

Nº 2 OCTUBRE - NOVIEMBRE - DICIEMBRE, 1987



HYGIA

REVISTA CIENTIFICA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ATS-DE DE SEVILLA



APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

LA ENFERMERIA ANTE LA CONSIDERACION DE LAS VARIABLES SOCIALES

**DE LAS CHARLAS DE PASILLO A PARTICIPAR EN LA CONSTRUCCION
DE NUESTRA PROFESION**

Sumario

—EDITORIAL	3
—APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	4
—LOS DESINFECTANTES EN EL SIGLO XIX.....	11
—SOPA DE PALABRAS.....	16
—EVALUACION DE LAS ENCUESTAS DE LAS 1 ^{as} . JORNADAS HISPALENSES DE NUTRICION ENTERAL Y PARENTERAL EN ENFERMERIA INTENSIVA	17
—CONCURSO DE FOTOS Y LOGOTIPOS	18
—RELACION DE BECAS CONCEDIDAS DE JULIO—AGOSTO—SEPTIEMBRE DE 1987	20
—NORMAS PARA LA CONCESION DE BECAS	21
—FUNCIONES DE ENFERMERIA, ATENCION DE ENFERMERIA	22
—LA ENFERMERIA ANTE LA CONSIDERACION DE LAS VARIABLES SOCIALES	23
—CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA EN LA DESHIDRATACION.....	26
—DE LAS CHARLAS DE PASILLO A PARTICIPAR EN LA CONSTRUCCION DE NUESTRA PROFESION	29
—EL PRACTICANTE SEVILLANO	33
—NORMAS PARA LA ADMISION DE TRABAJOS CIENTIFICOS EN LA REVISTA.....	35
—A PROPOSITO DE UNA NUEVA INCIDENCIA.....	36
—CONCLUSIONES FORO PROVINCIAL DE ENFERMERIA «LA ENFERMERIA MARCA EL CAMINO»	38

El equipo de redacción no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los diferentes artículos, siendo la responsabilidad de los mismos, exclusiva del que los suscribe.

OCTUBRE
NOVIEMBRE
DICIEMBRE

1987

EN PORTADA



F. ELIAS CAÑAS

Nº 2



EDITA:

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

DIRECTOR:

José M.^a Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

Maite Brea Ruiz
José Antonio Cervera López

CONSEJO DE REDACCION:

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

IMPRIME:

Gráficas Mirte, S.A.

DEPOSITO LEGAL:

SE - 470 - 1987

©

EDITORIAL

FORMACION E INVESTIGACION «Y NUESTRO FUTURO»

Es difícil identificar las necesidades de formación para poder diseñar una buena planificación de las actividades, con miras a un desarrollo del personal, que nos permita a través de la investigación bien orientada, a un mejoramiento, y una respuesta profesional de acuerdo con las demandas actuales de la sociedad.

La investigación científica es fundamental para el fomento y conservación de la salud del hombre. En el bienestar del individuo y en los avances de la salud, también estamos los profesionales de enfermería, como verdaderos protagonistas del cambio tan enorme que se está produciendo en nuestra sociedad, sobre todo en lo que se refiere a la Salud. Ha llegado el momento en el que Enfermería debe realizar sus propias investigaciones.

Si viviéramos en una sociedad, en un mundo donde nunca cambia nada, habría poco que hacer y no habría nada que explicarse. No habría estímulo para la ciencia. Y si viviéramos en un mundo impredecible donde las cosas cambian de modo fortuito o muy complejo, seríamos incapaces de explicar nada y tampoco en este caso podría existir la ciencia.

Pero vivimos en una sociedad intermedia donde las cosas cambian, aunque de acuerdo a estructuras, a normas o según nuestra terminología, a leyes de la naturaleza. Podemos hacer ciencia y por mediación de ella podemos perfeccionar nuestras vidas. El conocimiento es requisito esencial para la supervivencia.

En ese empeño creo que estamos todos los que pensamos que nuestro futuro tiene que ser cierto. Para ello, y desde nuestro Colegio Profesional de Enfermería estamos potenciando la Formación y la Investigación para que sean actividades, sin las cuales no podríamos ejercer nuestra profesión y que desde nuestro trabajo diario podamos demostrar cual es nuestra aportación profesional en este nuevo enfoque del cuidado del hombre. Todo esto son valores fundamentales para conseguir nuestros propósitos y nuestra identidad.

AREA DE FORMACION Y ESPECIALIDADES

APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Area de Cuidados Intensivos HOSPITAL CLINICO DE SEVILLA

INTRODUCCION

A lo largo de la historia de la Enfermería, se han ido sucediendo una serie de cambios que aparecían como consecuencia de necesidades creadas por la sociedad en los distintos momentos en los que se producían dichos cambios. Así en la época Cristiana, la asistencia estaba basada en el amor al prójimo y sentimiento de ayuda que precisaban las personas enfermas. Durante la Segunda Guerra Mundial se sucedieron grandes cambios derivados de la atención masiva y del tipo de patología presentado. El avance científico desarrollado a partir de entonces, repercutió en la asistencia sanitaria en tanto que aparecen nuevas concepciones sobre la atención al individuo enfermo, estructuración de la asistencia, nuevos métodos de tratamiento, diversidad en los métodos diagnósticos y en definitiva un alargamiento de la vida media en el ser humano.

Todo ello repercute muy directamente sobre la asistencia sanitaria al individuo, y más concretamente sobre situaciones de amenaza vital, en donde las necesidades asistenciales se ven aumentadas en un trescientos por cien. Aparecen así las Unidades de Cuidados Intensivos, donde el paciente requiere una vigilancia más estricta, un aparataje específico y una preparación especial por parte del personal que lo atiende.

El punto de vista general en la Enfermería es que la asistencia sanitaria es una profesión, y como grupo de profesionales, su mayor preocupación radica en proporcionar una asistencia de calidad a los pacientes, para lo cual se esfuerzan por establecer las mejores condiciones para prestar la mayor atención posible.

¿Pero cómo definimos la asistencia sanitaria enmarcándola en el área de Cuidados Intensivos?. Virginia Henderson, en su obra publicada en 1966, «La naturaleza de la asistencia sanitaria», estimula a cada profesional de Enfermería para que dentro de su campo de acción defina por sí mismo el concepto de la asistencia sanitaria.

Así, podríamos definir la asistencia sanitaria en Cuidados Intensivos, como la atención que Enfermería realiza sobre el individuo para suplir o restablecer aquellas funciones y actividades que le son vitales para la vida, así como la ayuda al paciente y familia a afrontar en paz la muerte.

Enfermería, en Cuidados Intensivos, organiza y ejecuta sus actividades conscientes de la importancia de sus actos para la vida del paciente, sintiéndose máximo responsable de la vigilancia y cuidado del mismo.

para que estas actividades de Enfermería se ejecuten de una forma lógica y ordenada, es necesaria la aplicación de un método: el

Proceso de Atención en Enfermería. (P.A.E.)

El proceso de asistencia sanitaria constituye, por lo tanto, una forma ordenada y sistemática de determinar los problemas del paciente, haciendo planes para resolverlos, iniciando el plan general o delegando a otros la implantación del mismo, así como evaluando el grado de efectividad del plan trazado a la hora de solucionar los problemas identificados.

Para la realización del Proceso de Atención el profesional de Enfermería debe de estar capacitado en el plano intelectual, técnicamente y en la relación interprofesional.

La capacitación intelectual es aquella que se refiere al bajaje de conocimientos necesarios para llevar a cabo la asistencia sanitaria. La información adquirida durante el periodo de formación y a través de la experiencia profesional, proporcionan a Enfermería una base para tomar decisiones, emitir juicios y establecer prioridades.

También la capacidad técnica es importante, sobre todo en las Unidades de Cuidados Intensivos, aunque no deja de ser más que una parte del proceso de asistencia sanitaria.

Por último, también necesita una capacitación para el trato interpersonal, es decir, para la rela-



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA
FACULTAD DE MEDICINA

AVDA. DR. FEDRIANI 5/N
SEVILLA

Nombre _____

Edad _____ Habitación _____ Cama _____

Fecha Ingreso _____ Fecha Alta _____

Diagnóstico Médico _____

D.E. _____

HOJA DE VALORACION INICIAL DE ENFERMERIA INTENSIVA

NECESIDAD DE OXIGENACION

VENTILACION

Natural.....
Asistida.....
RESPIRACION ASISTIDA
IPPV.....
IMV.....
Espontanea.....

SECRECCIONES

Normal.....
Purulenta.....
Herrumbrosa.....
Blanquecinas.....
Hemoptóica.....
Seca.....
Humeda.....

MANTENIMIENTO DE VIAS

AEREAS

Orofaringea.....
Oroendotraqueal.....
Traqueostomia.....
Natural.....

LOCALIZACION SECRECCIONES

ZONAS DE HIPOVENTILACION

NECESIDADES HEMODINAMICAS

PULSO

Ritmico.....
Arritmico.....
No palpable.....
Filiforme.....
Blando.....
Lleno.....
Alternante.....

MONITORIZACION

Electrodos torax.....
Swan Ganz.....
Arterial.....
MARCAPASOS
A demanda.....
Programado.....

HIDRATACION

Normal.....
Deshidratación.....
Hiperhidratación.....
Edemas.....
Sequedad de mucosas.....
Signo del pliegue.....
lengua Seburral.....

NECESIDAD DE INGESTA

INGESTA

Normal.....
Disminuida.....
Anoréxica.....
DIGESTION
Normal.....
Pesada.....
Flatulenta.....

DIETA

Absoluta.....
Líquida.....
Blanda.....
Normal.....
Diabética.....
Hiposodica.....
Astringente.....
Triturada.....

VIAS DE ADMINISTRACION

Enteral.....
Parenteral.....
OBSERVACIONES

NECESIDAD TERMORREGULACION

Normotermo.....
Hipotermo.....
Hipertérmico.....
Fiebre persist.....
Fiebre alterna.....
Fiebre séptica.....

NECESIDAD DE SEGURIDAD FISICA

Necesita sujeción.....
No necesita.....
SUJECCION
Barandilla.....
Otro tipo.....
Sujeción cabeza.....
Sujeción Tronco.....
Sujeción Extrem.....
Sedación total.....
Sedación reglada.....
Sedación a demanda.....

ción entre paciente y personal sanitario, con su familia, no olvidando la triple dimensión humana biopsicosocial.

Todo ello hace que la aplicación del proceso de atención sanitaria garanticen la prestación de unos cuidados más satisfactorios para el paciente.

MARCO TEORICO

Para la aplicación del P.A.E. en nuestra área, nos hemos basado en la teoría de las necesidades hu-

manas. De acuerdo con la misma, la persona se considera como un todo integrado y organizado, cuya motivación consiste en la satisfacción de sus necesidades básicas. Una necesidad se considera como un problema interno resultante de una alteración en algún estado del sistema. Estas necesidades básicas son precisas para garantizar la supervivencia del individuo.

Maslow utiliza una estructura jerárquica de cinco niveles para designar las necesidades huma-

nas con relación a necesidades físicas, de seguridad, de integración y amor, de estima y de autorrealización. Una persona está dominada por necesidades físicas, de manera que si todas ellas están insatisfechas las demás parecerán no existir, o quedarán en un segundo plano. Las necesidades de seguridad aparecen cuando las físicas se encuentran satisfechas totalmente. De esta manera las siguientes van apareciendo conforme las anteriores se van cubriendo.

Por lo tanto, basándonos en esta teoría y aplicándola al proceso de asistencia sanitaria, en el Area de Intensivos nos planteamos un objetivo general y varios específicos.

OBJETIVO GENERAL: Mejorar la calidad asistencial en los pacientes de Cuidados Intensivos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar las necesidades básicas del paciente.
2. Identificar los problemas potenciales y reales de salud en Cuidados Intensivos.
3. Establecer prioridades en las actuaciones de Enfermería.
4. Desarrollar un plan de cuidados, organizado según el individuo y su patología (protocolos).
5. Evaluar el plan de cuidados prestado al paciente de Intensivos.
6. Definir las responsabilidades específicas de Enfermería.
7. Investigar sobre distintas facetas de Enfermería.
8. Crear una base de datos propia de Enfermería.
9. Proporcionar un método de información de los cuidados de Enfermería.
10. Fomentar la consideración de Enfermería como profesión.
11. Registrar todas las actividades de Enfermería.

PROCESO DE APLICACION

Un grupo de profesionales del Area de Intensivos del Hospital Clínico de Sevilla, impulsados por

ASIGNACION ENFERMERA/O PACIENTE

Requisito indispensable para la aplicación del P.A.E. es la asignación enfermera/o paciente. Esto se realizó diseñando equipos de profesionales que eran responsables de sus pacientes asignados desde su ingreso hasta su posterior alta, lo que nos llevó a romper con la tradicional rotación de nuestras Unidades.

CREACION DE EQUIPOS DE TRABAJO VERTICALES

Los turnos verticales están integrados por los profesionales que atienden a un mismo enfermo durante las veinticuatro horas, de forma que puedan discutir el plan programado y sus posibles modificaciones. Estos turnos se seleccionaron de forma que en cada uno de ellos existiera uno de los miembros promotores de la implanta-

ción del P.A.E., para que impulsaran y facilitaran la continuidad del proceso.

EL PROCESO

El proceso implantado consta de las siguientes partes:

1) HOJA DE VALORACION INICIAL DE ENFERMERIA INTENSIVA.— En ella se recogen los datos



Servicio Andaluz de Salud
Hospital Clínico

JUNTA DE ANDALUCIA

Consejería de Salud

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA INTENSIVA

ENFERMO	_____
Cama	_____ Fecha _____
DE Turno Mañana	_____
Tarde	_____
Noche	_____

NECESIDAD ALTERADA	PROBLEMA	PLAN DE CUIDADOS	EVALUACION
OXIGENACION	<input type="checkbox"/> Hipoxia	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Hipercapnia	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Falta control respiratorio	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Retc. Secrecc	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Intubación	<input type="checkbox"/>	
NUTRICIONALES	<input type="checkbox"/> No motilidad	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Intubación	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Dipepsia	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Desorientación	<input type="checkbox"/>	
ELIMINACION URINARIA	<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Retención	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Oliguria	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Anuria	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Disuria	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Uremia	<input type="checkbox"/>	
ELIMINACION INTESTINAL	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Meteorismo	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Colostomía	<input type="checkbox"/>	
ELIMINACION GASTRICA Y OTRAS	<input type="checkbox"/> No motilidad	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Drenajes	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Secreciones	<input type="checkbox"/>	
LIQUIDOS Y ELECTROLITOS	<input type="checkbox"/> Ingest. Insuf.	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Alt tubo diges	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Alt Func renal	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Hemorragias	<input type="checkbox"/>	
TERMORREGULACION	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/>	



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA
FACULTAD DE MEDICINA
AVDA. DR. FEDRIANI S/N
SEVILLA

ENFERMERIA AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS

HOJA DE ALTA DE ENFERMERIA

Nombre
Apellidos
N.º Historia Clínica
Fecha de Ingreso
Diagnóstico Médico

<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. INGRESO</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>PLAN DE CUIDADOS. RESUMEN</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. ALTA</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Diplomado de Enfermería que realiza el alta.</p> <p>D. _____</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>

instancia. Posteriormente cuando el personal esté más habituado a la realización del proceso se añadirá esta parte.

La hoja de valoración inicial es realizada por el personal al ingreso del paciente programando posteriormente un plan de cuidados para el mismo. Durante el resto del día, los demás profesionales van anotando en el apartado de evaluación si el programa planeado es eficaz o no, pudiendo introducir cambios en el mismo en caso necesario.

La hoja de valoración y planificación se realiza diariamente en el turno de tarde a partir del primer día de ingreso, por considerar el grupo que estadísticamente existen menos cargas de trabajo.

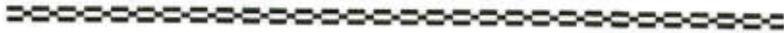
3) ALTA DE ENFERMERIA.— El tercer registro es el alta de enfermería, que consta de cuatro partes bien diferenciadas:

- a) En la parte anterior figura el diagnóstico de enfermería del día del ingreso.
- b) Resumen de los planes de cuidados que se han efectuado en este paciente.
- c) Diagnóstico de enfermería del día de alta, apreciándose claramente las diferencias entre uno y otro.
- d) En la parte posterior nos encontramos otros datos de interés como son: información sobre sondajes, curas, técnicas, permanencia de caracteres, etc.

Esta hoja se realiza por duplicado acompañando una de ellas la historia del enfermo con el fin de que el profesional que reciba al enfermo posea información detallada de las actividades a las que se ha visto sometido el paciente por parte del profesional de enfermería de intensivos. La otra copia queda en la unidad archivándose al igual que el resto de los registros para una posterior investigación y proceso de evaluación, que en una segunda publicación transmitiremos los resultados obtenidos.

mentales. Aquí vamos a programar el plan de cuidados para el paciente con el siguiente orden: en primer lugar, la necesidad detectada, el problema o problemas que la provocan, a continuación el plan de cuidados a realizar, y por último la evaluación del mismo. Lógicamente observamos que en este registro figuran todas las etapas del proceso, planificación, ejecución y evaluación. ¿Porqué no se en-

cuentra en ella los objetivos? Este equipo de trabajo, que en el primer momento de introducción, y debido a la falta de práctica en la elaboración de los mismos decidimos anular el registro de los objetivos, dando por sobre entendido que el profesional tendría los mismos en mente, aunque a la hora de plasmarlos en el registro resultasen un poco complicado y de ahí su desaparición en una primera



En el ánimo de este grupo de trabajo está como especificamos anteriormente mejorar la calidad asistencial del paciente en nuestras unidades, como de hecho, está sucediendo, puesto que al valorar todas y cada una de las necesidades que pueden surgir en el paciente obliga a los profesionales de enfermería a atender y planificar con orden prioritarios los problemas derivados de las patologías propias de cuidados intensivos.

Para la discusión y revisión referente a temas relacionados con la aplicación del P.A.E. en intensivos, la Dirección de Enfermería de nuestro hospital, consciente de la importancia del mismo a puesto los medios oportunos para la formación del personal. En estos días dedicados a la formación se plantean problemas, planes de cuidados, evaluaciones, etc, en definitiva se trabaja e investiga en profundidad toda esta temática lo cual nos parece una medida más para el estímulo del profesional ante este nuevo reto.

Queremos dejar constancia de que este trabajo no hubiera sido posible sin la decisiva colaboración del personal de nuestras unidades. Nosotros solo hemos transcrito todo el proceso.

AGRADECIMIENTOS:

- Dirección de Enfermería del Hospital Clínico de Sevilla.
- Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Sevilla.
- Formación continuada del Hospital Clínico de Sevilla.

Este trabajo ha sido elaborado por:

El personal de Enfermería del Area de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico.

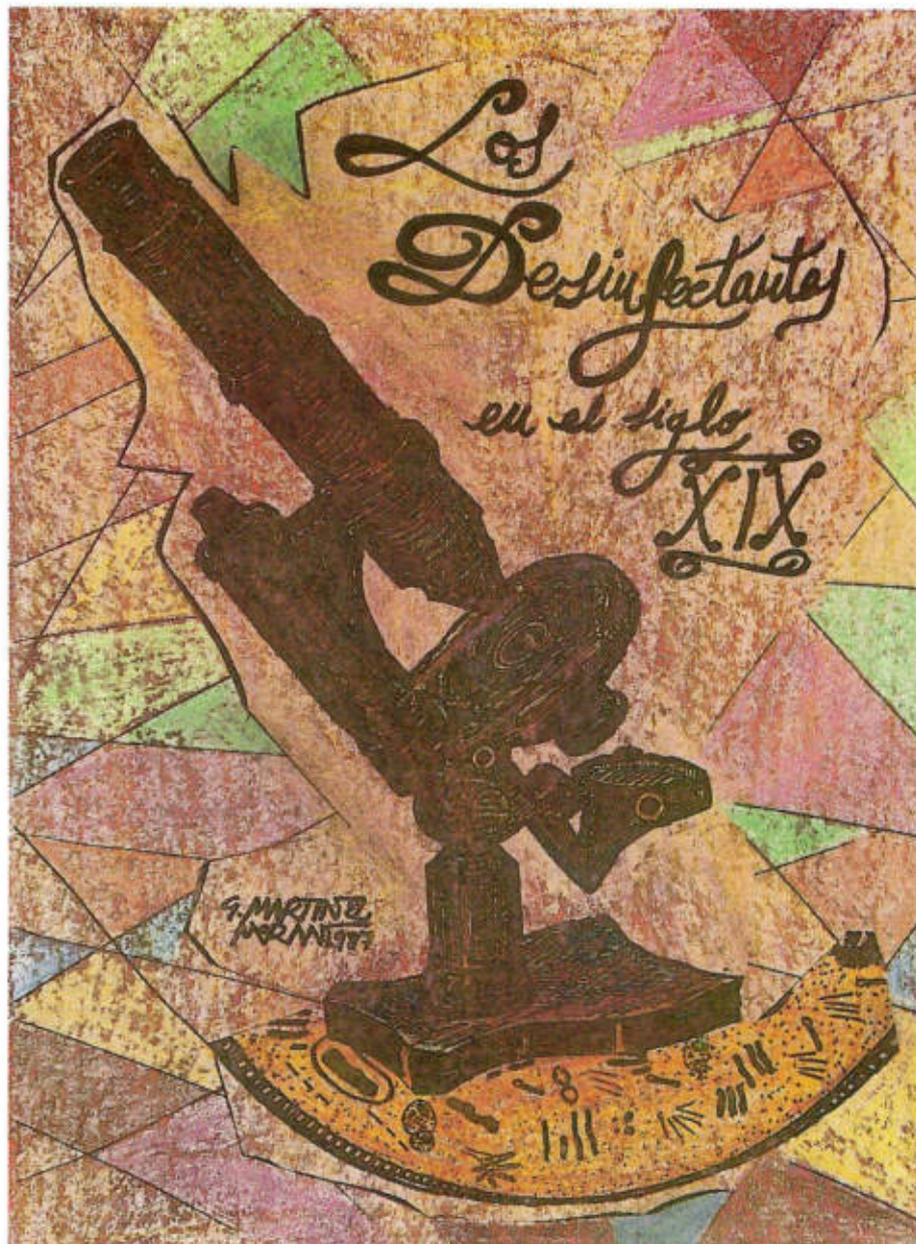
Coordinados por:

Equipo de Supervisión del Area de Intensivos y por la Dirección de Enfermería del Hospital Clínico.

OTROS DATOS COMPLEMENTARIOS	
CURAS :	<u>LOCALIZACION:</u> _____ _____
	<u>TRATAMIENTO :</u> _____ _____ _____
SONDAJES :	<u>VESICAL</u> : _____ Próximo cambio _____
	<u>GASTRICO</u> : _____ Próximo cambio _____
	_____ : _____ Próximo cambio _____
VIAS :	<u>CENTRAL</u> : _____ Próximo cambio _____
	<u>PERIFERICA</u> : _____ Próximo cambio _____
	_____ : _____ Próximo Cambio _____
TRAQUEOSTOMIA :	<u>CUIDADOS:</u> _____ _____
	Próximo Cambio Cánula _____
OTROS DATOS DE INTERES :	_____ _____ _____ _____ _____

rg/c





Hoy, el vocablo desinfectante en la terminología científica de enfermería es subsistente de la denominación según acción específica en la antisepsia, con proceso gradual sobre microorganismos en función de diversos factores, tales como la velocidad de reacción, pH, temperatura, etc., por actuaciones distintamente sobre la membrana protoplasmática, pared celular, enzimas, proteínas, etc.

Cierto es que la bibliografía sobre enfermería española además de escasa, no es muy afortunada en tiempos pasados, ocasionando a los investigadores acerca de enfermería en cuanto a enfermería, exclamar o quizás, pensar lo que en su día narró Ocampo: «...¿En qué página de esta historia encontraré la descripción del lugar en que se oculta la llave del tesoro?...»

Por los durmientes tratados sobre funciones asistenciales, metodología, técnicas y recursos científicos de enfermería, se puede apreciar el nexo entre antisepsia y enfermería, partiendo desde la limpieza del enfermo.

Los desinfectantes en el siglo XIX es una gran cuestión que principalmente vierte en la higiene profiláctica propiamente dicha, entendida desde un seno decimonónico de transformaciones sociales y económicas, de revoluciones e imperialismo, la crisis de la razón pura y la filosofía y ciencia positiva, y del desarrollo científico y técnico, originando cambios nucleares en las relaciones de los hombres entre sí y con la naturaleza.

Resultó polémico el fijar la significación sanitaria de los desinfectantes,

ya que pululaban diferentes definiciones como las de:

—*Emile LITRE* (Paris 1801-1881), médico, filósofo y lexicógrafo que conceptuaba a los desinfectantes como sustancias que destruían químicamente a los malos olores.

—*VALLIN*, en su tratado de los desinfectantes y de la desinfección (Paris 1882), modifica los términos definitorios, alegando que éstos son sustancias capaces de neutralizar los principios morbosos, virus, gérmenes, miasmas o de descomponer las partículas fétidas y los gases que se desprenden de las materias en putrefacción.

—El Dr. en medicina *DUJARDIN-BEAUMETZ*, miembro de la Academia de Medicina y del consejo de Higiene y de Salubridad del Sena, en su libro *La Higiene Profiláctica*, donde

recopila sus conferencias de terapéutica del Hospital de Cochin (1887-1888), no admite la decisión de LITRE al estimar que es una delimitación en consideración del desodorante, sin embargo, acepta la de VALLIN con el cambio de la palabra sustancia por la de agente ya que permite así, incluir el calor, el mejor de los desinfectantes conocidos. En la proposición de conocer exactamente la extensión y la comprensión del concepto, formula lo que sigue: «Los desinfectantes son agentes que se oponen a la infección, es decir a la propagación y a la diseminación de los microbios patógenos de las enfermedades infecciosas.»

Una vez contempladas estas exposiciones de particulares efectos y sin dejar el terreno de la profilaxia entramos en materia clasificatoria:

Desinfectantes	I. Químicos	I.A Gaseosos
		I.B Líquidos
	II. Físicos	

I.A DESINFECTANTES QUÍMICOS GASEOSOS:

Las fumigaciones gaseosas en un principio representaban la panacea, si se encontraba a un gas dotado de una fuerza de penetración óptima y que a la vez pudiese transportar su acción hasta las zonas más recónditas de lo que se tratara de desinfectar. En el último tercio de este siglo, la tendencia era abandonar, por desconfianza en general.

Los desinfectantes gaseosos están constituidos por los vapores de:

I.A.1: ESPIRITU DE NITRO, antiguo nombre del ACIDO NITRICO NO_2H , obtenido por el alquimista ABU MUSA YABIR AL-SUFI (Kufa-Iraq-siglo IX) e introducido en las fumigaciones en el año 1795 por el marino WILLIAM SIDNEY SMITH (Westminster 1764 - París 1840), al obtener vapores nítricos por actuación del aceite de vitriolo o ácido sulfúrico SO_4H_2 , sobre el nitro (Nitrato potásico o salitre KNO_3 , sal anhídrida y menos ávida de la humedad que el nitrato sódico, nitramina o nitrato de Chile NaNO_3). Es un líquido incoloro de olor bastante particular y sabor muy ácido, denominado en el siglo XIII «agua prima» por ALBERTO MAGNO y «agua fuerte» por RAIMUNDO LULIO, este nombre último aún perdura en pleno siglo XX. Corrosivo potente y venenoso xantoprotéico (no cristalizable y amarillento producido en la reacción de sustancias protéicas

con ácido nítrico NO_2H), pudiendo originar llagas muy dolorosas, vómitos y hasta la muerte.

I.A.2: SULFATO ACIDO DE NITROSILO NOHSO_4 , es el más conocido de los sulfatos (ester del ácido sulfúrico SO_4H_2) con radicales minerales, que se descompone por el agua H_2O y cristaliza en ocasiones en las cámaras de plomo en el proceso de la obtención del ácido sulfúrico SO_4H_2 .

Su incorporación metódica a las fumigaciones gaseosas se debe a GIRAD y PABST en 1881, en yuxtaposición de la corriente que estribaba en desembarazar al ácido nítrico NO_2H de vapores nitrosos. Estos autores demostraron el gran poder antiséptico del vapor nitroso, pero de difícil aplicación en muebles y ropajes dado el alto poder corrosivo.

I.A.3: CLORO Cl , descubierto en 1774 por el químico y farmacéutico sueco CARL WILHELM (Stralsund 1742 - Köping 1786) y propagado en las fumigaciones gaseosas por el magistrado y químico francés LUIS BERNARDO GUYTON DE MORVEAU (Dijon 1737 - París 1816).

Las fumigaciones de este metaloide gaseoso de color verde amarillento de la familia de los halógenos (nombre dado por el químico sueco barón JONS JACOB BERZELIUS (Värfversunda Sörgård 1779 - Estocolmo 1848), a cada uno de los elementos de la familia del cloro Cl : flúor F , cloro Cl , bromo Br y yodo I , que pueden formar sales al combinarse con los metales), por su acción antiséptica destruyen la inoculabilidad de la vacuna desecada sobre placas de marfil, desinfectan atmósferas corrompidas y blanquean habitaciones malsanas o de enfermos, pajizos y ropas.

El manejo de estas fumigaciones representa un evidente riesgo humano por sus nocivos efectos fisiológicos, al ser venenoso, si se inhala, por la propiedad que tiene de formar ácido clorhídrico HCl , al contactar con la mucosa húmeda de las vías respiratorias, un grave efecto cáustico, pudiendo ser letal o bien producir edema agudo de pulmón.

I.A.4: ESPIRITU DE LA SAL, antiguo nombre del ACIDO CLORHÍDRICO ClH , obtenido por el alquimista BASILÆUS VALENTINUS (Siglo XV) e introducido en las fumigaciones por el francés GUYTON DE MORVEAU. Es un gas incoloro, de



BACTERIAS VIBRIO COMMA EN CULTIVO DE GELATINA PEPTONA. Interpretación según estampaciones del siglo XIX.

olor picante, sabor ácido y fumante (concentrado y rico en anhídrido que humea en contacto con el aire húmedo).

En el último tercio del siglo XIX están abandonadas estas prácticas higiénicas, debido a su alto poder corrosivo y venenoso, ya que tiene un efecto fisiológico morboso sobre la pituitaria y la piel; ingiriendo 15 ó 20 gramos es letal.

I.A.5: AZUFRE S , las propiedades derivadas de este metaloide sólido de la familia del oxígeno O , de coloración amarillo limón, incoloro e insípido, son conocidas desde la más remota antigüedad, basta con leer la ODISEA (ODYSSEIA), poema épico del jonio HOMERO, (que el historiador griego HERODOTO DE HALICARNASO (Halicarnaso 484 a. J.C. - Turios 420 a. J.C.) supone vivió hacia el 850 a. J.C.) en el canto número XXII, correspondiente a «la matanza de los pretendientes» «...ULISES (ODISSEUS) —¡Anciana! Trae azufre, medicina contra lo malo, y trae también fuego, para azufrar la casa...»

Volviendo al siglo que nos ocupa, están las fumigaciones sulfurosas: ACIDO SULFUROSO SO_2H_2 , al disolverse el dióxido de azufre o anhídrido sulfuroso SO_2 , en el agua H_2O se supone que se forma el ácido correspondiente, entendiéndose que no ha podido ser aislado.

Durante las últimas décadas del siglo, se ha dado un valor antiséptico a estas fumigaciones sulfurosas por su referencia en la destrucción de las propiedades virulentas de ciertos productos y a la esterilización de algunos micro-organismos. En 1875 se inició el uso para la desinfección de barcos contaminados, donde la marina rusa aportó que la acción neutralizante variaba según la altura de ubicación de los micro-organismos, por lo que si con 20

ó 25 gramos por metro cúbico era necesaria si los microbios estaban a nivel del suelo, cuando estos ocupaban una posición alta, era preciso pasar a 90 ó 100 gramos por metro cúbico.

Vistos estos resultados, en muchos ejércitos se hicieron obligatorias las fumigaciones de los locales contaminados. Pero a parte de los resultados reseñados, existen otras razones de índole económico, fácil ejecución y por ser inofensivo en daños para objetos y decoraciones.

I.A.6: SUBLIMADOS, sustancias que pasan del estado sólido al gaseoso y viceversa sin pasar por el estado líquido, sin notarse fusión.

Su utilización impide la coagulación de la albúmina y permite difundirse hasta el centro de las materias que se van a desinfectar.

I.B DESINFECTANTES QUIMICOS LIQUIDOS:

Por su acción antiséptica y por la facilidad de utilización, son numerosos, donde los más generalizados son:

I.B.1: CLORURO DE CINC Cl_2Zn , sal cáustica deshidratante enérgica que en Francia se le denomina «agua de Saint-Luc», mientras que en Inglaterra «Burnett's Fluid».

De empleo muy extendido en las letrinas, en barcos de coléricos; conservación de cadáveres y en cirugía para la destrucción de tumores.

I.B.2: ACIDO FENICO, FENOL o ACIDO CARBOLICO C_6H_5OH , descubierto en 1834 por RUNGE, es un derivado monohidroxilado del benceno C_6H_6 , vulgarmente bencina o bencol (hidrocarburo eténico cíclico) con cuerpo cristalino de agujas incoloras, poco soluble en agua H_2O , mucho en alcohol (cualquier compuesto derivado de un hidrocarburo por sustitución de uno o más átomos de hidrógeno H por grupos OH) y éter (compuesto orgánico resultante de la combinación de un alcohol con un ácido, de un alcohol consigo mismo o con otro alcohol).

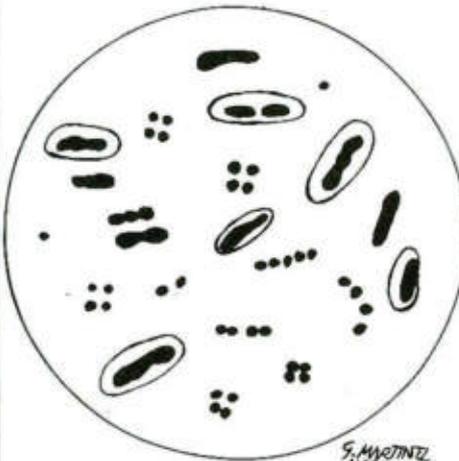
Sus soluciones diluidas son las que se emplean como desinfectantes, comercialmente denominada «agua Fenicada», que está considerada por unos como antiséptico muy potente y por otros como desinfectante infiel, a parte, se le ha estudiado en:

—Cantidad de ácido fénico C_6H_5OH que se opone a la putrefacción de sustancias sólidas o líquidas.

—Acción neutralizante sobre virus.

— Acción sobre la esterilización de los caldos de cultivos.

De éxito, quizás por su olor, ya que popularmente «un antiséptico poderoso, ha de tener un fuerte olor»; En conclusión, este ácido no merece ni el desprecio ni las alabanzas.



PNEUMOCOCCO DE LA PULMONIA
Interpretación según estimaciones
del siglo XIX

I.B.3: SULFATO DE HIERRO, CAPARROSA VERDE O VITRIOLO VERDE $SO_4Fe, 7H_2O$ perteneciente al grupo de los sulfatos metálicos, de cristales grandes, de color verde y muy soluble en agua H_2O . Empleado por su doble acción de desinfección sobre bacterias y desodorante muy activo para destruir el olor de los componente fecales.

De relevante actuación en la Clorosis Vegetal (enfermedad de las plantas consistente en que las hojas presentan una tonalidad amarilla; Por la fitopatología sabemos, resulta de una irregularidad en las funciones de nutrición con exceso de humedad, parásitos del sistema radicular, carencias, etc.)

I.B.4: ACIDO CRESILICO o CRESILO $CH_3-C_6H_4-$ es un radical monovalente derivado de un cresol (cualquiera de los tres fenoles isoméricos derivados del tolueno $C_6H_5-CH_3-$) por supresión del didróxilo; Existen tres radicales isómeros: orto, meta y para.

Fuerte rival del ácido fénico C_6H_5OH , en la carrera de la supremacía en la comercialización de los desinfectantes, tiene actuación en:

—Suspensión en la fermentación de la orina.

—Operatividad sobre cultivos del síndrome tífico (bacilo descrito por primera vez en 1881 por el bacteriólogo alemán KARL JOSEPH EBERTH (Würzburg 1835 - Berlín 1926).

—Operatividad sobre cultivos coléricos (agente Vibrio Comma descubierto en 1883 por el médico alemán ROBERT KOCH (:Clausthal 1843 -Baden-Baden 1910).

—Operatividad sobre el bacilo Píocianico (Pseudomonadacea saprofita: «Pseudomona Aeruginosa»).

—Operatividad sobre el bacilo de la diarrea verde.

Comercialmente se encuentra bajo el nombre de «Cresil», impura mezcla que desprende un fuerte olor a cresota, de aspecto negruzco.

I.B.5: SULFATO CUPRICO, CAPARROSA AZUL, VITRIOLO AZUL o PIEDRA LIPIS $SO_4Cu, 5H_2O$ formado por prismas oblicuos de tono azul y muy soluble en agua H_2O .

En solución al 1 por 100 de fresco estado, resulta positiva su acción sobre la virulencia de la «Enfermedad Carbuncosa» o Carbungo, que en el hombre recibe las denominaciones de Pústula Maligna y de Edema Maligno, mientras que en los animales, Bacera o Fiebre Carbuncular. El agente etiológico es la Bacteridia Carbuncosa o Bacillus Anthracis, descubierto en la sangre de los carneros en 1850 por el médico francés CASIMIRO DAVAINÉ (Saint-Amand-les Eaux 1812 - Garches 1882).

II. DESINFECTANTES FISICOS:

Poseedores de la facultad de obrar, son muy variados. De entre ellos, los que tienen una capacidad desinfectante o destructora son:

II.1 FRIO, en 1865 es aceptado el fenómeno «Coagulación del agua H_2O en el vacío»: cuando un líquido se vaporiza, su vapor absorbe una cantidad considerable de calórico que pasa al estado latente (transición de líquido a aeriforme); de aquí resulta que si el líquido no recibe una cantidad de calórico equivalente a la que su vapor absorbe, su temperatura desciende tanto más cuanto más rápida sea la evaporación.

En 1890 el frío es considerado un antiséptico completamente infiel, ya que los microbios patógenos presentan resistencia, incluso, algunos a una temperatura de $-110^{\circ}C$, siendo su única

acción, bastante devaluada, la de frenar el desarrollo.

II.2 CALORICO (el calor), los antiguos disertaron bastante sobre este agente, desde filósofos como el griego PLATON (Egina 427 - Egina 348 a. J.C.), hasta matemáticos como el también griego HERON EL VIEJO (Alejandría siglo I a. J.C.).

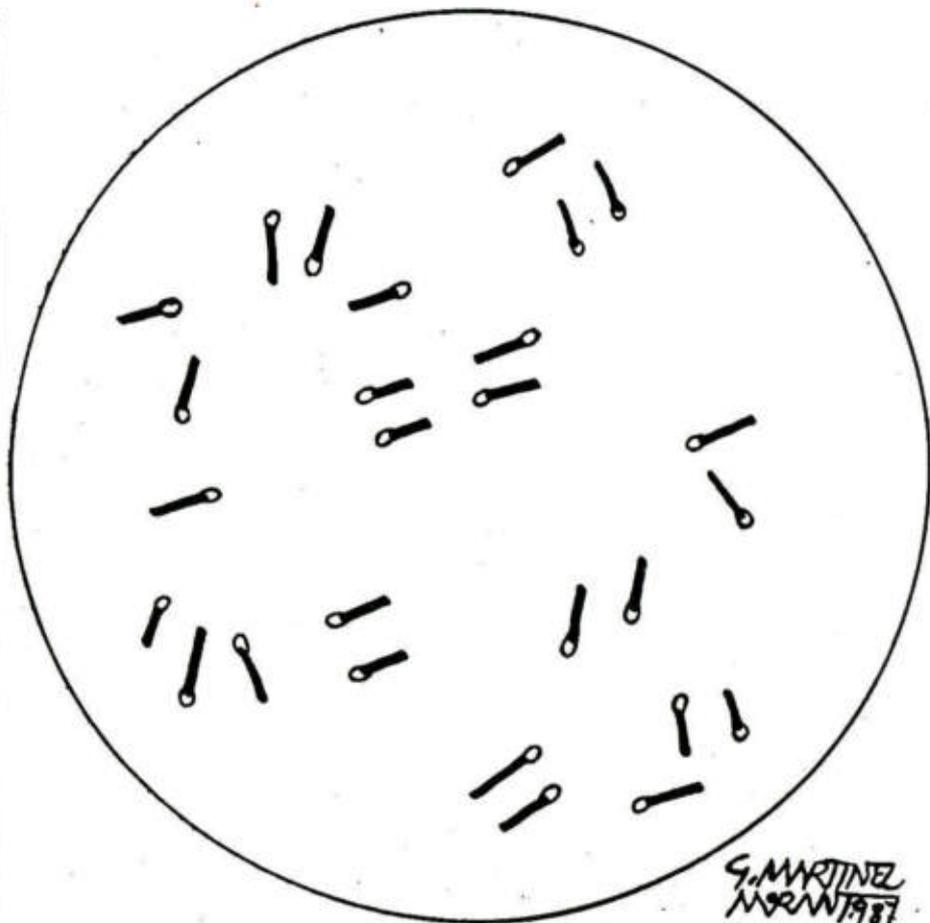
Hacia el 1865 se le conceptúa sutil, imponderable e invisible, extendido en la naturaleza, que penetra todos los cuerpos, los calienta y los dilata, produciendo el cambio de estado.

Sus propiedades destructivas son conocidas «in tempore», existiendo un ancestral proverbio que dice: «El calor del fuego todo lo purifica.»

La utilización del calórico científicamente está basamentada desde la aparición en 1613 del primer «instrumento medidor de calórico» (termómetro), debido al tratadista de arquitectura español DIEGO DE SAGREDO (siglos (2.º) XVI - (1.º) XVII), prosiguiendo en 1714 el físico alemán DANIEL GABRIEL FAHRENHEIT (Danzing 1686 - La Haya 1736), con la fabricación de un termómetro de mercurio Hg (Hydrargyrus); En 1730 el naturalista y físico francés RENE ANTOINE FERCHAULT DE REAUMUR (La Rochela 1683 - Saint Julien-Du-Terroux 1757), adoptó la escala 0° - 80°. En 1742 el físico y astrónomo sueco ANDERS CELSIUS (Uppsala 1701 - Uppsala 1744), establece la escala centesimal o centígrada. El físico y matemático escocés Sir JOHN LESLIE (Largo 1766 - Coates 1832), aporta el termómetro diferencial, válido para medir pequeñas diferencias de temperatura.

Hacia finales del siglo se determinaba que por encima de 40°C. de temperatura se hace difícil la vida microorgánica; a 65°C. se deteriora considerablemente; a 80°C. no hay resistencia y a los 100°C. existe letalidad instantánea por coagulación y desintegración de las proteínas constitutivas (son las albúminas en lo estricto, llamadas también albúminas genuinas o nativas, solubles en agua o en soluciones salinas diluídas y levógiras o que desvían a la izquierda el plano de polarización de la luz).

II.2.A INCINERACION, la destrucción por el fuego total, es un método inmejorable aunque de aplicación selectiva. Casi desconocida en Africa y de práctica corriente en la India y Tasmania (isla al sur de Australia).



ESPORULACION DEL BACILO TIFICO
Interpretación según estampaciones del siglo XIX

En la Peste (zoonosis producida por algunos roedores, transmisible al hombre en el que ocasiona un enfermedad aguda, febril y de mortalidad alta como la que afectó a toda Andalucía desde 1647 hasta 1652); La Fiebre Amarilla o Tifus Icteroides o también «Vómito Negro» (enfermedad vírica tropical infecciosa epidémica y endémica) y El Cólera o Cólera Morbo (enfermedad endémica en la India y epidémica en Europa), tan graves y contagiosas se utiliza esta metódica según muchos y particulares factoes para cadáveres (de óbito, de enfermos, de soldados en el campo de batalla y de parturientas), animales infectados, objetos, apósitos, basuras y desperdicios.

II.2.B CALOR SECO, existen dos modalidades a saber:

—LLAMEADO (Flameado), consistente en quemar un líquido inflamable como el alcohol absoluto en vasijas que se deseen esterilizar, o bien, pasar por la llama algún instrumento con la misma finalidad.

Este método bueno y sencillo, usual en hospitales y domicilios de enfermos para el instrumental de curaciones, bacinillas o bacinicas (vasijas para líquidos y alimentos), bateas, cu-

bos y otros objetos metálicos o de metal esmaltado.

—HORNO SECO o ESTUFA SECA, caja metálica de doble pared debida al químico y biólogo francés LUIS PASTEUR (Doble 1822 - Marnes-La-Coquette 1895). Destruye las bacterias sin alterar los objetos al aplicar calor a la atmósfera que los rodea. El calor lo suministra por lo general, el gas, siendo la temperatura regulable.

II.2.C CALOR HUMEDO, es un agente bactericida potente, teniendo las siguientes formas aplicativas:

—EBULICION (Ebullición), fenómeno habitual de destrucción que presenta un líquido sometido a la acción del calórico, de producir rápidamente vapor en la masa líquida y en forma de ampollas más o menos gruesas. Para mejorar su acción elevando el punto de ebullición por encima de 100°C. se añade Cloruro sódico NaCl (sal), como es el caso de los ebulliciones y esterilizadores.

Como información adicional es interesante saber las temperaturas de ebullición o punto de ebullición en gra-

dos centesimales de algunos de los elementos químicos citados, según los datos admitidos aún en el «Recueil de Constantes Physiques de Paris en el año 1913»:

H ₂ O ...	+ 100°C	
NO ₃ H ..	+ 86°C	
S	+ 444,5°C	
Cl		- 37,6°C
Cu	+ 2.100°C	
Cr	+ 2.200°C	
F		- 187°C
H		- 252°C
Fe	+ 2.450°C	
Hg	+ 357°C	
N		-195,7°C
O		- 181°C
I	+ 184°C	
Zn	± 918°C	
Na	+ 742°C	

En cualquier sitio puede improvisarse una caldera hervidora, utilizando leña, gas alcohol, etc., pero no todos los objetos pueden ser desinfectados (cuero, pluma, lana, mantas, colchones, etc.), siendo bueno para la ropa blanca, utensilios de cocina, vajilla, hierro esmaltado e instrumental que no sea de corte, al perder el temple, por lo que éstos, sumergen en alcohol o se flamean.

—SOXHLETIZACION (baño maría), consiste en una vasija con agua que se pone directamente al fuego y en cuyo interior se coloca otra con la sustancia que se ha de calentar indirectamente.

Es el mejor y más recomendable medio de esterilización de la leche en la lactancia artificial, practicándose con aparatos especiales como los de Soxhlet, Gentile y Budin, que consisten en unos recipientes metálicos en cuyo interior se disponen hasta diez botellas graduadas de 150 gramos y provistas de tapón que produce la oclusión hermética al efectuarse el vacío cuando la leche se enfría. Una vez dispuestas las botellas con la cantidad de leche necesaria para cada tetada, se colocan dentro del recipiente, sumergidos en una cantidad de agua que alcance aproximadamente hasta el nivel de la leche y se dehan hervir aproximadamente hasta el tiempo de 40 a 50 minutos; Con este procedimiento se obtiene una esterilización completa, ofreciendo además la ventaja de no alterar el sabor de la leche, toda vez que ésta no llega a hervir totalmente por alcanzar tan sólo una temperatura entre 90 y 99°C.

II.2.D VAPOR DE AGUA, gas resultante de la vaporización del agua.

A finales del siglo XVIII ya se instalaron en España bombas de vapor o «bombas de fuego», siendo la primera

en el año 1790 en Barcelona. Pero su utilización masiva se retrasó por la larga crisis motivada por las guerras marítimas con Gran Bretaña y a la de la Independencia, a la pérdida casi total de las colonias de ultramar y al retorno del absolutismo. No fue hasta bien entrado el siglo XIX cuando el vapor sustituyó las antiguas fuentes de energía.

—VAPOR DE AGUA SIN PRESION, de acción desinfectante aceptable y más si se mezcla al vapor otros elementos como el Formol CH₂(OH)₂ (solución acuosa que contiene el 40% de gas y de olor muy intenso y característico, irritante para las conjuntivas, mucosa nasal y de la boca).

De gran poder penetrante, al llegar a todos los resquicios y poros, sometiendo a las prendas a una temperatura elevada, los gérmenes son destruidos a 100°C. en un tiempo realmente breve.

Es empleado para ropas exteriores, vestidos de lana, mantas, colchones, etc.

Los hospitales más boyantes están dotados de vapor de agua, al modo de los barcos de vapor (en España el primero que navegó fue el REAL FER-NANDO en 1817), trenes (en España en 1848 circuló el primer ferrocarril, que unía Barcelona con Mataró) y fábricas relevantes (En 1832, la sociedad Bonaplata, Vilaregut y Cia. Instaló una máquina de vapor en su fábrica textil y de fundición), haciendo una cámara de vapor en la cual desinfectan. Pero lo más corriente es utilizar las estufas de desinfección a vapor fluente, que en esencia consisten en un cilindro de hierro con cavidad suficiente para introducir incluso colchones, que cierra herméticamente. A su interior se le hace llegar el vapor procedente de una caldera o un generador, que puede fluir y circular libremente entre las ropas con libre salida.

—VAPOR DE AGUA CON PRESION, tan sólo se diferencia de la anterior por el poder de almacenamiento del vapor a presión. Su excelencia en la desinfección es una cuestión del año 1885 al demostrarse su absolutismo destructivo a una temperatura de 110°C. a 115°C., durante un tiempo expositivo de 15 minutos. La más práctica y de uso extendido es la estufa de GENESTE-HERSCHER.

El personal que maneja las estufas en los establecimientos sanitarios son las enfermeras y los practicantes, siendo indispensable que se hallen suficientemente instruidos para tal función.



COLONIA DE BACILLUS ANTHRACIS EN PLACA DE GELATINA
Interpretación según estampaciones del siglo XIX

BIBLIOGRAFIA

- ALQUIMIA: TITUS BURCKARDT. Plaza & Janés, S.A., Barcelona 1976.
- AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS. Editorial Oteo, Madrid 1971.
- DICCIONARIO DE ENFERMERIA: NANCY ROPER. Planeta Interamericana, Madrid 1985.
- DICCIONARIO ENCICLOPEDICO DE LAS CIENCIAS MEDICAS. Paris 1877.
- EL ALBA DE LA MEDICINA: JURGEN THORWALD. Editorial Bruguera, S.A., Alemania 1968.
- EL GRAN ARTE DE LA ALQUIMIA: JACQUES SADOUL. Plaza & Janés, S.A., Barcelona 1976.
- ENCLOPEDIA PRACTICA DE ENFERMERIA. Editorial Planeta, S.A., Barcelona 1977.
- HISTORIA DE LA ENFERMERIA ESPAÑOLA E HISPANOAMERICANA: CECILIO ESEVERRI CHAVERRI. Salvat Editores, S.A., Barcelona 1980.
- LA FISIOLOGIA: DERYCK TAVERNER. Salvat Editores, S.A., Barcelona 1977.
- LA HIGIENE PROFILACTICA: DUJARDIN-BEAUMETZ. Editorial Carlos Bailly-Bailliere, Madrid 1890.
- LA ODISEA: HOMERO. Editorial Bruguera, S.A., Barcelona 1979.
- MANUAL DE OBSTETRICIA NORMAL: ANTONIO BOSCH OLIVERO. Librería Bosch, Barcelona 1926.
- MANUAL DE QUIMICA MODERNA: P. EDUARDO VITORIA, S.J. Tipografía Católica Casals, Barcelona 1923.
- MANUAL PARA PRACTICANTES, MATRONAS Y ENFERMERAS: ANTONIO BOX MARIA-COSPEDAL. Instituto Editorial Reus, Madrid 1944.
- RESUMEN DE FISICA Y NOCIONES DE QUIMICA: FERNANDO SANTOS DE CASTRO. Francisco Alvarez de Castro y C^a, Sevilla 1865.
- TRATADO DE FISIOLOGIA HUMANA: L. LANDOIS - R. ROSEMANN. Casa Editorial Saturnino Calleja Fernández, Madrid 1914.

GREGORIO MARTINEZ MORAN
D.U.E.
HOSPITAL CLINICO DE SEVILLA

S O P A

D E

P A L A B R A S

- 1.— (L. abortus, nacimiento prematuro, facer, hacer). Causar aborto. Medicamento agente que induce la expulsión de un feto no viable.
- 2.— Ruidos en retumbo por el movimiento de flancos en los intestinos.
- 3.— Autointoxicación debida a la fatiga y a la sobrecarga psíquica. Se manifiesta particularmente por sofocación, delirios e hipertermia.
- 4.— Dificultad de la utilización de la columna de aire aspirado para la articulación del lenguaje. Se observa en los sendobulbares.
- 5.— Dilatación de un órgano hueco o de un vaso.
- 6.— Sensación de hormigas que corren por la piel. Ocurre en lesiones nerviosas, en particular en la fase de regeneración.
- 7.— Sustancia de atracción sexual secretada por las células sexuales femeninas (ginogamona) y masculinas (andragamonas) que atraen a las células del otro sexo. Se ha descubierto en los protistos, algas, hongos, y en ciertos gusanos, equinodermos, moluscos y peces.
- 8.— Herida del cráneo por un instrumento cortante, (sable) que sólo interesa superficialmente al hueso.
- 9.— Que tiende a culparse a sí mismo.
- 10.— Tumor formado de tejido muscular liso. Se desarrolla particularmente a nivel del útero.
- 11.— El que nace muerto.
- 12.— Espacio de tiempo que comprende un día y una noche, es decir, 24 horas.
- 13.— Inflamación del ombligo.
- 14.— Inflamación del prepucio. Se acompaña en general de inflamación del glande.
- 15.— Inflamación del labio.
- 16.— Grieta.
- 17.— Neuralgias simpáticas.
- 18.— Sensibilidad dolorosa del pezón.
- 19.— Empleo terapéutico de los rayos ultravioletas.
- 20.— Psicosis.
- 21.— Curba obtenida por el registro del pulso yugular.
- 22.— Método de tratamiento que utiliza el plasma muscular, es decir, la carne cruda.

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RAGADE | <input type="checkbox"/> VESARIA |
| <input type="checkbox"/> MORTINATO | <input type="checkbox"/> HEDRA |
| <input type="checkbox"/> BORBORISMO | <input type="checkbox"/> YUGULOGRAMA |
| <input type="checkbox"/> INTRAPUNITIVO | <input type="checkbox"/> UVITERAPIA |
| <input type="checkbox"/> TELALGIA | <input type="checkbox"/> ECTASIA |
| <input type="checkbox"/> FORMICACION | <input type="checkbox"/> NICTEMERIA |
| <input type="checkbox"/> ZOMOTERAPIA | <input type="checkbox"/> LIOMIOMA |
| <input type="checkbox"/> POSTITIS | <input type="checkbox"/> SIMPATICISMO |
| <input type="checkbox"/> CINESISMO | <input type="checkbox"/> GAMONA |
| <input type="checkbox"/> DISNEUMIA | <input type="checkbox"/> ONFALITIS |
| <input type="checkbox"/> ABORTIFACIENTE | <input type="checkbox"/> QUEILITIS |

EVALUACION DE LAS ENCUESTAS DE LAS I^{as}. JORNADAS HISPALENSES DE NUTRICION ENTERAL Y PARENTERAL EN ENFERMERIA INTENSIVA

* * *

Es intención de esta Junta de Gobierno del Ilustre Colegio de ATS y DE de Sevilla el evaluar todas las actividades que se realicen en nuestro centro. El motivo es bien claro, primero el detectar errores y corregirlos, el segundo y de mayor importancia, el de pulsar la opinión de los Colegiados sobre todas las actividades.

* * *

Como primera evaluación editamos la emitida sobre las *I JORNADAS HISPALENSES DE NUTRICION ENTERAL Y PARENTERAL EN ENFERMERIA INTENSIVA*.

En la evaluación presentada se abordaban los temas siguientes: objetivos planificados y alcanzados, contenido, metodología, docencia, y organización de las mencionadas Jornadas. La puntuación oscilaba entre 1 y 5 como cota máxima.

También incluimos unas observaciones y sugerencias realizadas por los asistentes así como las conclusiones finales.

EVALUACION DE LAS ENCUESTAS DE LAS I JORNADAS HISPALENSES DE NUTRICION ENTERAL Y PARENTERAL DE ENFERMERIA INTENSIVA

Total asistentes	70
Encuestas contestadas	33 47%

1º) **Objetivos:** ¿Crees que se han cumplido?

Media 3,65

2º) **Contenido:** Interés de las materias revisadas.

Media 3,30

3º) **Metodología:** Puntúa por días.

* 21 Mañana	Media 4,16
* 21 Tarde	Media 3,84
* 22 Mañana	Media 3,57
* 22 Tarde	Media 3,42

4º) **Docentes:**

* Claridad	Media 3,70
* Motivación	Media 3,68
* Preparación	Media 3,63

5º) **Organización**

Media 4

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS

- * Aumentar el nivel científico.
- * Existe marginación en cuanto a los servicios de Prematuros.
- * Falta apoyo didáctico.
- * Algunos temas han quedado cortos en su tiempo de exposición.
- * Incluir más temas de Pediatría.
- * Pocas experiencias propias (comunicaciones).
- * Mayor divulgación a través del Colegio.
- * Menos temas médicos y más de enfermería.
- * Jornadas escasas en cuanto a su duración.

CONCLUSIONES

EXISTE UNA FALTA DE CRITERIOS EN CUANTO A LA UTILIZACION Y PREPARACION DE LAS NUTRICIONES PARENTERALES Y ENTERALES.

El Secretario
Alejandro García Nieto



1er. PREMIO

Título: *La bañista*

Autora: Josefa Buiza

Máquina: Voigthäuder



2º PREMIO

Título: *Jugando con el sol*



3er. PREMIO Título: *Oscuro atardecer* Autora: Begoña Rodríguez Rios Máquina: Yashica FX3

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

TEMA: INVIERNO

El plazo de presentación finalizará el próximo 15 de Enero de 1988.

BASES:

Premios: 1^{er} PREMIO: 50.000 Pts.
2^o PREMIO: 25.000 Pts.
3^{er} PREMIO: 10.000 Pts.

Formato: 20 x 25 cm., color, enmarcada en cartulina blanca de 2 cm. de margen (24 x 29 con marco).

Ningún premio quedará desierto.

Cada participante sólo podrá presentar **2 fotografías como máximo**. Cada una de las cuales serán en sobre cerrado e identificadas en su reverso por el título de la composición. En sobre aparte, cerrado, irá el nombre, y el número de colegiado, máquina con la que se ha realizado la fotografía, figurando solamente en el exterior de este sobre el título de la composición, a fin de mantenerse en anonimato el nombre del autor de la misma.

Las fotografías presentadas pasarán a ser propiedad del Colegio que podrá hacer uso de ellas, sin carácter lucrativo y especificando el autor de la misma.

Las fotografías ganadoras tendrán que dejar depositado el negativo en este colegio.

CONCURSO LOGOTIPOS



CLUB DE ENFERMERIA:
CUIDANDO TU ENTORNO

RELACION DE BECAS CONCEDIDAS DE JULIO — AGOSTO — SEPTIEMBRE DE 1987

TITULO	AUTOR	CUANTIA
NUTRICION ENTERAL EN UCI DE PEDIATRIA	ROBERTO DIAZ SANCIDRIAN	20.000 Pts.
NIVELES DE HIPERCOLESTERONEMIA Y HDL COMO FACTOR DE RIESGO EN LA CARDIOPATIA ISQUEMICA: ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO EN NUESTRA AREA	MARIA J. ARBEOLA MENA	22.500 Pts.
EL CULTIVO CELULAR EN LA DETECCION DE INFECCIONES URETRALES PRODUCIDA POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS	MIGUEL ARBELOA ALGARRA	22.500 Pts.
INDICIDENCIAS DE TUMORES CARDIACOS	ROSARIO ECHEVARRIA JURADO	30.000 Pts.
INTERES DEL ANALISIS SEMICUANTITATIVO DE LA MIOGLOBINA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	JOSE JOAQUIN GUILMAIN CONTRERAS	22.500 Pts.
BIOQUIMICA CARDIACA	EMILIO DOMINGUEZ-PALACIOS GOMEZ	30.000 Pts.
HEMATOLOGIA CARDIACA	ROSA LEON SOTELO-MEDINA	30.000 Pts.
ESTUDIO COMPARATIVO DEL EFECTO «EX VIVO» DE TRES ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS EN PACIENTES CON BY-PASS CORONARIO	DOMINGO MORON ROMERO	22.500 Pts.
ANTICOAGULANTES. PROFILAXIS. TERAPEUTICA. CONTRAINDICACIONES	DOMINGO MORON ROMERO	22.500 Pts.
ASPECTOS MICROBIOLÓGICOS EN LA PATOLOGÍA CARDIACA	ANTONIO RODRIGUEZ RODRIGUEZ	30.000 Pts.
ALTERACIONES GASOMETRICAS EN LA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA	LUIS PEREZ ROSA	22.500 Pts.
VALORACION DE LOS PARAMETROS BASICOS DE LA COAGULACION, EN LAS HEPATOPATIAS	AURELIO FREIRE MARTIN	22.500 Pts.
PAPEL DEL MAGNESIO EN LA ENFERMEDAD CORONARIA	ISABEL GONCALVEZ ARAUJO	15.000 Pts.
EDEMA CARDIACO. ALTERACIONES DEL Na. VENTAJAS DE LOS NUEVOS SISTEMAS DE ELECTRODOS SELECTIVOS FRENTE A LA FOTOMETRIA DE LLAMA	ANA RAMOS MARIN	15.000 Pts.
MARCO DE FUNCIONES EN LA ENFERMERIA DE LABORATORIOS	LUIS MIGUEL GONZALEZ FLORES	30.000 Pts.
TRABAJOS DE DOCENCIA EN EL AMBITO RURAL	JOAQUIN S. LIMA RODRIGUEZ	25.000 Pts.
TUMORES DE OVARIO Y TROMPAS. ATENCION DE ENFERMERIA	ANA MARIA RAMIREZ RAYA	20.000 Pts.
VULVOVAGINITIS	MANUELA PEREA DE LAS HERAS	10.000 Pts.
	TOTAL	412.500 Pts.

NORMAS PARA LA CONCESION DE BECAS

El Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla, convoca BECAS DE ESTUDIO para el presente año de 1987, de acuerdo con lo aprobado en la Junta General de 1985.

El objeto de estas becas es doble, primero premiar el esfuerzo personal de quienes presenten algún trabajo, comunicación, ponencia o publicación de trabajos inéditos y segundo la de obtener de los mismos un avance para la profesión y reconocimiento de este Colegio a la labor realizada.

Todos los trabajos premiados quedarán a disposición del Colegio, que podrá hacer de ellos el uso que crea conveniente. No será premiado bajo ningún concepto la simple asistencia a unas jornadas o congresos.

La solicitud de beca deberá ir acompañada de una copia del trabajo por el cual es solicitada. Deberá indicarse claramente el Acto a celebrar, lugar, localidad, publicación, fecha y tiempo de duración.

La petición deberá ha-

cerse con un margen de veinte días posteriores o anteriores a la celebración o publicación del trabajo. La concesión de la beca estará supeditada de forma inexcusable a la justificación documentada de haberse realizado o notificación de la inclusión del trabajo en el desarrollo del evento que se trate.

Para la valorización de las becas se crea una comisión integrada por los tres miembros que componen la Vocalía de Formación y Es-

pecialidades. Los trabajos premiados serán aprobados mensualmente por la Junta de Gobierno del Colegio en Sesión Ordinaria.

Como norma general se tendrá en cuenta los baremos que a continuación pasamos a enumerar. Quedan excluidos los trabajos realizados como consecuencia de un destino laboral retribuido en el ámbito profesional que tuviese el interesado. Igualmente quedan excluidos todos los trabajos patrocinados o subvencionados por el Colegio.

BAREMOS PARA LA VALORIZACION DE BECAS

PUNTOS

COMUNICACIONES	en Congresos, Jornadas, etc.	1 a 5
PONECIAS:	en Congresos, Jornadas, etc.	5 a 10
TRABAJOS DE DOCENCIA:	en Congresos, Cursos y Jornadas	1 a 10
PUBLICACIONES:	Según el Medio de Difusión:	
	Carácter Local	1 a 5
	Carácter Provincial	1 a 7
	Carácter Nacional	1 a 10
	Carácter Internacional ...	1 a 20
TRABAJOS:	No publicados de gran interés y especialidad temática	1 a 10
POR CURSOS:	Restringidos de formación postbásica impartidos por Instituciones docentes	1 a 10

La participación en Congresos, Cursos o Jornadas tendrán el siguiente incremento:

CARACTER NACIONAL..... Incremento del 50%
 CARACTER INTERNACIONAL. Incremento del 100%

Los trabajos hechos en grupos tendrán la misma valoración que los unipersonales, considerándose autor el primer firmante del trabajo.

La valoración económica se regirá por la escala de puntos que figuran en el baremo. Cada punto tendrá

valor de CINCO MIL PESETAS (5.000 Ptas.)

Será condición indispensable para acceder a las becas el encontrarse al corriente de la cuota Colegial.

Con carácter extraordinario se establecen DOS BECAS anuales, de hasta un

máximo de CIENTO CINCUENTA MIL Pesetas (150.000 Ptas.) cada una para ampliación de estudios post-básicos de Enfermería en España o en el extranjero.

Para la concesión de dichas becas se exigirá una memoria explicativa sobre actividades, presupuestos, etc... de los estudios a realizar, que será valorada por la Comisión de Becas instituida en este Colegio.

Podrán optar a estas becas todos los que tengan previsto la realización de dichos estudios durante el presente año.

La aprobación o denegación les será comunicada a los interesados en el menor plazo posible.

Serán requisitos indispensables el justificante del Centro donde se va a realizar los estudios y el estar al corriente en el pago de las cuotas colegiales.

Con carácter extraordinario se establece la cantidad de 250.000.— Ptas. DOSCIENTAS CINCUENTA MIL PESETAS, como ayuda a la Investigación. Esta cantidad podrá ser ad-

ministrada por la Comisión de Becas como lo estime oportuno. Estas becas contribuyen a suministrar a los colegiados la cantidad económica o los materiales necesarios para la realización de los estudios de investigación.

Para optar a esta modalidad de becas será condición inexcusable la presentación de una memoria sobre el trabajo propuesto para la investigación. Cada mes a partir de la concesión de la beca será necesario por parte del solicitante el comunicar oralmente y por escrito los avances del trabajo a los miembros de la Vocalía de Formación y Especialidades.

Será condición necesaria para optar a la concesión de beca la de encontrarse al corriente en el pago de cuotas colegiales.

La retirada de este tipo de ayuda así como la concesión de las mismas serán concedidas por la Comisión de Becas y aprobadas por la Junta de Gobierno del Colegio en sesión ordinaria.

Sevilla a 25 de Marzo de 1987

COMISION DE BECAS

FUNCIONES DE ENFERMERIA

ANTENCION DE ENFERMERIA

Un tema que me parece apasionante como profesional de Enfermería que procede de una educación técnica (A.T.S.), es el que todos los Ayudantes Técnicos Sanitarios nos adentremos en reflexionar sobre las tan traídas y llevadas funciones de Enfermería que en definitiva vienen a significar el Marco teórico-legal de nuestro ejercicio profesional.

Las funciones propias de una profesión van más allá del concepto delimitado por el espacio y el tiempo, y el modo y la forma de llevar a cabo unas determinadas actividades. Las funciones nos hablan del núcleo, de lo más íntimo, de las actitudes y de la filosofía como profesionales.

No quiero entrar de nuevo a determinar qué es Enfermería me propongo intentar al menos hacer un análisis de nuestra razón de ser en relación a la Salud como profesionales con unas competencias determinadas y diferentes al resto de las demás profesiones sanitarias.

Nuestra Constitución, en el artículo 43, reconoce la protección a la Salud como principio rector del Estado. Actualmente la atención integral a la Salud solo es posible en un contexto de equipos interdisciplinarios que abarquen aspectos y procedimientos coordinados.

Según el anteproyecto de Ley sobre Funciones de Enfermería, las competencias profesionales de Enfermería quedan configuradas a las propias y derivadas de la labor asistencial, también podremos realizar funciones docentes, investigadoras, y de gestión y administración, todo ello **en el ámbito de nuestras atribuciones**. Pues bien esta frase de seis palabras parece ser que es el nudo gordiano y la verdadera causa de que aún no se haya aprobado esta Ley: **en el ámbito de nuestras atribuciones** (competencias propias).

Sigamos... ¿caso funciones asistenciales, docentes, investigadoras y de administración sólo lo haríamos nosotros?. Indudablemente que no, los médicos, asistentes sociales y la mayoría de las profesiones ejercen las mismas funciones en el ámbito de sus competencias, es más, en el Reglamento de Hospitales, también se asignan al hospital esas mismas funciones.

Dicho esto, a donde nos llevan nuestras funciones sin entrar a pormenorizar actividades y tareas específicas que la Ley no las va a determinar? ¿Seguimos como estamos? Afortunadamente hay que decir que no, y retomo de nuevo el tema para encontrar el nexo de unión entre la futura Ley y nuestro trabajo propio e indivisible como profesionales, el cual nos debe identificar y unificar a modo de coordinadas dentro del espacio Sanitario.

Luego, si las funciones no nos dicen mucho y no se van a concretar nuestras tareas por la vía legislativa... ¿dónde está el avance?. Lógicamente no partimos de la nada como si fuésemos una profesión inexistente hasta ahora. Nuestra profesión está conceptualizada y definida en primer lugar por los teóricos, y en segundo lugar y lo que es más importante, por la práctica de la realidad cotidiana en el hoy y en el ayer, en un proceso de desarrollo histórico. Además, Enfermería es definida y **reconocida** por todos los Organismos Internacionales y la población de todo el mundo.

Las actividades tampoco nos van a aclarar muchas cosas puesto que las debemos considerar como las acciones (tareas) que se realizan habitualmente. Sin embargo, llegado aquí no podemos dar por finalizada la observación, sino que se hace preciso despejar algo en este asunto acercándonos cada uno a nuestras propias deducciones.

Sin entrar a fondo y no queriendo extenderme mucho, pues ya indicaba al principio que estas letras eran meros apuntes para una reflexión colectiva donde los profesionales deberían concretar sus conclusiones, me permito traer aquí catorce puntos, que creo pueden ir aclarando las dudas, acerca de lo que es Atención de Enfermería.

Quiero expresar que la palabra **atención** me gusta más que la de **cuidados** porque conceptualmente tiene un significado más amplio y más profundo.

Ya sólo me queda decir que ojalá y en base a este trabajo pueda desencadenar un aluvión de artículos y opiniones al respecto. No es otra mi intención.

ATENCION DE ENFERMERIA

Al enfermero/a le corresponde:

1) Ayudar a identificar las necesidades de salud del individuo, del grupo y de la Comunidad a través del desarrollo de las Ciencias de Enfermería.

2) Colaborar en la interpretación de las normas de salud y avances de las ciencias médicas frente a la Comunidad.

3) Colaborar en la resolución de los problemas de Salud y en su priorización.

4) Planificar la acción de Enfermería, considerándola como parte integral de un plan total.

5) Participar en la instauración de comportamientos positivos para la Salud.

6) Dar atención de Enfermería al individuo, familia y comunidad, a través de técnicas que le son propias y de la acción educativa individual y de grupo.

7) Emitir en el ámbito de su competencia pautas para limitar la enfermedad y luchar contra ella.

8) Prestar cuidados básicos y de reparación o terapéuticos en el sentido parcial de la palabra.

9) Fomentar el autocuidado en las personas, grupos y Comunidad.

10) Participar con los demás miembros del equipo en promover el crecimiento de la Comunidad, el logro de sus aspiraciones, su autosuficiencia y superar las desigualdades en salud.

11) Evaluar su programa de trabajo y participar activamente en la evaluación total con los demás miembros que constituyen el equipo.

12) Gestionar y administrar el trabajo de Enfermería y los recursos utilizados.

13) Dirigir y/o supervisar el personal a su cargo.

14) Promover y desarrollar mecanismos de investigación propios y complementar los del equipo sanitario.

NOTA: En el original, de siete puntos, han sido modificados y ampliados a 14 (de H. San Martín y V. Pastor).

FRANCISCO BAENA MARTIN

«Nuestra profesión, vive en la actualidad un período muy importante de su historia..., está en camino de ocupar su verdadero lugar entre las disciplinas que tienen por objeto ayudar al ser humano a vivir más feliz durante más tiempo.»

ROSETTE POLETTI

LA ENFERMERIA

ANTE LA CONSIDERACION

DE LAS VARIABLES SOCIALES

INTRODUCCION

El objetivo que me he propuesto al elaborar esta comunicación es identificar una serie de variables que condicionan la capacidad del ser humano para cuidar de sí mismo o de otro de su misma especie. Para ello, he creído conveniente hacer un análisis de los diferentes elementos que podrían intervenir en una definición de enfermería, y he tratado de delimitar el campo de estudio de la misma a fin de justificar la importante influencia de estas variables tanto desde el punto de vista individual como colectivo. Espero con ello quedar disculpada del rodeo dado y haber contribuido en algo a alcanzar la aspiración que se deja entrever en la conclusión citada de Rosette Poletti de su libro «Cuidados de Enfermería».

¿QUE ES LA ENFERMERIA?

Con relativa frecuencia, los que nos dedicamos al ejercicio de la enfermería como profesión, o como en mi caso a enseñarla, nos hacemos una y otra vez preguntas como:

- ¿Qué es la enfermería,
- ¿de qué y de quién se ocupa?,
- ¿a quién sirve?.

De estas y de algunas cuestiones más y de sus posibles soluciones es de lo que quizás dependa el asentamiento definitivo de nuestra deseada identidad.

Generalmente, observamos como las disciplinas consideradas científicas comienzan tratando de definirse y de delimitar su campo de estudio en un intento de explicar la razón de su existencia. Es por esto, que un tanto por imitación y bastante por necesidad he tratado de dar respuesta a algunas de las preguntas planteadas.

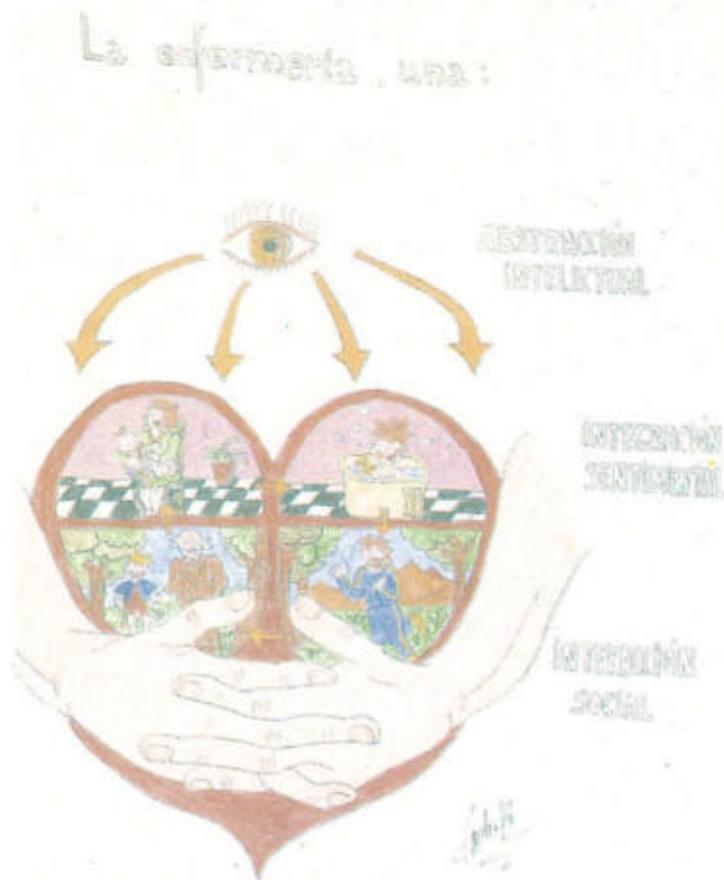
En la parcela que me toca enseñar, Enfermería Infantil, uno siempre se tropieza con una doble problemática a la hora de ofrecer atención de enfermería a un niño:

—De un lado está el propio niño con sus necesidades y problemas.

—De otro lado están los padres con los propios y el de su hijo.

En general, tenemos en cuenta a los padres porque sabemos lo importantes que son para el niño. Esta importancia radica desde el punto de vista de enfermería en su consideración de «recurso imprescindible» para CUIDAR a su hijo, apoyarle, educarle, etc.

Cuando valoramos a un niño desde



el punto de vista de enfermería y hacemos una relación de problemas clasificándoles según diferentes categorías, en nuestro caso «necesidades», e incluso las jerarquizamos, hay algo que falta, y ese algo es el concepto de medida que lleva implícito todo diagnóstico y que es su esencia misma.

Si observamos al niño, vemos como este pasa por **diferentes grados de autosuficiencia para cuidarse**, y esta circunstancia hace que sea absolutamente necesario el que **otra persona asuma el papel de cuidarle** cuando este no es capaz. Es aquí, en este punto, donde surgen preguntas como las siguientes: —¿Son capaces los padres de cuidar a su hijo? —¿Nos planteamos en enfermería el hecho de diagnosticar esta capacidad?

Lo cierto es, que si no partimos de un diagnóstico que considere por un lado el grado de suficiencia del niño para cuidar de sí mismo y por otro el de los padres para ayudarlo a suplirle donde éste no fuera capaz, la atención que de ello se derive no siempre será la adecuada.

¿CUIDAR PARA QUE?

Siguiendo con nuestras observaciones nos hacemos la siguiente pregunta: ¿Cuidar para qué?, qué finalidad perseguimos con nuestra actividad. La respuesta inmediata parece obvia: —**Para mantener o ayudar a recuperar la salud.**

Sin embargo, en el niño, esto no es suficiente, para él también es importante **crecer y desarrollarse**, proceso que por otra parte en su acepción más amplia siempre está inacabado en el ser humano.

Hasta ahora parece habernos preocupado del niño sólo después de su nacimiento, pero esto no es así, lo cierto es que el hombre vive preocupado por él incluso antes de su existencia, en su concepción y luego a lo largo de toda su vida intrauterina. Por ello en este punto de encuentro adulto-niño, el hombre desarrolla toda una serie de actividades de cuidados destinadas a proteger la vida de uno y otro ser. Porque el hombre por lo que verdaderamente vive preocupado en su dimensión de especie en la tierra es por su permanencia y continuidad en ella. Razón por la cual **la reproducción** es una

necesidad importante como todo cuanto en torno a ella acontece.

Pero este análisis no sería completo si no contrapusiéramos a la vida a la que protegemos y cuidamos con su oponente **la muerte**, situación en torno a la cual el hombre tiene diferentes creencias y desarrolla una serie de actividades entre las que se encuentran también actividades de cuidado.

«LA ENFERMERIA ES LA CIENCIA QUE SE OCUPA DEL ESTUDIO DE LA CAPACIDAD DEL HOMBRE PARA CUIDAR DE SI MISMO O DE OTRO DE SU MISMA ESPECIE EN EL MANTENIMIENTO O RECUPERACION DE LA SALUD, CRECIMIENTO, DESARROLLO, REPRODUCCION Y EN ULTIMA INSTANCIA EN LA MUERTE»

Si analizamos lo expuesto hasta ahora, aparecen los siguientes conceptos:

- Cuidar de sí mismo,
- Cuidar de otro,
- Grado de suficiencia o capacidad para cuidarse o cuidar,
- Cuidar para mantener o ayudar a recuperar la salud,
- Crecer y desarrollarse,
- Reproducción y
- Muerte.

Con todos estos elementos es posible acercarse a una definición de enfermería pensando más en ella como un cuerpo de conocimientos útiles a la sociedad que como una derivación de las prácticas en uso. El resultado puede ser como sigue:

«La enfermería es la ciencia que se ocupa del estudio de la capacidad del hombre para cuidar de sí mismo o de otro de su misma especie en el mantenimiento o recuperación de la salud, crecimiento, desarrollo, reproducción y en última instancia en la muerte.»

¿COMO SE CUIDA EL HOMBRE?, ¿QUE METODO EMPLEA?

He aquí otra pregunta cuya respuesta más idónea es que el modo o método

que el hombre emplea para cuidarse o cuidar es satisfacer sus propias necesidades o las ajenas, ya sean estas biológicas, psicológicas, sociales o espirituales.

Esta capacidad del hombre para satisfacer sus necesidades depende de una serie de variables que en ocasiones representan otras tantas «**limitaciones**», como seguidamente iremos viendo.

VARIABLES SOCIALES

EDAD, es una variable que determina una capacidad con un significado de medida en cuanto a desarrollo biológico y psicosocial tanto de incremento como de involución.

SEXO, está ligado a un determinado tipo de intereses y desarrollo de habilidades así como a procesos biológicos bien diferenciados como es el caso de la reproducción.

CULTURA, considerada no como bagaje de conocimientos, sino como grupo étnico al que se pertenece y crianza que se haya tenido, ya que ello interviene en determinados hábitos y costumbres.

RELIGION, afecta al individuo en sus ideas y creencias, y por tanto influye en su modo de vida y en sus intereses.

CONOCIMIENTOS, indica el grado de formación-información que tiene una persona en general o en torno a un tema, y de su capacidad para comprender.

«EL PROPIO NIÑO CON SUS NECESIDADES Y PROBLEMAS»

RECURSOS, su influencia es obvia en los cuidados: el estatus, la posición social, los ingresos, influyen en la alimentación, la educación, la vivienda, etc.

ENFERMEDAD, vista como un estado transitorio o permanente en el individuo, es una variable más ante la cual es necesario modificar y ajustar el modo en que nos cuidamos.

Vistas pues las múltiples variables que intervienen, podríamos concluir diciendo que el sentido de medida lo tiene el diagnóstico de enfermería cuando

hayamos **determinado el grado de capacidad del individuo en función de las «limitaciones»** que puedan representar estas variables.

$$C = f(L_e, L_s, L_c, L_r, L_o, L_p, L_e)$$

Representando bajo esta fórmula, viene a significar, que la capacidad para cuidarse o cuidar estará en función de las limitaciones que puedan generar la edad, sexo, cultura, religión, conocimientos, recursos y enfermedad.

Estas variables cuando las consideramos desde un punto de vista colectivo como es la comunidad o población, tienen un cariz marcadamente sociológico. Así, si pensamos por ejemplo en la **edad**, todos coincidiremos en afirmar, que no tienen las mismas necesidades una población mayoritariamente de niños que una de jóvenes, adultos o ancianos. Sin embargo, individualmente, esta misma variable tiene un carácter **biológico** si la consideramos ligada al crecimiento, y **psicológico y social** si la ligamos al desarrollo.

«LA ENFERMERIA ES UNA DISCIPLINA QUE OBSERVA Y ESTUDIA»

De hecho, cualquiera de las variables consideradas puede ser clasificada dentro de una de las tres categorías señaladas o bien de las tres a la vez según diferentes enfoques. Por esta razón, la fórmula antes presentada la podemos condensar en esta otra más general referida a la **estructura** del hombre que interesa a la Enfermería tanto como objeto de estudio como de aplicación de sus actividades.

$$C = f(L \text{ bio-psico-sociales})$$

O lo que es lo mismo, la capacidad para cuidarse o cuidar estará en función de las limitaciones biológicas, psicológicas y sociales que padezca el ser humano.

El diagnóstico de esta capacidad estará sujeto a determinados grados de autosuficiencia, y la determinación de estos grados incidirá en el tipo y la cantidad de ayuda que el individuo precisa de la enfermera/o. Pero para poder hablar de grados es necesario primero establecer unos criterios como podría ser un ejemplo la siguiente escala de orden o grados:

- 0 = No precisa ayuda
- 1 = Autosuficiente solo con información
- 2 = Precisa ayuda parcial
- 3 = Precisa ayuda total o suplencia.

INDICADORES SOCIALES

Una de las transformaciones más útiles de las variables generales e intermedias, es su transformación en variables operativas también llamadas **indicadores**, como los que vamos a ver a continuación tanto en su interpretación como aplicación en enfermería:

Pirámides de población, informan a cerca de la distribución de la población por edades. Tanto su realidad presente como su tendencia deben incidir en los proyectos de enfermería para atender a las demandas de ésta, pues tanto las necesidades asistenciales como educativas en materia de salud son muy diferentes según sea la población a quien se dirija.

Tasas o proporciones de la población en torno a variables como sexo o religión, indican no sólo cuáles son los grupos dominantes y de más influencia en las normas y costumbres, sino también cuáles son los minoritarios, de menor influencia e incluso de marginación.

Renta per cápita, orienta sobre la situación de determinadas zonas geográficas o sectores de la población, perfilando a priori comunidades con un determinado tipo de infraestructura sanitaria más o menos favorecido.

«SI NO PARTIMOS DE UN DIAGNOSTICO QUE CONSIDERE POR UN LADO EL GRADO DE SUFICIENCIA DEL NIÑO»

Tasa de morbilidad, ofrecen una panorámica de la proporción de enfermos en un tiempo y lugar, así como las referidas a las diferentes enfermedades orientan a qué situaciones dirigir nuestros esfuerzos.

Las proporciones de representación étnicas, raciales, políticas, etc., dan una idea de la posición cultural de los diferentes grupos dentro de la sociedad.

Las tasas y grados de escolaridad, proporcionan una visión del grado de

información e incluso de la posible participación y adaptación de los individuos y comunidades a las nuevas situaciones o cambios que por necesidad o mejora se introduzcan en cuanto a cuidados de salud.

CONCLUSIONES

Entre las conclusiones las más interesantes a mi juicio son entre otras:

—La enfermería es una disciplina que observa y estudia el modo en que el hombre se cuida y los factores que en ello intervienen.

—Su aportación, trasciende al individuo para aterrizar en una preocupación por el bienestar social.

—Al centrar su interés en el bienestar del individuo y de la sociedad de un modo directo y de aplicación participa de una integración sentimental.

—La capacitación cada vez mayor del individuo y de la sociedad para ser agentes de su propio cuidado debe ser su principal objetivo.

—Una comprensión profunda y tolerante del ser humano, considerando siempre las múltiples variables que integran su estructura bio-psico-social, le guiarán como principio, evitando la trivialidad de la influencia e imposición de las mayorías dominantes.

—Por último, resaltar, el que seamos conscientes de nuestra interacción con la sociedad de cuyo progreso la Enfermería se alimenta y beneficia, pero al que igualmente se debe; porque si bien es verdad que debemos partir de una realidad concreta y manifiesta, no es menos cierto que tenemos que ir por delante y empujar el desarrollo y progreso de los pueblos en materia de cuidados de salud y de la vida misma. Y no olvidemos, que en muchos casos somos un «MODELO» a imitar, lo que significa que para muchos representa un ideal de modo de vida que ayuda a no enfermar, a sentirse bien, a parecer más saludables y hermosos, todo lo cual nos lleva a ser más aceptados y queridos por la sociedad y por nosotros mismos. Seamos pues consecuentes con lo que significamos, y mantengamos nuestra aspiración constante en conseguirlo.

AMALIA PEREZ MORALES

Prof. Enfermería Infantil
E.U.E. Virgen del Rocío. Sevilla

Sobre la piel, podremos observar el color y el aspecto, si está hidratada o no, si tiene pliegue, o por el contrario está gelatinosa, sucia, y en los casos más graves, se puede observar la formación de las durezas escleromatosas.

De la mucosa-lengua, veremos si está seca o bien hidratada, si la lengua es rasposa o por el contrario es pegajosa y viscosa como vimos anteriormente.

Sobre el psiquismo, se puede observar el estado de conciencia, si responde a estímulos o no, si se relaciona bien con el exterior, y que todo esto nos va a dar una serie de datos y de información general sobre qué tipo y grado de deshidratación presenta el niño.

Dentro del apartado anterior, o sea, el del psiquismo, quisiera hacer un paréntesis, para hablaros un poco de algo que en las unidades de cuidados intensivos, a veces que no todas, se nos pasa por alto. Todos sabemos que en estas unidades, por su sistemática de trabajo, están muy tecnificadas y maquinizadas, pendientes siempre de situaciones de peligro para la vida del niño y se nos pasa, eso tan importante como es el trato para con el niño. Esta parte la voy a enfocar bajo los métodos de comunicación tanto verbal como no verbal, como son: el contacto físico, la palabra, el olfato y la vista.

Para un niño, y sobre todo si es pequeño, la separación de su madre para ingresar en una institución sanitaria u hospitalaria, implica un riesgo psíquico de gravedad variable, según la edad del niño. Pero sobre la problemática psicológica del niño ingresado en las unidades de cuidados intensivos ya tuvimos amplia información y conocimiento, sobre todo los que estuvieron en la reunión celebrada en Sevilla o que de una forma o de otra les haya llegado el libro que se editó de la citada reunión, y que se puede extender a otras unidades pediátricas.

Y hablamos del contacto físico, el niño nos percibe a través de la piel y le transmitimos calor y seguridad, sin sensación de peligro. Ha de cogerse al niño entrañablemente, con firmeza, con arrulladora intimidad, con certeza y confianza debiendo evitarse el provocar dolor o molestias, así como transmitir angustia, nerviosismo, intranquilidad, mal humor o brusquedades. La voz del que atiende al niño ha de ser, suave, armónica, festiva, alegre, y bien entonada, transmitiendo paz y tranquilidad y ha de carecer de estridencias, chillidos, etc. Articulando frases que denoten cariño, para que éste perciba de que no hay peligro y pueda descansar tranquilo.

Sólo unas palabras sobre el olfato, ya que sin duda alguna los niños ejercitan en las personas mayores. El olor de la adecuada higiene personal, la ligereza de los uniformes, la fragancia de un cuidadoso aseo, sin duda facilita la aproximación de uno a otro y sobre todo la del niño enfermo.

Sobre la vista sabemos que todo cuanto percibimos lo vamos registrando en el cerebro, para después reconocerlo. Pues bien, en el trato para con el niño es conveniente acercarnos a él de una forma lenta dándole tiempo para que nos registren, nos graven para que después nos reconozcan, ya que la aparición brusca les asusta. La sonrisa es el tranquilizante universal por excelencia, es el transmisor de la paz, la armonía, y la afectividad que echan tanto de menos.

Una vez visto los aspectos referentes al psiquismo, como es el estado de conciencia, y el trato para con el niño, vamos a pasar a las técnicas de sueroterapias, y la podemos dividir en dos: Una central y otra periférica. La primera como su propio nombre indica, es cuando utilizamos una vía central, y que para la cual se requiere la implantación quirúrgica de la cánula o catéter,

pero que hay que dejarla como último recurso y dar preferencia a las técnicas periféricas, que son las más utilizadas por nosotros y que son las epicraneales, dorso de la mano, antebrazo, etc. o sea, vías periféricas, aunque a veces haya que recurrir a la canulación o canalización de vías periféricas más importantes como la safena interna por ejemplo.

En el orden y sistemática de la venoclisis, se comenzará por las epicraneales, pasando luego a las extremidades superiores y posteriormente a las inferiores, o también como recomiendan algunos, en círculo. Es necesaria una correcta fijación de la aguja, e inmovilización del niño si fuera necesario, así como de control en la administración de la sueroterapia para evitar las complicaciones que más tarde citaremos.

Todo esto dependiendo del estado del niño, del volumen de líquido a perfundir, y de otros aspectos, que son los que nos van a decir, que vía y material tendremos que utilizar. Pero tanto para la colocación de la aguja, como para la fijación de ésta, el manejo y utilización del material, así como para la preparación de las soluciones a perfundir, se requiere una asepsia rigurosa, ya que una de las complicaciones más graves en estos casos son las sepsis, producidas por la contaminación tanto del sistema de perfusión como de las mismas soluciones, debe evitarse al máximo las manipulaciones y trasvases innecesarios.

Existen una serie de problemas que se presentan o que pueden presentarse dentro de la terapia I.V., y que sólo vamos a citar, ya que hablar de ellas sería necesario extendernos más en el tema, y así podemos citar: la Contaminación antes descrita, embolismo pulmonar, trombosis, tromboflebitis, flebitis, las reacciones pirógenas, shock de velocidad, bloqueo posicional, oclusiones, precipitaciones, interacciones medica-

mentosas, edemas locales, embolismo, y otros. Por tanto es necesario que el equipo de enfermería encargado de estas técnicas las conozcan perfectamente y sobre todo, no sólo hay que saber las cosas sino el llevarla a cabo de una forma escrupulosamente correcta.

Una vez inmovilizado el niño, cogida una vía comenzaremos la rehidratación ya prescrita por el médico, y abriremos una gráfica de cuidados intensivos de fiel reflejo de cómo está el niño en cada momento y, en la que anotaremos: medicación, aportes, pérdidas, controles habituales, etc.

Pasamos después a la fase de vigilancia especial respecto a la evolución del niño, y observamos:

- Vómitos
- Heces
- Diuresis
- Convulsiones
- Schok
- Intoxicación hídrica
- Hiperventilación

Con respecto a los vómitos y heces, anotaremos las características que se aprecian, cómo es el color, aspecto, relación con las comidas, número, la existencia o no de mucosidades, etc. Pero para hablar de vómitos y heces tendríamos que referirnos a toda la Gastroenterología, ya que éstos son los síntomas predominantes en este tipo de patología y casi siempre desencadenantes de la deshidratación.

En relación con la diuresis, diré que como consecuencia de la pérdida de agua y dependiendo del grado de deshidratación como ya vimos anteriormente, la diuresis estará más o menos disminuida, por lo que para su control tendremos que sondear al niño y anotar en la gráfica: cantidad, color, olor y otros aspectos que presente, y poder hacer los balances hídricos correspondientes. Una buena diuresis evidencia un buen funcionamiento renal, ya que uno de

los problemas de la deshidratación es una insuficiencia renal aguda (al principio) pudiendo ser posteriormente secundaria a alguna causa renal orgánica. Si la diuresis no se restablece dentro de las pocas horas después de haber iniciado la rehidratación, tendremos que pensar inicialmente en una insuficiencia renal como ya dijimos anteriormente, o bien porque los cálculos de aporte de líquidos no estén adaptados al tipo de deshidratación. Como medida profiláctica, respecto al sondaje iniciaremos los lavados vesicales según costumbre del centro.

La toxicosis que se produce, está caracterizada además por una acentuación manifiesta por parte del sistema nervioso central. Comienza con un estadio inicial de excitación, con inquietud motora e hipersensibilidad sensorial. Los reflejos están exaltados y en este estadio pueden aparecer crisis convulsivas tónico-clónicas, los pacientes chillan agudamente o lloriquean, derivando después hacia una apatía que puede llegar hasta la pérdida de conciencia la cual responde al cuadro completo de toxicosis, y en la cual el niño no reacciona más que a estímulos muy intensos, con fases de ansiedad, ojos muy abiertos y mirando al vacío, rara vez parpadean. Se observa también una pobreza en los movimientos de las extremidades, encontrándose hipertónicas y apareciendo en los brazos la típica postura de boxeador. Los niños gravemente afectados presentan, hipertermias, tendencia a la convulsión, somnolencia, estableciéndose generalmente los signos de schok que tendremos que valorar, con las extremidades frías, pulso pequeño y cianosis.

Los signos de intoxicación hídrica, son el edema parpebral y posteriormente el escleredema (piel dura y acartonada al tacto). Ante la aparición del mínimo síntoma, hay que comprobar si la diuresis es escasa y en caso positivo, hay que pesar al niño y anotar la dife-

rencia con el peso anterior, si se confirma un incremento importante del peso hay que disminuir al mínimo el ritmo de goteo y consultar con el médico. Las manifestaciones clínicas a nivel neurológico por causa de la hiperhidratación son las inherentes al sistema nervioso, hiperreflexia, letargia taquípnea, y convulsiones.

Otro de los signos clínicos característicos de la deshidratación es la Hiperventilación como consecuencia de la acidosis metabólica que se produce en los distintos tipos y grados de deshidratación.

Mi intención en este tema ha sido dar una idea práctica en su mayoría por el método observacional de los síntomas más característicos de la deshidratación y su evolución, y que como ya dije al principio existe escasa incidencia de estos casos, y en la que el personal de enfermería ha tenido y espero siga teniendo gran influencia a través de la educación sanitaria que a diario impartimos a los familiares de los niños ingresados.

Un pequeño gran esfuerzo el de avanzar cada día más en el campo de la investigación a nivel de Enfermería, para que este camino nuevo, en cuanto a lo que es hoy día esta rama de la sanidad, se haga cada vez más fructífero, tanto para nosotros, como para esos personajes, a los que llaman niños.

JOSE LUIS AGUILAR CARRASCO
A.T.S. HOSPITAL INFANTIL
CIUDAD SANITARIA
«VIRGEN DEL ROCIO»
SEVILLA



DE LAS CHARLAS DE PASILLO A PARTICIPAR EN LA CONSTRUCCION DE NUESTRA PROFESION

Con este anagrama pretendo presentaros una serie de varios artículos que quieren ser una alternativa a la inquietud del enfermero/a de a pie. Y digo de a pie por decirlo de alguna manera, no con ánimo de hacer clasificaciones ni mucho menos sino por referirme a nosotros los que diariamente en nuestro trabajo contactamos con la verdadera enfermería: los problemas, los sinsabores, las preocupaciones, las frustraciones, etc. Diría más, los que vivimos la enfermería fuera incluso de nuestro trabajo y tenemos ese sentimiento de impotencia tan grande ante los problemas del ser humano y sentimos que algo dentro de nosotros nos dice que hay que hacer todavía más.

Y así, de esta manera, yo respeto y felicito a mis compañeros que dictan la teoría de la enfermería, que se reúnen en grandes convenciones y filosofan sobre el marco conceptual o sobre si arte u oficio. Y les animo incluso a seguir adelante para que enriquezcan nuestra profesión.

Pero a mí me interesa lo nuestro, nuestra labor callada verdadera motora de nuestra profesión. Nosotros no tenemos que descubrir nada, sólo investigar para encontrar el verdadero y definitivo camino porque el fin último ha sido siempre el mismo: cuidar al ser humano, pero la vía utilizada es desarrollada a través de los años de muy diversas formas al antojo de las trabas sociales, políticas y culturales. Aún todavía arrastramos una reliquia de la antigüedad.

¿Porqué todavía seguimos en la vieja polémica medicina-enfermería, cuando esto debiera estar superado ya? Enfermería es autónoma, independiente y propia, únicamente tiene que caminar de la mano de otras profesiones para formar un equipo de trabajo. Pero no tiene porqué ser necesariamente la medicina. Es la psicología, la asistente social, las instituciones públicas, etc. Sin embargo, aún hay que darles la razón a quienes mantienen esa polémica porque todavía nuestras escuelas están llenas de profesores médicos, cuando sólo está capacitado para enseñar enfermería el enfermero/a. Todavía muchos compañeros se sienten incapaces de defender un programa de atención de enfermería frente al médico, frente a una dirección, etc.

Lo que quiero decir es que tenemos que concienciarnos de que somos capaces de todo aquello que nos propongamos y que somos un colectivo con una personalidad propia para ser nosotros los auténticos protagonistas de nuestro futuro. Vuelvo a reclamar que somos unos profesionales independientes, autónomos y con identidad propia, actuemos entonces como tales.

Os traigo aquí situaciones que nos encontramos todos los días en nuestro quehacer, que no se llevan a congresos ni se recogen en libros pero que son los cimientos sobre los que estamos construyendo nuestra profesión.

POR UNA HISTORIA DE ENFERMERIA DINAMICA

Las Naciones Unidas proclaman este año, el año de «los sin techo» para concienciar a los ciudadanos de todo el mundo de la pobreza en la que viven muchas personas.



No todo lo que reluce es oro. Tenemos los mismos problemas que vosotros, pero nunca podremos denunciar nada si no demostramos con nuestro trabajo.

— ¿Qué podemos hacer los profesionales de la enfermería ante esta situación?— Sin duda habrá quienes piensen que para aportar nuestro grano de arena, habría que colaborar económicamente con las organizaciones que trabajan para paliar la pobreza y el hambre en el mundo. Otros pensarán que podrían aportar unas horas de su trabajo desinteresadamente. Seguramente todas las fórmulas empleadas sean válidas

y aún, insuficientes para solucionar este problema tan terrible donde además del hambre, hay implicados otros factores como la propia dignidad de la persona, la gran injusticia social, la desigualdad, etc.

Pero volviendo a la pregunta —¿Qué tenemos que hacer los A.T.S.-D.E. de Sevilla, Madrid o Valencia; de Utrera, Alcalá de Henares o Sagunto, o de cualquier otro lugar?—. Simplemente: **LA HISTORIA DE LA ENFERMERIA**. Recojamos datos y nos sorprenderemos lo de cerca que tenemos personas pasando necesidad. Pongamos estas necesidades en conocimiento de los organismos apropiados: asistente social, cáritas, ayuntamientos, juntas autonómicas, etc. Y nos pegaremos de frente contra un muro. Pero seguro que cuando miles de A.T.S.-D.E. en hospitales, centros de salud, consultorios de enfermería, consultas privadas, etc, hagamos realidad nuestra asistencia integral a la persona y comencemos a presionar en este sentido, ese muro se irá desvaneciendo poco a poco.

El siguiente caso nos ilustra este tema.

Me dispongo a comenzar mi trabajo un día cualquiera. Pero antes, me gusta saludar a mis amiguitos y ver que tal se encuentran. La mayoría de ellos aún no han despertado de la larga noche, o quizás están durmiendo su siestecita, o es tal vez que acaban de entrar en sus sueños nocturnos.

¡Qué más da! El caso es que duermen placidamente, así que los saludaré más tarde.

Pero hay uno que siempre encontraré despierto y que podré saludar al llegar. Es mi amigo José Antonio.



Consolación hace al Ayuntamiento innumerables visitas y le pide al Sr. Alcalde una vivienda digna.

¿Porqué nunca le encontraré dormido?

Probablemente pensará en las dificultades por las que está pasando su familia. No, aún tiene cinco meses de edad.

José Antonio está afecto de una cardiopatía congénita tipo comunicación interventricular. Recuerdo cuando nos ingresó por primera vez en el mes de marzo del 87, cómo lloraba cuando su madre le daba el pecho. Se quedaba con hambre porque su madre no tenía suficiente leche y teníamos que ayudarle con biberones extras.

Un día nos enteramos que su madre pasaba hambre. Eran las 21 horas y sólo había tomado un bocadillo en todo el día. Le dimos la cena y le hicimos luego la historia de enfermería.

Así nos informamos de que José Antonio tiene un hermano con una enfermedad renal. Su padre —Manuel— es obrero agrícola y suele trabajar tres meses al año, los restantes cobra el pa-





El excusado está en el corral y es común para varios vecinos.

ro. Su madre —Consolación, como la patrona del pueblo donde viven— vendía papeletas para ayudar a la economía familiar, pero desde que nació José Antonio no puede salir a la calle para vender.

Gran parte del dinero que consiguen con el paro y los meses de trabajo, han de gastarlo en tener al día los sellos del seguro de enfermedad; pues de retrasarse en el pago le quitarían el seguro. Con lo que les queda van viviendo como pueden.

Viven en Utrera en la calle Trianilla nº 22. Su casa se compone de dos habitaciones —una de ellas no tiene ventanas, la otra tiene una ventanita que comunica con la cocina de la vecina—. No tienen cuarto de aseo. El excusado está en el corral y es común para varios vecinos. El agua igualmente es común de un sólo grifo situado también en el corral y además no es potable. Para abastecerse de agua potable han de comprarla diariamente al tradicional aguador. Carecen de instalación eléctrica y para tener luz han conectado un cable a la instalación de la vecina. Los alrededores de la vivienda son insanos: hay gran cantidad de ratas y en ocasiones han encontrado algún reptil —culebra—. Durante el verano hace un calor insostenible y en invierno la casa es muy fría y húmeda. Toda la familia duerme en la misma habitación.

En ocasiones familiares y amigos le han ayudado con alimentos y algún que otro mueble, pero hace ya tiempo que esto no ocurre.

Consolación hace innumerables visitas al ayuntamiento de Utrera para pedir una lata de leche para su hijo, leche que suele conseguir cada dos semanas. También le pide al Sr. Alcalde una vivienda digna, pues ella sabe que el ayuntamiento tiene muchas de protección oficial. La mayoría de las veces no logra ver al Alcalde y vuelve de regreso a su casa con la esperanza de que otro día será.

Otra gran preocupación que tienen los padres de José Antonio es que, ante esta situación económica y las enfermedades de sus hijos, no quieren tener más niños.

Durante la entrevista observamos cómo había en ellos buena higiene y ropas modestas pero limpias. Son educados y padres responsables.

Con esta historia detectamos cuatro grandes necesidades o problemas en esta familia:

1º Consolación no tenía leche materna, en parte por no estar alimentada adecuadamente. Su alimentación básica era a base de hidratos de carbono y se resintió mucho con el incremento de los gastos que supuso la hospitalización de su hijo.



*Trabajos donde trabajes, tu también tienes derecho además de cuidar del paciente hospitalizado a prepararlo para integrarle de nuevo en la sociedad.
¡EXIGELO, LUCHA!*

2º José Antonio necesitaba un complemento de leche maternizada y adaptada, que a duras penas sus padres conseguían sólo a veces.

3º El problema grave de la vivienda.

4º El temor a que se incrementase la familia con el nacimiento de nuevos hijos.

Inmediatamente nos pusimos a trabajar en este tema. Cursamos una hoja de consulta de A.T.S.-D.E. a asistente social del Hospital Infantil (donde José Antonio estaba ingresado en esos momentos) en la que informamos de esta situación y rogamos que se atienda a esta familia.



Este es nuestro servicio, hoy no es tan bonito porque nos falló el servicio de mantenimiento pero seguimos trabajando como el primer día. Si te interesa conocer nuestro trabajo, serás bienvenido.

Estos son los objetivos que se planificaron:

1º Se solicitó para Consolación una dieta durante los días de hospitalización de su hijo por darle lactancia materna.

2º Se puso en conocimiento de la asistencia social de Utrera (se entiende del Ayuntamiento) la situación de la familia: La necesidad de una vivienda y de suministrar leche adaptada maternizada para el niño semanalmente.

3º Se concertó una cita en planificación familiar.

Con José Antonio me pasa, como en los sueños donde te ves corriendo y cada vez corres más lentamente y donde el esfuerzo que tienes que hacer para seguir adelante cada vez es mayor porque algo te impide avanzar.

En junio del 87 volvió a ingresar. Había que hacerle un eco para revisar su C.I.V. Estaba más grandote y su carita tampoco era como hacía dos meses, pero seguía igual de simpático.

Su madre nos dijo que habíamos conseguido que el ayuntamiento le diera una caja de leche todas las semanas —con las correspondientes quejas del encargado de estos menesteres, según este señor en el hospital infantil estábamos todos locos—. También le habían dado cita para planificación familiar dentro de tres meses. Mientras llega ese día decide consultar a su médico de cabecera para evitar el embarazo y este señor le dice que como tiene anemia, tendría que hacerle análisis de sangre para poder prescribir píldoras anticonceptivas. Hasta aquí estamos todos de acuerdo, pero sorprendentemente no sólo no le prescribe nada sino que además no le hace análisis de ningún tipo. Probablemente este doctor no sepa que existen otros métodos anticonceptivos y que tiene la obligación de mandar a esta señora a su ginecólogo que está más capacitado que él para solucionar estos problemas.

También comentamos con la madre de José Antonio el tema de la vivienda. De momento no hay nada que hacer. El ayuntamiento tiene pisos a la venta, pero a los que económicamente no puede acceder esta familia. Ante esto, nos pusimos de nuevo en contacto con la asistente social. Pedimos infor-

mes sobre la enfermedad de José Antonio a su médico de planta para presentarlos al Alcalde. Animamos a los padres para que lleven el problema a consejos concretos, conocidos y queridos en el pueblo por la ayuda prestada a quienes lo necesitan. Y así nuestro amigo se fue de alta con la esperanza de conseguir algún día el objetivo pendiente.

——

Los profesionales de la enfermería, gracias a la historia de enfermería hecha a José Antonio, hemos tocado los resortes de todo un complejo mecanismo de asistencia integral al paciente difícil de llevar a cabo en la actualidad, pero con la gran ilusión de ser un paso más hacia la construcción del futuro de nuestra profesión: cuidar al ser humano sano para que no pierda su salud y al enfermo para que la recupere dentro de un contexto integral de ámbito físico-psico-social.

Desde esta revista hago una llamada a todos los compañeros para que trabajen en este sentido: en la Historia de Enfermería, una historia dinámica —con repercusiones, diagnósticos, programas de trabajo, objetivos, etc— porque enfermería tiene el derecho a trabajar en su totalidad y no a medias tintas. Y para que cuando se haga notar la presión de todos los A.T.S.-D.E.: organismos, instituciones y otras entidades, sepan que los que menos tienen también son ciudadanos a los que hay que atender.

También mi llamada a los compañeros teóricos de la escuela de enfermeras/os, pero sobre todo a los A.T.S.-D.E. que ocupan cargos directores y de responsabilidad en centros sanitarios y otras corporaciones. Porque vosotros sabéis que no es posible un desarrollo pleno de Enfermería en las condiciones actuales de restricción de personal. No es posible recoger datos, detectar problemas y necesidades, programar un plan de trabajo, detectar errores en el plan, modificar el programa, investigar, alcanzar objetivos, etc. No es posible si siguen ustedes con la mentalidad equivocada de la restricción de A.T.S.-D.E. en cualesquiera de los puestos de trabajo que tocáis.

Pueden ustedes decirme:

¿En qué planta del Hospital General de la Ciudad Sanitaria de Sevilla, se lleva a cabo la enfermería moderna?

¿Qué equipo de A.T.S.-D.E. de dicho hospital ha publicado o llevado a congresos, modernos trabajos —y digo modernos que no nuevos— de enfermería?

¿Qué actuación de enfermería ha permitido reducir el número de días de hospitalización de un enfermo?

¿Qué plan se ha elaborado para que un enfermo determinado, disminuya el número de ingresos por procesos agudos?

Etc. Etc. Etc.

Ustedes creen que reducir el personal de A.T.S.-D.E. ahorra dinero a la administración. Pues yo les digo que no, es más, afirmo que aumentan los gastos.

Nosotros estamos trabajando para demostrar que la enfermería moderna acorta los gastos, mejora la calidad asistencial, reduce el número de días de hospitalización de los enfermos y además pone en comunicación y en movimiento a todo un entramado social para el bienestar de las personas.

Pero insisto otra vez: para que eso sea posible hay que proporcionar adecuadamente la dotación de A.T.S.-D.E. al número de enfermos y no hay otra manera de conseguirlo sino, demostrándolo a la administración con nuestros trabajos, publicaciones, investigaciones, etc.

A la hora de mandar este informe a la revista *HYGIA* mi amigo José Antonio continúa viviendo en su misera casa.

Ahora quizás viniese al caso el dicho: «pero nosotros no podemos hacer más».

¿Piensas tú A.T.S.-D.E. igual que el dicho?

No te pierdas el próximo artículo en la siguiente revista, te contaré qué niense la enfermería moderna.

ANTONIO NAVARRO CARMONA
Hospital Infantil Virgen del Rocío

EL PRACTICANTE



SEVILLANO

LA GRIPE

Definición.—La gripe es una enfermedad epidémica, discutiéndose si la alta mortalidad sólo es debida a ella o quien más influye es el médico.

Historial.—La gripe fue descubierta en el 876... de la calle de Alcalá. Desde esta época, se ha encariñado con Europa y viene de turista casi todos los años.

Epidemiología.—Las epidemias gripales tienen la misma marcha; mejor dicho, la misma llegada, porque marcha, ¡no hay quien las haga irse! Se desarrollan según los medios de locomoción, y así como en 1780 tardó seis meses de San Petersburgo a París, en 1837 hizo el mismo recorrido en seis semanas; así que ahora (la gripe es muy progresista) viaja en aeroplano a 200 kilómetros por hora.

Se propaga, pues, la enfermedad a lo largo de las vías de comunicación y a lo largo de las vías respiratorias... las epidemias duran según el número de habitantes y el de médicos: desaparecen primero cuantos menos médicos haya.

Etiología.—El agente «pfeiffer», como causante de la gripe, no está aún universalmente reconocido, y, por tanto, es natural... natural que haya discusiones. Créese que se presenta asociado con otros microbios; sabremos la verdad enterándonos por Saborit.

Todos los sexos, edades y condiciones sociales pagan su tributo a la gripe, pero no todos suelen pagar al médico.

En cuanto al contagio, puede ser directo, por contacto, aunque éste sea pequeño; se registran casos en los cines. El indirecto es producido al tocar objetos de uso del enfermo; así que a un gripal no se le deben pedir cinco duros.

Bacteriología.—Primeramente, la gripe se atribuyó a un político; queremos decir a un parásito, hasta que en 1892 Pfeiffer descubrió un agente diez veces más terrible que el de la contribución; desde entonces se le encuentra en todas partes, y no se le confunde con García-Sanchis, que también está en todas partes. El *pfeiffer* no se colorea aunque le insulten, y sin embargo, en cuanto ve al tío Gram, palidece. Cultivase en sangre de pichón, dando colonias más grandes que las de Cercedilla. Se han descrito otros microbios como causantes de la gripe, pero se ha demostrado que esos bacilos son unos impostores.

Anatomía patológica.—Las lesiones gripales recaen principalmente en el aeroplano, por otro nombre aparato aéreo. Nada tiene, pues, de extraño que, sabiéndolo, la mucosa esté escamada.

La neumonía puede presentarse franca, pero sería de desear más etiqueta. Sin embargo, el bloque pneumónico es menos compacto que el bloque de las izquierdas. Los bronquios están llenos, ora de células embrionarias, ora de células descamadas, ora... *pro nobis*.

El bazo en esta enfermedad hace lo que en todas, como si no supiese otra cosa: aumentar de volumen.

Síntomas.—Todas las epidemias gripales son de franqueo concertado, es decir, no tienen sello... particular, y casi siempre hay un síntoma que falta a la reunión, aunque en general se presentan sindicados; no obstante, se discute la existencia de la gripe como entidad morbosa. Pero, desde luego la mayoría de los médicos están convencidos de que es la única enfermedad que da dinero.

«en cuanto ve al tío Gram desaparece»

Incubación.—Es muy corta, y cuando menos se piensa, ya está la gripe en casa del cliente esperando al doctor. Lo primero que se siente... es eso: no estar sano. Luego, como si le dijese al enfermo: «Ahí está tu suegra,» nota violentos escalofríos, dolores de cabeza más fuertes que si leyese una historia clínica de un tirón, aniquilamiento, ¡los gangsters!

Periodo de estado.—El síntoma (más constante que un operador de hernias) es el coriza, siendo klas secreciones nasales de color un *jour viendrá, digo, sucre d'orge*. Hay también bronquitis que se traducen por estertores varios y se traducen del francés.

El aparato digestivo en la gripe está, como la familia del enfermo, más o menos afectado. Debe cuidarse mucho de la lengua...y... ojo con lo que se habla delante del paciente. Algunos casos se presentan con melena... especialmente en los artistas.

Evolución.—Es irregular, como algunos verbos. Hay gripes que en tres días está el médico de sobra, y otras duran más que una laparotomía. La afección gripal es de recaídas, y muchos médicos se han caído ante ellas. Algunos opinan que

En la revista del Colegio de Practicantes del mes de Marzo de 1933, se nos presenta un sutilísimo artículo en clave de humor de nuestro compañero B. García Cuervo en el cual se nos da a conocer una muy particular concepción y descripción de la enfermedad conocida como la GRIPE.

Como reportaje gráfico incluimos dos fotografías de la Junta directiva del Colegio de Practicantes de Sevilla. En la primera figuran los miembros de la Junta, en la segunda queda constancia gráfica de un banquete celebrado en honor del Presidente.

A. GARCÍA NIETO

más que recaída es nueva gripe, pero nada puede asegurarse, ya que el *pfeiffer* no trae cédula. Se citan recidivas, pues la *influenza* no concede inmunidad ni a los diputados.

Pronóstico.—Depende de varios factores; primero, del carácter epidémico (las hay de un carácter imposible); segundo, de la forma de la enfermedad: si es picuda, debe desconfiarse; tercero, de la edad: las gripes tobilleras son intratables y cuarto, del estado del individuo: es gravísima si está casado.

Diagnóstico.—Si hay epidemia, es fácil pues entonces todo lo que se visita es gripe; pero, así y todo, no debe olvidarse que muchos de los pródromos tienen importancia capital..., aunque sea en un pueblo.

Debe tenerse presente que para los síntomas todo el tiempo es carnaval, pues no hacen más que presentarse disfrazados. En muchos casos, el diagnóstico se hará mejor por serorreacción..., mas no nos atrevemos a los galeones de ideas avanzadas.

En fin, nada tiene de extraño que vean ustedes un enfermo de gripe y lo confundan con un guardia de la porra.

«gravísima si está casado»

Tratamiento.—Preconizados como específicos, existen miles de medicamentos: pero el... coñac es el que tiene más adeptos, sobre todo entre los propios enfermos.

La alimentación depende del estado del tubo digestivo y del estado del bolsillo del enfermo. El paciente guardará cama, evitará toda fatiga, no se enfriará, y sobre todo no debe olvidarse de pagar la cuenta.

Profilaxis de la gripe.—Alimentarse bien, no trabajar, no molestarse... Y si la infección llega, lo menos que debe hacerse es evitar las complicaciones; así que no llamar al médico. ¡Es la complicación más grave!

B. García-Cuervo

Libros consultados.—Durand: «En France, la grippe est inconnue.» Barclay: «The Spanish gripe.» Vom-Er: «Grippe kultur hitlerine epidemie.» Buquirot: «Lof gripof sovietof.» Carlini: «Notis dolcis di la gripi.» Carlos d'Almeida y Riveiro de Capra do Foz: «Uno millón de casos de gripe curaçaos.»

Directiva del Colegio Provincial de Practicantes de Sevilla Año 1924



(1) Presidente, D. Antonio Matamoros; (2) Vicepresidente, D. Joaquín Gutiérrez; (3) Secretario, D. Alfredo Abela; (4) Bibliotecario, D. Manuel Martínez de Pinillos; (5) Tesorero, D. José del Barco; (6) Contador, D. José Ortiz Ballesteros y (7) Primer Vocal, D. Rafael Gutiérrez Navas.



Banquete en honor del Presidente del Colegio Sr. Matamoros X.

NORMAS PARA LA ADMISION DE TRABAJOS CIENTIFICOS EN LA REVISTA

- Serán admitidos todos los trabajos de los colegiados de toda España.
- Los originales seleccionados por el Comité Científico quedarán en poder del colegio de A.T.S. y D.E. de Sevilla y no podrán ser reproducidos total o parcialmente sin permiso de este colegio.
- Los trabajos que estuvieran publicados anteriormente serán desestimados.
- En la primera página constarán los siguientes datos: Título del artículo, nombre y apellidos del autor o autores con su número de colegiado y capital a que pertenece; nombre completo del centro donde trabaja seguido de la dirección del mismo y otras consideraciones a este respecto que el interesado/os consideren oportunas.
- Los trabajos deberán ir mecanografiados a doble espacio en hojas tamaño folio. El número de folios no tendrá límite y es condición obligatoria; salvo que el trabajo sea original, que éste se acompañe al final de datos o referencias bibliográficas.
- Todos los cuadros, figuras, fotografías, etc., vendrán aparte del mecanografiado y el autor tendrá que ponerle el nombre al pie de los mismos.
- Todos los trabajos serán científicos a ser posible con casuística y ajustarse por tanto al método científico.
- Cualquier trabajo científicamente elaborado con una calidad y utilidad y que aporte por tanto algo positivo al desarrollo de la profesión en este país, será incentivado; dicha incentivación será aprobada por la Junta de Gobierno de este Colegio previo informe positivo del Comité Científico. La cuantía será determinada por la Junta de Gobierno y estará en función de la calidad del trabajo.
- Cualquier trabajo científico que no aporte datos bibliográficos será desestimado salvo que el mismo sea un trabajo original.
- Todos los trabajos serán entregados en las oficinas de este Colegio pasado como se ha hecho hasta ahora por registro de entrada, con original y copia para el interesado.
- La Junta de Gobierno no se responsabiliza ni se identifica necesariamente con todas las opiniones de los profesionales y de sus colaboradores.
- Deberán acompañar a los trabajos el material fotográfico, dibujos o esquemas correspondientes así como diapositivas.
- Se especificará a qué área de enfermería pertenecen los trabajos: enfermería médica, quirúrgica, geriátrica, administrativa, materna, infantil, etc...
- Se especificará si el trabajo es de investigación o de divulgación.
- La bibliografía reseñada se ubicará en la última página u hoja y será ordenada por orden alfabético.
- El comité científico de la revista comunicará a través del Colegio Oficial mediante escrito la aceptación del trabajo.

EQUIPO DE REDACCION

A PROPOSITO DE UNA NUEVA INCIDENCIA

En el I Congreso Nacional de Electro-Radiología en Enfermería, celebrado en Abril del 87 en Santander, tuvimos ocasión, dentro de nuestra Ponencia, de exponer una nueva proyección que no es más que una rectificación a la incidencia oblicua de Brunetti. Como ustedes saben, esta proyección de Brunetti nos permite ver la Hendidura Esfenoidal Superior, (la eseno-maxilar no es evidenciable) en la cavidad orbitaria.

Nuestra aportación, así lo suponemos, consiste en visualizar la clínoides anterior a través de la mencionada Hendidura Esfenoidal Superior.

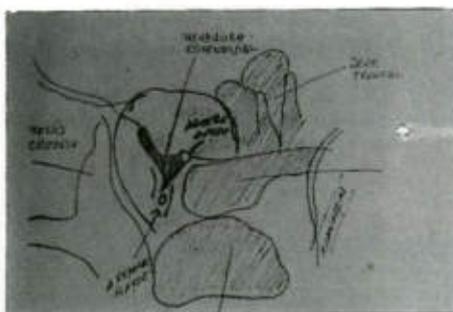
Pero antes, quisiéramos decir, que según Korach, el ATS/DE Radiólogo debe ante y sobre todo tener unos profundos conocimientos anatómicos. Nosotros tenemos que «buscar» la imagen solicitada. Y es evidente que para encontrar, hay que saber lo que se quiere buscar. Máxime cuando nos estamos refiriendo a la, topográficamente hablando, área anatómica más difícil: el cráneo y sus estructuras.

Comprendemos que, hoy día, estas estructuras craneales están más a nuestro alcance, merced a la computadora; comprendemos que algunos compañeros puedan etiquetar esta incidencia como obsoleta. Pero también ha de comprenderse que en no todos los Departamentos de Imagen de nuestros hospitales, existen T.A.C. o/y Resonancia Magnética

De modo y forma que, digamos, que para unos será una práctica «romántica» de la Radiología, y para los demás la realidad cotidiana

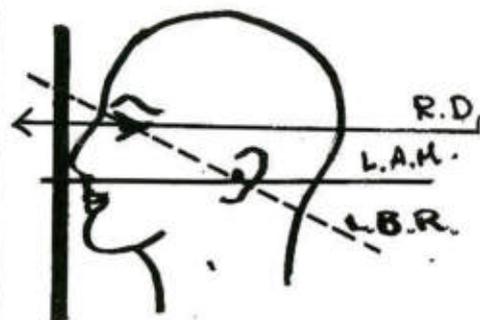
que encuentran en sus servicios.

Sin más dilatación, pasemos ya a la descripción. Pero antes estimamos conveniente describir la Anatomía Radiológica de la Hendidura Superior, según la imagen que se obtiene con la proyección oblicua de Brunetti.

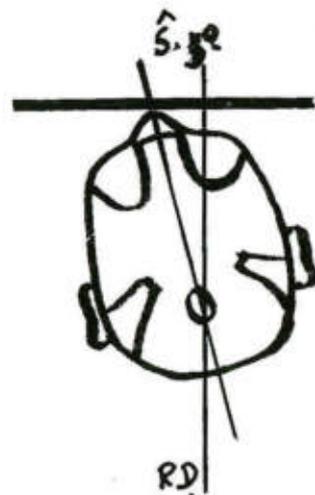


En la figura 1, vemos la imagen obtenida. La Hendidura Superior, se visualiza en el centro de la órbita. Recordemos que la órbita era una pirámide cuyo apex, termina en la porción más ancha e interna de la Hendidura. Está limitada por fuera por la porción orbitaria del ala mayor del esfenoides; por dentro el ala menor del esfenoides. La Hendidura Superior queda flanqueada por arriba por el agujero op-

tico, que normalmente no se visualiza, y por abajo por el agujero redondo mayor que se debe evidenciar en la imagen.



OBLICUA BRUNETTI



En la figura 2 observamos la descripción para obtener la incidencia de Brunetti. Hemos omitido un punto crucial, tal es la craneometría, necesaria para una correcta posición del enfermo, pero ello haría muy extenso este trabajo.

Como decíamos; en la figura 2, vemos como partimos de la posición P.A. Enfermo en sede, obsérvese que, particularmente, nosotros no utilizamos la Línea Base Radiológica. Nos gusta utilizar como referencia posicional la línea Acanto-Meática, (va desde la espina nasal anterior o Acantium, y sigue por el meato auditivo externo).

Colocado de esta forma el enfermo, desviamos el ángulo \hat{S} (ángulo formado por el plano Sagital medio con el rayo director), unos 5 grados. Es de esta forma como conseguimos la unilateral de Brunetti. La Hendidura Superior se evidencia en la Imagen 3.



Digamos que el protocolo para un estudio completo de Hendiduras, deberá por supuesto iniciarse con una comparativa de ambas hendiduras, por ejemplo la proyección de Cadwell. (Fig. 4).



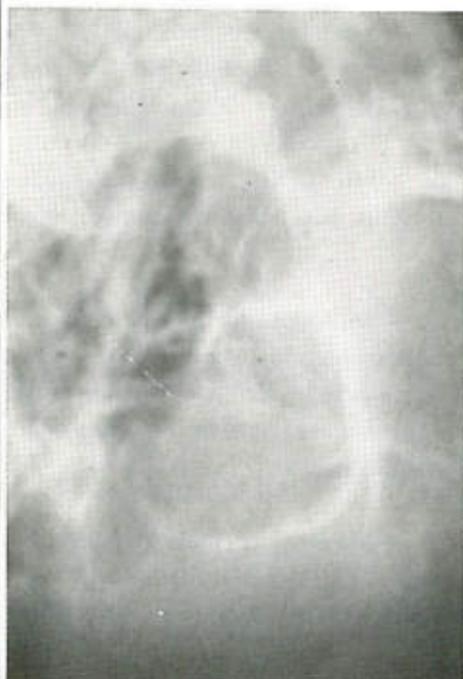
Y es ahora, cuando partiendo de la oblicua de Brunetti, nosotros vamos a rectificar solamente el ángulo. En vez de 5 grados, lo aumentamos hasta 10 ó 15, manteniendo la línea Acanto-Meática perpendicular al plano de la mesa. En la imagen obtenida, (fig. 5) vemos como la clinoides posterior se dibuja a manera de úbula, en el espesor de la Hendidura Superior.

Análisis Anatómico de la imagen: Ciertamente la imagen, es o puede ser, de difícil localización. Pero no es así. Repasemos la órbita. Diga-

mos que el Yugun hace como una exostosis hacia abajo. Es la clinoides posterior. Esta intenta abrazar el agujero óptico. Por arriba vemos, confundidos, a la porción orbitaria del frontal, con el ala menor del esfenoides, y entre el malar, (su porción orbitaria) y la parte más externa del ala mayor del esfenoides, (la línea innominada) queda lo que francamente es la porción orbitaria del ala mayor del esfenoides.

Las clinoides estudiadas sólo en proyección lateral, se nos manifiestan gracias a esta proyección en posición prácticamente A.P., y consideramos esta imagen interesante.

Téngase en cuenta que la patología de la Silla Turca, se manifiesta muchas veces por el aspecto de las clinoides. Aunque raro, a veces aparecen neumatizaciones de la clinoides, que simulan al agujero



óptico, con lo que al ATS/DE Radiólogo se puede evidentemente confundir al intentar obtener la imagen deseada.

Esperamos solamente que esta incidencia sea de interés, y sobre todo, y esto es lo importante, invitáramos a nuestros compañeros/as a «investigar» nuevas proyecciones para demostrar una vez más que Electro Radiología es una Ciencia viva.

BIBLIOGRAFIA

- TESTUT. Anatomía Humana
 CESAR C. PEDROSA. Diagnóstico por imagen
 PEREZ MOREIRAS. Patología de la órbita
 JACOBI-PARIS. Técnica Radiológica
 KORACH. Técnica Radiológica
 CLARK. Técnica Radiológica
 COUPER. Técnica Radiológica

MANUEL LEON MEJIAS
 ANTONIO MONZADA LUNA

A.T.S. Radiólogos Departamento de Imagen
 Real Hospital Provincial de Sevilla.
 Federación Española de Asociaciones de
 Electro-Radiología en Enfermería

CONCLUSIONES FORO PROVINCIAL DE ENFERMERIA «LA ENFERMERIA MARCA EL CAMINO» COLEGIO OFICIAL A.T.S./D.E. DE SEVILLA 19 Y 20 DE OCTUBRE 1987

En la Sede Colegial ha tenido lugar el Foro Provincial de Enfermería en el que los profesionales de Enfermería de Sevilla han debatido los objetivos formulados por la O.M.S. para Europa, a fin de llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes que reflejan la opinión real de lo que piensa la amplia base de profesionales.

Han participado en este Foro Provincial 54 profesionales de Enfermería pertenecientes a los distintos estamentos de la profesión y representando a Instituciones abiertas, Instituciones cerradas, Escuelas Universitarias de Enfermería, Estudiantes y Administración.

Los objetivos de este Foro Provincial eran:

—Analizar la situación actual de la profesión en nuestro país con respecto a los 38 objetivos S/2000.

—Identificar los cambios necesarios en las diferentes áreas para conseguir la Meta S/2000.

—Precisar los modelos teóricos y la aportación que podemos ofrecer los profesionales españoles.

—Subrayar los objetivos más estrechamente relacionados con la Profesión.

La mayor parte de ambas jornadas estuvieron ocupadas por el trabajo en grupos.

La desarrollaron además, cinco conferencias de apoyo didáctico en el contexto de la Conferencia de Viena de 1988, la metodología para el desarrollo de los Foros y las implicaciones de Enfermería como colectivo profesional en la meta «Salud para todos en el año 2000».

Finalizado el Foro y tras la puesta en común de los distintos grupos se llegó a las siguientes conclusiones:

—Necesidad de una adecuada coordinación entre los distintos niveles sanitarios. Para ello es imprescindible potenciar el proceso de Atención Primaria de Salud, destinando la Administración los recursos y medios necesarios.

—Se detecta la falta de medidas y normas para la instauración de controles de calidad. Es tarea fundamental de Enfermería la unificación de los distintos protocolos.

—Mayor participación de la comunidad. La Atención Primaria de Salud resulta ser el mecanismo idóneo para adecuar la atención integral del individuo y la comunidad.

—Desarrollo de un Marco de Funciones Profesionales y establecimiento de Especialidades según las necesidades de la población. Enfermería ha de ser portavoz de dichas necesidades. El desarrollo de nuestra actuación ha de centrarse conforme a las modernas teorías de Enfermería.

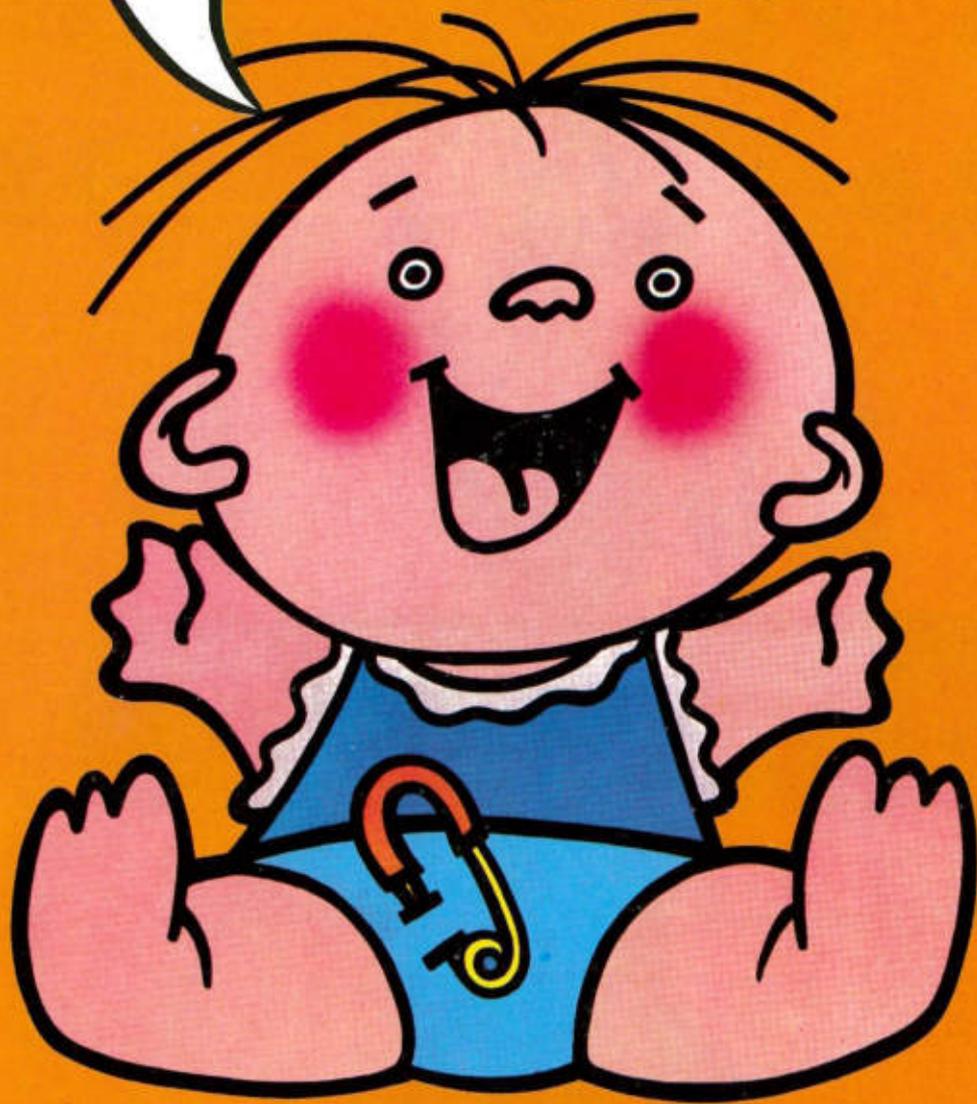
—Participación activa de Enfermería en la elaboración de las políticas y programas de salud. Se aprecia la falta de una política sanitaria coherente.

—Es necesario que las declaraciones institucionales se plasmen en disposiciones legales.

—Presencia de Enfermería a nivel ejecutivo en los órganos de gestión. Habrá mayores niveles de eficacia con una política más coherente con respecto a Enfermería. En este sentido se demanda la instauración del Mapa Sanitario Regional.

Potenciar la investigación partiendo desde los estudios en las Escuelas Universitarias. Es necesario desarrollar un adecuado diseño de Becas de Investigación. Reforma de las Escuelas Universitarias. Potenciación de la Formación Continuada. Habrá que contar con los estudiantes de Enfermería en todos los temas relacionados con la profesión.

*¡Tómate la leche
a pecho!*



**NATURALMENTE
LECHE MATERNA**



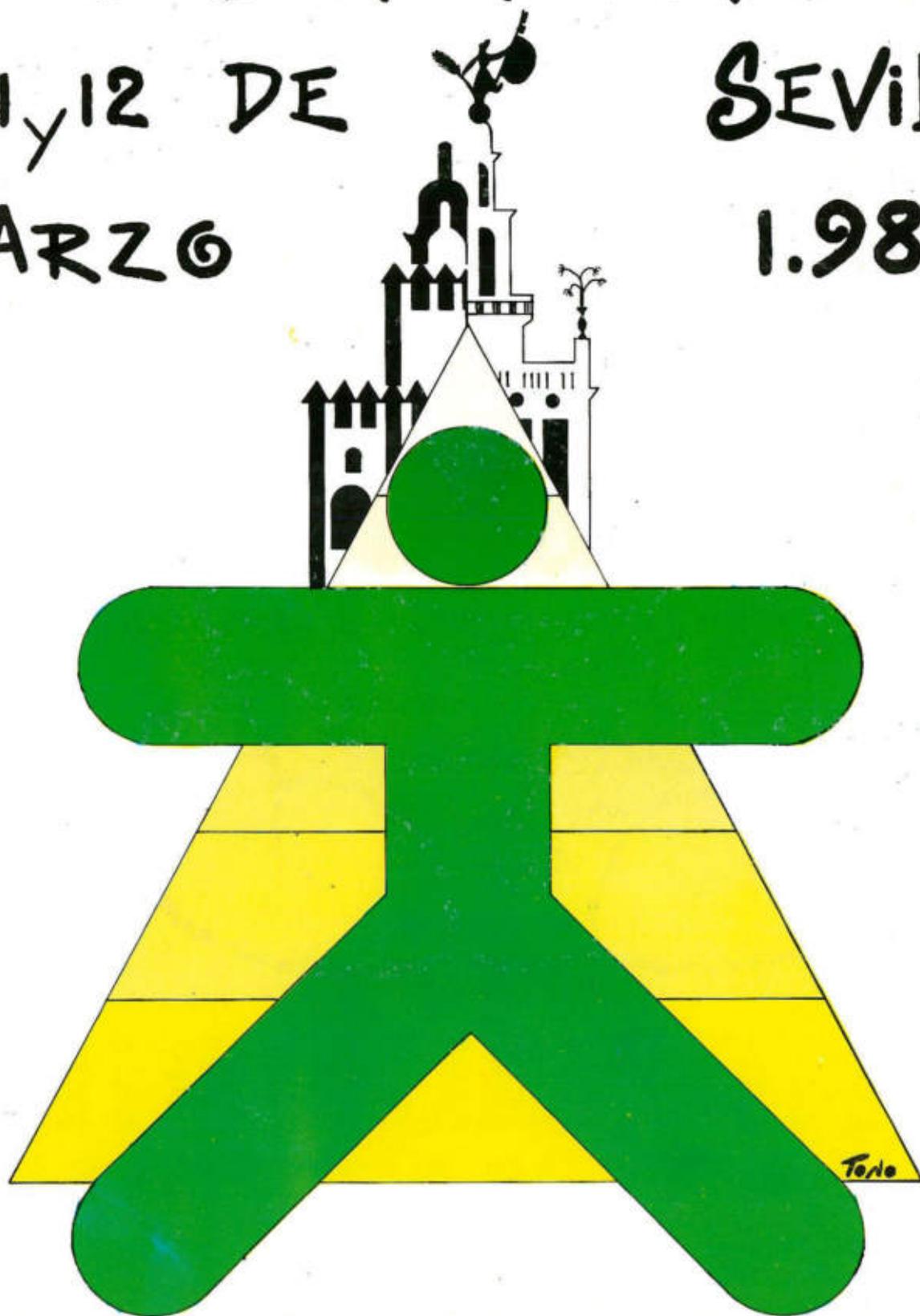
JUNTA DE ANDALUCIA



Consejería de Salud

**1^{ER} CONGRESO DE
ENFERMERIA
INTENSIVA ANDALUZA**

**10, 11, 12 DE SEVILLA
MARZO 1.988**



Toro