hacen de los problemas hemorrágicos uno de los más frecuentes en urgencia, necesitando para ello una actuación rápida y eficaz por parte del personal sanitario que logre evitar las consecuencias nefastas que en poco tiempo

(ante el no control de la misma) puede llegarse a producir (shock y muerte súbita entre otros).

Los objetivos pretendidos abarcan tanto la posibilidad de valorar e interpretar la importancia de la entidad en sí como la capacidad de actuar eficazmente en el control de la hemorragia y en la supresión de las complicaciones que de ella se deriven.

Una definición adecuada de hemorragia podría ser: «Fuga de sangre del espacio intravascular al extravascular».



Pérdida de sangre en fracturas.

B) *Cuánta de la hemorragia*; nos aproximará el pronóstico:
 — H. leve (pérdida del 10% del volumen total de sangre)
 — H. grave (alcanza del 10 al 30% unos 500-1.000 ml).

- 1) Lugar de procedencia.
- 2) Lugar de acumulación; 2 tipos:
 — H. externa (fluye libremente)
 — H. interna (ejerce presión sobre espacio cerrado, es más grave).
- 3) Vaso afectado: — arteria; — vena.

FISIOPATOLOGIA

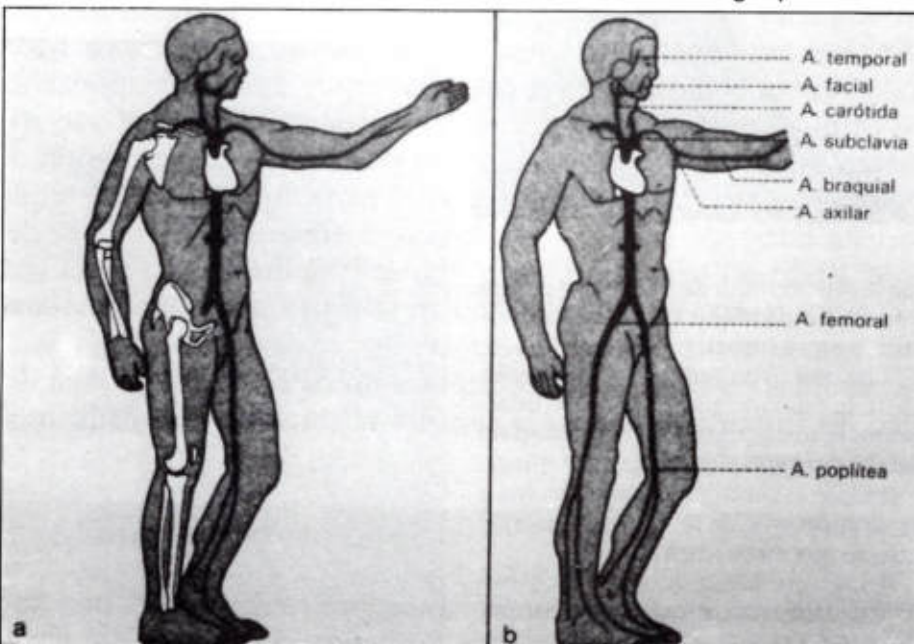
Pérdidas sanguíneas	Respuesta vascular	Respuesta endocrina	Respuesta metabólica
15%	Constricción venosa, el fluido extravascular pasa a los vasos.		
15-20%	Constricción arteriolar	Aldosterona Catecolaminas H. antidiurética	Glucemia Sodio en orina
30%	Gasto cardco. Flujo perifco.	Catecolamina	consumo de O ₂
45%	Gasto cardco.	Catecolaminas	Acidosis metabólica

— H. muy grave (entre 30-60%, ósea 1.500 a 3.000 ml con graves manifestaciones de shock).
 — H. mortal (pérdida superior al 60%).

SIGNOS DE GRAVEDAD

La gravedad de una hemorragia puede obtenerse en función de varios factores, que son:

- La hemorragia arterial aumenta la velocidad del flujo sanguíneo conllevando una pérdida hemática mayor.
- 4) H. manifiesta u oculta.
 La oculta resulta mucho más peligrosa.
- 5) Rapidez con que fluye la sangre.
 A más rapidez, mayor pérdida y en consecuencia más gravedad.
- 6) Edad, peso, estado general del paciente.
- 7) Cantidad de sangre perdida.



Hemostasia por presión localizada: puntos de presión

OBJETIVOS ANTE LA HEMORRAGIA

Dos son los objetivos fundamentales que debemos plantearnos ante una hemorragia. Sin embargo antes de poner en marcha estos objetivos deberemos cerciorarnos de tres puntos sin los cuales todas nuestras actuaciones resultarían inútiles:

- 1) Estado de las vías aéreas.
- 2) Respiración.
- 3) Circulación del paciente.

Estos tres puntos debemos vigilarlos constantemente, pues pueden dar resultados catastróficos. Como ejemplo, citar una epístaxis aguda, en la que el enfermo aspira sangre y coágulos, presentándosele distrés respiratorio que le conduciría al paro cardíaco.

En el caso de que las vías respiratorias estén obstruidas o el paciente no tenga ventilación adecuada, lo intubaremos. De esta forma, ante un paciente hemorrágico que presente síntomas de shock debe ser intubado y aplicársele respiración mecánica bien con respirador volumétrico o de presión ante la existencia de traumatismo torácico o disfunción pulmonar progresiva.

La circulación del paciente deberá ser siempre buena, en nuestro caso las vías de perfusión intravenosa estarán permeables en todo momento puesto que será necesario la administración de grandes cantidades de líquidos a presión con el fin de corregir la hipovolemia, acidosis metabólica...

Existen dos objetivos primordiales sobre los que debemos incidir ante el paciente hemorrágico, para de esta forma evitar un posible shock:

- 1º) Estabilización de las constantes vitales.
- 2º) Control de la hemorragia.

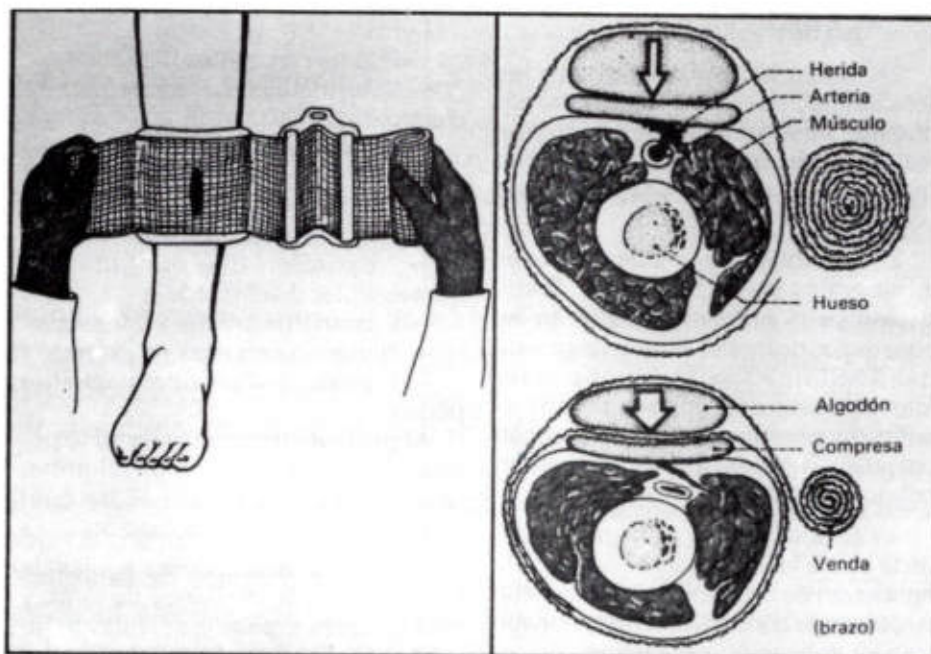
CLINICA

En la clínica podemos encontrar una serie de signos que nos ayude a establecer causa, foco hemorrágico y cuantía de la pérdida, permitiéndonos así una orientación fiable que nos lleve a un tratamiento rápido y eficaz.

Desarrollaremos un examen físico completo de pies a cabeza, distinguiendo:

Hemorragia interna

- 1º **Tórax**: — Distensión de las venas del cuello.



Vendaje compresivo

— Desviación traqueal.

Neumotórax a tensión

— Sonidos respiratorios apagados.

— Matidez a la percusión.

— Disminución o desaparición de los sonidos respiratorios.

Hemotórax

En términos generales: — Insuficiencia resp. grave. — Arritmia.

2º Abdomen: signos

— Distensión abdominal.

— Abdomen en tablas, doloroso al tacto.

— Vómitos.

— Dolor, entumecimiento en piernas.

— Sangre macroscópica o microscópica en heces.

3º Pelvis: signos

— ¿Se alinea simétricamente? ¿Es estable?

— Distensión.

— Parte baja dolorosa.

— Hematuria.

— Disminución de la diuresis.

4º Muslos: signos:

— Examinaremos pierna buscando fractura.

— Eritema.

— Muslo doloroso y contracturado.

— Edema.

Hemorragia externa

La sangre puede influir de forma pulsátil, lo que nos indica que el paciente sangra por una arteria. Si fluye de forma continua se tratará de venas, lo cual tendrá un mejor pronóstico.

Un caso anecdótico que está en mente de muchos de nuestros lectores fue el de la cogida del torero Pepe Luis Vargas. En un principio y debido a las consideraciones antes mencionadas se pensó que la cornada había roto arteria. La sorpresa fue al verse que era una H. venosa y que la arteria permanecía intacta. La explicación se tiene por 2 motivos: 1º Tiempo que estuvo esperando de rodillas la salida del toro. 2º Prensa abdominal grande tanto por la tensión del momento como por la opresión de las ropas.

Estas dos causas hicieron que aumentase mucho el gradiente de presión venoso y con ello la salida de sangre de forma expeditiva. Esta anécdota nos señala la necesidad de un estudio detallado de todo lo concerniente a las hemorragias externas.

COMPLICACIONES DE LAS HEMORRAGIAS

1º Sistema Cardiovascular

— Aumento del trabajo cardíaco en los períodos de hipovolemia.

— Reducción de la oxigenación hística. Esto es peligroso al necesitar el corazón un aporte constante de oxígeno y sangre.

— Ante la hemorragia se podrá desarrollar:

• Isquemia miocárdica.

• Angina.

• Cambios electrocardiográficos.

• Shock cardiogénico.

2º Sistema Respiratorio

— Aumento del requerimiento de oxígeno (causado por la ansiedad y la taquipnea).

— Deterioro de la ventilación y perfusión ante la agregación de leucocitos en los microvasos pulmonares.

3º Sistema Renal

— Insuficiencia renal secundaria a una hipoxia ante la disminución del flujo renal durante un período largo.

— Necrosis tubular aguda consecuencia de la insuficiencia renal (pues las células renales destruidas, liberan moléculas de mioglobina que se asientan en los túbulos).

4º Sistema Hematológico

— Posible coagulopatía ante el deterioro de los factores de coagulación.

— Datos de laboratorio, nos indicarán: Recuento plaquetario menor de 40.000.

5º Sistema Metabólico

• Aparecerá: —disminución del pH sérico.

— Hipocaliemia.

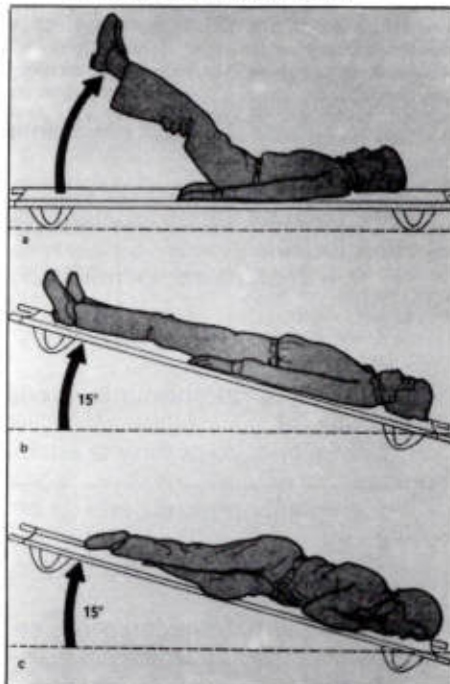
— Hiperosmolaridad sérica.

• La acidosis metabólica (pH sérico y de los niveles de bicarbonato) es debida:

— Metabolismo anaerobio.

— Insuficiencia renal.

— Cetoacidosis diabética.



Posición en el shock hipovolémico.

• Los datos de laboratorio nos revelará:

- Glucemia superior a 250 mg/dl.
- pH sérico inferior 7,35.
- Bicarbonato sérico menor a 25 mEq/l.
- Sodio sérico mayor a 145 mEq/l.
- Potasio sérico inferior a 3,5 mEq/l.
- Osmolaridad sérica por encima de 300.

ANAMNESIS

Tiene un gran valor, pues puede ayudarnos en el conocimiento de la causa. Preguntaremos respecto a la hemorragia:

1º ¿En qué momento empezó la hemorragia?

2º ¿Cuál fue la lesión o la enfermedad subyacente?

3º ¿Ha disminuido desde su comienzo la hemorragia?

4º ¿Ha tenido el paciente problemas hemorrágicos anteriores? ¿Y su familia?

5º ¿Qué medicación ha tomado últimamente? ¿cuándo?

6º ¿Sabe cuál es su grupo sanguíneo?

7º ¿Presenta alguna alergia?

Esta historia de enfermería nos podrá orientar en nuestros objetivos a realizar.

ACTUACION DE ENFERMERIA

1º) Medidas generales para el control:

— Aplicar presión directa en el sitio de sangrado, así:

• H. en cuero cabelludo: comprimir arteria temporal.

• H. en cara: comprimir arteria facial.

• H. en brazo y hombro: comprimir arteria subclavia.

• H. en antebrazo: comprimir arteria braquial.

• H. en muslo: comprimir arteria femoral.

• H. en mano: comprimir la arteria cubital y radial.

• H. en pierna: comprimir la arteria poplítea.

• H. en pie: comprimir arteria del tobillo.

— Controlar estos puntos de presión.

— Elevar las extremidades por encima del nivel del corazón.

— Posición de Trendelenburg.

— Uso de medias anti shock.

2º) Vigilar la permeabilidad de las vías aéreas, en ocasiones tendremos que administrar oxígeno, siendo preferible un exceso a un defecto del mismo. Si es necesario se recurrirá a un respirador artificial.

3º) Control de las constantes vitales a intervalos de 5-15 minutos. Estos pacientes en principio mostrarán las constantes normales ante la respuesta del SNSimpático. Debemos estar alerta puesto que al poco tiempo el enfermo experimentará un descenso del pulso y tensión arterial entrando en peligro su estado.

4º) Ante el fracaso de la presión directa sobre la herida, será necesario la aplicación de un torniquete. Este tiene sus ventajas e inconvenientes, por ello tras su aplicación será necesario un riguroso control para prevenir la lesión mecánica del nervio y del vaso, por el insuficiente flujo arterial. Vigilaremos por tanto:

— Color de la piel.

— Función motora.

— Sensibilidad de la extremidad afectada.

Al permanecer estos signos en normalidad, estaremos tranquilos al indicarnos buen flujo sanguíneo en la extremidad.

5º) Obtener una muestra de sangre arterial y otra venosa. Estudiaremos:

— Determinación del grupo sanguíneo.



Extracción para determinar valores

— RH

— Pruebas cruzadas.

— Determinación de los niveles de electrolitos.

— Hematocrito, hemoglobina.

— Tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina.

— Recuento plaquetario.

— Estudio de coagulación intravascular diseminada.

— Gasometría arterial y diferencial.

— Niveles de amilasa en suero.

— Pruebas de funcionamiento hepático.

Al paciente traumatizado se le pedirán Rx de tórax, cráneo, columna, pelvis y extremidades. El TAC también nos revelará buena información.

6º) Insertar una o varias agujas de infusión venosa periférica de largo y grueso calibre, para la corrección inmediata de la hipovolemia y los graves trastornos metabólicos. La vía a cateterizar, resulta complicada en estos pacientes debido a la gran pérdida de volumen circulante que han tenido presentando así una presión venosa periférica muy baja.

Perfundiremos soluciones de suero salino al 0,9% o 0,5% más dextrosa. Si estas infusiones de cristaloides no nos corrigen la hipovolemia, se utilizará soluciones coloides, principalmente de albúmina al 5% o fracción protéica del plasma. La sangre a infundir deberá estar a Tª del cuerpo humano pues se han descrito arritmias graves con transfusiones rápidas de sangre fría.

7º) Colocar sonda vesical para medir la diuresis. En los adultos la diuresis horaria es superior a 30 ml. Si es inferior, aumentamos el flujo de goteo. Vigilar posible hematuria.

8º) Es aconsejable obtener un electrocardiograma tan pronto como nos sea posible pues se ha observado hasta un 5% de infarto de miocardio silencioso a isquemia por hipotensión durante la hemorragia.

9º) Ayudar al médico a colocar una vía central para medir la PVC. Resultará útil este dato para graduar el volumen a infundir, monotizar y detectar la recurrencia de la hemorragia.

10º) La alimentación será estrictamente parenteral. Estos pacientes no ingerirán nada por vía oral ante la posibilidad de intervención. Ante la sed se le darán cúbitos de hielo, previa consulta con el médico.

11^o) Las hemorragias localizadas bajo la cintura, se controlarán con los MAS inchables (medias antishock). Estas medias aumentan la circulación central y ejercen presión sobre el punto de sangrado, impelen la sangre de la mitad inferior del organismo hacia la circulación central, aumentando de esta forma el retorno venoso y el gasto cardíaco.

Aparte de estas medidas generales, dispondremos de unos cuidados específicos en función del tipo y localización de la hemorragia:

Hemorragia interna

Tórax. Cuidados:

- Elevar la cabecera de la cama para facilitar la respiración.
- Facilitar oxígeno.
- Ayudar al médico a colocar un drenaje torácico, después observar el color de drenado y anotarlo.
- Monotorizar.

Abdomen. Cuidados:

- Hemorragia causada por úlcera gástrica sangrante: lavado gástrico con agua helada por sonda nasogástrica.

— Preparar cimetidina 300 mgr. diluidos en 100 ml de solución IV a pasar en 15-20 min./6 h. para bajar el sangrado gástrico.

— Prepararnos para asistir a una paracentesis.

Pelvis. Cuidados:

- Si hay fractura de pelvis, preparar para quirófano.
- Colocar sonda vesical, vigilando color de la orina y cantidad. Ante la sospecha de traumatismo vesical no pondremos sonda.
- Lavado vesical, ordenado por el médico.

Muslo. Cuidados:

- Bolsa de hielo en zona afecta.
- Elevar la pierna afectada.

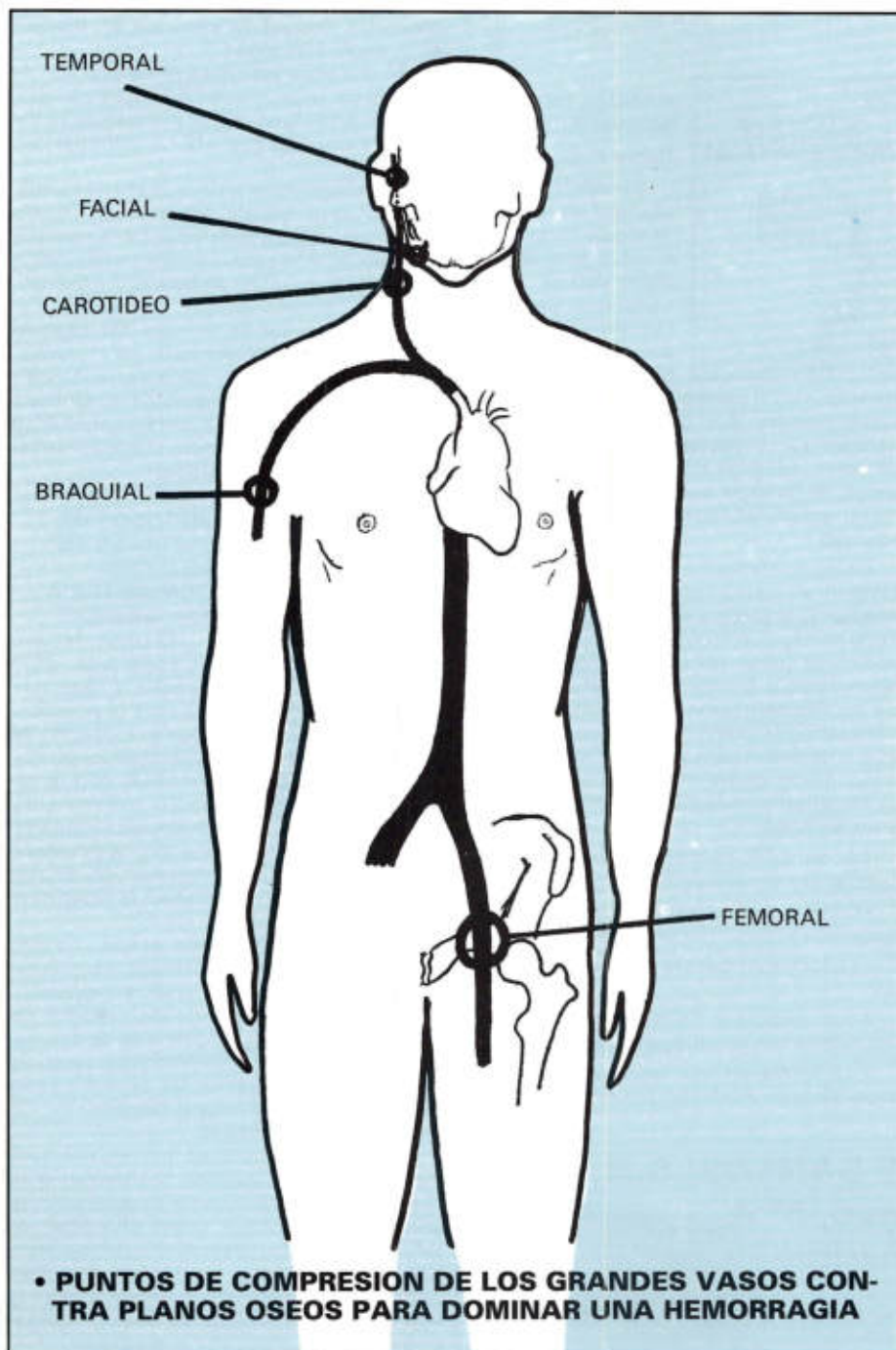
Hemorragia externa

La hemorragia externa está tratada en el punto primero, en el caso de localizarse la hemorragia en esa zona.

Por último resaltar la vital importancia desarrollada por el personal sanitario de cara al enfermo, en su propósito de mantener al paciente en el sosiego y la tranquilidad necesarias para su completo restablecimiento.

BIBLIOGRAFIA

- «MANUAL DE ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA»
L.S. Brunner; D.S. Suddarth.
Interamericana. 4^a Edición. México 1985.
- «URGENCIAS DE ENFERMERIA»
Nursing Photobook.
Ediciones DOYMA. 2^a Edición 1985.
- «TECNICAS DE ENFERMERIA»
L. Wieck; E.M. Kinc.
Interamericana. 3^a Edición.
- «PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA»
Harrison
R.G. Petersdorf; Raymond D. Adams.
Editorial McGraw-Hill 1983.
- «REVISTA DE ENFERMERIA NURSING»
«Hemorragia gastrointestinal. Hemorragia interna: peligro oculto».
Editorial And Business Staffs.
- «REVISTA ROL DE ENFERMERIA»
«Hemorragias digestivas»
Editorial Rol S.A.



Novedades bibliográficas



ENFERMERIA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Mª Victoria Antón Nardiz

La enfermería como profesión ha experimentado a lo largo de su historia innumerables transformaciones con objeto de amoldarse a las necesidades de la sociedad.

Algunas de esas transformaciones se llevaron a cabo sin dificultad, otras como la que está viviendo en las últimas décadas suponen cambios profundos, difíciles de interpretar y que generan en los profesionales infinidad de dudas.

Este libro, escrito desde el conocimiento directo, desde la vivencia de la enfermería actual viene a rellenar un largo vacío de bibliografía tanto de enfermeras como para enfermeros y responde de una forma clara y sencilla alguna de las preguntas de mayor actualidad.

¿Cuál es la identidad profesional de la nueva enfermería?

¿Qué aporta la enfermera, como específico suyo al equipo de salud?

¿Qué significa en la práctica ser el profesional del cuidado?

La primera parte del libro es una reflexión acerca del Sistema Sanitario actual y el lugar de la enfermera en Atención Primaria, abordando su identidad, su contenido teórico, etc.

La segunda parte se acerca a nuevos campos de actuación y, junto a elementos de reflexión, va marcando aspectos prácticos relativos al cuidado del anciano en el domicilio, o la consulta de enfermería para el control del enfermo crónico, etc., convirtiéndose de esta forma en un libro de consulta para profesionales de enfermería de los Centros de Salud y una ayuda imprescindible para los alumnos.



EL DERECHO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

A. Martín Serrano

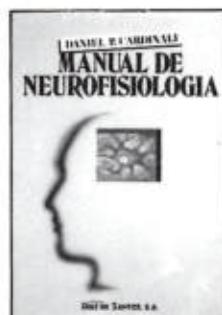
Este libro es un completo manual de todo el derecho sanitario; trata desde la responsabilidad civil o penal de los profesionales, sanitarios, los derechos y obligaciones de éstos, la

organización y estructura del sistema sanitario

hasta los problemas que plantea la incorporación a la Comunidad Europea.

El objetivo fundamental ha sido un acercamiento al derecho que pueda ser útil para los profesionales de la sanidad.

Se hace, por tanto, un recorrido a lo largo de la legislación que actualmente incide en el campo sanitario con el fin de escribir un manual que ha de servir para abordar los problemas jurídicos que pueden presentarse en la práctica. Como el público al que va dirigido —gerentes y directivos de la Sanidad, médicos, personal de enfermería y también personal no sanitario— quiere que las obras de este tipo sean de rápida lectura y de fácil comprensión, se han evitado tanto la polémica doctrinal como la profundización exhaustiva.



MANUAL DE NEUROFISIOLOGIA

Daniel P. Cardinali

El objetivo de este *Manual de Neurofisiología* es proveer al estudiante de Medicina con un material conciso y estrictamente actualizado sobre el conjunto de disciplinas de mayor

expansión en el campo biomédico actual, las *Neurociencias*. Sus destinatarios son los alumnos que cursan las Carreras Biomédicas, así como aquellos de otras disciplinas del campo de Biología que requieran un conocimiento actualizado de la fisiología del sistema nervioso.

En este *Manual de Neurofisiología* se analizan en forma resumida las reglas que vinculan la anatomía y fisiología del cerebro con la percepción, movimiento y cognición, la manera en que se arriba a estas reglas examinando tanto la función de las células nerviosas individuales como la del cerebro en conjunto (es decir, como entidad que trasciende las sumas de sus partes), y la forma en que los componentes genéticos y factores ambientales modifican conductas específicas del sistema nervioso.

Los temas fundamentales tratados comprenden los siguientes aspectos:

- Cómo las neuronas producen sus señales típicas.
- La forma en que las neuronas se conectan.
- La relación de estas conexiones neuronales con conductas específicas.
- La forma en que las neuronas y sus conexiones se modifican por la experiencia.



ENFERMERIA EN LA CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA

Mª Teresa Soy Andrade

En esta obra se aborda, de forma pormenorizada, las actividades de la consulta externa hospitalaria como un conjunto de asistencia que ofrece al

paciente una atención integral, con un nivel de cuidados cualificados.

La Enfermería de la Consulta Externa Hospitalaria plasma por vez primera su problemática, basándose en su trabajo diario y en su profesionalidad.

Es una obra eminentemente práctica de enfermería, escasamente bibliográfica, apoyada en datos funcionales y actualizados del Hospital Universitario «12 de Octubre», en Madrid.

La Enfermería en la Consulta Externa Hospitalaria es un manual actual y útil, no sólo como fuente de datos de formación y reciclaje profesional, sino para los mandos de gestión dentro de la atención ambulatoria especializada.

La integración en la obra del capítulo final: *Atención de Enfermería en domicilio*, pretende una vez más, fomentar la filosofía de que cuando se habla de régimen sanitario abierto tenemos muy presente la comunidad como foco de atención en constante demanda de salud y servicios sanitarios.



METODOS DE ESTUDIOS EN MEDICINA COMUNITARIA

J.H. Abramson

El presente libro supone una guía sencilla y sistemática para la planificación y realización de investigaciones relacionadas con la salud, la enfermedad y la atención sanitaria.

No se trata de un compendio de técnicas o métodos detallados de investigación, sino de una guía que incluye el diseño, la realización y el análisis de estudios.

Para la presente edición, el texto ha sido totalmente revisado, actualizado y aumentado. Se han añadido dos nuevos capítulos... Uno de ellos se ocupa de los métodos de encuesta en la atención primaria de tipo social. El otro describe los métodos para realizar encuestas de opinión de los expertos en la materia. El libro se ocupa, también, de los métodos experimentales.

La información que se incluye, resultará inestimable para quienes se dedican a la planificación de trabajos de investigación de grupos y poblaciones, como encuestas de salud, estudios de perspectivas, comparaciones entre casos y controles, pruebas profilácticas y terapéuticas, estudios sobre el uso de servicios y médicos y otras investigaciones epidemiológicas y evaluatorias.

Ediciones DIAZ DE SANTOS, S.A.

c/. Juan Bravo, 3º A

28006 Madrid

Telf.: (91) 431 24 82

Fax: (91) 575 55 63



**Ilustre Colegio Oficial
de Enfermería**



CAUDAL
SEGUROS
GRUPO ZURICH

SEGURO DE AUTOMOVILES



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

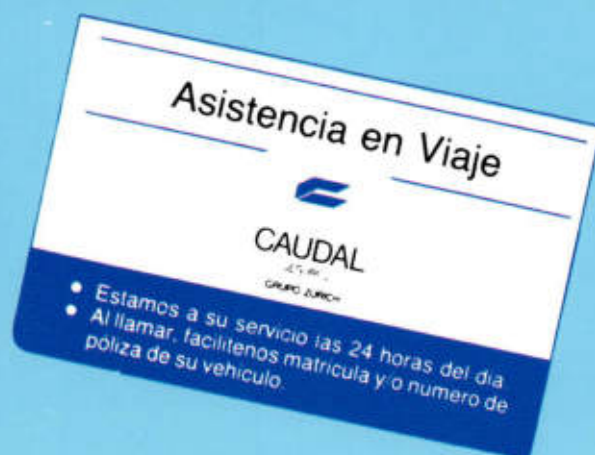
Se tiene derecho con ella:

Desde el Km. 0

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

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

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



PRECIOS MUY ESPECIALES PARA LOS COLEGIADOS DE SEVILLA

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

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

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

8º CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA "CIUDAD DE SEVILLA"

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA DE SEVILLA



PREMIOS

PRIMERO: 600.000 PESETAS

SEGUNDO: 300.000 PESETAS

TERCERO: 200.000 PESETAS

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

BASES

- 1.ª **Denominación:** Título: «Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla».
- 2.ª **Objeto:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3.ª **Dotación:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, de TRESCIENTAS MIL (300.000) para el premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4.ª **Presentación:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentarán por duplicado ejemplar en papel tamaño D.I.N. A4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, y encuadernados; incluirán en separata un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
- 5.ª **Concursantes:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6.ª **Jurado:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Diplomados de Enfermería de Sevilla o persona en quien él delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representarán: al Colegio de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, tres Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería. Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- 7.ª **Decisión del Jurado:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción Judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable.
- 8.ª **Documentación:** Los trabajos que opten al premio, serán remitidos por correo certificado, con acuse de recibo, al Colegio de A.T.S. y D.E., apartado de Correos nº 3.027, 41080-SEVILLA. Deberán indicar en el sobre: para el 8º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. No llevará remite ni datos de identificación del autor ni del Centro de Trabajo, si lo hubiere. Los trabajos serán firmados con seudónimos y acompañarán sobre cerrado con la misma identificación en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección completa, lugar de trabajo, si lo hubiese; certificado de colegiación reciente y «curriculum vitae», que se abrirá tras las concesiones de los premios.
- 9.ª **Propiedad de los trabajos:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados en el «8º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla».
- 10.ª **Incidencias:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación previa de las presentes Bases.
- 11.ª **Titular del Premio:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del Trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 1992.
Los Premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.
El fallo del jurado se hará público el día 15 de diciembre de 1992.



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERIA
DE SEVILLA

Premios 1991:

- 1.º D. Jesús López Ortega (Jaén)
- 2.º D.ª Carmen Ollobarren Huarte (Navarra)
- 3.º D. Manuel Jesús García Martínez (Sevilla)



BANCO DEL COMERCIO