

Nº 20 • ABRIL - MAYO - JUNIO 1992



HYGIA

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

- EDUCACION SANITARIA SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA
- ESTRATEGIA DE RIESGO EN POBLACIONES CON VACUNACION INFANTIL DEFICIENTE
- TALLERES DE HIGIENE Y SALUD BUCO-DENTAL

SI SUMA BIEN LE DAMOS UN DIEZ.

CUENTA **6C**

Cuenta Corriente Continua

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

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

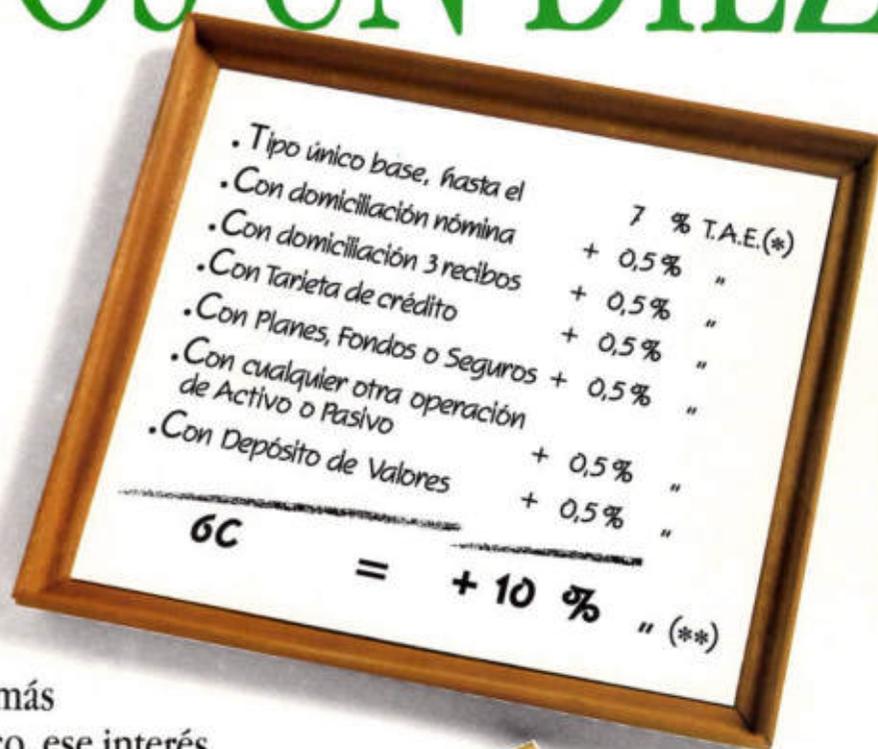
Así Vd. puede ganar un elevado interés con el mínimo saldo.

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

Ejemplos de T.A.E.:

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

Saldo medio mensual inferior a 200.000 ptas. sin remunerar.



R.B.E. n.º 436/91

Llámenos gratuitamente al 900 125 125



BANCO DEL COMERCIO

Para una clase de vida.

EDITORIAL

ALTERNATIVAS A LA FORMACION POST-GRADO

Nombrar el asunto de las especialidades de Enfermería supone, inmediatamente, tanto así, como citar una de las eternas cuestiones pendientes de la profesión. Es, casi, como un «lei motiv» que se repite, incansable, en cualquier foro de debate o conservación informal que se prefiera. Sobre este capítulo se han recorrido más de cinco años de total parálisis desde que, en 1987, la Administración hiciera público un Decreto de Especialidades que sembró tantas expectativas como decepción llevó ante el nulo desarrollo del mismo.

Han pasado los años y a la altura del que estamos (cuando los rumores hablan de unas elecciones más o menos adelantadas en el tiempo con lo que esto presupone en la maquinaria elefantiasca de la Administración), más de uno seguro se preguntó si es que el tema genérico de la formación es algo así como el invisible pero efectivo «muro de las lamentaciones» sobre el que llora la Enfermería toda, vista la cerrazón del poder político por dar forma a lo que lleva años configurado y en letra escrita pero muerto de espíritu.

Sin embargo, en el transcurso de los últimos meses, parecen detectarse ciertos síntomas de que algo se mueve en el seno de la profesión, referido a las especialidades, en particular, y a la formación profesional, en general.

Ya no sorprende leer en cualquier diario nacional la oferta de un «Master» para profesionales de Enfermería. Ciertamente es, digámoslo pronto, que la Sociedad debe distinguir tanta paja como hay dentro de algún otro «grano» ofertado y válido en ésta como en cualquier otra actividad profesional. Pero, salvada esta cuestión ciertamente delicada, que las cosas están cambiando se demuestra con la apertura de nuevas vías de solución que no son propias de la Administración pero que representan un camino perfectamente válido para cubrir la enorme carencia que Enfermería tiene en cuanto en su estructura social y profesional.

Y nos estamos refiriendo a las iniciativas que han prendido en algunas Universidades Públicas de este país, tendentes a poner en circulación Títulos Propios conforme a la L.R.U. (Ley de Reforma Universitaria) que complementan el arco formativo de todo profesional. Inútil es significar que no va por ahí el método propugnado con la especialidad de Matronas, el cual resulta incompatible, en la práctica, para la gran masa de ATS/DE españoles por cuanto el llamado (¿o mal llamado?) «sistema Mir» obliga a que cualquier aspirante renuncie a una parte sustancial de sus ingresos económicos para irse, maleta bajo el brazo, a cualquier parte de España para realizar dicho aprendizaje con las condiciones de menor salario, lejanía y, casi, premeditación para que no acabe cuajando.

Una Universidad española, La Laguna en la isla de Tenerife, realiza, actualmente, el primer intento de poner en marcha un Master donde Enfermería, a través de profesionales e instituciones propias, tiene gran parte de responsabilidad. Pero aún hay más: por este camino se anuncian acuerdos entre distintas Universidades españolas para autoreconocer las diferentes enseñanzas y que, a su vez, puedan hacerse convenios con Universidades extranjeras de tal modo que, a medio plazo, podamos hablar de un «paraguas» formativo en toda la regla que supla a la actitud incoherente que los distintos Ministros vienen manteniendo con el capítulo de las especialidades para Enfermería.

Lejos de anunciar falsas expectativas, lo que aquí comentamos son una serie de medidas que, bajo el patrocinio de la Universidad, están empezando a configurar un futuro algo menos cerrado que el que la Administración nos reserva. Se nos dirá, y es justo significarlo, que las tarifas para cumplimentar estos Cursos son también prohibitivas para la economía de un profesional-medio en España. Ciertamente. Pero nos consta que se buscan vías de financiación que, al menos, no supongan un obstáculo insalvable (el segundo y desde dentro) para copiar la «ruptura» que todos deseamos en el desarrollo profesional. Nadie debe estar ignorante de esta nueva realidad y, para ello, la información es el mejor camino para cualquier progreso. Lo que no podía ser es que todo continuara como hasta ahora, esperando el «maná» que nunca llega de la Administración. A cambio la Universidad española es de ente vivo, dinámico y dispuesto a recoger el guante que Enfermería tiene lanzado. Tiempo al tiempo.



HYGIA

EDITA:

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

DIRECTOR:

José M^a Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

Miguel Angel Alcántara González
M^a Dolores Ruiz Fernández

JEFE DE REDACCION:

Vicente Villa García-Noblejas

CONSEJO DE REDACCION:

Carmelo Gallardo Moraleda

Juan Vicente Romero Lluch

Amelia Lerma Soriano

Antonio Hernández Díaz

Alejandro A. García Nieto

Alfonso Alvarez González

M^a Carmen Fernández Zamudio

Hipólito Gallardo Reyes

IMPRIME:

DIRECTGRAF, S.L. (Sevilla)

©

Tirada: 8.200 ejemplares

D.L.: SE-470-1987

FOTOCOMPOSICION

FOTOTEC, S.L. (Sevilla)

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

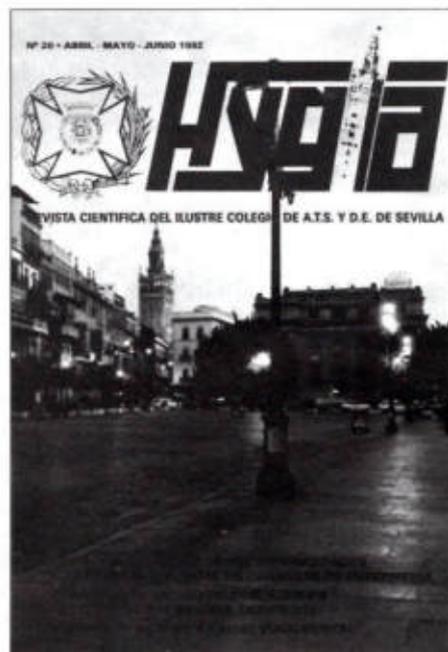
Sumario

— EDITORIAL	3
— SUMARIO	4
— ENFERMEDADES TRANSMISION SEXUAL	5
— SEGUIR AVANZANDO	11
— PREMIO NOBEL	14
— HIGIENE BUCODENTAL	15
— CONCURSO FOTOGRAFICO N° 20	20
— VACUNACION INFANTIL	22
— CURA QUEMADURAS	26
— RECIEN NACIDOS DROGADICTOS	31
— CARTEL ENFERMERIA Y COMUNIDAD	34
— AMPUTACION	35
— GRANDES ENFERMERIA	40
— NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS	42

El equipo de redacción no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los diferentes artículos, siendo la responsabilidad de los mismos exclusiva de quienes los escriben

ABRIL
MAYO
JUNIO

20



Autor: Fco. Javier García Castro
Título: Sevilla «Ciudad Universal»

FE DE ERRATAS

El autor de la portada de la última edición de HYGIA N° 19, corresponde a D. Jorge Luis Sánchez Payán.

Nº. 20
HYGIA

EDUCACION SANITARIA SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN CONSULTA DE ENFERMERIA

Autora: **D^a. Paloma Torrego Fraile, D.E.**
D^a. M^a Antonia Mendo Gastalver, D.E.
Centro de Diagnóstico y Prevención de E.T.S. (Sevilla)



Centro Municipal de Promoción de la Salud, lugar donde se realiza el presente trabajo.

RESUMEN

Por ser las Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) un grupo de enfermedades en los que el comportamiento humano es un factor etiológico fundamental, el promover cambios de actitudes y adaptaciones de las conductas de salud hacia un estilo de vida saludable es básico para lograr la disminución de la incidencia de las mismas.

El instrumento que tenemos para conseguir este objetivo es la Educación Sanitaria.

El presente trabajo, centrado en la Educación Sanitaria en el plano individual, expone cuáles serían para las autoras los contenidos básicos a transmitir a un usuario que acude a la consulta de Enfermería ante la sospecha de padecer una E.T.S.

OBJETIVOS DE LA EDUCACION SANITARIA EN E.T.S.

- Enseñar a identificar una E.T.S.
- Aumentar los conocimientos generales sobre las mismas.
- Implicar al paciente en la resolución de su proceso.
- Promocionar autocuidados y prevención de la reinfección.
- Potenciar factores compensadores.

INTRODUCCION

El concepto de E.T.S. fue introducido en la Asamblea Mundial de la Salud en 1975, y actualmente comprende aquellas infecciones que, localizadas o no en genitales, son contagiadas por contactos sexuales, no significando esto que sea éste el único modo de transmisión.

Hay que tener en cuenta una serie de factores, tanto biomédicos como psicosociales, que caracterizan estas enfermedades para entender el por qué, constituyendo las E.T.S. un grupo de enfermedades infecciosas que teniendo un tratamiento eficaz en general y disponiendo de medios profilácticos adecuados, persisten e incluso existe un incremento de su incidencia ocasionando un grave problema a la salud pública.

FACTORES DE RIESGO

Actualmente nos encontramos con una serie de factores que influyen en su propagación. Algunos aspectos son biomédicos, como:

- Distribución más amplia en la población. Esto lo motiva, entre otras cosas, la disminución de la edad de inicio al sexo, mayor liberalidad en las relaciones, incremento de los flujos migratorios, etc.

- El aumento del uso de otros métodos anticonceptivos mejor aceptados que el uso del preservativo, pero no previniendo de contagios.

- Cambio en los patrones epidemiológicos de estas enfermedades.

- Reconocimiento de nuevas patogenicias, localizaciones no usuales de las mismas, resistencia a fármacos, etc.

- Aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), ya que esta enfermedad está alterando esquemas, tanto de atención biomédica como psicosocial.

- Estudio clínico o microbiológico incorrecto, al no acudir los pacientes a centros especializados, con lo que existe el riesgo de complicaciones y secuelas.

A todos estos factores hay que añadir que tradicionalmente se han considerado enfermedades socialmente vergonzosas, por lo que se dan conductas no colaboradoras, como:

- No reconocer las E.T.S. como enfermedades infecciosas y sí como un problema moral.
- Demora de consultas.
- Automedicación.
- Ocultarlas a la pareja sexual.
- No afrontamiento de determinadas prácticas sexuales, etc.

Todo lo anteriormente expuesto nos hace apreciar cómo influyen los determinantes de salud en el desarrollo de las E.T.S.; fundamentalmente en el estilo de vida (conductas de salud) y en el medio ambiente (biológico, psicosocial, cultural, etc.). Por ello, en el tratamiento de las E.T.S. es tan importante abordar clínicamente el problema (diagnóstico, tratamiento, etc.), como el promover cambios de conducta dirigida a alcanzar niveles óptimos de salud (Prevención Primaria).

METODOLOGIA

Educación sanitaria es toda aque-

lla acumulación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar adaptaciones voluntarias de la conducta que lleven a la salud. Creemos que elevar el nivel de conocimientos es la base para lograr un aprendizaje efectivo.

Desde la Consulta de Enfermería nos planteamos cómo realizar la Educación Sanitaria y qué contenidos debemos seleccionar y transmitir al paciente de forma que consigamos que prevenir, conservar y desarrollar la salud en sus prácticas sexuales sea lo habitual en él.

La Consulta de Enfermería se encuentra ubicada alejada de la sala de espera y de la escalera, dando su balcón a un patio interior, por lo que no se dan ruidos excesivos. El paciente es recibido en la consulta realizándose la apertura de la historia clínica, recogiendo sistemáticamente datos socio-epidemiológicos, y detectándose a través de una entrevista dirigida, información sobre:

- Antecedentes.
- Conducta sexual.
- Prácticas sexuales.
- Conocimientos generales sobre E.T.S.
- Actitud ante las E.T.S. (sexo, salud, enfermedad).

- Percepción del riesgo.

La entrevista se desarrolla con una duración aproximada de diez a quince minutos, evitando las interrupciones para no romper el diálogo y así contribuir a que el paciente se sienta relajado.

Las preguntas de partida son:

- ¿Qué sabe el paciente?
- ¿Qué quiere saber?
- ¿Qué necesita saber?

Para conseguir respuestas a estas preguntas utilizamos el método de comunicación bilateral, con formulación de preguntas abiertas.

Al estar el tiempo de interacción enfermera-usuario limitado a las visitas que ocasione la resolución de su proceso (primera entrevista, control, etc.), las intervenciones en Educación Sanitaria son en algunas ocasiones puntuales, por lo que para lograr resultados óptimos hay que conseguir la mejor relación posible con el usuario. Esto se logra:

- Lenguaje verbal adecuado.
- Conducta apropiada, cuidar posturas, tono de voz, gestos, etc.
- Mantener contacto visual.
- Explicar la razón de la entrevista y la importancia de su colaboración.
- Ofrecer feedback positivo.

Para que la comunicación sea útil hay que dirigir la entrevista; asegurarnos de que el usuario entiende lo que se le dice, repitiendo y enfatizando cuanto sea preciso, y si el usuario divaga, reconducir el diálogo formulando preguntas eficaces, es decir, preguntas abiertas que no limiten de antemano la respuesta, y ayuden al usuario a expresar sus dudas. Evitar la toma continua de notas; utilizar claves que ayuden a enumerar cuáles son las necesidades educativas de cada usuario para posteriormente priorizar los contenidos adecuados.

Contenidos inmediatos: Aclarar dudas y reducir la ansiedad.

Contenidos posteriores: Elevar el nivel de conocimientos.

Contenidos generales: Sobre E.T.S. general, prevención, recursos, etc.

Contenidos específicos: Los propios de cada caso y proceso.

Una vez establecidas las prioridades educativas, estudiamos qué contenido es preciso tratar en profundidad y en sucesivas consultas (administración de tratamientos y control postratamiento), así como reforzar la consulta médica.

CARACTERISTICAS DE LAS E.T.S.

BIOMEDICAS

Enfermedades infecciosas

Rápida transmisión

No crean inmunidad
No hay vacuna

Edad fértil

Secuelas-complicaciones

Cambios en los patrones epidemiológicos

Tratamiento eficaz

PSICO-SOCIALES

Aumento de la incidencia
Mayor libertad sexual
Uso de anticonceptivos no de barrera
Aumento del flujo migratorio

Distribución más amplia en la población
Precoz inicio del sexo
Mayor sexualidad en la madurez
Frecuentes cambios de pareja
Etc.

Conductas no colaboradoras
Consideraciones morales
Culpa-vergüenza
Desconocimiento E.T.S.
Desconfianza del sistema sanitario

Ocultamiento a la pareja.
Automedicación
No controles

EVALUACION

FASES DEL APRENDIZAJE:

- Información suficiente.
- Necesidad de ampliar información.
- Toma de decisión.
- Ensayos de conducta.
- Integración de conductas. (Interiorización).

Todo el objetivo de aprendizaje comprende tres áreas: Cognoscitiva, Psicomotriz y Afectiva, es decir, tener conocimientos suficientes y estar capacitados para realizar la tarea (uso del preservativo, practicas sexuales sanas-seguras) y, por último, aceptar e integrar la conducta objeto del aprendizaje.

El seguimiento del aprendizaje (evaluación, valoración, etc.) en el

caso de usuarios que acuden al centro para la resolución de un proceso, se realiza de la siguiente manera:

INMEDIATO: Preguntas y respuestas con discusión.

LARGO PLAZO: Consulta por nuevo proceso.

Pero existen unos grupos que merecen atención especial por estar más expuestos al riesgo de padecer una E.T.S., por lo que con los usuarios que pertenecen a uno de estos grupos, es necesario realizar un seguimiento más profundo y continuado para lograr una modificación de sus conductas de salud que entrañen riesgo.

Se citan y se recomiendan controles periódicos, registrándose las modificaciones producidas.

Cada uno de estos grupos de atención especial lo es por diferentes factores, y tanto el abordaje como la intervención son también diferentes.

GRUPOS DE INTERES ESPECIAL:

- 1) Adolescentes
- 2) Embarazadas
- 3) Adictos a drogas (por vía parenteral)
- 4) Prostitución
- 5) Usuarios de prostitución
- 6) Promiscuos

1) **Adolescentes:**

La adolescencia constituye un grupo de especial interés por diferentes motivos: Es la época en la que se concluye el desarrollo sexual, y se define la orientación sexual, ini-

OBJETIVOS DE EDUCACION SANITARIA EN E.T.S.

- Enseñar a identificar E.T.S. • Aumentar conocimientos generales. • Transmisión, prevención, etc.
- Implicar al paciente en la resolución de su proceso. • Autocuidados.
- Potenciar factores compensadores.

¿Qué debe saber el usuario?

¿Qué se consigue?

ETIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Son enfermedades infecciosas como otras • Cuáles son las E.T.S. más habituales 	<ul style="list-style-type: none"> • Desmitificar las E.T.S.
SINTOMAS / LOCALIZACION	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas – Secreción – Ulceras – Verrugas – Picor/dolor/escozor <ul style="list-style-type: none"> • Localización – Genital – Oral-Faríngea – Anal – Otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer síntomas. • Favorecer consulta precoz. • Evitar demoras en tratamiento.
INCUBACION / C. EPIDEMIOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Diferentes períodos de incubación. • Diferentes vías de transmisión: <ul style="list-style-type: none"> – Genital; Anal; Oral; Parenteral; Vertical 	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación del usuario. • Colaboración en identificación sexuales. • Valorar riesgo de prácticas sexual.
TRATAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidados y tratamiento adecuados. • Importancia del Tto. de las parejas sexuales. • Importancia del control postratamiento. • Abstinencia / Sexo alternativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar adhesión al tratamiento. • Evitar interferencias. • Asegurar curación. • Prevenir reinfecciones. • Evitar secuelas / complicaciones.
PREVENCION	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar prácticas de riesgo. • Qué prácticas sexuales son seguras. • Implicar a sus parejas sexuales. • Prevención ≠ Anticoncepción. • Que son de fácil prevención con: <ul style="list-style-type: none"> – Higiene personal adecuada. – Uso métodos de barrera (condón/diafragma). – Sexo seguro. – Desinfección de jeringas, cuchillas, etc... – Revisiones periódicas. • Conocer recursos existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Previsiones periódicas en poblaciones con prácticas de riesgo. • Promover sexo seguro / responsable. • Promover uso de medidas preventivas. • Facilitar recursos. • Facilitar el acceso a la Salud.

SI PENSAS QUE TE HAN CONTACTADO UNA ENFERMEDAD SEXUAL

SI TIENES RELACIONES SEXUALES CON VARIAS PERSONAS DESCONOCIDAS

Si tienes

- 1 FLUJO ABUNDANTE EN LA MUJER O SECRECIÓN DE PUS POR EL PENE EN EL HOMBRE
- 2 FIEBRE O DUREZ AL ORINAR
- 3 ÚLCERAS EN LOS GENITALES
- 4 VERRUGAS EN LOS GENITALES

¡Revisate!
¡Es gratis!

¡¡ VEN A VERNOS !!

Enseñar a identificar los síntomas de las E.T.S. favorece la consulta precoz.

ciándose las relaciones sexuales, pero el acceso a la información sobre salud así como a los servicios sanitarios, no es generalmente satisfactoria, y es aquí dónde radica el riesgo.

Por otra parte, en esta etapa se da la característica de que la adopción de pautas de conductas de salud son más fáciles y efectivas que en el adulto, por lo que realizar una educación sanitaria encaminada a conseguir el desarrollo de una sexualidad plena, responsable y protegida, tiene la ventaja de lograr la integración de conductas apropiadas que se realizarán toda la vida.

Con los adolescentes es interesante la realización de actividades en grupo ya que al localizarse en centros educativos, están acostumbrados al trabajo de grupo y el abordaje resulta sencillo. Además de la educación sanitaria es conveniente ofrecer recursos de información sexual y planificación familiar.

Atención de Enfermería:

- Asesoramiento sobre SIDA/E.T.S.
- Educación sexual en grupo.

2) Embarazadas:

Las embarazadas constituyen un grupo de interés por el riesgo que suponen las E.T.S. para el niño, en el feto (sífilis), neonato (canal del parto: gonococia y herpes), etc.

3) Adictos a drogas (por vía parenteral)

Los A.D.V.P. se encuentran con una serie de características que dificultan la adopción de medidas de prevención y favorecen la dispersión de las E.T.S. como son:

- Personalidad impulsiva.
- La salud no es considerada un valor.
- Cotidianidad del riesgo.
- Disminución de la capacidad de reflexión y previsión.
- Dificultad de acceso a servicios de salud.
- Falta de recursos.
- Con frecuencia se asocia a prostitución.

En los adictos hay que tener en cuenta que se da el riesgo de las tres formas de transmisión: Parenteral, Sexual y Vertical, por lo que es aconsejable realizar la prevención, llegando a ellos a través de sus parejas sexuales.

Los contenidos de educación sanitaria a los A.D.V.P. deben incluir medidas preventivas para las prácticas sexuales y de drogadicción.

Atención de enfermería:

- Contenidos: Educación Sanitaria sobre sexo (incidiendo en la prevención).
- Contenidos: Educación Sanitaria sobre drogas (desinfección del material, no compartir jeringuillas).
- Asesoramientos sobre SIDA/E.T.S.
- Ofrecer alternativas y recursos.
- Seguimiento de contactos.

4) Prostitución

En las personas que ejercen la prostitución concurren algunos factores con el grupo anterior (A.D.V.P.) como son la falta de recursos, dificultad de acceso a los servicios de salud, cotidianidad del riesgo, no dándole valor a su salud. A esto hay que añadir que con frecuencia se estudian trastornos de la personalidad con muy bajos niveles de autoestimación.

Además la falta de profesionalización del sexo en nuestro medio, con sus características de clandestinidad, ayuda a la no utilización de medidas preventivas por prevalecer criterios económicos (manda el cliente), y por la competencia con otras profesionales que no los usan.

Otros factores a tener en cuenta es que, tanto en prostitución femenina como en la masculina, hay un número elevado de A.D.V.P.

Atención de enfermería:

- Asesoramiento SIDA/E.T.S.
- Reforzar en cada consulta lo que se considere prioritario.
- Insistir en medidas preventivas.
- Valorar otras circunstancias (problemas psicosociales).
- Ofrecer recursos alternativos.

5) Usuarios de prostitución:

Usuarios de prostitución son un grupo de interés por el riesgo de propagación de las E.T.S. Generalmente suelen ser marinos, viajeros, ejecutivos, camareros, etc. Personas que por pasar largas temporadas alejadas de sus hogares utilizan diferentes tipos de prostitución: carretera, club, sauna, etc.

La Educación Sanitaria es puntual, ya que sólo acuden a consulta cuando padecen algún síntoma. Son de

GRUPOS DE INTERVENCION / ATENCION ESPECIAL

ADOLESCENTES	No utilización servicios salud Inicio relación sexual Escasa información	TRANSMISION	Sexual Parenteral	E. Sanitaria E.T.S. Asesoramiento SIDA Información recursos sexo / planning
EMBARAZADAS	Riesgo fetal Canal Parto Infección VIH	TRANSMISION	Vertical Sexual	E. Sanitaria E.T.S. Controles Periódicos Preparto
A.D.V.P. ADICTOS A DROGAS	No utilización servicios salud Personalidad desestructurada Cotidianidad del riesgo Baja o nula capa. de previsión Se asocia a prostitución	TRANSMISION	Vertical Sexual Parenteral	E. Sanitaria E.T.S. Droga Asesoramiento SIDA Controles periódicos Seguimiento de sus parejas Ofrecer alternativas
PROSTITUCION	Bajo nivel sociocultural Baja autoestima No utilización sistema sanitario Criterios económicos Se asocia a consumo drogas	TRANSMISION	Sexual Vertical	E. Sanitaria E.T.S. Asesoramiento SIDA Controles periódicos Trabajo grupo
USUARIOS PROSTITUCION	No forman grupo homogéneo Uso de diferentes tipos de prost.	TRANSMISION	Sexual Vertical	E. Sanitaria P. Sexo Asesoramiento SIDA Controles periódicos C. Enfermería
PROMISCUIDAD SEXUAL	Homosexualidad Bisexualidad Heterosexualidad	Más de 6 parejas año Prácticas sex. riesgo	TRANSMISION	Sexual C. Sanidad Asesoramiento SIDA Revisiones Periódicas

ASESORAMIENTO SOBRE SIDA

ANTES DE LA BODA	Evaluación de conocimientos sobre infección V.I.H. SIDA (transmisión, prevención, evolución). Identificar y valorar las causas de riesgo junto con el usuario. Información sobre que es la prueba, en cuanto tiempo, exposición, pronóstico, etc. Posibilidad real de estar infectado: consecuencias. Medidas a seguir. Investigar apoyo social.				
DESPUES DE LA BODA	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;">Seronegativos a V.I.H.</td> <td style="vertical-align: top;">Valorar repetición de la prueba. Explicación y citas periódicas. E.S. para mantener conductas sin riesgo.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">Portadores del V.I.H.</td> <td style="vertical-align: top;">Valorar capacidad de afrontamiento: apoyo psicológico. Responder a sus preguntas: evolución, tratamiento, etc. Estimular higiene, salud y actitudes positivas. Proporcionar normas. Facilitar la utilización de recursos. Asesoramiento de la pareja. Prevención de conductas autodestructivas.</td> </tr> </table>	Seronegativos a V.I.H.	Valorar repetición de la prueba. Explicación y citas periódicas. E.S. para mantener conductas sin riesgo.	Portadores del V.I.H.	Valorar capacidad de afrontamiento: apoyo psicológico. Responder a sus preguntas: evolución, tratamiento, etc. Estimular higiene, salud y actitudes positivas. Proporcionar normas. Facilitar la utilización de recursos. Asesoramiento de la pareja. Prevención de conductas autodestructivas.
Seronegativos a V.I.H.	Valorar repetición de la prueba. Explicación y citas periódicas. E.S. para mantener conductas sin riesgo.				
Portadores del V.I.H.	Valorar capacidad de afrontamiento: apoyo psicológico. Responder a sus preguntas: evolución, tratamiento, etc. Estimular higiene, salud y actitudes positivas. Proporcionar normas. Facilitar la utilización de recursos. Asesoramiento de la pareja. Prevención de conductas autodestructivas.				
A FAMILIA O ALLEGADOS	E. Sanitaria. Medidas de prevención, etc. Implicar a los allegados. Prevención de la desestructuración familiar.				
SOBRE RECURSOS	Hospitalarios. Comunitarios.				

difícil acceso como grupo. En este caso es mejor procurar la Educación Sanitaria colectiva mediante campañas generales o valiéndose de revistas especializadas de sexo, etc.

Atención de enfermería:

- Educación sanitaria.
- Asesoramiento SIDA/ETS.
- Controles periódicos.

6) Promiscuidad sexual:

Se entiende por promiscuidad sexual la conducta de personas que tengan más de cinco o seis parejas al año, ya sean sus relaciones heterosexuales, bisexuales u homosexuales. Tenemos en cuenta las prácticas sexuales que realizan, el riesgo que entrañan, el número de parejas y el uso de medidas preventivas.

Es importante utilizar lenguaje claro para poder analizar, junto con el paciente, cuales son las prácticas con riesgo y como convertir las en prácticas sexuales sanas y seguras.

En las relaciones homosexuales se da con más frecuencia el sexo anónimo y un mayor número de parejas sexuales, por lo que insistir en prácticas alternativas a la penetración es uno de los contenidos básicos. Nuestra experiencia nos dice que estas prácticas son cada vez más frecuentes.

Atención de enfermería:

- Educación Sanitaria sobre E.T.S.
- Asesoramiento sobre SIDA.
- Revisiones periódicas.

ASESORAMIENTO Y CONSEJO SOBRE S.I.D.A.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ha venido a alterar los esquemas tradicionales de las enfermedades transmisibles, quedando desbordadas tanto la atención biomédica como la psicosocial observadas hasta ahora en el tratamiento de las personas afectadas.

En el tratamiento de esta enfermedad hay que tener en cuenta las siguientes características:

- Es una enfermedad estigmatizante, sólo comparable con el cáncer, aunque éste no produce ni el miedo ni el rechazo que produce el SIDA.
- Los grupos afectados son mal aceptados por sus prácticas. Prueba de ello es que los hemofílicos y los hemotransfundidos quieren diferenciarse como grupo aparte.
- Causa sentimiento de culpa y



PIDE TU CITA
NO TE CUESTA NADA

Servicio Andaluz de Salud

CENTRO DE ENFERMEDADES DE
TRANSMISION SEXUAL
SEVILLA

Centro Municipal de Promoción de la Salud

C/ Jesús del Gran Poder, nº 34, 1º pl.

Teléfono: 438 16 57

Acercar los recursos sanitarios a las poblaciones más expuestas al riesgo de padecer E.T.S. es prevención primaria.

propensión al aislamiento en los afectados.

- Es una enfermedad de muy larga evolución (necesidad de redes de apoyo sólidas).
- Es infectante durante toda su evolución, por lo que deben mantenerse medidas preventivas constantes.
- Produce gran deterioro físico y psíquico con peligro de deterioro de la personalidad y ruptura de la estructura familiar o del entorno social cercano.
- Carece de tratamiento y de vacuna. Sólo existe la prevención.
- La propagación del virus sólo puede prevenirse mediante cambios de conducta de las personas infectadas. Estos cambios sólo pueden realizarse mediante un asesoramiento adecuado. La O.M.S. recomienda que el asesoramiento se lleva a cabo en todas las consultas donde se realice la prueba V.I.H., y comprende varios niveles:

Asesoramiento antes de realizar la prueba.

- Asesoramiento después de la prueba: Infección V.I.H. Seronegativos.
- Asesoramiento a la familia y personas allegadas.
- Asesoramiento sobre la utilización de recursos.

El asesoramiento tiene como objeto la prevención de la transmisión y el apoyo a personas afectadas directa o indirectamente por el virus del

SIDA. En la labor del asesoramiento hay diferentes componentes:

- Determinar si las prácticas del individuo tienen un elevado riesgo de infección.
- Trabajar con el individuo para que sea capaz de identificar las prácticas de riesgo y valorarlas.
- Ayudar a la determinación de que forma influye su estilo de vida en su comportamiento.
- Ayudar a descubrir su capacidad de cambio, definirla y ver la posibilidad real de cambio.
- Trabajar con el individuo para alcanzar esos cambios y mantenerlos.
- Asesoramiento individual y familiar para prevenir trastornos psicológicos.

BIBLIOGRAFIA

1. Asesoramiento psicosocial para individuos infectados de HIV, SIDA y enfermedades relacionadas. Programa global sobre el SIDA, O.M.S. 1211 Ginebra, 27. SUIZA
2. SIDA. Implicaciones de enfermería. Pratt, Robert. DOYMA.
3. Aspectos psicosociales del SIDA. Barriga, S; León Rubio, J.M. 1988.
4. Psicología de la salud. León Rubio y otros, 1991.
5. Enfermedades de transmisión sexual. García Pérez, A; Perea, E. Universidad de Sevilla.
6. Metodología para la educación sanitaria. Una propuesta de intervención. Dra. Moduolo. Univ. de Perugia, 1986.

SEGUIR AVANZANDO

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

*Jefe de Bloque de Control
de Calidad.
Hospital Universitario
Virgen Macarena de Sevilla*



Grupo de asistentes a un curso de supervisión. Organizado por este colegio.

Los enfermeros españoles, a partir de la reforma de los planes de estudios que se produce en 1977, iniciamos un período de desarrollo que nos permitirá identificarnos y diferenciarnos con respecto a otros profesionales del equipo sanitario, para, de esta forma, obtener un papel de igual relevancia que el que ostentan el resto de los profesionales sanitarios.

Dejar de ser una profesión ayudante de..., para pasar a ser enfermeros, nos permite exigir a la administración los mismos derechos que

tienen otros profesionales dentro del sistema; disponer del tiempo necesario, para ofrecer al usuario los servicios de cuidados que precisen. Ser miembros de pleno derecho en cuantas comisiones y órganos representativos existan en las instituciones, al objeto de poder aportar nuestras propuestas enfermeras. Gestionar los servicios de enfermería con el mismo grado de autonomía que cualquier otra división, son, entre otros, algunos de los aspectos que debemos consolidar.

La promulgación del decreto 105 (BOJA núm. 61 de 24 de junio de 1986) en el que se incluyen las estructuras y puestos de gestión de la división de enfermería, dispone:

Artículo 12. Funciones del Director de Enfermería.

1. Definir y desarrollar los objetivos de la enfermería del Hospital y Centros adscritos, siendo responsable ante el Director-Gerente del funcionamiento de las Unidades de En-

fermería, coordinando y evaluando las actividades de sus integrantes.

2. Presentar las propuestas necesarias para el mejor funcionamiento de las Unidades de Enfermería.

3. Asegurar el desarrollo del programa de actividades y control asistencial, así como la organización de la docencia e investigación de Enfermería.

3. Asegurar el desarrollo del programa de actividades y control asistencial, así como la organización de la docencia e investigación de Enfermería.

4. Asumir, en su caso, aquellas funciones que le delegue el Director Gerente.

Artículo 20. Estructura de la Dirección de Enfermería.

1. Adscritos directamente a la Dirección de Enfermería existirán las Unidades de Enfermería.

2. Los responsables de tales Unidades serán los Supervisores de Enfermería, que estarán bajo la dependencia del Director de Enfermería.

3. Serán funciones de los Supervisores de Enfermería:

a) Desarrollar los objetivos de enfermería respecto a los cuidados de enfermería, planificando, organizando, evaluando y coordinando las actividades de los integrantes de la Unidad o unidades del cual es responsable.

b) Supervisar y controlar la utilización adecuada de los recursos materiales depositados en la Unidad o unidades.

c) Desarrollar en la Unidad el programa de actividad asistencial de enfermería, así como participar y colaborar en la docencia e investigación de enfermería.

d) Asumir las funciones, en su caso, que les delegue el Director de Enfermería.

4. Se podrán integrar diferentes unidades, creando los puestos de Supervisores Generales.

Como podemos comprobar, el citado decreto nos permite disponer de alguna de las condiciones citadas al principio.

Es esfuerzo en la gestión, la capacidad de organización, el alto grado de disciplina y de compromiso, que los enfermeros hemos demostrado

tener para con el usuario y las instituciones, nos ha reportado un protagonismo que no teníamos hace unos años, cuando eramos básicamente una profesión ayudante.

Esta situación puede resultar preocupante para el colectivo profesional que, dentro del sistema sanitario, ha venido ostentando la representación del poder, y ahora ve como otros profesionales, que siempre han estado a sus órdenes, van obteniendo un peso específico dentro del sistema.

No sería descabellado, pedir a los enfermeros que permanezcan atentos a posibles maniobras dirigidas a depositar en los jefes de servicios médicos el poder y protagonismo que siempre han tenido y que progresivamente han ido perdiendo en favor de los enfermeros, que con el buen quehacer diario, se han hecho merecedores del mismo.

Frente a estas iniciativas, que se nos pueden estar viniendo encima, y que supondría un importante retroceso para nuestro colectivo, sólo nos queda mantener una posición firme, que entre otras acciones debe:

— Exigir a la administración que respete en todo su contenido el decreto 105.

No es necesario modificar un decreto que pone las cosas en su sitio. En su artículo 19, apartado núm. 4, cita: Los Jefes de Servicio y/o Sección serán los responsables de la organización de la asistencia de la especialidad correspondiente en el Área Hospitalaria a la que esté adscrito el Servicio o Sección, y del cumplimiento de los objetivos asistenciales del mismo, dentro de los criterios marcados por la Comisión de Dirección y el Director Médico, garantizando la correspondiente responsabilidad y autonomía a los respectivos estamentos en aquellas funciones que les sean propias, todo ello sin perjuicio de lo establecido para los Dispositivos Específicos de Apoyo a la Atención Primaria.

Probablemente haya que buscar las causas de la escasa productividad de multitud de servicios, en aspectos que nada tienen que ver con la gestión que llevan a cabo los enfermeros.

El decreto 105 permite organizar los servicios, clarifica responsabi-

dades, posibilita la participación de los distintos estamentos. Es evidente que tiene ciertas dificultades gestionar teniendo que contar con las propuestas y alternativas de otros elementos del equipo, pero en un sistema democrático éste es un ejercicio sano.

Cerrar filas en torno a nuestro jefe inmediato y a nuestros compañeros.

No podemos seguir cayendo en el error de seguir valorando a los cargos de supervisión, adjuntos, jefes de bloques, subdirectores o directores de enfermería, en función de la persona que ocupa el puesto en un determinado momento. Por el contrario, debemos hacerlo basándonos en lo que puesto de gestión, en sí, representa para el colectivo. En el sistema actual, son éstos los únicos que pueden hacer valer nuestra autonomía profesional frente a otras divisiones, los únicos que pueden hacer oír nuestras voces en los órganos de dirección y en los asesores, dentro de la institución. Así pues, nuestros derechos serán defendidos y nuestras voces serán oídas, con mayor fuerza, en la medida en que nuestros jefes se sientan apoyados.

En el día a día, en el trabajo de la unidad, la consulta, el quirófano, etc., **NO DEBEMOS RECONOCER OTRA AUTORIDAD QUE LA DE NUESTRO JEFE INMEDIATO.** Según la normativa vigente, dentro de la división de enfermería, sólo son sus cargos de gestión los que tienen capacidad para dar órdenes a los miembros de la división.

Ya es hora de que distingamos entre que son prescripciones u órdenes terapéuticas y que no lo son. Ya está bien de rellenar vales, llevar las historias durante el pase de sala, seguir actuando como secretario/a. «No, doctor, ese no es mi trabajo. Mi trabajo delegado incluye: aplicar tratamientos, recoger muestras, tomar constantes vitales, ayudarlo en la aplicación de tratamientos o técnicas diagnósticas, valorar posibles complicaciones derivadas de la enfermedad, el tratamiento o la prueba a que se ha sometido al individuo y avisarle en caso de necesidad. Las pruebas complementarias las prescribe y solicita usted, las carpetas las coje usted. No lo olvide doctor».



Con una buena docencia en Enfermería, se conseguirá alcanzar nuestros objetivos.

— Consolidar nuestra identidad dentro del equipo sanitario.

Los enfermeros, como miembros de un equipo multidisciplinario, tenemos que ofrecer a la sociedad un servicio específico: los cuidados de enfermería. En el actual sistema sanitario, donde se sigue primando la curación frente a otros servicios de salud, es necesario que invirtamos el mayor de nuestros esfuerzos en conseguir un servicio enfermero, que nos distinga y nos haga necesarios e imprescindibles para el usuario.

En este sentido es necesario que realicemos una redistribución de nuestro tiempo de trabajo. No podemos seguir dedicando casi la totalidad de nuestra jornada laboral a realizar tareas delegadas, que nos impiden desarrollar y prestar cuidados. Como bien dice Virginia Henderson ningún miembro del equipo tiene derecho a exigir tanto a otro miembro, hasta el punto de impedirle realizar su misión principal.

Tenemos que dar cuidados, es más gratificantes. Debemos exigir un respeto hacia nuestro tiempo y nuestro trabajo, para nosotros debe ser prioritario frente a las tareas delegadas. Hay que seguir desarrollando y ofreciendo cuidados de calidad, basados en los conocimientos y fun-

damentos científicos de la enfermería.

— Consigamos el reconocimiento de la sociedad.

Sólo sobreviviremos dentro del sistema si convertimos el servicio de cuidados en una demanda de los usuarios, en caso contrario correremos el riesgo de ser fagocitados por los médicos, que siguen teniendo la necesidad de ayudantes. Si ello fuera así, los cuidados de enfermería quedarían en manos de otros profesionales, que no cuentan con los conocimientos suficientes para valorar, diagnosticar o prescribir cuidados.

Frecuentemente oímos quejas de los usuarios referidas a lo que éstos llaman deshumanización de la sanidad. Probablemente, cuando hablan de deshumanización, se refieren a la falta de respuesta que el sistema sanitario ofrece a las necesidades no cubiertas, que tiene cualquier ser humano cuando se enfrenta a situaciones límites como pueden ser una enfermedad, accidente, hospitalización, etc.

Esta sanidad prioriza la curación de enfermedades y considera secundario, o tal vez olvida, las necesidades fundamentales de la persona. Aspectos que tienen que ver con la

alimentación, la intimidad, el sueño, las condiciones ambientales, la adaptación al medio o la enfermedad, la actividad física, los problemas de índole familiar, laboral o personal que acarrea su situación, las necesidades de ocio, y un largo etcétera, son elementos del ser humano no suficientemente atendidos y que pueden ser resuelto con cuidados de enfermería. Mientras tanto los enfermeros seguimos utilizando todo nuestro tiempo a la aplicación de tratamientos o realización de otras tareas delegadas.

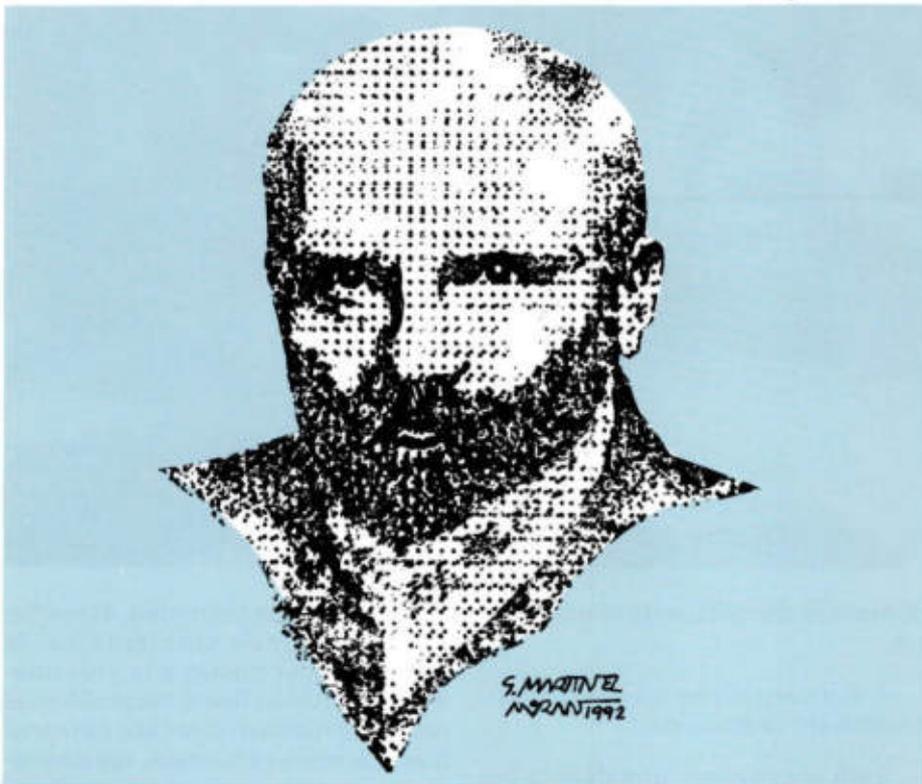
Como vemos, nuestros usuarios tienen necesidad de cuidados, pero quizás no sepan que pueden demandarnos, tal vez desconozcan que los profesionales de enfermería somos los responsables de facilitárselos. Sólo falta que se los ofrezcamos y pronto lo convertirán en una necesidad de primer orden.

Ofrezcamos cuidados de calidad a los usuarios y los convertiremos en nuestros mejores aliados.

Como vemos enfermería está avanzando, en nuestro país, a pasos agigantados, pero es necesario que vayamos consolidando el camino andado y permanezcamos atentos frente a posibles maniobras que puedan significar un paso atrás en nuestro avance. No las permitamos.

PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1914

ROBERT BÁRÁNY



Robert Bárány, de origen austro-húngaro, nació en Viena el 22 de abril de 1876. Sus estudios de Medicina los realizó en la Universidad vienesa, concluyéndolos en 1900. Tras dos años de estancia en las clínicas de Noorden y Kraepelin, regresa a Viena, vinculándose a la clínica quirúrgica de Gussenbauer. Sus trabajos sobre otología-los inició en 1902: en 1909 se habilita como profesor de la especialidad. Concluida la primera Gran Guerra, en la que sirvió como médico, siendo hecho prisionero por las tropas rusas en 1915, Robert Bárány acepta el puesto de profesor de Otología en la Universidad de Upsala en 1917, donde residió, adquirida la ciudadanía sueca, hasta su muerte, acaecida el 8 de abril de 1936. En Viena, Bárány tuvo por maestro a Adam Politzer. En los años que antecedieron al primer gran conflicto bélico del siglo, los trabajos de Bárány fueron mundialmente reconocidos: en el Congreso Internacional de Boston (1912) le fue concedido el Premio «Politzer»: dos años más tarde recibe el Premio Nobel de Medicina y Fisiología por sus investigaciones so-

bre fisiología y patología del aparato vestibular.

La contribución de Robert Bárány a la Medicina se centra en sus investigaciones sobre Otología, insertándose en una línea de conquistas científicas que se inician con el estudio de las funciones del aparato vestibular realizado por Flourens; Goltz (1870) concibe los conductos semicirculares como órganos del equilibrio, actuantes sobre la musculatura y estimulados por la endolinfa; Mach (1873-75) somete a examen las funciones del laberinto mediante la silla rotatoria; Breuer (1874-1891) analiza el nistagmus laberíntico, destacando el papel de los otolitos; Elie de Cyon interpreta la actividad del laberinto como un «sentido del espacio», y Ernst Ewald descubre la regulación del tono muscular por los canales semicirculares. Bárány incorpora su nombre a los ya mencionados con su «máquina ruidosa», que usa para comprobar la paracusia de Willis, y muy especialmente con sus estudios conducentes a interpretar el nistagmus producido por excitación térmica del laberinto: las conclusiones de esta téc-

nica le permiten dilucidar el oscuro problema del vértigo auricular o enfermedad de Meinere, diferenciándolo del cuadro clínico motivado por lesiones nerviosas y de la forma común de nistagmus: la explicación del vértigo laberíntico «nistagmus vestibular», considerándolo consecuencia de una perturbación del nervio vestibular o de los órganos en los que se distribuye, la hace Bárány en su trabajo «Ueber die vom Ohrlabyrinth ausgeloste Gegenrollung der Augen bei Normalhörenden» (*Archiv für Ohrenheilkunde*; 1906; 68: 1-30). El denominado «síndrome de Bárány» se encuentra expuesto en el artículo «Vestibularapparat und Zentralnervensystem» (*Medizinische Klinik*; 1911; 7: 1818-21).

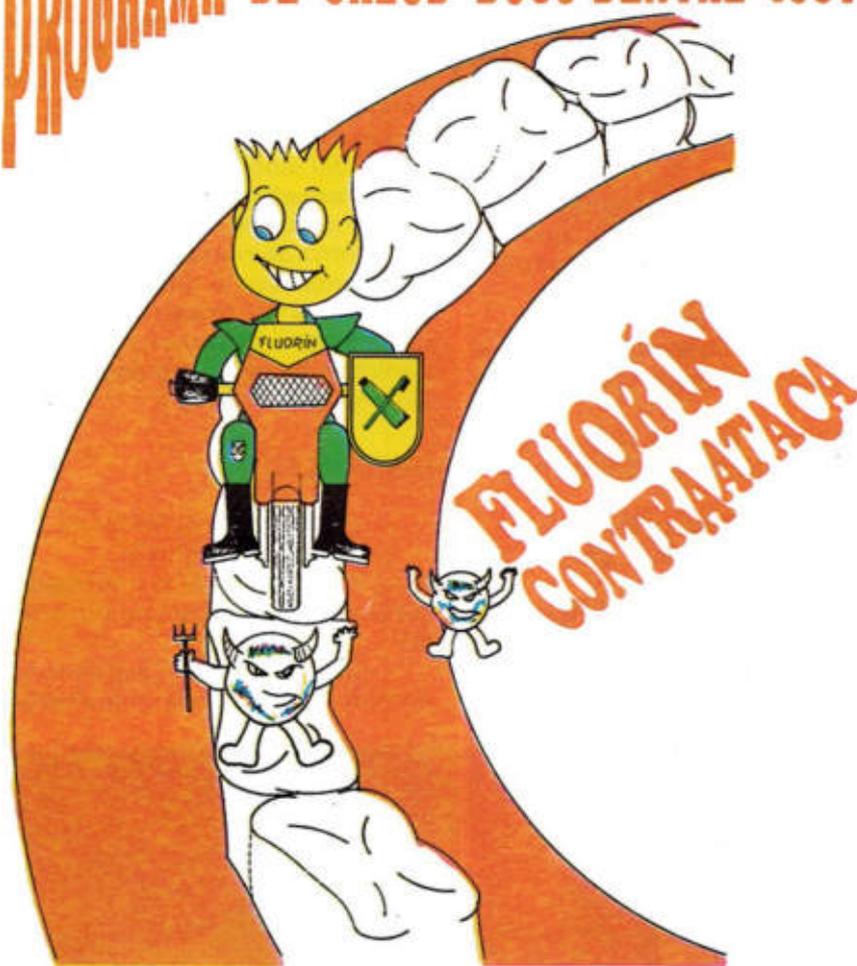
Otra importante contribución de Bárány, relacionada con sus estudios sobre relaciones entre lesiones cerebelosas y trastornos del equilibrio, aparece explicada en el amplio estudio «Untersuchungen über den vom Vestibularapparat des Ohres reflektorisch ausgelosten rhythmischen Nystagmus und seine Begleiterscheinungen» (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*; 1906-7; 40: 193-297; 41: 477-526). Los tests o pruebas ideados por Robert Bárány aparecen reunidos en un volumen traducido por I.W. Voorhees con el título *Clinical Studies of Dr. Bárány. Functional Testing of the Vestibular Apparatus* (1912).

En la historia de la Otología clínica la aportación de Bárány, resumida en lo expuesto, supone una muy valiosa conquista en el capítulo de las técnicas exploratorias, fundamento, a su vez, del desarrollo de la especialidad: desde las primeras tentativas de otoscopia se suceden las contribuciones de Thomas Buchanan y Wilhelm Kramer: los medios técnicos ideados por Troltsch y Voltolini, el microscopio otológico de Friedrich Eugen Weber-Liel y la obra de Adam Politzer, el maestro de Bárány: las pruebas de Weber y Rinne son contrastadas en la clínica por Johann Constantin August Lucae. La audiolología se funda en la obra de Friedrich Bezold, mientras que la fisiología y la patología del aparato vestibular tiene su verdadero iniciador en Robert Bárány, Premio Nobel de Medicina de 1914.

PROGRAMA DE EDUCACION E HIGIENE BUCO-DENTAL

Autor: **D. Enrique M. Márquez Crespo, D.E.**
D^a Marta Hernández Pozas, D.E.
 (Ambulatorio de Dos Hermanas)

PROGRAMA DE SALUD BUCO-DENTAL 1991



EXCMO. AYUNTAMIENTO DE DOS HERMANAS
 DELEGACION DE SANIDAD

Eslogan publicitario para la campaña de salud buco-dental llevada a cabo en Dos Hermanas (Sevilla).

JUSTIFICACION

La prevalencia de las caries y de la enfermedad paradontal (las enfer-

medades buco-dentales más importantes por su elevada incidencia) ha ido en aumento en el transcurso de los últimos doscientos años, hasta

convertirse en uno de los problemas sanitarios y sociales más importantes.

Hoy en día, en todos los países occidentales y en la mayoría de los países en vías de desarrollo se acepta como parte del patrón de vida establecido. Nuestra comunidad autónoma, y en concreto nuestra comarca, no se encuentra exenta.

Ante ellos, nuestra intención ha sido actuar a un nivel de promoción de Salud, de educación y prevención de la enfermedad, de igual modo que somos conscientes, y así exponemos, que la construcción de la salud en sus niveles de prevención, asistencia primaria y de educación sanitaria ha de hacerse de forma integrada en unidades básicas de salud.

Se ha optado por realizar el Programa de Higiene y Salud Bucodental debido a tres factores principalmente:

- Elevada incidencia de caries
- Población afectada, infantil sobre todo.
- Enfermedades muy ligadas a factores higiénicos y dietéticos.

Por ello, nuestro principal objetivo es el de inculcar una serie de hábitos y conocimientos a la población infanto-puberal, como técnicas correctas de limpieza buco-dental, restricción del consumo de azúcares refinados y educación dietética; como pilares básicos, además de recomendaciones como visitas al odontólogo, fluoración de los dientes...

La población destino de nuestro programa es, como se deduce, niños en edad escolar, y secundariamente docentes y padres, dado que el colegio es un medio de gran valor para el desarrollo de todos aquellos aspectos relacionados con la higiene, ya que se van a adquirir una serie de hábitos y conocimientos que sustituyan costumbres del entorno familiar.

Es importante que al mismo



Organización de los talleres por grupos reducidos de alumnos (entre 6 y 8).

tiempo que se actúa sobre la población infantil, actuemos sobre los padres/tutores y profesores, ya que así estimulamos estos niveles para que coincida sobre nuestra población objetivo.

Esperamos con ello aportar nuestro granito de arena para constituir las bases de obtención de una salud integral que reporte una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta los enormes obstáculos encontrados para el desarrollo de este programa que podríamos definir como programa piloto, por las características de tal, siendo importante resaltar la utilización de los medios audiovisuales y la realización de los Talleres de Higiene y Salud Bucod-Dental, con resultados muy positivos.

GRUPOS BENEFICIARIOS

La población destino de nuestro programa está constituida fundamentalmente por niños en edad escolar, especialmente alumnos del ciclo superior, así como padres y educadores de dichos niños.

Características:

- a) Colegios.
- b) Escolares.
- c) Maestros.
- d) Padres.

a) **Colegios:** Los centros escolares pertenecen tanto a zonas urbanas como al extrarradio de Dos Hermanas. Son colegios públicos en su ma-

yoría, excepto los colegios Antonio Gala y María Zambrano, que son cooperativas, subvencionados por el Ministerio de Educación.

Los colegios son:

- Colegio Público «El Palmarillo».
- Colegio Público Carlos I de España.
- Colegio Público José Varela.
- Colegio Público San Hermenegildo.
- Colegio Público Blas Infante.
- Colegio Público Dolores Vellasco.
- Cooperativa Antonio Gala.
- Cooperativa María Zambrano.

b) **Escolares:** El grupo elegido abarca niveles socioeconómicos me-

dio, con cierta tendencia a bajo, no perteneciendo ninguno a zonas especialmente deprimidas (Cerro Blanco...).

Aproximadamente una cobertura asistencial profiláctica contra la caries de unos 3.500 alumnos, es decir, de fluoración dental, mediante geles y colutorios fluorados, comprendiendo los tres ciclos obligatorios de la E.G.B.

En cuanto a cobertura educacional higiénico-dietética es algo más limitada, reduciéndose al ciclo superior de los diferentes colegios anteriormente citados.

c) **Maestros:** Se considera imprescindible su aportación, sin su apoyo el programa no contaría con la suficiente solidez, debido al papel tan importante y participativo que desempeñan dentro de la educación global del niño.

d) **Padres:** Como principal eslabón de la educación del niño, su papel dentro de nuestro programa no cabe duda alguna que es de importancia extrema. Nuestro vehículo de contacto con ellos han sido las asociaciones de vecinos y de padres de alumno.

MATERIALES

- 157 tubos de ELMEX GEL.
- 3.500 cepillos P.H.B.
- Posters y folletos informativos sobre normas de higiene bucodental.
- Cinta de vídeo «Erase una vez el hombre», capítulo referente a la boca.



El aula apropiada para la realización debe ser la de pretecnología o laboratorio.

- Diapositivas.
- Libros científicos. Odontopediatría, enfoque sistemático.
- Libros didácticos.
- Pastas dentífricas ELMEX.
- Sonda y espejo odontológico.
- Modelo anatómico P3B-702.
- Diferentes cráneos y mandíbulas de animales.
- Número indeterminado de pastas y cepillos de dientes de diferentes marcas comerciales.
- Hilos y sedas dentales.
- Lápices y rotuladores de colores.
- Cartulinas.

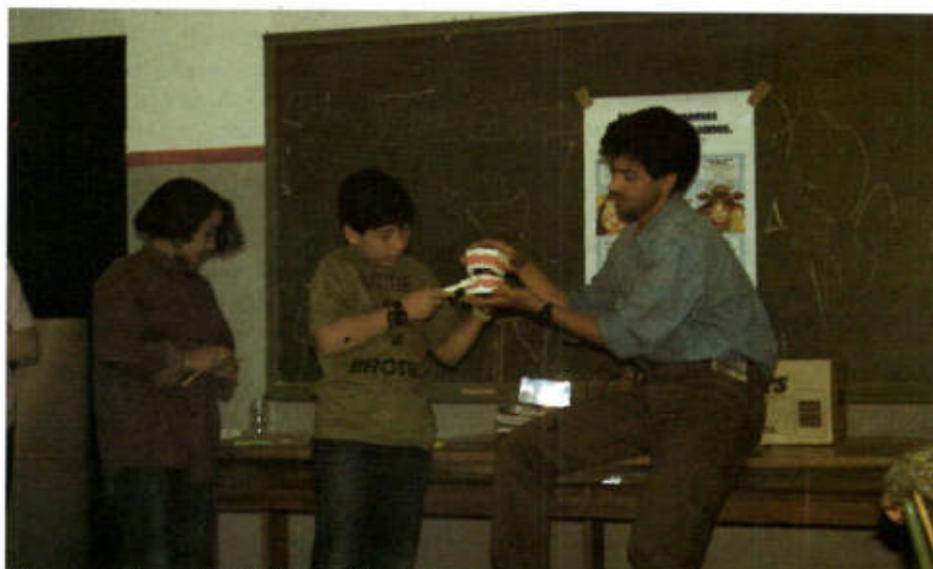
OBJETIVOS Y ACTIVIDADES:

OBJETIVO GENERAL:

Introducimos en la vida educativa del niño, para así transmitirle una serie de conocimientos y de hábitos con vista a prevenir las enfermedades buco-dentales, al mismo tiempo que aprenden los autocuidados de la boca y de los dientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Inculcar el hábito de cepillarse los dientes tres veces al día (después de cada comida).
- Técnica correcta de limpieza buco-dental. Para ello, hemos optado por emplear la técnica vertical giratorio dental.
- Educación dietética, limitar el consumo de azúcares refinados.
- Dentadura permanente o defi-



Técnica de cepillado buco-dental.

nitiva y dentadura temporal o de «leche».

- Identificar cada diente, con su función específica.
- Determinar la glándula que actúa en la boca, su función.
- Conocer la estructura de un diente y su composición.
- Funciones y tipo de dientes.
- Elementos de la boca, funciones y composición.
- Conocer las causas que provocan la caries y su proceso de formación, prevención, curación y complicaciones-secuelas. Triada saliva, lactobacilos y azúcar = Placa dentaria.
- Reconocer el problema de la caries como enfermedad extendida en la sociedad.

- Conocer la importancia del dentista en el desarrollo de la salud buco-dental.

ACTIVIDADES

- Limpieza buco-dental en la escuela dirigidas por el profesor-tutor.
- Fluoración dental semanal, bien mediante geles o colutorios.
- Explicación mediante personal sanitario de la correcta técnica de limpieza buco-dental.
- Diapositivas didácticas sobre el tema.
- Vídeo de dibujos animados referentes al tema.
- Pedir a los niños que lleven a las escuelas frutas, leche y otros alimentos con mayor aporte nutritivo.
- Charlas en las asociaciones de vecinos y de padres de alumnos.
- Concursos de mascotas y posters.
- Realizar entrevistas y encuestas sobre los hábitos higiénicos-dietéticos relacionados con la boca.

PLAN DE ACTIVIDADES

1ª Fase. Encuesta I.

2ª Fase. Desarrollo del contenido del Programa.

- Charlas a los alumnos.
- Diapositivas.
- Fluoración.
- Vídeos.
- Limpieza buco-dental.
- Talleres de higiene y salud buco-dental (sólo en los colegios «El Palmarillo» y Carlos I de España).



Tinción de la placa dentaria.

3ª Fase. Encuesta II para los alumnos.

— Charlas a tutores y padres a través de las asociaciones de padres de alumnos.

4ª Fase. Evaluación de los resultados.

CONTENIDOS DE LAS CHARLAS

1) TINCIÓN DE LA PLACA DENTARIA:

La finalidad de una correcta higiene buco-dental es reducir la acción perjudicial de la placa dental depositada en dientes y encías. Sin embargo, ésta no siempre es visible a simple vista la mayoría de las veces, por lo que es de gran utilidad la existencia de estos reveladores de la placa dental, cuyo contenido es inocuo.

Su uso es muy sencillo: Masticar una tableta hasta que se haya disuelto. Efectuar enjuagues con la saliva producida durante un minuto, procurando que ésta pase por los dientes, escupir y aclarar con bastante agua (tres o cuatro veces).

Los alumnos deben de intentar reconocérselas unos a otros. A continuación los alumnos pueden cepillarse los dientes y observar cómo la coloración va desapareciendo a medida que la placa dental lo hace.

2) COMPARAR CEPILLOS Y PASTAS DENTÍFRICAS:

Una forma de introducir a los alumnos en la correcta técnica del cepillado es ponerles en contacto con los utensilios básicos: cepillo y seda dental.

Pueden analizarse diferentes tipos de cepillos según su forma, tamaño, tipo de cerda, forma de las cerdas en relación con su objetivo último: eli-

minar los restos de comida y la consiguiente placa dental.

De la misma manera las pastas dentífricas pueden ser analizadas según composición, volumen, etc....

3) TÉCNICA DEL CEPILLADO DENTAL:

Limpiarse los dientes es un hábito que debe de adquirirse con la práctica diaria. Por ello, cualquier técnica de la explicación debe de ir acompañada de la puesta en práctica.

Basándose en los conocimientos adquiridos mediante las charlas, educación por parte de los educadores y de los padres, el grupo debe explicar la correcta técnica del cepillado al resto de la clase, a ser posible utilizando un modelo anatómico.

4) EDUCACION ALIMENTARIA:

Con ello no intentamos aleccionar al niño para que no tome azúcares refinados, sino que los tome siempre que tenga oportunidad de lavárselos tras la ingesta. En caso de no poderse cepillar los dientes, orientarlos hacia los alimentos menos cariogénos.

5) DRAMATIZACION DEL DENTISTA: TEATRO

Una dramatización en la que los principales elementos relacionados con la actuación del dentista están presentes, pueden servir como motivación al conocimiento del papel de este profesional de la sanidad.

Conviene que sean los propios niños quienes establezcan el guión. Podemos sugerir que los personajes sean un niño afectado de caries y con un flemón dentario que se niega a ir



Comparar y elegir el mejor cepillo de dientes y pasta dentífrica.

al dentista por temor y los amigos que deben de convencerlo a que vaya, dándole una serie de razones válidas.

6) COLECCIONAR DENTADURAS Y COMPARARLAS:

Como medio de profundizar en esta actividad, puede pedirse a los alumnos la colección de dentaduras de diferentes animales, con el fin de analizar las diferencias y semejanzas en cuanto a número y forma de las piezas dentales en relación a su función.

7) CONSTRUIR UNA DENTADURA:

Comprobación de la existencia de diferentes tipos de piezas dentales.



Mesa de trabajo. Técnica de cepillado con un modelo anatómico.



Comparando dentaduras.

Puede realizarse pidiendo a los alumnos que construyan dentaduras con yeso, plastilina, o bien que las dibujen sobre un papel basándose en la observación de sus propias dentaduras.

8) ACCION DE LOS TOXICOS SOBRE LOS DIENTES:

La acción de estos tóxicos es lenta, y no pueden apreciarse sus efectos hasta pasado algunos años de sus consumos repetidos y lentos.

Sin embargo, algunos efectos pueden apreciarse fácilmente. Por ejemplo, el color amarillento de los dientes, el aliento de la boca... que los alumnos pueden observar directamente en los fumadores de la localidad.

Para ello, se les pueden pasar una serie de láminas con dibujos alegóricos a diferentes agentes tóxicos y otros que no lo son. El grupo debe de detectarlos (café, tabaco, alcohol...).

CONTENIDO DE LOS TALLERES

Taller 1

— Construir una dentadura. Dibujar sobre el esquema inferior, que representan las mandíbulas superior e inferior humana, utilizando los siguientes símbolos:

- Incisivo.
- Canino.
- Premolar.
- Molar.

— Comparar dentaduras. Entre las mandíbulas que podéis ver, una corresponde a un roedor, otra a un carnívoro y la otra a un omnívoro. Lo que tenéis que hacer es sacar varios esquemas, uno de cada modelo de mandíbula, viendo las semejanzas y diferencias entre ellas.

Taller 2

— Técnica del cepillado. Describirlo según vuestros conocimientos, paso a paso.

— Tipos de cepillos, pastas dentífricas y seda dental. Compararlos y elegir aquél que creáis que es el más adecuado para el cepillado dental, tanto el cepillo como la pasta, así como razonar la utilidad de la seda dental.

Taller 3

— Tinción de la placa dentaria. Un par de alumnos del grupo deberán de teñirse los dientes con las tabletas que hemos dispensado. Entre todos debéis de localizar las zonas donde se asienten las placas dentarias.

— Acción de los tóxicos sobre los dientes. Identificar entre las siguientes sustancias cuáles son dañinas sobre la dentadura y explicar su acción.

Taller 4

— Educación alimentaria. Confeccionar un menú para una comida con alimentos poco cariogénicos, para lo cual podéis utilizar la tabla de alimentos. Comparar los diferentes alimentos según sus índices de azúcares.

Taller 5

— Dramatización del dentista. «David es un escolar de trece años de edad, que padece de caries en varios dientes, pero no quiere ir al dentista porque, según él, le horroriza. Sus compañeros de clase intentan animarlo para que asista a la consulta, argumentándole varias razones.»

Escribir un diálogo entre los personajes anteriormente citados.

EVALUACION

La evaluación la hemos realizado a dos niveles:

— Uno sería las encuestas tipo I, que es la que repartimos entre la población escolar en nuestro primer contacto, previo a recibir la información que nosotros vamos a transmitirles.

Con la encuesta tipo II lo que hemos obtenido es información sobre el grado de captación de la informa-

ción transmitida a través de los diferentes medios y vehículos de comunicación.

— El otro nivel son los Talleres de Higiene y Salud Buco-Dental, ya que con ellos obtenemos una información muy valiosa respecto a lo que es el objetivo general del programa.

Los resultados pueden ser objeto de otra posible publicación.

BIBLIOGRAFIA

— Bengt O. Magnusson: *Odontopediatría. Enfoque sistemático*. Editorial Salvat.

— Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). *Etiología y prevención de la caries*. Serie de informes técnicos nº 494. Ginebra, 1972.

— *Indicadores de salud y sociales para la planificación y la evaluación de los programas de salud*. Serie de informes técnicos nº 472. Ginebra, 1972.

— *Informe sobre la conferencia de Alma-Ata de Atención Primaria de Salud*. Ginebra, 1980.

— Consejería de Salud y Consumo y Consejería de Educación y Ciencia. *Propuesta de educación para la salud en centros docentes*.

— Diputación Provincial de Sevilla. Área de Sanidad y Servicios Sociales. *Guía didáctica de educación buco-dental*.

— Sagreras, J.; Serra, L.; Pérez, F. *Vivir limpios*. Diputación Provincial de Sevilla.

— *Guía coleccionable de Salud e Higiene*. Ediciones Plesa SM. Libros infantiles.

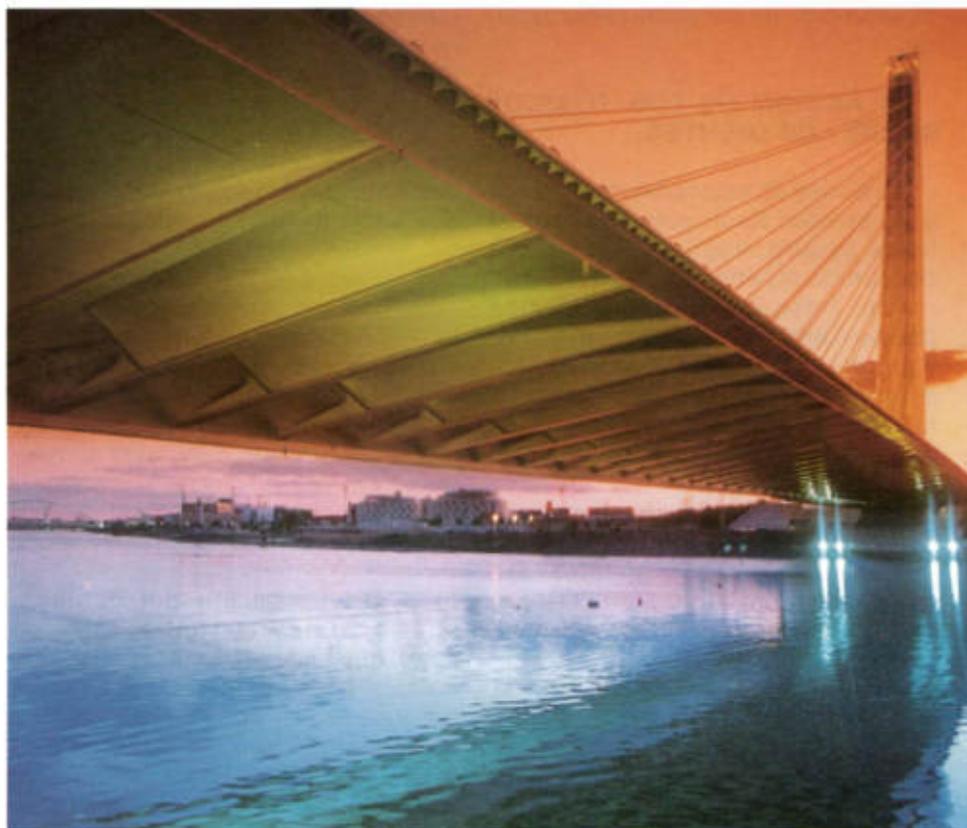
— *Fundamentos de educación sanitaria dental*. Health Education Council of Great Britain.

— Diputación Provincial de Sevilla. Área de Sanidad y Servicios Sociales. *Guía didáctica de educación alimentaria*.



Acción de los tóxicos sobre los dientes.

CONCURSO Nº 20



PRIMER PREMIO

Autora: D^a Rosario Reina González
Colegiada Nº 2398
Máquina: MINOLTA X-300
Título: «Juego de colores»

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA 21

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

3^{er} TRIMESTRE AÑO 92 (JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE)

El plazo de presentación finalizará el próximo 25 agosto de 1992.

BASES:

Premios: 1.^{er} Premio: 50.000 Ptas.
 2.^o Premio: 25.000 Ptas.
 3.^{er} Premio: 10.000 Ptas.

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

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

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



SEGUNDO PREMIO

Autor: José Lucas Graciano Estepa
Colegiado N° 994
Máquina: PENTAX, ME-SUPER
Título: «500 años: apertura
hacia una nueva era»

TERCER PREMIO

Autor: D. Manuel J. García Martínez
Colegiado N° 7789
Olympus OM-10
Título: «Sevilla, estrella del 92»



Jurado calificador del Concurso Fotográfico N° 20:

- D. Luis Aparcero León (Colegiado de Honor)
- D. Vicente Villa García-Noblejas (Gabinete de Prensa).
- D. Hipólito Gallardo Reyes (Vocal A.P.D.).

ESTRATEGIA DE RIESGO EN POBLACIONES CON VACUNACION INFANTIL DEFICIENTE

Autor : **D. José Antonio Ponce Blandón, D.E.**
 Coordinador Programa de Vacunación de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud.



Los trabajos que no garantizan unos ingresos fijos, poco gratificantes y que exigen desplazamientos de toda la familia, como la venta ambulante, se configuran en un importante factor de riesgo en el estilo de vida.

INTRODUCCION:

«Salud para todos en el año 2.000» es la premisa propuesta por la O.M.S. para la Atención Primaria de Salud. Pero esta premisa, a pesar de su propósito de universalidad, debe reconocer desigualdades en la satisfacción de las necesidades de los diferentes grupos de población. De esta manera, existen poblaciones expuestas a diferentes **factores de riesgo** que afectan a sus niveles de vida y bienestar, condicionando su

postergación desde el punto de vista social y de la salud.

En el caso de la vacunación infantil, las **bolsas de población marginales y/o de condiciones socio-económicas muy bajas**, son las que con mayor frecuencia e intensidad se configuran en poblaciones en riesgo para el problema específico que constituye una cobertura vacunal infantil baja.

Por todo ello, resulta evidente la necesidad de destinar **más recursos a quien más lo necesita**,

orientando los esfuerzos con un principio de **equidad**, hacia la atención a los más desfavorecidos.

OBJETIVOS DEL ENFOQUE DE RIESGO EN EL PROGRAMA DE VACUNACIONES DE ANDALUCIA

El enfoque de riesgo surge como una necesidad de reorganizar los servicios para establecer nuevas estrategias dirigidas a la **captación** de los grupos más vulnerables. Para la



La accesibilidad a los puntos de vacunación puede configurarse en un factor determinante para garantizar una amplia cobertura vacunal.

formulación de esta estrategia en una población determinada, es preciso identificar, detectar y definir las características asociadas al aumento del riesgo de un bajo nivel de vacunación; esto es, conocer los **factores de riesgo** que inciden en un individuo, familia o población.

De la misma forma, el enfoque de riesgo trata de cuantificar las necesidades asistenciales de la población, a través de la **medición del riesgo**, que posibilita la identificación de los problemas que son prioritarios a la hora de abordar su resolución.

De esta manera, podremos definir los **objetivos** que este enfoque de riesgo tiene para el **Programa de Vacunaciones de Andalucía** (P.V.A.):

- a) **Detectar** zonas y poblaciones de alto riesgo epidémico.
- b) **Caracterizar** las bolsas de población expuestas al riesgo, identificando los motivos de su vacunación deficiente.
- c) **Desarrollar estrategias de intervención** en estas poblaciones de forma programada, desde la acción intersectorial.

La consecución de estos objetivos, por otro lado, nos va a permitir lo siguiente:

- Determinar el perfil de necesidad de captación para el P.V.A.

- Definir la orientación de los servicios de vacunación.
- Concentrar los esfuerzos sobre las poblaciones con coberturas vacunales más bajas.
- Rentabilizar los resultados de nuestra actuación.

METODOLOGIA PARA LA INTERVENCIÓN EN POBLACIONES DE RIESGO

1. JUSTIFICACION

El análisis del **brote epidémico de Poliomiélitis 1987-88** nos permite justificar la necesidad de esta nueva estrategia. En el estudio de este brote de Poliomiélitis tipo I, se demostró que los 12 casos aparecidos en Andalucía en este período, eran niños pertenecientes a grupos socio-económicos muy bajos, y todos ellos con **ausencia de vacunación o vacunación incompleta**. (Ver figura I)

Esto unido a la realidad de que la aparición de un solo caso de Poliomiélitis parálitica causada por Poliovirus tipo I pone de manifiesto la existencia de entre 300 y 500 casos de infecciones subclínicas (que en el caso del Poliovirus tipo II esta relación entre polio-enfermedad y polio-infección es de 1/10.000), justifica sobradamente la puesta en marcha de actividades dirigidas a la captación

de las poblaciones marginales y/o precarias.

2. LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA VACUNACION INFANTIL DEFICIENTE

El primer paso de la estrategia es caracterizar los factores de riesgo que condicionan una tasa de cobertura vacunal baja en estas bolsas de población.

El hecho de que unos padres tengan conciencia y conocimiento de la importancia de vacunar a sus hijos y decidan acudir al punto de vacunación, va a estar condicionado sobre todo por **el estilo de vida y el entorno** que rodea a esa familia. Otros dos elementos determinantes del nivel de vacunación son la **organización de los recursos de atención y los aspectos demográficos**.

Los factores de riesgo de cobertura vacunal baja que se identifican a continuación están referidos a estos cuatro elementos, como determinantes de una población **precaria y/o marginal**:

a) Aspectos demográficos:

- Núcleos aislados de población.
- Asentamientos de tipo étnico, cultural o de inmigrantes.
- Pirámide de población de base ancha, con alta natalidad e índice sintético de fecundidad.
- Grandes oscilaciones en el saldo migratorio.



Los valores culturales muy arraigados, tales como las falsas contraindicaciones o el miedo a las reacciones adversas, predisponen a los padres a no vacunar a sus hijos.



El tipo de vivienda predominante en las poblaciones con bajas coberturas vacunales, es la infravivienda: casas auto construidas, chabolas...



El hecho de que unos padres tengan conciencia y conocimiento de la importancia de vacunar a sus hijos y decidan acudir al punto de vacunación, va a estar condicionado por el estilo de vida y el entorno.

b) Estilo de vida:

- Escasa integración comunitaria: suburbios o barrios periféricos.
- Condicionantes de marginalidad: drogadicción, prostitución, delincuencia...
- Ocupación laboral predominante: el paro o el subempleo (sin garantía de ingresos fijos, trabajos poco gratificantes, venta ambulante...).
- Valores culturales muy arraigados: mitos y creencias poco influenciables.
- Nivel de instrucción muy bajo.
- Renta per cápita muy baja: por debajo del salario mínimo interprofesional.

c) Entorno:

- Condicionantes geográficos y climáticos muy desfavorables.
- Infraestructura y equipamiento insuficientes: falta de saneamiento, falta de abastecimiento de agua, ausencia de red eléctrica y de servicios de transportes...
- Infravivienda: casas autoconstruidas, chabolas, en estado ruinoso, cuevas...
- Hábitat y entorno físico desfavorables.

d) Recursos de atención:

- Recursos insuficientes: en la zona existen pocas escuelas, guarderías, puntos de vacunación, servicios sanitarios, etc.
- Mala calidad de los recursos: accesibilidad geográfica y horaria deficientes, no divulgación de la oferta, falta de coordinación con otros sectores, aptitudes y actitudes profesionales inadecuadas...

3. PROTAGONISTAS DE LA INTERVENCIÓN

El grupo de profesionales que trabaja en las zonas donde estas poblaciones están situadas se configura como la **pieza clave** de la estrategia de riesgo. Pero, aunque la actuación de estos profesionales es necesaria, **no es suficiente**, ya que se exige la creación de equipos de apoyo a nivel de la administración, así como la participación de la propia comunidad.

Por tanto, son tres los actores de necesaria participación en la dinámica de la estrategia:

- La administración.
- Los profesionales.
- La población.

Entre ellos debe existir una **dialéctica**, cuyo funcionamiento es comparable al de un receptor de radio con tres elementos de manejo (figura II):

- La **administración**, que debe generar los servicios y pone en marcha el soporte para la estrategia, representa el botón **on/off** de encendido y apagado del aparato. Su papel se debe centrar en la dotación y distribución equitativa de recursos, la coordinación global entre los distintos niveles (central, provincial, distrital y local), la definición de objetivos, la elaboración de mapas de riesgo y otros instrumentos operativos, etc.

- La **población**, que tiene unas necesidades reales, gran parte de las cuales no son sentidas e incluso no son expresadas, representa el botón de **volumen** del receptor. La pobla-

ción no debe ser nunca sujeto pasivo de la intervención; debe configurarse en protagonista de las actividades de captación, a través de los líderes y organizaciones naturales, las asociaciones de vecinos, las parroquias, peñas, clubes, etc.

Los **profesionales**, que deben reconocer y cubrir esas necesidades (expresadas o no), sintonizando con los problemas de la población, representa el botón de búsqueda de **sintonía**. Esta sintonización no sólo debe ser exigida a los profesionales de la salud (E.B.A.P.), sino también a los profesionales de los centros docentes, servicios sociales y representantes del poder local (Ayuntamientos), a través de tres medidas esenciales:

- La **búsqueda activa** de las poblaciones, familias e individuos de riesgo **fuera de los servicios** de atención.
- La estimulación a la **participación directa de la comunidad** en las actuaciones.
- La **integración de todos los programas** en las actividades de captación: educación maternal, control de embarazo, visita puerperal, metabopatías, control de niño sano, salud escolar...

CONCLUSIONES

1. A pesar de los avances en las coberturas del Programa de Vacunaciones, persisten bolsas precarias de población con coberturas vacunales muy bajas.

2. Es necesaria una atención continuada preferente a estas poblaciones a través de un enfoque de riesgo.

3. Sólo es posible cubrir a estas poblaciones a través de un trabajo intersectorial con un principio de equidad.

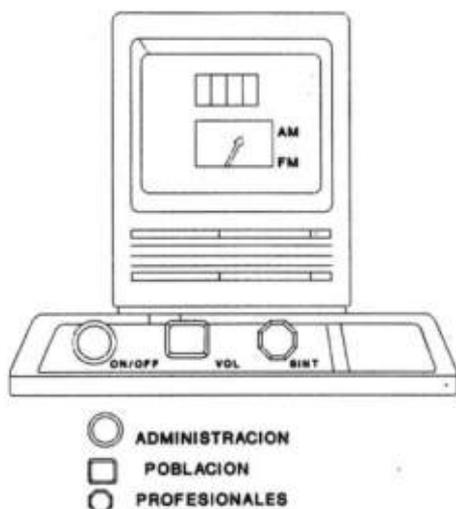


Figura II. Dialéctica entre implicados en la estrategia.

BIBLIOGRAFIA

- «Importancia del concepto de riesgo en Salud materno-infantil». Escuela andaluza de Salud Pública. Programa Andaluz de Investigación materno-infantil.

- «Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil». Villar, J. Serie Platex, nº 1. Organización Panamericana de la salud.

- «Programa de Vacunaciones de Andalucía». Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Cuaderno de Salud nº 11.

- «Evaluación del Programa de Vacunaciones 1990». Dirección general de Atención Sanitaria. Oficina de Atención Primaria y Promoción de la Salud.

- «Mapa de Población de riesgo de la Provincia de Sevilla». Dirección Provincial de Atención Sanitaria. Estrategia de riesgo. Gerencia provincial del Servicio Andaluz de Salud de Sevilla.



La consecución de los objetivos del enfoque de riesgo para el P.V.A., permiten determinar el perfil de necesidad de captación de niños para el programa.

Figura 1. Poliomiélitis en Andalucía. 1987-88.

Caso N°	Sexo	Edad	Localidad	Fecha Ap.	Estado Vacunal	Grupo Social
1	V	2 años	El Egido Almería	14-8-87	No vacunado Un hermano no vacun.	Raza Gitana
2	V	18 meses	Palma-Palmilla Málaga	15-8-87	No vacunado/ Un hermano no vacun.	Marginal
3	H	1 año	Bº Pescadería Almería	1-10-87	No vacunado 7 hermanos no vacun.	Raza Gitana
4	V	1 año	Bº Fuentecica Almería	18-10-87	No vacunado 7 hermanos no vacun.	Nivel socio-económico muy bajo
5	V	4 años	Bº Pescad. (AL)	25-10-87	No vacunado	Raza Gitana
6	V	18 meses	Sector Sur Córdoba	20-11-87	No vacunado 6 hermanos no vacun.	Marginal
7	V	9 años	Marbella (MA)	12-87	No vacunado	Vendedor ambulante
8	V	2 1/2 años	Huercal Almería	16-12-87	No vacunado 3 hermanos no vacun.	Vendedor ambulante
9	H	7 años	Bº Tiro Pichón Málaga	9-1-88	No vacunado, hermanos vacun. incomp.	
10	H	6 meses	El Egido Almería	27-1-88	No vacunado 3 hermanos no vacun.	
11	V	1 año	Los Almendros Almería	20-3-88	1 dosis	Raza Gitana
12	V	8 1/2 años	Almería	21-1-88	1 dosis	Raza Gitana

FUENTE: Informe anual de enfermedades de declaración urgente. Secretaría de Programas Sanitarios de Atención a la Población. Dirección General de Atención Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

CURA LOCAL DE LAS QUEMADURAS

Autor: **D. Máximo López Martínez, D.E.**
*Supervisor de la Unidad de Quemados del
 H.R.T. del H.U.V.R. de Sevilla*



Cura húmeda en cara.

INTRODUCCION

Las quemaduras son heridas, pero a diferencia de las demás heridas que se pueden suturar casi inmediatamente, o bien pueden cicatrizar en cuestión de días, las quemaduras, y más las profundas, necesitan tiempo para eliminar la escara no viable y tiempo para cicatrizar.

Esta evolución tan lenta es lo que puede desorientar a los profesionales no familiarizados con las quemaduras.

Las quemaduras de primer grado pueden curar en el espacio de tres o cuatro días; las de segundo grado superficial, entre diez y veintiún días, y las de segundo grado profundo pueden tardar de veintiocho a treinta días, siendo necesario injertar después de este periodo.

Las quemaduras son tan antiguas como el hombre. En los escritos más antiguos ya se hace referencia a ellas.

Los tratamientos conocidos en épocas lejanas sólo pretendían calmar el dolor por medio de ungüentos, como el compuesto por una combinación de resina, betún y grasa derretida de cerdo viejo, usada por Hipócrates cuatrocientos años a.C.

Hipócrates también propuso emplear apósitos empapados en vinagre caliente para aliviar el dolor.

En el siglo XVIII se trataban las quemaduras con sangrías y purgas, con lo que los enfermos morían extenuados y con enormes supuraciones.

Posteriormente se usó el alcohol localmente para el tratamiento de las quemaduras.

Ya en el siglo XIX, Dupuytren recomendó el uso de sustancias oleosas para el tratamiento de las quemaduras.

En 1925 se usó el ácido tánico para curtir las escaras y evitar la pérdida de líquidos; en 1942 se difundió el tratamiento de curas comprensivas; en 1949 se extendió el método de descubrimiento para las curas de las quemaduras.

Las discusiones entre curas oclusivas y curas en exposición, carecen de sentido hoy día, pues cada una tiene sus respectivos campos de aplicación.

En la actualidad se están empleando en las curas de las quemaduras hidrogeles, apósitos biosintéticos, piel de donante congelada y piel cultivada en laboratorios.

TIPOS DE CURAS

No existe una regla fija para las curas de las quemaduras, por lo que el método variará en cada caso.

Lo que sí existe es una premisa general para el tratamiento de todas las quemaduras profundas o de espesor total (tercer grado), consistente en la escisión temprana de la escara y la cobertura con injertos, pero mientras esto ocurre realizaremos una serie de curas que podremos dividir en:

- A) Curas abiertas o en exposición.
- B) Curas cerradas u oclusivas.
- C) Curas húmedas.

A) CURAS DE EXPOSICION

Es el método más usado en grandes quemados. La técnica de la cura consiste en la limpieza de toda la zona quemada con solución salina o agua y la eliminación de todos los tejidos semidesprendidos o desvitalizados.

Una vez limpia la zona se secará con sumo cuidado, se aplica una capa de crema de sulfadiacina argéntica de aproximadamente 3 mm. de espesor y sobrepasando la zona quemada unos 2 cm. aproximadamente.

Posteriormente cubriremos todo con compresas quirúrgicas totalmente extendidas, con el fin de que la crema no se quede en la ropa de la cama. Las curas oclusivas consisten en cubrir la zona quemada con apósitos estériles, con el fin de aislar la quemadura, evitar su contaminación y mantenerla limpia y así favorecer la epitelización.

Para realizar este tipo de curas procederemos de la siguiente forma:

— Limpieza de la zona con agua y jabón o algún bactericida suave, si la zona quemada es muy extensa o disminuida, habrá que bañar al enfermo.

— Eliminación de todos los tejidos semidesprendidos o desvitalizados.

— Secado de la zona.

— Aplicación de algún tipo de gasa vaselinada.



Los homoinjertos proporcionan una cobertura temporal hasta que son rechazados por el organismo.

- Compresas quirúrgicas.
- Vendas y mallas.
- También podemos usar alguna pomada hidrosoluble.

Mediante las gasas vaselinadas impediremos que el apósito se adhiera, pondremos una capa fina de pomada hidrosoluble y colocaremos después las compresas absorbentes, que fijaremos mediante un vendaje no compresivo, y ya que en las primeras cuarenta y ocho horas posteriores a la quemadura se producirá un gran edema, y si el vendaje comprime la zona, podemos producir isquemias con resultados indeseables.

Para evitar la compresión y que el vendaje se caiga, usaremos las mallas elásticas en sus distintos tamaños.

Estas curas las podremos realizar cada cuarenta y ocho horas.

VENTAJAS E INCONVENIENTES

Ventajas

Las curas oclusivas permiten el traslado, la movilización y la deambulación de enfermo sin riesgo de infección. También permiten una rehabilitación precoz o bien una inmovilización.

La crema a usar es un antibacteriano tópico, activo contra *Pseudomonas aeruginosa*, *Stafilococcus* y en general contra gérmenes gram negativo, y con ella, lo que tratamos es de impedir la proliferación bacteriana.

Esta cura se realizará cada doce horas aproximadamente.

Entre las principales ventajas de la cura en exposición se encuentran:

- Que no altera la química orgánica.

- Impide la proliferación de gérmenes.

- Su aplicación no es muy dolorosa.
- Al ser hidrosoluble, es fácil la eliminación con agua o con suero fisiológico de los restos de crema.

- El cambiar la crema frecuentemente permite vigilar la quemadura de forma directa.

Inconvenientes

Entre los inconvenientes se encuentran:

- El enfermo ha de estar en cama y aislado.

- Impide la movilidad.

- Mancha mucho, dando aspecto de suciedad.

- Para algunas personas, el verse embadurnado en crema le puede repugnar.

- Al ser aplicada en grandes extensiones produce frío.

- Algunas personas pueden presentar intolerancia al preparado, aunque es raro.

Aunque tenga algunos inconvenientes es la cura de elección preferente en los centros de quemados.

B) CURAS OCLUSIVAS O CERRADAS

En quemaduras poco extensas o localizadas en zonas especiales, como las manos, pies o miembros escarotomizados, es aconsejable cubrir las quemaduras con apósitos estériles y algún tipo de pomada hidrosoluble.

Inconvenientes

Entre los inconvenientes se encuentran:



Las curas en exposición son las curas de elección preferente en los grandes quemados.



Los apósitos biosintéticos son un buen sustituto temporal de la piel.



Autoinjerto en malla. Los autoinjertos son la única cobertura definitiva.

- Puede producir acúmulo de exudados.
- Puede producir fiebre alta.
- El cambio de apósitos puede ser doloroso.
- Requiere abundante material.

Cambio de apósitos

Si al cambiar los apósitos vemos que éstos están muy adheridos, lo humedeceremos a fin de que su retirada sea lo menos dolorosa posible, así como el no arrancar las células de nueva formación y evitar el sangrado.

Después de la segunda o tercera cura, los apósitos que pongamos deberán ser menos voluminosos que los primeros, para que el enfermo empiece a recuperar la funcionalidad, sobre todo si es en las manos, donde insistiremos que las movilice lo antes posible, incluso inmediatamente después de la primera cura.

C) CURAS HÚMEDAS

Las curas húmedas las empleamos fundamentalmente en la cara y en miembros en los que se desea observar la evolución de su estado de irrigación.

La técnica es muy fácil, consiste en cubrir la zona quemada con compresas estériles que empaparemos con suero fisiológico o con solución de ringer lactato. En la cara respetaremos los orificios naturales, nariz, ojos, etc., con el fin de evitar la sensación de ahogo.

Posteriormente iremos humede-

ciendo las compresas frecuentemente.

VENTAJAS E INCONVENIENTES

Ventajas

- Calma el dolor rápidamente.
- Permite controlar la zona perfectamente y ver si hay infección, edemas, etc.
- Es totalmente indolora, ya que el cambio de apósitos no duele, pues al estar húmedos no se adhieren.

Inconvenientes

El enfermo ha de estar inmóvil y en cama:

— Puede producir frío, ya que es casi imposible no mojar la ropa de la cama, con lo que los cambios de ropa han de ser frecuentes.

COBERTURA TEMPORAL

Apósitos biosintéticos

Los apósitos biosintéticos que usamos con más frecuencia son los formados por los de tipo hidrogel, compuesto por dos redes entrelazadas de poliacrilamida y otra de Agar, con un alto contenido hídrico, 96%.

Otro apósito es el formado por un tejido de nylon, unido a una membrana de silicona y colágeno; una vez colocado, en veinticuatro horas aproximadamente se quedará adherido a la zona quemada, formando una barrera contra los gérmenes, así como impidiendo la pérdida de líquidos corporales, comportándose como buen sustituto temporal de la piel.

Homoinjertos

Cuando una quemadura es tan extensa que las zonas donantes no son suficientes para la toma de injertos, hay que recurrir a los homoinjertos o a los apósitos biosintéticos.

La obtención de los homoinjertos no está sistematizada, ya que se requiere un donante, generalmente es de un donante múltiple de donde proceden los homoinjertos, que posteriormente son procesados para su



Quemadura de segunda superficial.



Eliminación de los tejidos desvitalizados.

almacenamiento; en nuestra unidad utilizamos la congelación para su conservación.

COBERTURA DEFINITIVA

Autoinjertos

La cobertura definitiva de las quemaduras de tercer grado de espesor total de la piel, se hará mediante injertos, los cuales tienen que proceder necesariamente del propio enfermo, lo que conocemos como autoinjertos.

El injerto se sacará de una zona sana del propio enfermo, generalmente en los muslos, o mediante dermatomo manual o eléctrico. Es conveniente que el injerto sea de escaso grosor.

Para aumentar la superficie a cubrir por un injerto, podemos pasarlo por el dermatomo de malla, pudiendo expandirlo de tres a seis veces más de su tamaño inicial.

Este tipo de injertos en mallas deben ser aplicados en la cara, las manos y otras zonas visibles del cuerpo, por su aspecto inestético.

CURAS EXTRAHOSPITALARIAS O AMBULATORIAS

Aquellas quemaduras que por su poca entidad no necesiten hospitalización, son las que inicialmente trataremos en régimen ambulatorio.

Existe gran confusión a la hora de

tratar quemaduras menores. Los problemas relacionados con quemaduras mayores, que han de ser tratados en centros especializados, se extrapolan con frecuencia erróneamente al tratamiento de quemaduras menores.

No es aconsejable el uso de quimioterápicos tópicos potentes, preparados con yodo, sulfadiazina argéntica, antibióticos generales, etc., porque se ha comprobado que retrasan la curación.

Estos productos se usarán para evitar las infecciones en quemaduras mayores.

Entre los principios básicos se encuentran: el mantener la herida (que-

madura) limpia y en un ambiente húmedo, mientras sana.

El dolor es uno de los problemas más temibles que presentan las quemaduras superficiales, que casi siempre estará incrementado por la angustia.

En general el dolor disminuye al sumergir la zona afectada en agua, o bien, si esto no es posible, cubriéndola con compresas empapadas en agua fría, pero no helada, ya que se ha comprobado que favorece la aparición de edemas.

Mientras, iremos tranquilizando al enfermo; una vez aliviado en lo posible el dolor y con el enfermo más tranquilo, procederemos a su cura.

Empezaremos con la limpieza de la zona quemada con agua y jabón, de forma suave, pero eliminando cualquier cuerpo extraño, como tierra, restos de ropa, etc. De existir vellosidades en la zona o en su proximidad, la rasuraremos; seguidamente enjuagaremos con abundante agua o suero fisiológico y secaremos la zona sin arrastrar, dando toques. Pondremos gasas vaselinadas, si queremos, alguna pomada hidrosoluble, una buena capa de gasas esponjosas y un vendaje no comprensivo y cómodo.

Si la quemadura se ha producido en un miembro superior —mano, brazo— se recomendará mantener elevado el miembro y su movilización precoz.

Si la quemadura se produce en la pierna o en el pie, se recomendará no



Aplicación de gasas vaselinadas.

caminar y mantener el miembro elevado, a fin de favorecer la circulación de retorno y no aumentar el edema.

Recordar que no debemos usar preparadas que enmascaren las quemaduras, o que sean difíciles de quitar.

TRATAMIENTO DE LAS FLICTENAS

Podemos considerar tres tipos de flictenas:

- a) Las que se encuentran rotas.
- b) Las formadas por una piel fina y que estamos seguros que al menor roce o presión del vendaje se romperán.
- c) Las que estamos seguros que no se van a romper.

Las dos primeras, a) y b), debemos eliminarlas.

Las de tipo c) las dejaremos durante algunos días, o bien hasta que aparezcan signos de infección.

Debemos conservarlas porque tanto la piel como el líquido existente en su interior van a proteger al tejido subyacente, aminorando el dolor y formando una especie de apósito biológico.

PREVENCIÓN

La mejor forma de luchar contra las quemaduras y sus secuelas es evitando que éstas se produzcan.

Esto, dicho así, parece muy fácil, pero son muy pocas las personas que conocen que el mayor número de

quemaduras no se producen en grandes catástrofes, sino en el hogar, y que el grupo humano más afectado es el de los niños, principalmente los comprendidos entre uno a tres años, pudiendo ser evitadas las quemaduras con elementales medidas de prevención.

Los lugares más peligrosos de la casa son:

- La cocina.
- El baño.
- La sala.
- Y el dormitorio.

En la cocina se produce el mayor número de quemaduras: ollas a presión, cafeteras y otros recipientes con líquidos calientes, que son volcados al manipularlos imprudentemente, caídas o baños con agua caliente o al transportarlo por la casa.

En la sala es frecuente el prenderse las ropas de camillas por los braseros o estufas.

También se producen quemaduras graves en las caídas sobre braseros o chimeneas no protegidas.

En el dormitorio se pueden prender las ropas de cama por aparatos de calefacción, así como por fumar y quedarse dormido.

MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN

- No deje que entren los niños en la cocina.

- No servirles comidas muy calientes.

- No transportar líquidos calientes por las habitaciones de la casa.

- Colocar rejillas protectoras en los braseros.

- En el baño, primero el agua fría y después la caliente.

- No deje al alcance de los niños:

- Cerillas.
- Gasolina.
- O cualquier producto inflamable.

- Cuidado con las alargaderas. Los niños se las llevan a la boca, produciendo quemaduras muy graves.

- El cristal del horno alcanza temperaturas muy altas.

BIBLIOGRAFÍA

Antonio Franco Díaz: *Manual de tratamiento de las quemaduras*, 1985.

Mirabet Ippolito: *Quemados (manual práctico)*, 1979.

Artz Moncrief: *Tratado de quemaduras*, 2ª edición, 1969.

R. E. Salisbury, N. Marville Newman y G.P. Dingeldein: *Manual de tratamiento en las quemaduras. Un planteamiento interdisciplinario*. 1986.

John A. Boswick, Jr., y Colab.: *Clínica quirúrgica de Norteamérica*. Volumen I. 1987. Quemaduras.



Fijación final con mallas elásticas.

RECIEN NACIDO DE MADRE TOXICOMANA

Autora: **D^a Paloma Pellín Bermúdez, D.E.**

Neonatología Hospital Virgen del Rocío



Alimentación y cuidados al neonato

INTRODUCCION

Una de las etiologías que inciden con mayor frecuencia en la aparición de posibles anomalías en el desarrollo intra y extrauterino del ser humano es el uso de drogas por parte de la madre. Veamos como el profesional de Enfermería puede jugar un papel importante tanto en la etapa prenatal como en la postnatal en lo que atañe a la madre toxicómana y al neonato.

La OMS define la droga como toda sustancia química introducida en un organismo vivo que altera una o varias de sus funciones, cualquier sustancia que altere el estado emocional, la percepción o la conciencia y que pue-

de ser utilizado debidamente por la medicina en usos terapéuticos o indebidamente en otras situaciones causando perjuicio al individuo y a la sociedad.

OBSERVACION

En un estudio realizado recientemente en el H.U. Virgen del Rocío sobre los nacidos vivos durante un año se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 0,41% tiene antecedentes paternos y/o maternos de drogadicción.
- Predomina el uso de heroína en el 83,6% de los casos, sobre la cocaína (9,2%) y el hachis (7,2%).

- Durante la gestación hay incidencia de infecciones en el 40,4% siendo urogenitales el 23,4%, venéreas el 12,7%, y otras en el 4,25%, encontrándose serología VIH positiva en el 2,13% del total.

- Predominio del RN con bajo peso para su edad gestacional en relación con los recién nacidos no afectados.

- Alta incidencia de sufrimiento fetal.

- Infección neonatal en el 21,28% como sepsis precoz, neumonía congénita, onfalitis, infección urinaria...

- Síndrome de abstinencia en el 42,5%.

COMENTARIOS

El recién nacido, hijo de padres drogadictos presenta alto riesgo en el período neonatal.

Podemos dividir las posibles actuaciones de enfermería en dos apartados:

1. Etapa prenatal:

A) Protocolo de control de embarazo a la gestante toxicómana:

- La existencia de un equipo multidisciplinario es premisa fundamental, ya que la responsabilidad de una toxicómana embarazada no debe ser únicamente asumida por el obstetra, psiquiatra, neonatólogo, enfermeros, asistentes sociales, de forma que sea todo un equipo de especialistas en estos problemas, los que formen las unidades especializadas en el tratamiento de este tipo de pacientes.

- Concienciación del personal sanitario para actuar sobre estos problemas:

- Individualizar el caso.
- Buena relación con el paciente para obtener su colaboración.

- El embarazo suele ser un buen momento para intentar la rehabilitación de estas pacientes pues en algunos casos encuentran una fuerte motivación.

- Como prevención primaria en

mujeres embarazadas no drogodependientes es fundamental la educación para la salud y dentro de este programa, el estudio de los factores de riesgo tanto sociales, psicológicos y familiares que inciden en el inicio de una drogodependencia, en su mantenimiento y desarrollo.

B) Protocolo general:

- Anamnesis:
 - tiempo de consumición.
 - cantidades consumidas.
 - síndromes de abstinencia padecidos.
 - uso codominante de otras drogas.
- Regocida de datos para elaborar la historia de enfermería:
 - como cubre sus necesidades vitales.
 - estilo de vida.
- Basándonos en los datos recogidos elaboraremos un listado con los diagnósticos de enfermería que obtengamos.
- Elaboraremos un programa de actuaciones que sea objetivo y eficaz,

contaremos para ello con la colaboración de la paciente.

2. *Etapa postnatal.* En embarazadas toxicómanas, se produce la transferencia de drogas de potencial adictivo desde la circulación materna a la fetal. El feto inicia entonces un proceso de adaptación a la presencia de estos tóxicos en sus tejidos. La separación abrupta de esta fuente de droga en el momento del nacimiento precipita la aparición de un auténtico síndrome de abstinencia que se manifiesta clínicamente cuando los niveles de tóxicos en los tejidos del neonato disminuyen críticamente.

La aparición del síndrome de abstinencia se puede dar desde los momentos siguientes al parto hasta las dos semanas después del nacimiento aunque la mayoría de los casos aparece dentro de las 72 primeras horas de vida. Clínicamente, es descrito como una alteración que se caracteriza por la presencia de signos y síntomas de hiperirritabilidad del SNC, disfunción gastrointestinal, distress respira-

torio y síntomas ligados a la función del SN autónomo que incluyen: estornudos, erupciones, fiebre...

En la tabla se recogen los principales signos y síntomas causados por las distintas sustancias tóxicas. El enfermero/a mediante la observación de signos y síntomas que presente el neonato así como la toma periódica de constantes vitales colaborará con la detección del síndrome de abstinencia.

El enfermero/a cubrirá las necesidades que el neonato es incapaz de cubrir por sí solo como: higiene, alimentación y en general las que se refieren al autocuidado. También actuaremos sobre el potencial de infección; lesión y asfixia que presenta el neonato. También colaborará al bienestar del recién nacido satisfaciendo la necesidad de efecto mediante caricias y estímulos táctiles. No debemos olvidar facilitar el contacto del recién nacido con la madre tan pronto como el estado de ambos lo permita.

RESUMEN

El problema de la adicción de la gestante representa un gran riesgo tanto para la madre como para el recién nacido.

El profesional de enfermería juega un papel importante en la etapa prenatal. Mediante la elaboración del proceso de atención de enfermería cubriremos las necesidades que la gestante no cubre por sí sola y como método es fundamental la educación sanitaria para mejorar la calidad de vida de la paciente.

En la etapa postnatal, de igual forma, supliremos al recién nacido en su autocuidado y detectaremos signos precoces del síndrome de abstinencia mediante la observación y la interpretación del lenguaje sin palabras que el neonato utiliza como es el llanto, sus movimientos, irritabilidad, etc... No olvidaremos facilitar el contacto madre-hijo para que el vínculo afectivo se establezca lo antes posible.

PALABRAS CLAVE

- Droga.
- Neonato.
- Síndrome de abstinencia.



El problema de la adicción a drogas también supone un grave riesgo para el recién nacido.

Síndromes de abstinencia publicados en los neonatos tras la ingestión materna de drogas

	Fiebre	Diaforesis	Taquicardia	Taquipnea	Cianosis	Llanto agudo	Alteraciones del sueño	Temblores	Hipotonía	Hipertonía	Hiperreflexia	Succión aumentada	Succión ineficaz	Irritabilidad	Agitación	Convulsiones	Congestión nasal	Estornudos / bostezo	Apetito voraz	Vómitos	Regurgitación excesiva	Diarrea	Pérdida de peso	Distensión abdominal	Aparición	Duración	
Narcóticos																											
Heroína (14,26)	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		1-144 h	7-20 días	
Metadona (3,52)	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		1-14 días	20-45 días	
Propoxigeno (20, 39,58)	X	X	X	X		X		X		X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	±		3-20 h	56 h -6días	
Pentazocina (21) más tripelenamina («T's and Blues»)			X	X		X		X	X	X	X	X		X	X	X		X		X	X	X	X				
Codeína (23,59)	X							X		X	X		X	X	X					X	X				0,5-30 h	4-17 días	
Sedantes																											
Barbitúricos (6, 10, 48)	X					±	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		0,5 h-14d	11 días-6 m	
Butalbital (34) (Florinal, Esgic)								X					X	X	X	?	X								2 días	24 días	
Cloridacepóxido (2)													X												21 días	37 días	
Diazepam (41)					X	X				X		X	X									X		X	2-6 h	10 d-6 s	
Difenhidramina (35)									X			X	X							X				X	5 días	10 días-5 s.	
Etanol (17, 28, 34, 36, 51)					X																						
Etoclorvinol (Placidyl)					X							X		X	X						X		X		24 h	9-10 días	
Glutetimida (42) más heroína	X		X			X		X		X	X		X								X			X	8 h	45 días	
Hidoxicina (Vistaril) (38) (600 mg/ día más Pb)				X		X				X		X				X	X		X	X	X				15 min	156 h	
Estimulantes																											
Metanfetamina (22, 57)								X				X						X				X			5-24 h		
Fenciclidina (27)										X	X	X			X						X		X		18-20 h	18 días-2 m	
Antidepresivos																											
Tricíclicos (11, 60)	X	X	X	X							X	X	X	X	X	X	X								5-12 h	96 h-30 d	
Antipsicóticos																											
Fenotiacinas (29)						X			X		X	X	X	X	X	X							X		21 días	>11días- 4m	

X= síntomas usualmente presente; ±= el síntoma puede estar presente, pero no siempre; Fb= fenobarbital. h= horas; d= días; s.= semana; m= meses



Cuidados intensivos al neonato

BIBLIOGRAFIA

1. Chasnoff, I.J. Recién nacido de madres polidrogadas y adictas a la metadona. *Pediátrica* (ed. española); 1982; Vol. 14 págs. 101-104.
2. Marx, C.M., Cloherty, J.P. Abstinencia de drogas. En: Cloherty, J.P., Stark, A.R. *Manual de cuidados neonatales*. Ed. Salvat, 2ª edición. 1987; págs. 21-31.
3. Recién nacido: Sufrimiento perinatal. En: *Enciclopedia práctica de enfermería*. Ed. Planeta. Barcelona. 1986; págs. 68-70.
4. Recién nacido con bajo peso. En: *Enciclopedia práctica de enfermería*. Ed. Planeta. Barcelona, 1986; págs. 71-74.
5. Drogadicción y embarazo. *Consejería de Salud y servicios sociales. Comisionado para la droga. Junta de Andalucía*. 1ª Edición. 1988; págs. 15-25.

1993

ANALIZAR PARA UNIFICAR CRITERIOS



ENFERMERIA Y COMUNIDAD EUROPEA

CONGRESO NACIONAL

Declarado de Interés Sanitario por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Diputación General de Aragón

Z A R A G O Z A
12 AL 14 DE NOVIEMBRE DE 1992

Organiza: COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA DE ZARAGOZA

Secretaría Técnica: IBERCONGRESOS, S. L.
Edificio Cesaraugusta • Coso, 100 - Planta 1.ª • Teléfono (976) 23 43 51 • Fax (976) 23 34 01 • 50001 ZARAGOZA

CURA DE LA HERIDA QUIRURGICA DE UNA AMPUTACION DE MIEMBRO INFERIOR

Autor: **D. Andrés Roldán Valenzuela, D.E.**
Cirugía Cardiovascular
Hospital Virgen del Rocío.



Muñón con drenaje de penrose.

INTRODUCCION

El presente trabajo es el primero de una serie en la cual se van a describir los procedimientos básicos en lo referente a técnicas de curas en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del hospital en el que desarrollo a diario mi labor profesional.

Los procedimientos descritos son fruto exclusivamente de experiencias personales y tienen la intención de que sean conocidos por aquellos profesionales que por un motivo u otro tengan que tomar contacto con dichas técnicas. Se trata de dar unas reglas básicas de actuación ante unas heridas quirúrgicas específicas de un servicio de cirugía cardiovascular.

En este primer procedimiento se va a describir la cura de una herida quirúrgica tras la amputación de un miembro inferior, así como la aten-

ción de Enfermería a prestar al paciente amputado.

DESCRIPCION

Conocemos por amputación la extirpación quirúrgica de un miembro irreversiblemente enfermo o lesionado.

En este trabajo nos vamos a centrar en los cuidados a prestar en el periodo postoperatorio de una herida tras la amputación de una extremidad inferior.

Podemos resumir los factores desencadenantes de una amputación en:

— Enfermedad vascular periférica avanzada (la arteriosclerosis obstructiva en fase IV asociada a la diabetes y al tabaco, son las causas más frecuentes de amputación en nuestro servicio).

- Accidentes traumáticos.
- Lesiones térmicas.

La amputación de un miembro inferior puede ser supracondílea, cuando es por encima de la rodilla, es decir, al nivel del muslo, o subrotuliana, cuando es por debajo de la rodilla, conservando esta articulación, es decir, a nivel tibio-peroneo en su tercio superior.

Previamente, al dar comienzo a la descripción de la técnica en sí de la cura de un muñón, vamos a ver cuáles son los problemas reales-potenciales que se van a ocasionar tras una amputación, los cuales deben ser resueltos por el Diplomado en Enfermería.

Problemas

- Potencial hemorragia.
- Dolor relacionado con el traumatismo.
- Infección potencial.
- Deterioro de la movilidad física.
- Alteración de la imagen física.
- Déficit de conocimientos para autocuidados.

Actividades de Enfermería

- Mantener el volumen circulatorio.
- Aliviar el dolor y tranquilizarlo.
- Promover la curación de la herida.
- Mantener el movimiento articular.
- Promover la aceptación.
- Educación sanitaria paciente/familia.

RECURSOS NECESARIOS PARA LA CURA

La cura del muñón la realizará la enfermera/o responsable de los cuidados del paciente en cuestión, ayudada por una auxiliar de Enfermería.



Primeras curas del muñón.



Carro de cura con el material necesario de cirugía vascular.

En cuanto a los materiales necesarios, éstos se encontrarán dispuestos en el carro de curas de la planta.

Como material estéril, dispondremos de gasas, compresas, guantes, campos estériles, set de curas (pinza de disección sin dientes, una con dientes, una tijera de puntas finas, una pinza de Kocher, sonda acanalada), apósitos de gel y grasos, torundas para cultivos, jeringas, hojas de bisturí, puntos de aproximación.

En cuanto a material no estéril, habrá bateas, guantes desechables, vendas orilladas, vendas elásticas, esparadrapos, vendajes tubulares, agua oxigenada, iodopovidona, apósito en aerosol, pomadas desbridativas, enzimáticas y epitelizantes.

INFORMACION AL PACIENTE

Para cubrir la necesidad de confort físico y psicológico del enfermo, le explicaremos qué maniobras vamos a practicarle y el fin que tienen.

Se le indicará si tiene dolor previo o si la cura le provoca dolor, haciéndole saber que nos lo indique en todo momento. Muchas veces la administración precoz de analgésicos es más efectiva para controlar el dolor que esperar que éste sea lo suficiente intenso para justificar los analgésicos. El dolor suele disminuir al tercero o cuarto día del posoperatorio.

Se le debe explicar la causa de la sensación y dolor del miembro fantasma, indicándole que éste puede continuar meses, incluso años después. La sensación de miembro fantasma es el sentimiento o percepción

de la presencia continua de la extremidad amputada.

Es necesario promover en el enfermo la necesidad de que procure alimentarse correctamente, fomentando la ingesta de alimentos ricos en proteínas, vitaminas, calorías y minerales.

Mientras se realiza la cura del muñón se hablará con el enfermo, fomentando así la relación enfermera-paciente; este es el momento idóneo para dar información y educación sanitaria.

Debemos señalarle técnicas de traslado, como cambios posturales en la cama o cómo trasladarse de la cama a la silla de ruedas. Igualmente se le enseñarán ejercicios de fortalecimiento muscular; con todo ello fomentaremos el sentimiento de seguridad personal.

Constituirá una prioridad de Enfermería el promover la aceptación de la pérdida de una parte corporal y aunque cada paciente vive de forma individualizada el proceso de aceptación, por ejemplo el hacerle participar en su propio autocuidado lo puede animar bastante en este período postoperatorio.

Es básico en este terreno y siempre que las circunstancias del paciente lo permitan, el proporcionar información respecto al uso futuro de una prótesis adecuada. El conocimiento de esta disponibilidad le dará un objetivo a conseguir.

EJECUCION DE LA TECNICA DE CURACION

Tras la intervención quirúrgica a la

enfermera/o se le plantea el problema de la infección potencial relacionada con la interrupción de la integridad cutánea, ante ello la actitud de Enfermería será promover la curación de la herida.

Una vez preparado todo el material en el carro de curas, nos dirigiremos a la habitación del enfermo. A éste se le debe proporcionar un ambiente lo más confortable posible. Una vez informado el paciente, éste deberá ser acostado en la cama en decúbito supino y lo más cómodamente posible.

Es necesario un lavado minucioso de manos antes de proceder a la cura. Por norma, la primera cura se realizará a las cuarenta y ocho horas de la intervención, a no ser que sea necesario realizarla antes porque observemos los apósitos quirúrgicos muy manchados.

Se procurará ser lo más aséptico posible durante la cura; en las primeras curas y hasta que el paciente eleve el muñón por sí solo se requerirá la ayuda de una auxiliar para que nos lo levante.

Una vez elevado, la enfermera se colocará unos guantes desechables y procederá a retirar los apósitos y vendajes sucios; si éstos estuviesen muy pegados se humedecerán con suero salino para evitar molestias al paciente y posibles dehiscencias no deseables.

Colocaremos un paño estéril sobre la cama, debajo del miembro amputado; a continuación, la enfermera se pondrá unos guantes estériles para iniciar la cura.

Se observará y palpará la herida



Vendaje del muñón tras la amputación.

quirúrgica para detectar posibles anomalías que puedan entorpecer el proceso de curación y cicatrización.

La valoración de la línea de incisión durante el primer cambio de apósitos proporciona datos orientativos para una comparación futura.

Podremos ver bordes enrojecidos, necrosados, edemas, presencia de seromas y exudados serosanguinolentos o purulentos. En este último caso, procederemos a tomar una muestra para cultivo por microbiología.

La liberación de la histamina provoca los signos clásicos de inflamación. La necrosis tisular provoca dolor, una sensación de calor local, drenaje y olor.

Asimismo, comprobaremos la sutura empleada (seda o metálica), para luego anotar todo en la evolución de Enfermería.

Procederemos a limpiar la zona circundante de la herida y se desechará la gasa empleada, con otra se limpiará a fondo la herida de un extremo a otro; para esto se usará el agua oxigenada primero y el suero salino después. Después, secaremos bien todas las zonas.

Seguidamente se aplicará tópicamente el antiséptico habitual, que es la iodopovidona.

Si descubriésemos zonas necróticas se emplearán en ellas pomadas desbridativas hasta que se reblandezcan y puedan ser retiradas.

A continuación se tatará toda la herida con gasas estériles y encima de ellas algunos apósitos o compre-

sas estériles de fin absorbente y protector.

Por último, procederemos a envolver el muñón, ya sea con vendaje tubular de malla (a veces contraindicado, ya que si hay edema puede comprimir demasiado localmente) o con venda orillada de gasa.

Se puede afirmar que la mejor forma de envolver un muñón es colocándole un vendaje elástico alrededor, comenzando en el tercio medio del muslo se pasa la venda por debajo del muñón, se vuelve a subir y se lleva otra vez hasta el muslo, usando a continuación un vendaje en forma de ocho o cruzado, pero nunca

circular. El vendaje se aplicará con presión uniforme. La técnica de vendaje elástico tiene su base racional de Enfermería en darle forma al muñón y prepararlo para el uso futuro de una prótesis, proporcionarle soporte al tejido blando, disminuir el edema y favorecer la comodidad.

Los vendajes se fijarán con cinta adhesiva o esparadrapo hipoalérgico. Nunca deberíamos aplicar cinta adhesiva de tela sobre la piel.

Los apósitos y vendajes deben disponerse firmemente, pero no herméticamente, ya que unos apósitos apretados pueden impedir que el flujo sanguíneo llegue a la herida que se está curando, reduciendo la disponibilidad de oxígeno y nutrientes.

Es importante que si hemos observado que el muñón está edematoso, lo procuremos dejar con cierta elevación en la cama.

La primera cura del miembro amputado resulta muy importante, en primer lugar para el propio enfermo, ya que en ella se enfrenta por primera vez a la visión de una realidad no agradable y a la que debe irse acostumbrando; en segundo lugar, esta primera manipulación del muñón por la enfermera le sirve para detectar precozmente complicaciones que requieran una actuación inmediata. A su vez la recogida puntual de todos estos datos en la evolución de Enfermería permite al cirujano conocer el resultado y la viabilidad de la intervención practicada.



Aspecto del muñón, una vez retirados drenajes y puntos.

SEGUIMIENTO Y EVALUACION

Tras la primera cura del muñón, las restantes las podremos practicar a intervalos de cuarenta y ocho horas, si es que en la revisión diaria exterior de los apósitos comprobásemos que éstos no están manchados, si por el contrario se advirtieran exudados, la cura deberá ser diaria.

Cualquier exudado se convierte rápidamente en caldo de cultivo de infecciones no deseables.

Si al descubrir la herida se sospecha la existencia de algún tipo de infección o seroma coleccionados, será necesaria su evacuación inmediata, abriendo el punto en cuestión, evacuando el contenido, tomando un cultivo si procede por el tipo de exudado, limpiando bien la zona y dejando insinuada la punta de una gasa para facilitar el drenaje.

Las dehiscencias de bordes son habituales en este tipo de heridas, debido a la isquemia local o por infecciones. Ante unos bordes dehiscentes se realizará a diario una

limpieza interior de los tejidos, retirando los esfacelos que aparezcan hasta que los tejidos sangren y haya granulación. Cuando se considere oportuno por el estado de la herida se colocarán puntos de aproximación.

Con respecto a la aparición de zonas necróticas, como ya aludí en el apartado anterior, éstas se tratarán con pomadas enzimáticas hasta que al reblandecerse puedan ser extirpadas en su totalidad, quedando tejido sangrante y vivo que tienda a cicatrizar.

El uso de pomadas o apósitos de gel o hidractivos en este tipo de heridas, según nuestra experiencia, quedaría reducido a aplicaciones sobre zonas en fase de granulación-epitelización, ante cualquier resto necrótico, esfacelos o la más mínima sospecha de infección quedarían contraindicadas.

Es frecuente descubrir en el transcurso del postoperatorio que la herida se ha infectado, la medida terapéutica más indicada es el drenaje al exterior de las secreciones

purulentas. El tratamiento de estas heridas conlleva también la administración parenteral y local del antibiótico específico para el germen causal.

Si el cirujano ha dejado un drenaje de penrose, éste deberá ser primero inmovilizado y después retirado dentro de las primeras 48-72 horas tras la intervención.

Si la evolución de la herida quirúrgica es buena, la sutura podrá retirarse a los ocho o nueve días de la intervención, habitualmente se retirará primero la mitad y al día siguiente la otra mitad alternos.

No debemos precipitarnos en la retirada de los puntos, sobre todo si hay antecedentes de isquemia y/o diabetes.

Después de retirar todos los puntos se vuelve a realizar una cura plana de la herida y se aplica apósito plástico en aerosol, que protege y seca a la vez. Ante la mínima sospecha de que los bordes pudiesen tener tendencia a separarse, deberemos colocar unos puntos de aproximación que



Pie con necrosis antes de su amputación.



Muñón vendado y protegido.

en su parte media serán anchos y no puedan cortar la piel.

Dejaremos ya el muñón al aire, si es que está completamente seco. Debemos colocarle un vendaje elástico si es que se piensa en el uso posterior de una prótesis.

Podremos decir que la herida está curada si en la incisión no aparecen signos de hinchazón, enrojecimiento, inflamación o drenaje.

Cuando ya no son necesarios los apósitos, debemos enseñar al paciente a lavarse el muñón diariamente con jabón suave y agua; a secarlo completamente y a exponerlo al aire dos veces al día durante veinte minutos como mínimo. La higiene es esencial para mantener la piel sana y preparar el miembro para una prótesis.

Asimismo, deberemos enseñarle a examinarse diariamente el muñón para detectar edemas, enrojecimientos o grietas en la piel; las complicaciones no detectadas comprometerían el programa de rehabilitación y podría ser necesaria una nueva amputación.

Hay que educar al paciente para

hacer ejercicios que le endurezcan el muñón, como por ejemplo empujarlo contra una almohada blanda, incrementando gradualmente la resistencia. Una piel frágil no resistiría la presión de llevar una prótesis.

La evaluación final de todo este proceso de atención de enfermería a un paciente amputado incluiría el establecimiento de unos criterios a demostrar en el paciente, que nos permitieran establecer el ALTA DE ENFERMERIA; estos serían:

- Signos vitales estables y ausencia de complicaciones cardiovasculares y respiratorias.

- Curación de la incisión sin signos de hinchazón, enrojecimiento o drenaje.

- Ausencia de fiebre. Dolor controlado. Ausencia de contracturas.

- Capacidad para realizar los cuidados del muñón solo o con una mínima ayuda. Conocimiento de los ejercicios prescritos para el muñón.

- Conocimiento por nuestra parte de que el paciente tendrá un soporte familiar adecuado.

- Documentarnos de que el paciente y/o familiares han comprendi-

do el proceso de la enfermedad y sus implicaciones.

PALABRAS CLAVE

Amputación, herida quirúrgica, cura, información, enseñanza, cuidados y alta de enfermería.

CONCLUSION FINAL

La amputación de un miembro es una realidad muy desagradable para cualquier persona. Al lado del paciente amputado siempre habrá una enfermera/o que en su doble vertiente de proporcionar cuidados y aplicar técnicas será capaz de cubrir todas sus necesidades.

BIBLIOGRAFIA

Procedimiento de Enfermería. La cura de un uñón en un paciente amputado. H.U. Virgen del Rocío. Autor A. Roldán, 1990.

Planes de cuidados en Enfermería Médico Quirúrgica. Nancy M. Holloway. Doyma.

GRANDES DE ENFERMERIA

SANTA ISABEL DE HUNGRIA

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



«Sólo quien cree en la inmortalidad puede crear»

Mstislav Rostropovich

En el tiempo que el espíritu errante buscando cánones, símbolos y sinopsis sucumbía listo a la abundancia, el pueblo finougrío de los

magiares en vida sedentaria desde el siglo X y sin relación de vasallaje ya en el último tercio del siglo XII, intentaba consolidar la monarquía frente a la nobleza y eludir con hábil política las sacudidas unas veces del Imperio romano-germánico y otras del Imperio bizantino, cuando se desata en Europa la pasión desenfadada por la herejía albigense, cuya doctrina surgida sin atacar al dogma, «de todo cuanto es carnal, procede del principio del mal», de rápida difusión facilitada por la inmoralidad, la sinomía y el nicolaísmo induce a los adeptos enfermos relapsos o no, a recurrir con aceptación de buen grado, al acortamiento voluntario de la vida para liberar el alma mediante el martirio directo por asfixia y saja de venas y la endura por inanición.

La fortaleza fronteriza de Presburg (Bratislava) es testigo en 1207 del nacimiento de Isabel, hija del rey de Hungría, Galitzia y Lodomeria, Andrés II «el Hierosolimitano», quien a los cuatro años de edad es enviada al castillo de Wartburg, cerca de la capital sajona Eisenach, como prometida en matrimonio con Ludovico de Turingia, después, Luis IV «el Santo» al suceder en el gobierno a los 16 años a su padre el Landgrave Hermann I. Por ello, el modo de comportamiento, las tradiciones, la erudición y los prejuicios de la fatua y frívola corte de los Staufen que durante el período educativo la despreció, al saber del amparo de ésta a famélicos y entecos. Cumplidos los 14 años se casa, verificando el pacto pasa a ser landgravina de una feudalidad desarrollada económicamente en un clima de violencia individual y desmesurado privilegio de los amos. Incorporándose a la eclosión sociosanitaria sorprendente y profusa del siglo XIII y el apoyo de su

marido, hace frente a la agobiante demanda en Turingia, fundando leproserías, hospitales urbanos y sobre todo hospicios donde asilar y enseñar a impúberes miserables, expósitos flacos, tullidos huérfanos y lisiados errantes. Diariamente visitaba algún establecimiento para velar las apetecidas rentas e inventarios y cuidar personalmente a los allí acogidos; además de cumplir las obligaciones inherentes a su título y solar, curaba y vendaba a leprosos objeto de hostilidad y de horror, aislados y víctimas del furor popular que anunciaban su presencia con matracas; aliviaba con más ilusiones que las necesarias en cualquier lecho a héticos, anginados de perro, tiñosos, opilados, recién nacidos y parturientas, sin obviar durante la carestía la organización de la distribución de víveres y enseres.

Escuchando la llamada de la Iglesia para la quinta cruzada, en 1226 el Landgrave Luis IV «el Santo» y su mesnada se une a las huestes del Emperador Federico II «el Anticristo», en la falsa partida contra el sultán Ayubí Malik al Kamil, muriendo en 1227 en Otranto cuando se disponía a embarcar por el Adriático. Acontecimiento provocador de la rápida expulsión de Isabel y sus cuatro hijos de la codiciosa corte. Viviendo de la caridad esta «princesa de la caridad», tal como era conocida en la realidad emotiva popular, continúa con su labor enfermera de una forma más significativa y filantrópica, lo que M.F. Colliere denomina «La mujer consagrada», al considerar la salud como un valor religioso, se ocupaba sumisamente y sin prebendas del cuidado de los enfermos, menesterosos, peregrinos, viejos y cautivos a cualquier hora del día.

Con su siempre frágil salud y un chamizo por cobijo fija definitivamente su residencia en la joven ciudad de Marburg en 1228, lejos de torneos, intrigas, festines y alborotos aristocráticos, la llamada por estos «la loca» al despreciar su restitución, regencia, repartir su patrimonio con los necesitados y vestir la saya paupérrima terciaria de San Francisco de Asís, su consejero, erige con los augustales que aún le quedaban un hospital, lugar de curación y de misericordia, donde no se fomentaba la ociosidad del enfermo, sino la ense-

ñanza y el trabajo de quien podía, siguiendo capacidad y fuerzas, mostrándose el amor a la persona y a su quehacer, porque cuentan las crónicas, se percibía la voz de Dios entrando por los ventanales.

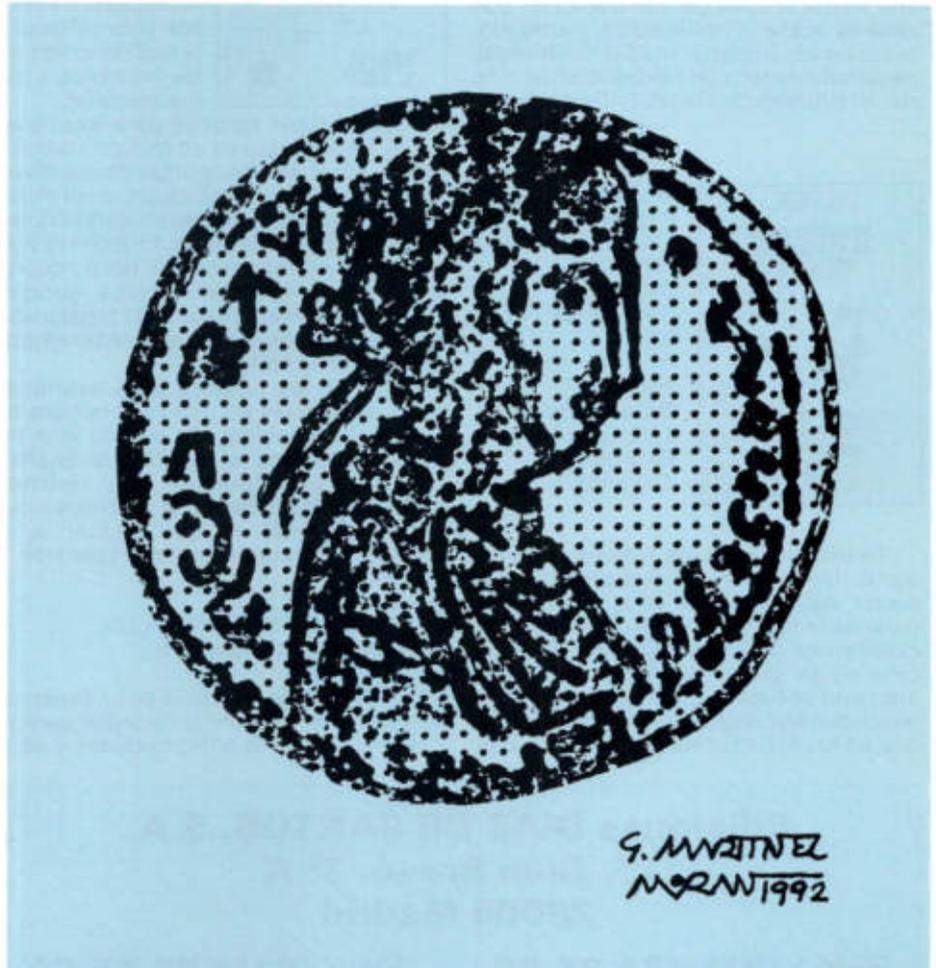
Ya completa la Bula de Oro de Hungría, en 1231 a los 24 años de edad fallece esta alentadora mujer, discreta princesa, excelente organizadora, fiel procuradora y autóctona enfermera que aparte de conocer normas hieráticas y medios naturales poseía algo insólito: conocimientos teóricos y técnicos que dieron a una enfermería vocacional sin aprendizaje reglado unos aires modernos en la aplicación de los remedios. Considerada patrona y precursora de las enfermeras visitadoras y de salud pública el decretal Papa Gregorio IX en 1235 la canonizó y su recuerdo lo concretan hasta incluso en la ficción, eclesiásticos, poetas escritores, músicos, pintores, escultores, arquitectos, urbanistas, filatélicos, empresarios y enfermeros.

«No son genios lo que ahora necesitamos sino un amplio colectivo de creativos capaces».

Jose Antonio Coderch

BIBLIOGRAFIA

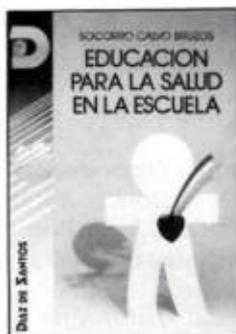
- Frank, Charles Marie y Elizondo, Teresa: *Desarrollo Histórico de la Enfermería*. México, D.F., La Prensa Médica Mexicana, S.A., 1981, 114-115.
- Donahue, M. Patricia: *Historia de la Enfermería*. Barcelona, Ediciones Doyma, 1988, 163-165.
- Von Wernitz, Andrés: *Dinastías Europeas, historia, genealogía y estado actual desde el siglo V*. Madrid, Editorial Bitacora, S.A., 1990.
- Sánchez, Manuel: *La consolidación de los estados de la Europa oriental*. Historia Universal. Barcelona, Salvat Editores, S.A., 1980, IV: 142-143.
- García Martín-Caro, Catalina: *El desarrollo de la atención de Enfermería a través de la Historia*. Madrid, 1988, 2.



Augustal de oro de Federico II.

G. MARTINEZ
MORAN 1992

Novedades bibliográficas



EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ESCUELA
Socorro Calvo Bruzos

Esta obra es el resultado del trabajo de un grupo de profesionales que han puesto sus conocimientos y experiencias al servicio de docen-

tes y personas interesadas que puedan contribuir a la Educación para la Salud en el medio escolar.

Con este texto se pretende incorporar la Educación para la Salud en el medio escolar ofreciendo respuestas concretas, rápidas y eficaces a los problemas que, en temas de salud, se plantean en los distintos niveles de enseñanza. Por supuesto en la mayoría de los capítulos se recogen aspectos generales que no son aplicables exclusivamente a niños y adolescentes.

Los siete capítulos en que se ha estructurado la obra pueden leerse de una forma independiente, aunque la idea fue la de complementarios para ofrecer una visión amplia de las relaciones que existen entre alimentación, nutrición, sexualidad, higiene medio ambiental, personal o desarrollo psicosocial del niño con el proceso de Salud-Enfermedad.

te-beneficio y coste-utilidad, los cuales deben ser utilizados por aquellos que deseen emprender tales estudios o valorar críticamente sus resultados. Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud aporta al lector un juego bien equipado de herramientas metodológicas que le permitirán afrontar de forma más adecuada todos los aspectos de la metodología de la evaluación económica. Para lograr este objetivo, se incluyen exposiciones de numerosos casos prácticos, ilustraciones claras y diversos ejercicios sencillos.

Los autores del libro son reputados profesores e investigadores del campo de la economía sanitaria y en el texto exponen sus experiencias, realizadas conjuntamente con médicos, administradores, planificadores y legisladores sanitarios.



MARIHUANA, TABACO, ALCOHOL Y REPRODUCCION
Ernest L. Abel

Este libro trata de los efectos de tres sustancias -marihuana, tabaco y alcohol- sobre el sexo y la reproducción de los humanos y de los animales.

Hay muchas razones para examinar las tres sustancias en un mismo libro. En primer lugar, son los agentes psicoactivos más ampliamente utilizados en el mundo. Apenas hay un lugar en donde no se emplee alguno de ellos. El alcohol y la marihuana también se han usado desde los inicios de la historia escrita. Aunque las referencias al consumo de tabaco son menos antiguas, su uso se puede remontar a muchos siglos.

Otra de las razones para examinar estas sustancias en una misma obra es que se ha considerado a cada una de ellas afrodisíaca a la vez que anafo-disíaca. Evidentemente, hay muchas opiniones infundadas y discrepancias sobre el modo en que afectan a la fisiología y comportamiento sexuales.

EDUCACION SANITARIA
Luis Salleras Sanmartí

La educación sanitaria es en la actualidad un instrumento primordial para la prevención de las enfermedades y para



su curación, igual que lo fue en el pasado durante la época bacteriológica de la salud pública, hoy en día esta técnica se ha hecho imprescindible para el fomento de la salud de la población y el logro de niveles óptimos de «salud positiva». Aun en ausencia de enfer-

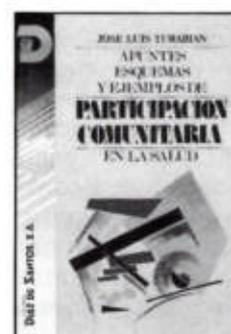
medad, el logro de buenos niveles de salud positiva, depende, en gran parte, de las conductas que adopten los individuos, grupos y colectividades en relación con la alimentación y nutrición, la actividad física, la evitación del estrés, el sueño y el reposo y la utilización razonable del ocio. De ahí, la importancia de la educación sanitaria para conseguir que estas conductas sean, siempre que sea posible, positivas.

En su concepto actual, la Salud Pública comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas a la promoción (fomento y protección) y restauración de la salud de los individuos, grupos y colectividades. Se trata de los esfuerzos organizados de la comunidad para incrementar y defender la salud de sus habitantes, y para restaurarla cuando se ha perdido. La educación sanitaria es una acción fundamental para la consecución de estos objetivos.



MÉTODOS PARA LA EVALUACION ECONOMICA DE LOS PROGRAMAS DE ATENCION DE LA SALUD
Michael F. Drummond, Greg L. Stoddart y George W. Torrance

Debido al creciente interés que despierta la relación calidad-precio en el sector de la sanidad, cada vez es más extensa la literatura sobre la evaluación económica de los programas de atención de la salud. Sin embargo, hasta ahora no se habían publicado textos que describieran en detalle los métodos usados en los estudios de rentabilidad, cos-



APUNTES, ESQUEMAS Y EJEMPLOS DE PARTICIPACION COMUNITARIA EN LA SALUD
José Luis Turabian

La Promoción y la Participación Comunitaria en la Salud han irrumpido como fuerzas poderosas de cambio en los individuos, grupos, barrios y comunidades. El principio básico es muy simple: la participación de la gente en el logro de su salud y en la planificación de sus servicios sanitarios mejora los resultados. Sin embargo, la Participación Comunitaria suele verse en una lejana zona fronteriza de la atención primaria y es víctima de diversas confusiones.

Este libro, partiendo de la realidad múltiple, diversa y asimétrica, pretende mostrar una perspectiva del concepto de Participación Comunitaria, en su teoría y en su práctica, desde la atención primaria.

Sin embargo, no contiene todas las soluciones, porque éstas están en poder del lector. «El maestro aparece solamente cuando el estudiante está preparado».

Ediciones DIAZ DE SANTOS, S.A.
c/. Juan Bravo, 3º A
28006 Madrid

Tel.: (91) 431 24 82

Fax: (91) 575 55 63



- Es un Citroën ZX. Lo sé. -



Citroën ZX. Coche del Año en España 1992.



El Citroën ZX, un automóvil líder en prestaciones y fiabilidad, de robustez demostrada y con una línea moderna y elegante ha sido elegido Coche del Año en España 1992 por los especialistas de la prensa española.

Y quiere celebrarlo con una oferta muy especial: cuatro versiones y un solo precio 1.580.000 ptas.

CITROËN ZX AVANTAGE 1.6i.

Si busca nervio y potencia le ofrecemos un motor de inyección de 89 CV con una capacidad de aceleración de 0 a 100 Km/h en 11,8 segundos.

Precio: 1.580.000 ptas.

CITROËN ZX REFLEX 1.4. ¿Quiere aire acondicionado? El Citroën ZX Reflex incluye, en este

mes, el aire acondicionado gratis o una oferta equivalente, junto con otros muchos detalles de equipamiento a su medida. Precio: 1.580.000 ptas.

CITROËN ZX REFLEX 1.9 DIESEL

¿Busca prestaciones y seguridad en un Diesel? El Citroën ZX Reflex 1.9 Diesel es capaz de alcanzar 167 Km/h y una aceleración de 0 a 100 Km/h en 13,7 segundos.

Precio: 1.580.000 ptas.

CITROËN ZX AURA 1.4. Si prefiere un acabado de lujo le ofrecemos: tapicería de terciopelo, elevalunas eléctrico, cierre centralizado, volante regulable en altura, banqueta trasera deslizable.

Precio: 1.580.000 ptas.

Citroën ZX. "Coche del Año en España 1992".

Gama Citroën ZX desde 1.416.000 ptas.



**VDA. DE
MARIANO TERRY, S.A.**

POLIGONO CTRA. AMARILLA, 172
TELF. 451 45 11 41007 SEVILLA



NUEVO CITROËN ZX. COCHE DEL AÑO EN ESPAÑA 1992

Precio máximo recomendado. Incluye IVA, transporte y oferta promocional.
Válido hasta fin de mes para vehículos en stock. No acumulable a otras ofertas promocionales.

8º CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA "CIUDAD DE SEVILLA"

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA DE SEVILLA



PREMIOS

PRIMERO: 600.000 PESETAS

SEGUNDO: 300.000 PESETAS

TERCERO: 200.000 PESETAS

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

BASES

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



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERIA
DE SEVILLA

Premios 1991:

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



BANCO DEL COMERCIO