

Nº 22 • OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE 1992



HYGIA

- CUIDADOS DEL CATETER DE DIALISIS PERITONEAL
- HISTORIA DE LA PRENSA DE ENFERMERIA EN SEVILLA
- CUIDADOS DE LAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES

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.

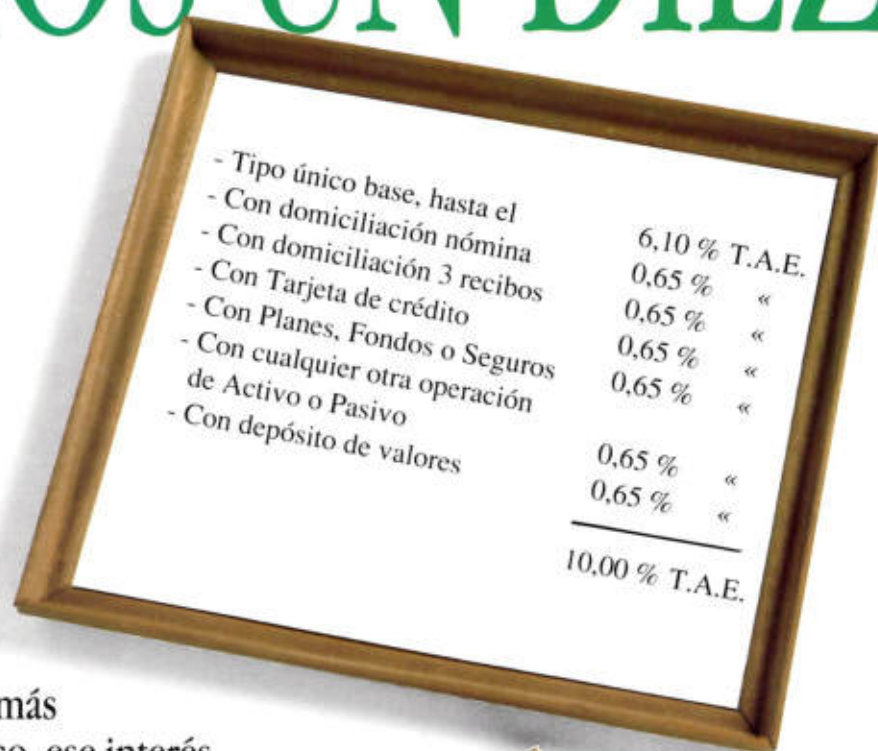
Así Vd. puede ganar un elevado interés con el mínimo saldo.

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 %

Salos medios mensuales inferiores a 200.000 ptas. sin remunerar.



R.B.E. n.º 436/91

Llámenos gratuitamente al 900 125 125



BANCO DEL COMERCIO

Para una clase de vida.

EDITORIAL

PUES SÍ: FUE POSIBLE

A los agoreros, a los pesimistas, a quienes critican y escasamente construyen, hemos de decir todo lo claro y rotundo que sea menester: *Sí, fue posible, no era un sueño y basta con acercarse a Infanta Luisa de Orleans, número 10, para comprobarlo.*

Está claro a lo que nos referimos: la Universidad estatal, el orbe universitario de tanto crisol y trascendencia como la Complutense, acabó « viniendo » al Colegio de Enfermería de Sevilla y desde hace dos meses, las aulas de nuestra institución se están llenando de alumnos y profesorado que busca con ahínco profundizar en algo que a muchos le pudo parecer ilusorio: el « Curso de Experto Universitario » que está ahí, para que nadie nos acuse de programar sobre arena de la playa.

Y conviene recordar, al hilo de lo mismo, que venimos de donde venimos y queremos ir hacia donde todos aspiramos. Más claro: cuando hace unos años — diez, quince — se nos hablaba de formación postgrado, a más de uno le a floraba una sonrisa entre labios como indicando que nuestra carrera estaba condenada al estancamiento y mucho menos se vislumbraba que alguien, léase Universidad, iba a poner su sello de calidad sobre nuestros profesionales y sus currículos.

Pues bien: el trabajo de mucha gente lo hizo finalmente posible y no admite discusión. ¿ Quién ha salido ganando: los que creyeron en la insistente firmeza de los Colegios, aglutinados en su Consejo General de Enfermería Español, o quienes sólo veían pesimismo de que nuestra profesión había tocado techo y todo se había alcanzado? Huelga la respuesta.

Pero es que, además, no es tiempo de revanchismo de ningún tipo, más bien de todo lo contrario. Es hora de celebrar, como merece y significa, la consecuencia de un nuevo peldaño formativo y, a su vez, de imaginar que el futuro no está escrito sino todo lo contrario. Y en esto sí que vamos a ser beligerantes.

Beligerantes para decir a toda la Profesión — a toda — que si algo distingue a los Colegios Oficiales es su dinamismo, su capacidad de conectar con lo que demanda la mayoría de la Profesión. En esa línea estuvo, está y estará el Colegio de Enfermería de Sevilla sabedor de que detrás hay unos colegiados que saben valorar lo que supone de esfuerzo para reciclar más y mejor el colectivo lejos de demagogias y promesas inalcanzables. Aquí no cabe más que aguardar y comprobar resultados. La actual Enfermería española, en donde Sevilla detenta una posición destacada, hace tiempo que dejó muy claro su camino. Frente a la incomprensión de Administraciones varias — estatal y autonómicas — por desarrollar lo que hace tiempo está promulgado, la propia Enfermería decidió buscar sus propios caminos de perfección es el actual « Curso de Experto » y perfección será todo aquello que la organización colegial y Universidad decidan implantar por el bien de dos partes claves en la Sanidad profesional: Enfermería y los pacientes que vayan a recibir una mayor prestación en los cuidados pertinentes.



HYGIA

EDITA:

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

DIRECTOR:

José M^a Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

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

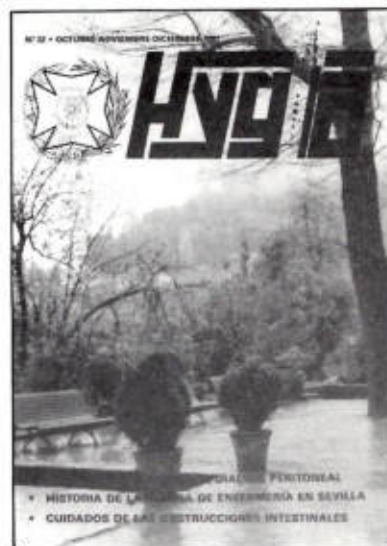
FOTOTEC, S.L. (Sevilla)

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

Sumario

OCTUBRE
NOVIEMBRE
DICIEMBRE **22**

— EDITORIAL	3
— SUMARIO	4
— LA MALNUTRICION POSIBLE GENERADORA DE ENFERMEDADES	5
— CUIDADOS DE LAS OSTRUCCIONES INTESTINALES	8
— CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE QUIRURGICO CON DEFICIT DE COMUNICACION. CASO REAL	11
— CUIDADOS DEL CATETER DIALISIS PERITONEAL	14
— HISTORIA DE LA PRENSA DE ENFERMERIA EN SEVILLA	19
— CONCURSO FOTOGRAFICO Nº. 21	24
— DINAMICA DE GRUPO – HTA VERSUS CONSULTA DE ENFERMERIA NORMAL	26
— PREMIO NOBEL	33
— NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS	34



Autor: *Ramón Reina González*
Título: «Llueve en el Generalife»

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

LA MALNUTRICION POSIBLE GENERADORA DE ENFERMEDADES

Autor: **D. José Ramón Toro López, D.U.E.**
Servicio de Hematología y Hemoterapia
Hospital Universitario Virgen Macarena

Tras años de investigación y estudios he llegado a la conclusión de que gran parte de las enfermedades que hoy día conocemos: alergias, colesterol, dermatitis, artritis, hipertensión, obesidad, etc..., son consecuencia de una mala nutrición así como de una mala absorción y eliminación por parte de nuestro organismo de los distintos nutrientes y, muy especialmente, de las proteínas:

—¿Por qué?

—Por un lado, nuestro organismo posee tres vías de eliminación de toxinas: intestinos, riñones y piel.

—Por otra parte, existe un órgano fundamental para el «equilibrio metabólico interno»: el hígado.

Cuando el organismo se encuentra enfermo, trata de eliminar las toxinas que genera la enfermedad, por las vías anteriormente mencionadas, utilizando generalmente en primer lugar la vía intestinal, luego la renal y en último lugar la vía intestinal, luego la renal y en último lugar la piel; es decir, que cuando aparecen lesiones en este último nivel podemos asegurar que el grado de «intoxicación metabólica interna» es bastante elevado; por lo tanto, lo primero que tenemos que hacer es favorecer las dos primeras vías de eliminación (intestinal y renal).

Otros factores a tener en cuenta y tan importante como los anteriores es el hígado, ese gran laboratorio interno sin el cual no puede existir la vida. Este órgano consume para su funcionamiento una vitamina muy concreta: la vitamina E.

Esta vitamina perteneciente al grupo de las hidrosolubles es anti-Beri Beri y contiene átomos de nitrógeno a diferencia de las otras vitaminas. Incluye numerosos subgrupos, que esencialmente podemos resumir en:

- Vitaminas neurotrópicas B₁ y B₆.
- Vitaminas anabolizantes B₂ y B₆.

• Vitaminas que garantizan el catabolismo del alcohol B₃ y B₄.

• Vitaminas antianémicas B₉ y B₁₂.

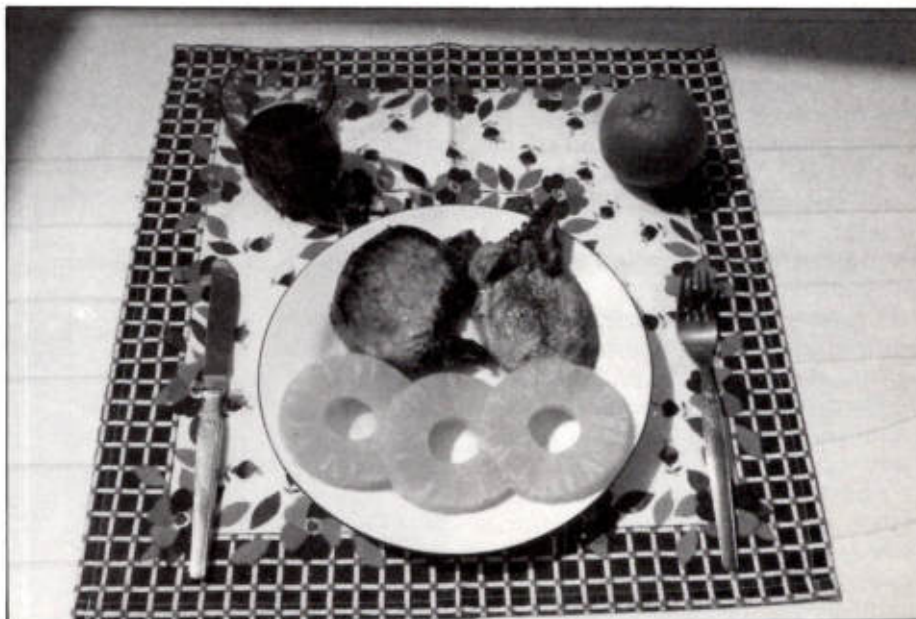
Esta vitamina, actúa de forma muy especial a nivel hepático y sobre el sistema nervioso central; por tanto, un desequilibrio entre la ingesta de esta vitamina y su consumo, daría lugar a una serie de alteraciones que afectarían al hígado, ya que éste tendría un déficit de ese, digamos «combustible», que al intentar buscar dicha vitamina provoca una disminución a nivel general con una sintomatología de orden neuronal: aparición de canas, caída del cabello, depresiones, alteraciones de la personalidad, e incluso en algunas ocasiones extremas una hipersensibilidad al calor. Es evidente entonces que existe una rotura de ese equilibrio interno de nuestro organismo, y que por lo tanto tenemos que restablecerlo.

Para lograr el total restablecimiento de nuestro organismo debemos seguir una serie de recomendaciones que expongo a continuación:

• En primer lugar, tenemos que remineralizar nuestro organismo y evitar alimentos que puedan hacer que el hígado trabaje en exceso con un rendimiento mínimo.

Evitemos por consiguiente productos que generen este excesivo trabajo hepático, como: la sal común (sólo posee cloruro sódico) y la sustituiremos por sal marina sin refinar rica en: cloruro sódico, cloruro de magnesio, cloruro potásico y oligoelementos, componentes que se encuentran formando la misma cadena de enlace químico que en el interior de nuestro organismo. Evitemos el vinagre de vino por producir también una reducción de vitamina B y lo sustituiremos por vinagre de manzana o de sidra, de igual sabor el primero y algo más suave el segundo, que a cambio no genera esta reducción.

Usaremos aceite de oliva, que al ser un producto prensado en frío y no refinado, tampoco impide la absorción de vitamina B.



Es importante la elección de una dieta equilibrada.



Alimentos frescos y bien conservados.

- No tomaremos agua ni inmediatamente antes, ni durante, ni después de las comidas (unos 15 minutos aproximadamente, antes y después). Sabemos que cuando vemos un alimento, nuestro organismo segrega la suficiente cantidad de jugo gástrico como para disolver la cantidad de alimento que tenemos delante; si tomamos agua mientras comemos se produce una hemodilución de los jugos gástricos, y por lo tanto los distintos nutrientes no pueden ser ni absorbidos ni por lo tanto aprovechados, llegando a producir una mala absorción de los mismos y por lo tanto una acumulación de toxinas en nuestro organismo.

- Comeremos siempre de primer plato una ensalada que contenga al menos: pimiento verde, tomate, cebolla y zanahoria (esta última sin pelar ni rayar). De esta forma por una parte aportamos al organismo: minerales, alcalinizamos el medio, y aportamos al organismo un complejo vitamínico completo.

- Sustituiremos el azúcar blanca por morena o preferentemente miel, ya que al tratarse de productos refinados producen una reducción de la vitamina B a nivel hepático principalmente.

- Entre comida y comida espaciamos un mínimo de cuatro horas (desayuno, almuerzo, merienda y cena). Este tiempo es el que normalmente tarda el organismo en asimilar los alimentos ingeridos; si no espera-

mos este tiempo, el organismo no tiene tiempo suficiente para disolver los distintos nutrientes, llegando a acumular unos con otros y por lo tanto no siendo absorbidos, llegando a generar con el tiempo enfermedades y la tan temida obesidad.

- No comer pan con ninguna comida, especialmente con las proteínas completas. El motivo es que el pan cuando lo comemos junto con proteínas como es lo habitual, produce una reducción de la acidez del estómago; algo esencial para poder asimilar dichas proteínas, necesidades de provocar todo lo contrario,

esto es provocar una reacción de mayor acidez para que puedan ser totalmente disueltas y absorbidas.

En estos casos, parece ser que se produce una reacción inflamatoria en el organismo, que como consecuencia de producirse repetidas veces, termina lesionando alguna zona u órgano de nuestro organismo, degenerando esto a su vez en enfermedades que dependiendo de las características de cada persona se manifiestan tarde o temprano de distintas formas: miopía, faringitis, alergias, meterismo, estreñimiento, catarros de repetición (frecuente en niños), colesterol, triglicéridos, artrosis, artritis, etc...

Como es de suponer, las cantidades de alimentos ingeridos mediante este sistema son ilimitadas, es decir, no engordándose y mejorando en un gran porcentaje la salud por mucho que se coma.

–**GRIPE:** enfermedad muy común en nuestra sociedad; recomendé, las normas antes citadas juntos con tres tipos de alimentos.

Desayuno: yogur junto o mezclado con naranjas.

Almuerzo: chuleta de cerdo con verduras y/o naranjas.

Cena: huevos duros con naranjas.

A las 48 horas, la enfermedad remite casi en su totalidad, máximo 3 ó 4 días.

–**METEORISMO:** con sólo aplicar las recomendaciones anteriores, en un plazo de quince o veinte días, han





mejorado notablemente o prácticamente se han eliminado.

—SENSACION DE HINCHAZON: es decir retención de líquido; en siete u ocho días aproximadamente desaparece.

—Paciente de 27 años, diagnosticado según cuenta él: colon irritable; se aplica la recomendación anteriormente expuesta junto con unos alimentos adecuados a sus características, pasado un mes han desaparecido todos los síntomas y se encuentra perfectamente.

—Paciente de 40 años que presenta malestar general y molestias abdominales entre otros síntomas; se le efectúa un estudio bioquímico completo junto con una hematología y un estudio de coagulación; los resultados más significativos fueron los siguientes:

GPT 14,6

CK 97

TPT 15,7 (N= 13±1)

Antígeno de superficie: Positiva

Se le recomienda la misma pauta que en el caso anterior y en las mismas condiciones. Pasado un mes los resultados son los siguientes:

GPT 9,1

CK 74

TPT 12 (N= 13±1)

Antígeno de superficie: negativa

Nota: En ninguno de estos compuestos nutricionales se establece un

número de calorías determinadas; es decir, la cantidad de nutrientes es ilimitada; lo que a pesar de todo, no provoca un aumento de peso en el paciente, sino que en la mayoría de los casos se produce lo contrario.



CUIDADOS DE LAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES

Autores: **D. Joaquín Zapata Delmas, D.E.**
Hospital Universitario Virgen Macarena.
Servicio de Neonatología.
D^a Paloma Pellín Bermúdez, D.E.
Hospital Virgen del Rocío.
Servicio de Neonatología.

INTRODUCCION

OBSTRUCCION INTESTINAL

La obstrucción de los intestinos ocurre cuando el tránsito de su contenido se ve impedido mecánicamente por la contricción o la oclusión de su luz, o cuando hay interferencia en la contracción muscular normal.

En los recién nacidos no es rara la obstrucción intestinal en cualquier parte del tracto gastrointestinal desde la primera porción del duodeno hasta el ano. En realidad se presenta con extraordinaria frecuencia la obstrucción intestinal, incluso durante la vida intrauterina.

En nuestro hospital nacieron durante el año 1991, 3.834 niños de los cuales 7 fueron diagnosticados de obstrucción intestinal, concretamente tuvimos:

- 1 Hernia diafragmática
- 1 Laparoscisis
- 1 Atresia ileal
- 1 Atresia múltiple yeyuno-ileal
- 1 Páncreas anular
- 1 Malrotación intestinal con vólvulo
- 1 Atresia de ano.

CLASIFICACION

Causa de la O.I. en el recién nacido Santulli:

MECANICAS

A) CONGENITAS

A.1. Intrínsecas:

- Atresia y estenosis.
- Ileo por el meconio.
- Estenosis hipertrófica de píloro o duodeno.
- Quiste dentro de la luz intestinal.

- Imperforación del ano.
- Rotura del intestino.

A.2. Extrínsecas:

- Rotación anómala con vólvulo del intestino delgado o sin vólvulo del mismo.
- Vólvulo sin rotación anómala.
- Bidas peritoneales congénitas con rotación anómala o sin ella.
- Hernias encarceradas.
- Páncreas anular.
- Duplicaciones del estómago o del intestino.
- Vena porta preduodenal y otras trayectorias anómalas.

B) ADQUIRIDAS

- Invaginación.
- Adherencias peritoneales.
- Trombosis meséntericas.
- Meconio y tapones de moco.
- Ileo parálítico por infección enteral.

FUNCIONALES

- A) Por inervación deficiente (enfermedad de HIRSCHPRUNG).
- B) Inexplicadas.

MANIFESTACIONES CLINICAS

En forma clásica, la obstrucción intestinal aguda se caracteriza por cólico abdominal, náuseas y vómito, dilatación abdominal y estreñimiento. LA DILATACION ABDOMINAL es resultado de la acumulación de gases y líquidos por encima del nivel de la obstrucción. Al continuar acumulándose estas secreciones, los intestinos se irritan excesivamente y se produce un estímulo del centro del VÓMITO en el bulbo raquídeo con lo que el organismo intenta deshacerse de las sustancias irritantes, sea con NAUSEAS o sin ellas. Es frecuente que el vómito sea el signo inicial de una obstrucción alta y un signo tardío de las obstrucciones bajas. A la in-



Ano imperforado en R.N.

versa, el ESTREÑIMIENTO y la OBSTIPACION son signos iniciales de la obstrucción baja y tardíos en la de la alta.

Si la obstrucción es distal al estómago, el reflujo del intestino delgado puede causar que las secreciones intestinales fluyan hacia el estómago, desde el cual se vomitan junto con el contenido estomacal.

El abdomen suele presentar rigidez acartonada con sensibilidad anormal, de moderada a intensa según avanza la dilatación. Disminuyen y más tarde se interrumpen los RUIDOS INTESTINALES. Aparece DIFICULTAD RESPIRATORIA cuando el diafragma es empujado hacia la cavidad pleural. Por último, al pasar las proteínas del torrente sanguíneo hacia la luz intestinal, disminuye el volumen plasmático y es factible que se produzca CHOQUE.

ACTUACION DE ENFERMERIA AL NEONATO SOMETIDO A INTERVENCIONES DE OBSTRUCCION INTESTINAL

Mediante la revisión de las historias de enfermería realizadas en nuestra Unidad durante el último año hemos elaborado un listado de los principales diagnósticos de enfermería sobre los cuales hemos basado nuestra actuación:

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA COMUNES A TODO NEONATO

- Incompetencia en el autocuidado general.
- Potencial de lesión, asfixia e infección.

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS

1º. ALTERACION DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL RELACIONADA CON EL CATETER DE SUEROTERAPIA.

Este diagnóstico lo encontramos en los siete casos estudiados.

2º. POTENCIAL DE INFECCION RELACIONADO CON:

- Catéter de sueroterapia (7 casos).
- S.N.G de aspiración continua (5 casos).

— Tubo endotraqueal (4 casos).
3º. POTENCIAL DE ALTERACION DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL RELACIONADA CON:

- Fijación de S.N.G. (5 casos).
- Fijación de T.E. (4 casos).
- Fijación de catéter de sueroterapia (7 casos).
- Fijación de electrodos (7 casos).

OBJETIVOS Y CUIDADOS PREOPERATORIOS GENERALES

A) PREPARAR AL NIÑO Y SUS PADRES PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA Y LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS PLANTEADOS

- Actividades:
- Verificar la autorización paterna.
 - Recoger las muestras necesarias de orina y sangre.

— Preparar al niño para procedimientos preoperatorios:

- Introducción de S.N.G.
- Administración de líquidos por vía intravenosa.
- Restricción total a la ingesta de alimentos.

B) OBSERVAR EN BUSCA DE SIGNOS DE COMPLICACIONES

- Actividades:
- Vigilar constantes vitales (pulso, respiración, temperatura y presión arterial).

C) PREVENIR LA DILATACION ABDOMINAL Y OBSERVAR SI SE PRODUCE SU APARACION.

- Actividades:
- Mantener la permeabilidad de la S.N.G., si hubiera sido colocada, realizando lavados con Sol. Glucosada al 5% cada 3 horas.

— Verificar la correcta colocación de la sonda.

— Medir la circunferencia abdominal en su máxima anchura.

D) PREVENIR LA DESHIDRATACION.

- Actividades:
- Elaborar balance exacto de ingesta y pérdidas.
 - Medir Tª cada 3 horas.

E) EVITAR LA INFECCION DEL CATETER DE SUEROTERAPIA

- Actividades:
- Limpiar con Sol. Fisiológica y povidona yodada cada 8 horas.

F) EVITAR LA INFECCION DEL ARBOL CIRCULATORIO EN CASO DE T.E.

Actividades:

— Aspiración de secreciones cada 3 horas para evitar tapón mucoso con estrictas medidas de asepsia.

G) EVITAR LA INFECCION DEL TRACTO DIGESTIVO UTILIZANDO GUANTES ESTERILES AL INTRODUCIR LA S.N.G.

H) EVITAR LA ALTERACION EN LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

Actividades:

— Cambiar la S.N.G. cada 48 horas alternando el orificio nasal de entrada de la misma y de zona de fijación.

— Cambiar el esparadrapo de fijación del T.E. cada 48 horas.

— Cambiar cada 48 horas los electrodos y masajear con crema hidratante la zona donde han estado colocados.

DIAGNOSTICO DEL POSTOPERATORIO INMEDIATO

1º Alteración de la integridad de la piel relacionada con:

— Catéter de sueroterapia (7 casos).

— Herida operatoria (7 casos).

2º Potencial de infección relacionado con:

— Catéter de sueroterapia (7 casos).

— Herida operatoria (7 casos).

— S.N.G. de alimentación (7 casos).

— Tubo endotraqueal (4 casos).

3º Potencial alteración de la integridad de la piel relacionada con:

— Fijación de catéter para sueroterapia (7 casos).

— Fijación del S.N.G. de alimentación (7 casos).

— Fijación del tubo endotraqueal (4 casos).

— Fijación electrodos (7 casos).

— Residuos excretados por colostomía (1 caso).

A medida que el niño va evolucionando irán cambiando los diagnósticos postoperatorios hasta llegar a los diagnósticos comunes a todo neonato.

OBJETIVOS Y CUIDADOS POSTOPERATORIOS GENERALES

Los cuidados que requieren de la



Gastrosquisis en R.N.

colocación de S.N.G., catéter de sueroterapia y T.E. ya los hemos descrito anteriormente.

A) PREVENIR INFECCIONES Y MACERACION DE LA PIEL.

Actividades:

—Cambiar apósitos (abdominales, perineales o ambos); si está indicado y cuando aparezcan manchados.

—Limpiar con S.F. y povidona yodada la herida operatoria cada 8 horas. (En caso de colostomía lavaremos sólo con S.F.).

—Colocar los pañales de forma que no cubran los apósitos abdominales para evitar contaminación.

—Usar técnicas apropiadas para el lavado de manos, en especial si hay drenaje de heridas.

—Administrar los antibióticos que estén prescritos.

B) EVITAR POSIBLES COMPLICACIONES.

Actividades:

—Identificar los signos iniciales de complicaciones:

- Choque.

- Dilatación abdominal.

- Infección de heridas.

- Otras infecciones.

• Informar al médico si no se ha producido deposiciones en las 8-12 horas posteriores a la intervención quirúrgica.

• Observar y registrar la primera deposición.

C) CONSEGUIR UNA CORRECTA ATENCIÓN AL NEONATO TRAS EL ALTA.

Actividades:

—Si se requiere el cambio de apósitos en el hogar, instruir a los padres sobre las técnicas de asepsia, proporcionándoles un listado del equipo y las instrucciones necesarias.

—Instruir a los padres sobre la administración de la medicación necesaria y de los cuidados en el manejo de procedimientos especiales, como por ejemplo los cuidados de enterostomías o la irrigación.

—Derivar al paciente a su enfermera de zona en caso necesario.

BIBLIOGRAFIA

Whaley, J. y Wong, D.L.: *Tratado de enfermería pediátrica*. 2ª edición. México, 1985. Interamericana-McGraw-Hill. Pág. 564 a 573.

Schaffer, A.J.: *Enfermedades del recién nacido*. 2ª edición. Barcelona, 1968. Salvat Ediciones. Pág. 343 a 383.

Carpenito, L.J.: *Diagnósticos de enfermería. Aplicación a la práctica clínica*. México, Editorial Interamericana-McGraw-Hill.

Erle, E. y Peacock, Jr.: «Cicatrización y cuidados de las heridas». En: Kinney, J.H. et Al.: *Tratamiento pre y postoperatorio*. 2ª edición, México, 1973. Interamericana-McGraw-Hill. Pág. 3 a 18.

Rupert, B. y Turnbull, Jr.: «Cuidados de las estomías o bocas intestinales». En: Kinney, J.H. et Al.: *Tratamiento pre y postoperatorio*. 2ª edición, México, 1973. Interamericana-McGraw-Hill. Pág. 399 a 417.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTE QUIRURGICO CON DEFICIT DE COMUNICACION. CASO REAL

Autores: **D^a. Aurora Navarro Romero, D.E.**
D. Juan José Gálvez Benítez, D.E.
Rosa M^a Gil Calderón, D.E.

INTRODUCCION

Nuestra comunicación pretende demostrar la importancia que tienen para el usuario los días precedentes a su intervención quirúrgica y los siguientes a la misma, períodos en los que enfermería va a ser valuarte importante para ofrecer ayuda personal e individualizada a estos pacientes.

Mostramos el caso real de una paciente que ingresa en la Unidad de Cirugía Cardiovascular para ser intervenida de coartación aórtica y que presenta importante hipoacusia bilateral y lenguaje descoordinado.

Esther ingresa la tarde del 4 de Marzo acompañada por su familia. Tremendamente asustada se aferra al brazo de su madre y observa con desconfianza al personal de turno que la recibe.

La mañana siguiente su enfermera realiza la Historia de Enfermería entrevistándose con la paciente y su madre.

1. VALORACION DE ENFERMERIA

a) Datos más significativos recogidos mediante entrevista:

Esther tiene 19 años, es soltera y posee el título de graduado escolar; actualmente está pendiente de trabajar en la O.N.C.E. cuando se restablezca completamente. Vive con sus padres y dos hermanos.

Tiene antecedentes de cardiopatía congénita y presenta sordera de percepción bilateral secundaria a fetopatía rubeólica.

Es alérgica a la mercromina y atropina.

Entre sus hábitos podemos destacar:

— Dieta pobre en sal repartida en cuatro comidas al día. No le gustan



Enfermería es valuarte importante para ofrecer ayuda personal e individualizada a estos pacientes.

los macarrones. Su bebida preferida es el agua y la Coca-cola.

— La eliminación urinaria oscila entre 1.800 y 2.000 cc/24 horas, siendo la orina amarilla clara; no presentando molestias al miccionar.

— La eliminación intestinal suele ser cada 48 horas, presentando heces pastosas de color marrón claro.

— Los hábitos higiénicos son adecuados.

— Duerme habitualmente entre 7-8 horas; el sueño es profundo.

— Dedicar su tiempo libre a pintar y a ver televisión.

b) Datos más significativos obtenidos por examen físico:

— Peso: 66,700 Kg.

— Talla: 148 cm.

— P.A. 190/100 mm. Kg.

— Pulso: 92 s.p.m.

— T^a. axilar: 36,5°C

— Resp.: 20r.p.m.

— Buena hidratación de piel y mucosa. Obesa. Cara ancha.

— Visión disminuida, corregida con lentes.

— Hipoacusia bilateral; aporta audífono en oído izquierdo.

c) Observaciones generales.

Colaboradora en la entrevista, a pesar de la enorme dificultad para comunicarse, aunque su madre la entiende perfectamente.

Nerviosa.

Presenta alto grado de ansiedad.

2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Tras la valoración de conductas funcionales se llega al siguiente diagnóstico:

1.- Alteración de la COMUNICACION relacionado con déficit auditivo.

2.- Alteración de la ADAPTACION relacionado con miedo y desconfianza.

Los objetivos marcados se dirigieron esencialmente a cubrir las es-



Enfermería centró su trabajo en los problemas del paciente.

feras comunicativas y adaptativas, que tan íntimamente se entrelazaban.

Los 19 días de preoperatorio estuvieron marcados básicamente por dos etapas:

La 1.ª etapa (en cuanto a la adaptación) estuvo marcada por el alto grado de ansiedad, manifestado por nerviosismo, desconfianza, aburrimiento, torpeza, miedo, confusión, etc., acompañándole crisis hipertensivas manifestadas por cefaleas occipitales, náuseas, vómitos, mareos y decaimiento general, acentuándose dichas crisis cuando se producía algún estímulo externo agresivo (por ejemplo una extracción sanguínea).

3. CUIDADOS DE ENFERMERIA (Adaptación)

Fueron encaminados a disminuir o minimizar la ansiedad; para ello se habló con el resto del equipo que le atendía con el objetivo de que todos conocieran y llevaran a cabo el plan de cuidados establecido por su enfermera.

— Plan de Cuidados de Enfermería:

a) Se valoró continuamente el nivel de adaptación.

b) Explicamos el plan de cuidados y/o técnicas a efectuar implicándola en los mismos.

c) Le presentamos a otros pacien-

tes, que pudieran resultarle estímulos positivos.

d) La visitábamos frecuentemente.

e) Le demostrábamos confianza y la tranquilizábamos verbalmente.

f) Le proporcionamos material para actividades recreativas.

g) Proporcionamos un ambiente agradable y relajante, disponiendo de un entorno seguro, ordenado y estructurado.

3. CUIDADOS DE ENFERMERIA (Comunicación)

Esta primera etapa respecto a la

comunicación fue bastante complicada.

— Valoramos y establecimos medios de comunicación:

a) Interpretábamos los movimientos de los labios y solicitábamos con frecuencia la colaboración de la madre.

b) Le hablábamos lentamente, articulando palabras, no levantando la voz.

c) Repetíamos las frases las veces necesarias hasta su total comprensión.

d) Le hablábamos mirándola a la cara, nunca de espaldas.

e) La tocábamos con frecuencia.

f) Evaluábamos la capacidad de la paciente para utilizar otros sentidos, especialmente la vista (aconsejándole el uso de sus gafas), el tacto, y el aprato auditivo (aportando el audífono).

g) Aportamos lápiz y papel.

4. EVALUACION

La paciente tras esta primera etapa demuestra las respuestas a los sentimientos de temor, desconfianza, etc., y se muestra comunicativa demandando nuestra atención y sonriéndose con frecuencia.

La 2ª etapa del preoperatorio está marcada por la demanda de información de su enfermedad y del plan de cuidados de enfermería. Esto obedece a un desconocimiento de la enferma sobre aspectos relacionados con su intervención. Por ello añadimos el diagnóstico de:



Los cuidados de enfermería: entrevista, examen físico y observaciones generales.

— Alteración de Conductas Terapéuticas relacionadas con desinformación del proceso operatorio.

5. CUIDADOS DE ENFERMERIA

a) Aportamos información, evitando la sobreabundancia y el tecnicismo excesivo.

b) Le presentamos a la enfermera que la recibirá y cuidará en la unidad de intensivos.

c) Nos cercioramos de que no le faltaran sus gafas en el momento de despertar, pues el no llevarlas preocupaba mucho a la paciente pues impedía que leyera los labios de su «cuidadora».

El día 24 a las 10,30 horas, pasó a quirófano para ser intervenida de coartación aórtica, teniendo que volver al mismo por sangrado brusco del tubo aórtico esa misma tarde.

Tras la reintervención cursó un postoperatorio inmediato favorable, demostrando un comportamiento ejemplar durante su estancia en la unidad de cuidados postoperatorios, colaborando con el personal que le atendía en todo momento.

La mañana del 27 de Marzo, Esther llega en carrito a nuestra sala de hospitalización; sonriente y animada, se mostró cariñosa y efusiva al vernos.

Tras realizar la valoración de enfermería, llegamos al siguiente diagnóstico:

6. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (En el postoperatorio)

a) Alteración de la Protección relacionado con herida quirúrgica y catéter venoso central.

b) Alteración de la Independencia para autocuidados relacionada con encamamiento obligado.

c) Alteración de la eliminación intestinal (estreñimiento) relacionada con dieta inadecuada e inmovilidad.

d) Alteración potencial de la Comunicación relacionada con déficit auditivo.

e) Alteración potencial de la respiración relacionada con acúmulo de secreciones.

7. CUIDADOS DE ENFERMERIA (En el postoperatorio)

Los cuidados prestados en el postoperatorio fueron muy diferentes a los marcados antes de su intervención.

Una vez marcados los objetivos relacionados con los problemas presentados, el plan de cuidados de enfermería se centró esencialmente en cubrir las necesidades básicas, como las de *respiración* (elevando la cama a 45°, fluidificando secreciones, dando fisioterapia respiratoria, etc.); como la *protección* (vigilando posibles signos de infección de la herida quirúrgica e inserción de vía central, curas locales de las mismas, etc.); y

en general todos los cuidados rutinarios, pero no por ello menos importantes, encaminados a cubrir las necesidades de alimentación, eliminación, higiene, etc.

Así mismo manteníamos los mismos cuidados para el problema de la comunicación, ya mencionados anteriormente.

8. EVALUACION

El 1 de Abril se le autorizó a levantarse de la cama.

— No tiene catéter central y la herida ya sin puntos no presenta signo alguno de infección.

— Es totalmente independiente para alimentarse, vestirse y asearse. Obra bien desde que se levantó.

— Bases pulmonares libres de secreciones.

— La comunicación de la paciente con la mayoría del personal es bastante buena.

— A partir del siguiente día de esta evaluación, comenzamos preparación para el alta.

9. CONCLUSIONES

1. La utilización de una metodología es importante para prestar cuidados íntegros y de calidad.

2. El trabajo de enfermería se centró en los problemas de la paciente y no en su patología de base, de la cual se ocupó el médico.

3. Los cuidados de enfermería permitieron minimizar los efectos de la ansiedad preoperatoria.

4. Esta paciente, como todos los enfermos, es algo más que una cirugía vascular: «ES UNA PERSONA».

BIBLIOGRAFIA

Cuidados de Enfermería en paciente quirúrgico con déficit de comunicación. Caso real.

1. Cuidados standar de Enfermería del Area Quirúrgica de Hospitalización del H.U.M. Macarena.

2. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería.

Patricia W. Iyer. Interamericana.

3. Planes de Cuidados de Enfermería Médico-Quirúrgica. Nancy M. Holloway. Doyma.



La utilización de una metodología es importante para prestar cuidados íntegros y de calidad de nuestros pacientes.

CUIDADOS DEL CATETER DE DIALISIS PERITONEAL

Autor: **D. Jesús Lucas Martín Espejo, D.E.**
H.U. Virgen del Rocío.
Servicio de Nefrología.

A) DESCRIPCION DEL CATETER

El catéter peritoneal es una prótesis similar a un tubo redondo, comunmente de Silastic.

Todos los catéteres constan de 3 segmentos bien definidos, una porción intraperitoneal con perforaciones para facilitar el paso del dialisante del exterior a la cavidad peritoneal y viceversa. En esta porción la mayor parte de los catéteres tienen una tira radiopaca o son totalmente opacos a los rayos X. Este segmento intraperitoneal suele ser recto o en espiral.

La siguiente porción que se observa a partir del orificio de salidas, es la porción externa en la que se suele acoplar un conector, apropiado a la técnica de diálisis peritoneal que se va a utilizar.

El catéter más clásico actualmente en el mercado es el de Tenckhoff, el resto de los existentes son variantes de este, T.W.H., Lifecath o Cuello de Cisne por nombrar algunos.

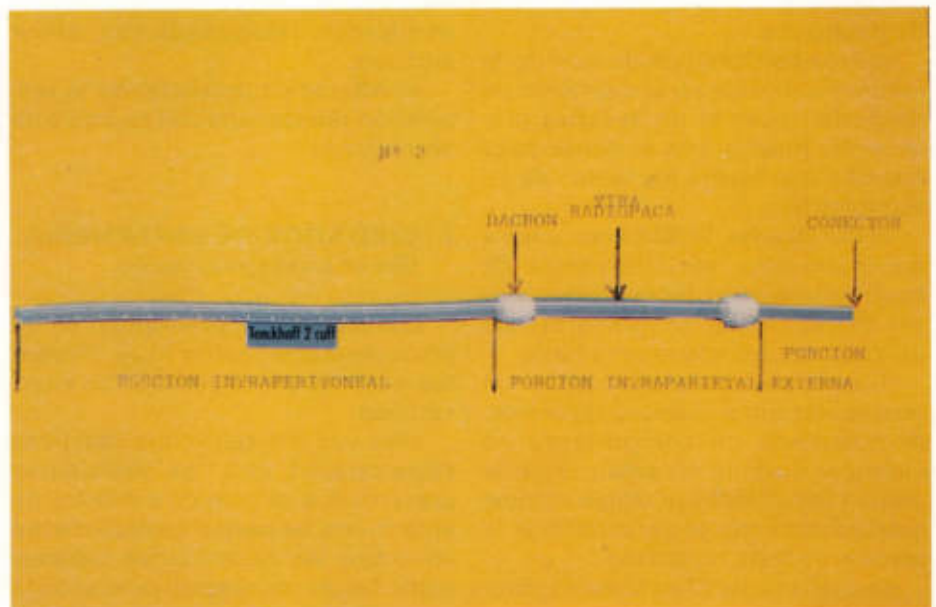
Todos se diseñaron partiendo del original de Tenckhoff, buscando que reuniera estas condiciones, que no migrara de su lugar, que no se infectaran y que no se obstruyeran.

A continuación comentaremos las características de algunos de estos catéteres.

El T.W.H., está basado en el catéter de Tenckhoff, en la porción intraperitoneal tiene 2 discos perpendiculares en el extremo par reducir al mínimo la migración del catéter desde la Pelvis y evitar la fijación del Epiplon y las consiguientes obstrucciones.

Cuenta además con una especie de botón que separa la porción intraperitoneal de la intraparietal y va fijado en el peritoneo.

El Lifecath, tiene un sólo un agujero más grande en el extremo intraperitoneal rodeado de una serie



Catéter de Tenckhoff.

de columnas de plástico que se colocan al ras de la pared abdominal, y fue diseñado para impedir la migración y la orientación del catéter.

Twardowski, sugirió que la orientación hacia abajo de la salida exterior del catéter peritoneal, facilitaría su higiene y limpieza, lo cual repercutiría en una sensible disminución de las infecciones del orificio de salida del catéter y por lo tanto del túnel subcutáneo, así como las peritonitis catéterdependiente. El inconveniente que se planteó al curvar en el trayecto subcutáneo los catéteres rectos al intentar conseguir esta orientación, tendían a recobrar su forma original rectilínea, al estar fijo en el tejido subcutáneo el Dacron, lo hacían elevando su segmento intraperitoneal, alojándose en el hipocondrio o vacío opuesto a la salida. Para evitar este problema se diseñó un tipo de catéteres que presenta entre los 2 manguitos de Dacron una curvatura de 180° lo que popular-

mente se ha llamado Cuello de Cisne, manteniendo así de forma natural esta curvatura, consiguiendo un alojamiento peritoneal adecuado y una salida caudal.

B) LUGAR DE COLOCACION DEL CATETER

La colocación actualmente se hace infraumbilical y en la región paramediana atravesando el músculo recto, antes se hacía en la Línea media, pero esta zona se ha abandonado prácticamente dada la gran cantidad de casos que aparecían con pérdidas de líquidos precoces o formación de hernias.

La punta del catéter de la porción intraperitoneal se dirige hacia abajo al cuadrante inferior izquierdo, donde el peristaltismo del Colon descendente ayuda a evitar la migración del catéter.

Los manguitos de Dacron se colo-

can y fijan, el más interno inmediatamente después del Peritoneo, y el más externo en el tejido celular subcutáneo, aproximadamente a 2 cm. de la salida exterior.

El punto de salida no debe estar a nivel de la altura del cinturón, y en los pacientes sexualmente activos se intentará colocarlo lo más lateral posible.

C) ATENCION DE ENFERMERIA, ANTES DE LA COLOCACION DEL CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL

Todo paciente posible portador de un catéter de diálisis peritoneal, debe ser inspeccionado para asegurar la integridad de la pared abdominal, así como la ausencia de infección de la piel en la zona de insertación, confirmando la ausencia de hernias y cicatrices que puedan haber puesto en peligro la integridad de la cavidad peritoneal.

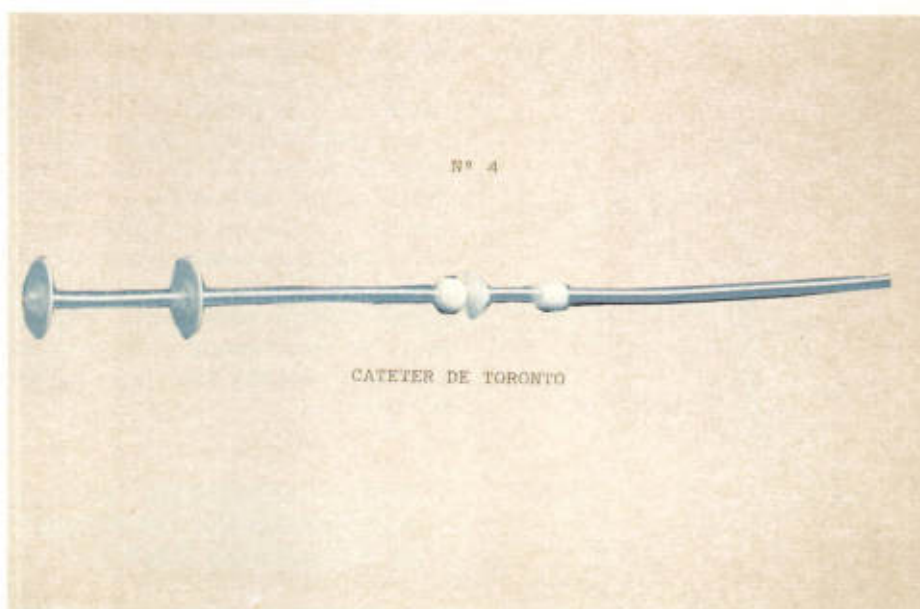
En pacientes de edad avanzada, se procurará encontrar una zona para la salida del catéter peritoneal, donde existan el menor número de pliegues cutáneos.

Antes de proceder con la intervención, se explicará al paciente de forma sencilla y completa el acto quirúrgico a que se va a someter, con la intención de aminorar la ansiedad y el miedo a lo desconocido.

En el pre-operatorio inmediato, nos aseguramos que el paciente haya vaciado la vejiga y el intestino, por medios naturales o bien utilizando una sonda o laxante según el caso, para evitar posibles perforaciones, durante la colocación del catéter. Posteriormente se procede al rasurado y limpieza de la zona operatoria, finalizando con la administración de antiséptico tópico sobre la zona en la que se va a trabajar.

Según los protocolos de los diferentes hospitales, a los pacientes se les somete a profilaxis antibiótica, así como a una leve sedación del paciente.

Es también utilizado en algunos centros, la impregnación del catéter con Suero Fisiológico más Antibióticos antes de su implantación en quirófano.



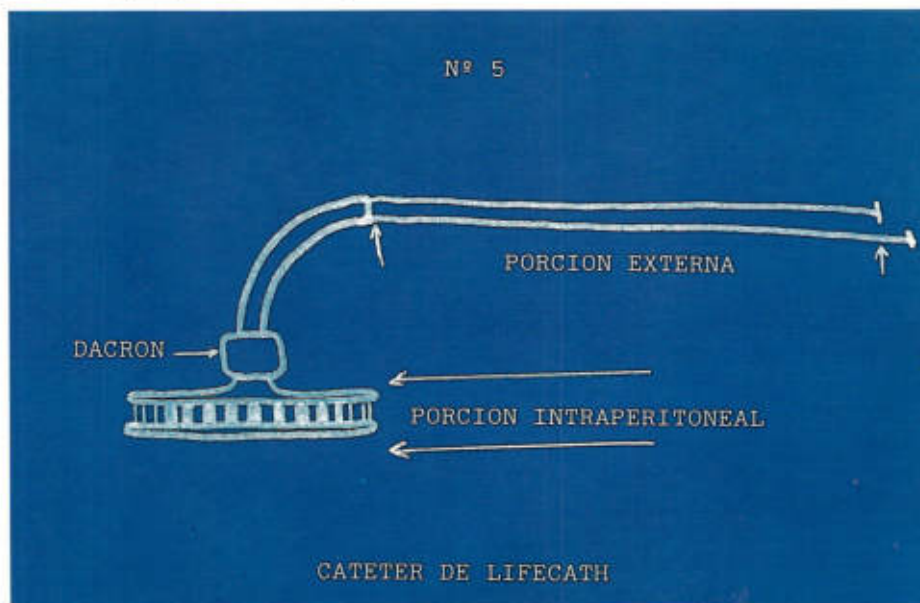
Catéter de Toronto.

D) ATENCION DE ENFERMERIA EN EL POST-OPERATORIO INMEDIATO

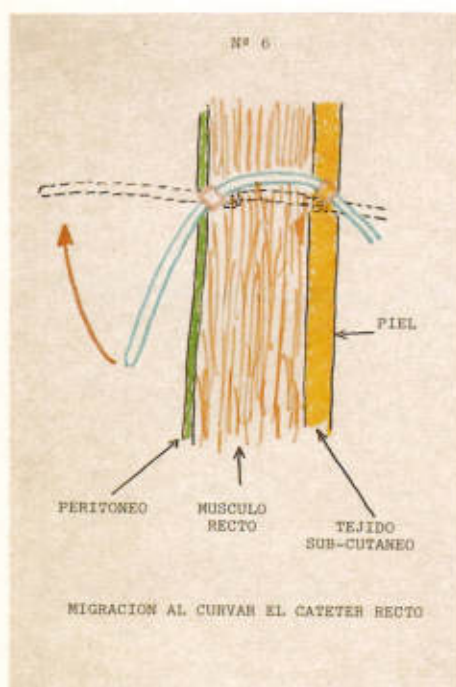
Después de la inserción del catéter en la cavidad abdominal, Enfermería observará estas posibles incidencias que comentaremos que son la de más común aparición en el post-operatorio. El Ilio reflejo, es normal que aparezca en las primeras 24 horas después de la intervención, teniendo que tomar medidas agresivas si este se prolonga por más tiempo del mencionado. Con cierta frecuencia se puede presentar Hematomas o Hemorragias, en la herida operatoria

que puede obligar a la revisión quirúrgica de la misma en las primeras horas post-implantación del catéter.

La viabilidad del catéter se suele probar en el mismo acto quirúrgico, pero es responsabilidad de Enfermería que éste permanezca viable, por lo que comprobará su funcionamiento, inmediatamente que recibe al paciente, así como las características del líquido, que suele presentar un aspecto hemático, que desaparece después de algunos pases de lavado, de no ser así será conveniente cursar citología y cultivo del líquido. A veces puede aparecer dolor al terminar los



Catéter de Lifecath.



Migración al curvar el catéter recto.

drenajes en la zona del recto o genitales debido a decúbitos del catéter, que se solucionan volviendo a llenar la cavidad abdominal o dejando un pequeño resto sin drenar.

El catéter, se puede utilizar en caso necesario desde el primer momento, teniendo en cuenta que se debe de utilizar volúmenes bajos de líquidos y el paciente siempre en decúbito, para evitar la fuga de líquido a través de los tejidos aún no cicatrizado, por ello en los últimos años la tónica general de utilización se deja aplazada por un espacio de al menos 15 días, utilizando un catéter de Hemodiálisis temporal, si fuese necesaria la diálisis.

No olvidaremos que aunque no se utilice se debe de probar la funcionalidad del catéter al menos 2 veces a la semana, con volúmenes bajos de líquido y heparinizarlo al final antes de taponarlo.

En el caso de que aparezcan fugas de líquido encontraremos el apósito húmedo o francamente mojado, cosa que ocurre en los primeros días después de la intervención y con más frecuencia cuando se utilizan grandes volúmenes de comienzo o suturas de insuficiente garantía por mala técnica quirúrgica o por mala calidad de los tejidos del paciente.

Como norma general no recomendamos levantar el apósito de la

herida operatoria al menos hasta pasada una semana, si no ha habido incidencias que haya obligado a cambiarlo, y se procederá si se cree conveniente a la retirada de puntos alternos. A los 15 ó 20 días de la implantación del catéter la herida operatoria tiene las garantías necesarias para, excluir la mayor parte de las eventualidades, y poder utilizar el catéter a pleno rendimiento, sin embargo se recomienda empezar con volúmenes bajos y subir progresivamente estos.

E) MANTENIMIENTO DE LA VIABILIDAD DEL CATETER Y EL ORIFICIO DE SALIDA

El cuidado rutinario y eficaz del catéter, constituye la base del éxito a largo plazo de la diálisis peritoneal, en el que no olvidemos el paciente juega un papel muy importante, por lo que nuestros esfuerzos deben de ir dirigido hacia un buen adiestramiento en el mantenimiento y detección de posibles problemas relacionados con el catéter.

En cuanto a la viabilidad del catéter, son causas de mal drenaje un estreñimiento pertinaz por lo que el paciente estará informado de una buena evacuación regular bien de forma espontánea o por laxantes, se puede presentar también con cierta frecuencia y es causa de mal drenaje

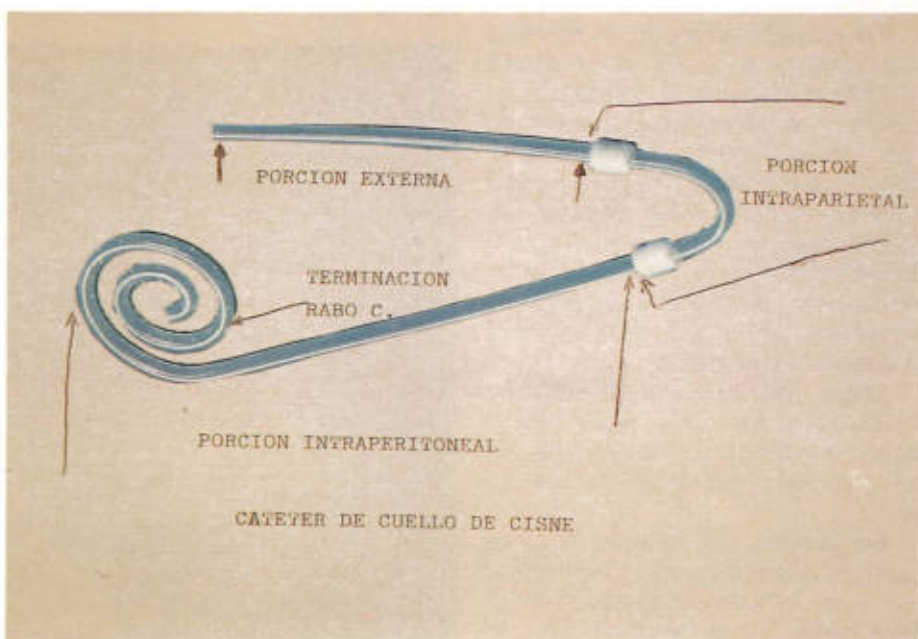
la aparición de coágulos de fibrina que obstruyen la luz del catéter impidiendo el buen funcionamiento del catéter, es fácilmente solucionable si se utiliza heparina, sobre todo en los intercambios nocturnos, donde la estancia del líquido es más prolongada, favoreciendo la aparición de acúmulos de fibrina en el catéter.

De presentarse un mal funcionamiento del catéter una vez descartada las dos causas anteriores, nos puede poner en la pista de otras causas de obstrucción como puede ser el atrapamiento del catéter por el Epiplon o una migración de la punta de éste hacia hipocondrio.

A veces puede ocurrir que aparezcan fugas del dializado tardías, meses después una vez cicatrizada la herida operatoria, normalmente, suele estar relacionada con la infección del túnel o traumatismo del catéter.

Los cuidados del orificio de salida para evitar la infección del mismo son de importancia crucial, no sólo para prevenir la aparición de peritonitis, sino que la infección mantenida son causas directa de retirada del catéter en un 30% de las mismas, es por lo tanto de importancia que tenga este concepto claro nuestros pacientes y el personal de Enfermería.

Los pacientes portadores de un catéter peritoneal los adiestraremos, en que antes de tocar el catéter deben siempre lavarse las manos y tener las



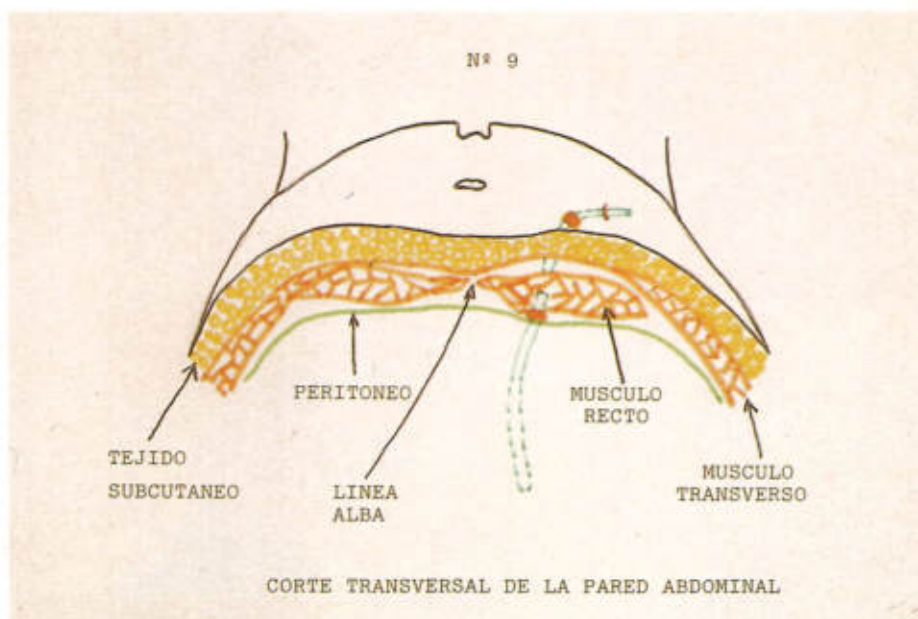
Catéter de cuello de cisne.

uñas cortas y limpias previamente, así como un aseo corporal diario, preferiblemente utilizando la ducha que por arrastre impide que la suciedad se quede alrededor del catéter, el secado de la piel es importante, debiendo utilizar si es necesario un secador de pelo para que la piel quede completamente seca, aconsejaremos el uso de un antiséptico alrededor de la salida del catéter, hay muchas opiniones al respecto variada, lo más usado es el Agua Oxigenada más Iodopovidona, posteriormente se procede a la colocación de un apósito o no, según el criterio de los determinados centros; lo que sí es aconsejable, se utilice o no apósito, es la fijación del catéter con esparadrapo para evitar posibles tirones que dañarían el túnel y propiciarían la infección de éste.

Por último es aconsejable que la ropa interior después de la ducha sea siempre limpia.

El adiestramiento en el aseo personal tiene como doble función el que el paciente haga un examen diario del orificio de salida, para detectar, lo antes posible cualquier signo de infección. Es de gran utilidad que el personal de Enfermería detecte a los posibles portadores de *Estafilococo Aureo* Nasal, ya que este germen es el que con más frecuencia suele aparecer en los cultivos positivos del catéter.

Hay una serie de actividades peli-



Corte transversal de la pared abdominal.

gras para el catéter que el paciente debe evitar, como son las tracciones antes mencionada y el retorcimiento del catéter, el raspado en la zona que favorecería la aparición de infecciones, la ropa ajustada que favorece el roce constante y la aparición de úlceras por decúbito del catéter, la suciedad alrededor del catéter, la inmersión en agua de bañeras o piscina y el mantenimiento de costra alrededor del catéter, etc.

El uso de polvos, cremas, alcohol o pomadas no prescrita, favorecerían el daño del catéter, bien por de-

terio del material de que se compone, por ablandamiento o rozamiento de la piel que favorecerían la temida infección.

Tanto Enfermería como los pacientes portadores de un catéter peritoneal, sabrán definir un orificio de salida sano, observando en éstos:

1º Color natural con o sin anillo oscuro.

2º No secreción visible, ni mínima humedad en la gasa si la hubiera.

3º El orificio no presenta dolor al tacto ni al roce.

F) ACTITUD ANTES DE LA INFECCION DEL ORIFICIO DE SALIDA

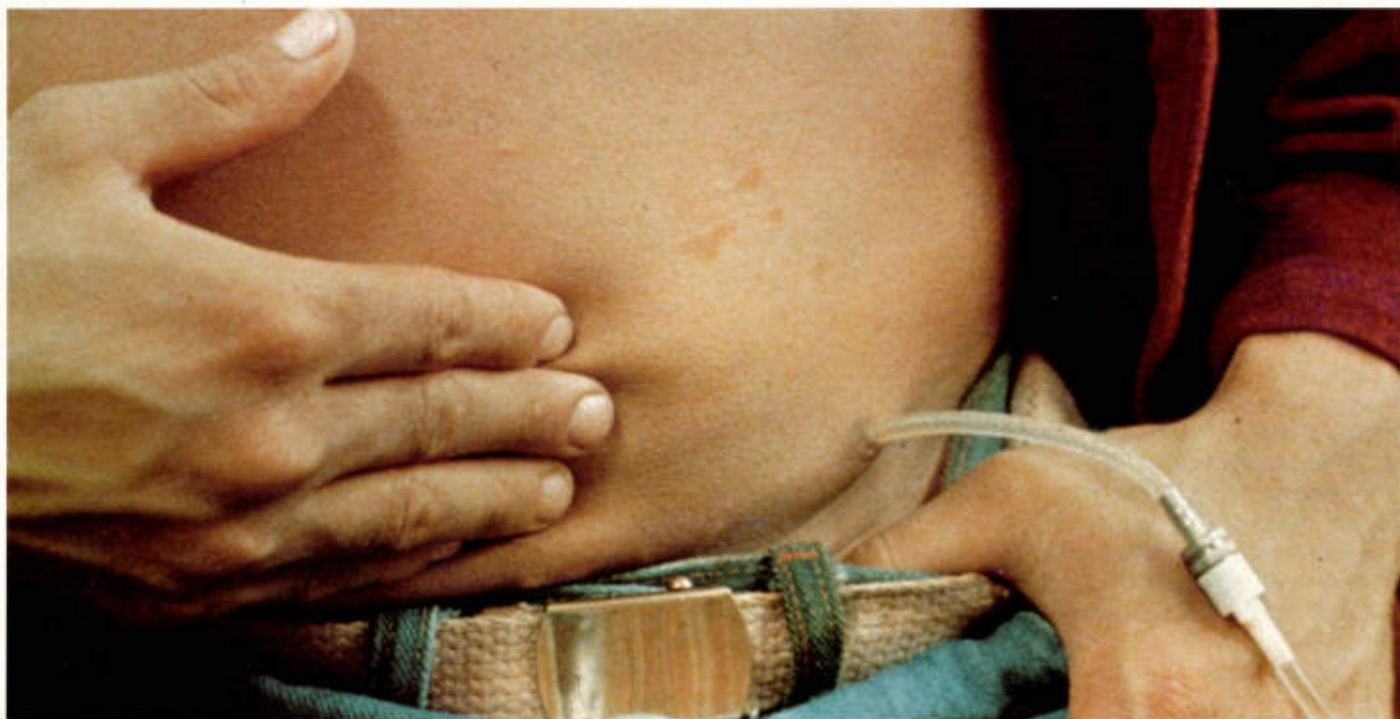
Por el contrario sabrá detectar una posible infección en el orificio o túnel, cuando observe un catéter que aparece Enrojecido alrededor o con Induración o con Drenaje purulento con cultivo positivo o no.

El paciente será capaz si hace un seguimiento diario de su orificio de detectar estas anomalías, por lo que ante estos signos de infección, acudirá al hospital y por supuesto extremará los cuidados de asepsia.

Una vez en el hospital, se hará un cultivo del exudado si lo hubiere y en los hospitales que sea posible se hará un Gram que nos pondrá en la pista del germen causante, posteriormente se indicará antibioterapia según el



Lugar de colocación del catéter.



Paciente con un catéter peritoneal.

Gram y si éste no ha sido posible se pondrá antibioterapia a ciegas, hasta el resultado del cultivo.

Según los hospitales se citará a revisión para seguir el protocolo en uso.

G) CUIDADOS DE ENFERMERIA, ANTES UN POSIBLE RECEPTOR DE UN TRASPLANTE RENAL, PORTADOR DE UN CATETER DE D.P.

Con respecto al catéter, Enfermería inspeccionará el sitio de salida del catéter y tomará un frotis del mismo, aunque no aparezcan signos de infección.

En el caso que aparezcan signos de posible infección el catéter peritoneal se quitará en el acto quirúrgico para evitar posible aparición de infecciones que unido a la inmunosupresión, pudieran comprometer la vida del paciente.

El abdomen se vacía de líquido peritoneal y se cursa un cultivo y citología del mismo.

Por último se procede a la infusión de unos 200 cc. de líquido peritoneal con heparina, para prevenir la obstrucción y el dolor por el decúbito del catéter dentro del abdomen, si el catéter no se va a quitar y posteriormente se taponará éste.

En caso de tener que dializar al paciente después del trasplante, este medio seguirá siendo útil.

El paciente en diálisis peritoneal que se va a trasplantar, ha tenido que estar exento en Peritonitis al menos 2 meses antes de la implantación del injerto.

Como habréis observado nuestros cuidados no son pocos, en estos catéteres, el papel del paciente tampoco despreciable, la unión del cuidado de los dos favorecerá la larga existencia de éstos.

BIBLIOGRAFIA

Ross, E.A., Nisseson, A.R., Diálisis Peritoneal Crónica (D.P.C.) en I.R.C. Editores Llach. F., Valderrábanos F. Ediciones Norma. Madrid, 1990. Pág. 649-680.

Muñoz, I., Rodrigo, N., Celadilla, O., Martínez, M.V., Castro, M.J., De Eusebio, Y., Del Olmo, C., Selgas, R. *Aplicación del método Twardowski para evaluar orificio-seno del catéter peritoneal permanente para DPAC.* XVI Congreso SEDEN 1991.

Martín, M., Velázquez, R., De Alvaro, F., Fadrique, R., Heras, L., Lázaro, B. *Limpieza y cuidados del orificio de salida del catéter de DPAC.* Biseden, 1989.

Celadilla, O., Martínez, M.V., Rodrigo, N., Del Olmo, M.C., Muñoz, J., Riñón, C., Selgas, R. *Infecciones del orificio de salida del catéter peritoneal en un programa de 8 años con DPAC.* Aspecto del Cuidado Renal 3.

Laguillo de Castro, A. *Diálisis Peritoneal: conceptos generales. La insuficiencia renal y su tratamiento con diálisis.*

Pérez Ruilópez, M.A. *Indicaciones, ventajas, complicaciones y limitaciones de la DPAC. La insuficiencia renal y su tratamiento con diálisis.*

Varios autores. *Estudio multicéntrico prospectivo sobre catéteres peritoneales en cuello de Cisne con porción intraperitoneal recta o espiral.* XV Congreso de la SEDEN 1990.

Fabregat, A., Serrano, P., Roca, E., Saez, E. *Complicaciones no peritoníticas de la DPAC.* III Jornadas Nacionales DPAC para Enfermería Nefrológica 1990.

Clemente, P., Picó, L., Martín, M., Serrano, P., Reyero, A., Martínez, M.V., Celadilla, O. *El catéter peritoneal.* III Jornada Nacionales de DPAC para Enfermería Nefrológica.

Luzar, M.A. *Exit-Site Infection in DPAC: a Review.* Peritoneal Dialysis International; 11:330-340. 1991.

Martín Espejo, J.L. *Estudio Multi-Hospitalario sobre DPAC.* XII Congreso de la SEDEN, 1987.

HISTORIA DE LA PRENSA DE ENFERMERIA EN SEVILLA

Autores: **D. Carmelo Gallardo Moraleda, DUE**
D^a Africa Gil-Martín Yuste, DUE
D^a Elena Jaldón García, DUE

INTRODUCCION

Lo primero que resalta, a la hora de emprender una labor de búsqueda en las distintas fuentes sobre este tema, es no haber encontrado publicación alguna que no esté editada más que por los Colegios Profesionales en sus diferentes etapas evolutivas hasta llegar a la denominación actual de «Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla».

Este hecho pudiera ser, en un principio, lógico si tenemos en cuenta que «del personal que, en 1828, forma las diferentes ramas de la Ciencia de Curar (Médicos, Médicos-Cirujanos, Sangradores, Comadrones, Parteras, Farmacéuticos, Herbolarios...)» (1) todos aquellos que podían ser encuadrados dentro de los «Colegios de Subalternos» (2) no tenían otro tipo de Organización que las formadas por unas Asociaciones más o menos «legalizadas», de tipo gremial, sin contar, como sucedía con el resto, con «Academias» o «Instituciones Científicas» propias, por lo que estos «Colegios» debieron asumir el papel de defensores, protectores, informadores y formadores de sus asociados (3).

ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde el momento en que «Prácticos» (1843), «Ministrantes» (1846) y «Practicantes» (1857) comienzan a existir, debieron integrarse en las organizaciones («Colegios de Subalternos») de la «Clase de Sangradores» (4), creados por Real Cédula de Felipe V el 29 de enero de 1717 (5), como continuadores de los anteriormente denominados «Cirujanos-Sangradores», que contaban con una gran aceptación popular y que habían adquirido, a través del tiempo, un sólido prestigio profesional (6).



Esta es la portada del número 1 de «El Practicante Sevillano». Es el vestigio más antiguo (1923) que se conserva, habiéndose perdido el rastro de la primera época.



Cabeceras de las diferentes formas que el Colegio de Sevilla utilizó para difundir sus informaciones a lo largo de casi medio siglo.

En Sevilla, el «COLEGIO DE PRACTICANTES Y SANGRADORES» debió gozar de una importante estructura ya que en el año 1865, cuando **«la prensa médica se había apagado desde hacía una década, por los fracasos continuados de los editores»**, saca a la luz **«EL GENUINO»**, «una publicación quincenal que dirige D. Antonio Díaz y que contiene el Boletín de este Colegio» (7).

Al ser éste el único periódico que ocupaba el vacío de Prensa Sanitaria que durante un tiempo padeció Sevilla (1854 a 1871) (8), nos hace pensar en la importancia que el mismo debió tener. No obstante, desconocemos durante cuánto tiempo se estuvo editando, pero que, sin duda alguna, no pudo ser un período muy largo ya que dicho Colegio tendría que haber desaparecido como consecuencia del Real Decreto de 7 de noviembre de 1866, que suprimía la enseñanza de Practicantes y creaba en su lugar a los Facultativos Habilitados de segunda clase (9) o de la Real Orden de 28 de agosto de 1867, por la que se prohíbe ejercer a los Sangradores si no tienen título de Practicante (10).

La desaparición de los Sangradores y el restablecimiento de la Carrera de Practicante, por Real Orden de 27 de octubre de 1868 (11), llevaría a estos a constituir sus propios y específicos Colegios.

«EL BOLETIN DE PRACTICANTES»

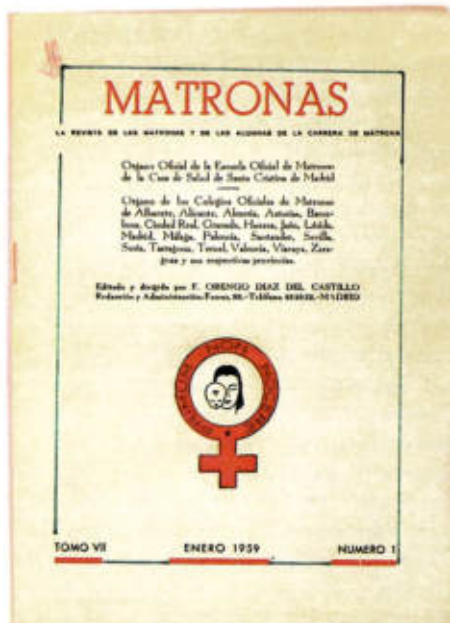
Cuando estas organizaciones cuentan con una cierta implantación en la mayoría de las Provincias, el Colegio de Madrid convoca varias Asambleas Nacionales, a partir de 1903, entre cuyos acuerdos figura el que se toma por decisión unánime de todo el colectivo representado (12) de contar con un Periódico a nivel nacional. Así surge en 1907 **«EL BOLETIN DE PRACTICANTES»**, como consecuencia de la necesidad, tantas veces repetida de **«contar con un Organismo de Prensa para la Clase de Practicantes, sin interferencias de cualquiera que no perteneciera a ella»** (13).

Argumentos que se habrían acrecentado después de oír los discursos pronunciados por el Director General

de Sanidad, D. Carlos M^aa. Cortezo y Prieto, y por el Ministro de Instrucción Pública, D. Manuel Allendesalazar, sobre la necesidad que había de contar con publicaciones profesionales y el valor que las mismas tenían, en el II Congreso Internacional de la Asociación de la Prensa Médica, celebrado en Madrid del 20 al 22 de abril de 1903 (14).

«EL PRACTICANTE SEVILLANO»

Por diversos motivos, el Colegio sevillano decide romper con el citado Boletín nacional en 1912 y propone a los Colegios andaluces existentes la creación de una Revista Profesional para Andalucía (15). La idea, que ha-



En 1959 aparecería «Matronas», que compendió a este colectivo en la práctica totalidad de las regiones.

En 1959 aparecería «Matronas», que compendió a este colectivo en la práctica totalidad de las regiones. había partido del histórico y personaje adelantado a su tiempo, D. Manuel Caro Lafont, no llegó a cuajar al considerar Málaga y Cádiz que era más importante contar con una Revista en cada provincia (16).

Años después (noviembre de 1916) Cádiz funda «EL PRACTICANTE GADITANO» que se convierte en portavoz regional, iniciando una campaña para que cada Colegio hiciese lo propio.

D. Fernando Ceballos y Cerezo, Presidente gaditano, y el entonces Vicepresidente y Director, de la Revista, Rafael Mazuecos y Pérez Pastor (17) se desplazan, en agosto de 1918,

hasta Sevilla al objeto de poner paz entre los practicantes Sevillanos y convencerles, de una vez por todas, de lo necesario que era contar con un medio propio de difusión. Hablaban de la Prensa profesional (18). La gestión da como resultado la aparición, en ENERO DE 1919, de la que será PRIMERA REVISTA EN LA HISTORIA DEL COLEGIO DE

ENFERMERIA DE SEVILLA: «EL PRACTICANTE SEVILLANO», siendo Presidente del Colegio D. Antonio Moreno Pérez (19).

Curiosamente, Rafael Mazuecos será elegido Presidente del Colegio de Sevilla y Director de su Revista en mayo de 1919, después de que el Dr.

de D. Antonio Matamoros Moreno como Presidente del Colegio, se abre una nueva etapa en nuestra historia profesional, volviéndose a editar, tres meses después de su nombramiento, «EL PRACTICANTE SEVILLANO («Órgano Oficial del Colegio de Auxiliares de Medicina y Cirugía de Sevilla y su Provincia»)» para continuar, sin interrupción, hasta pocos días antes del inicio de la Guerra Civil, cuando se había alcanzando el número 144.

Especial atención merece la primera etapa de esta Segunda Epoca, durante la que fue Director Joaquín Gutiérrez, que consiguió hacer uno de los periódicos profesionales más



REVISTA CIENTIFICO-PROFESIONAL LITERARIA

ÓRGANO DEL COLEGIO DE MATRONAS DE SEVILLA Y SU PROVINCIA

Dirección y Administración: ROSALIA ROBLES Cerdán

Secretario: J. L. RIVAS

ESCUELAS PIAS, 12-14 · Teléfono 23787.-SEVILLA

AÑO I

SEVILLA, AGOSTO 1929

NÚM. 5

Todas las matronas sevillanas editaron, en agosto de 1929, esta publicación.

Jesús Centeno, Presidente de la Federación Nacional de las Uniones de Clases Sanitarias, consiga traerlo a esta Ciudad para que se haga cargo, entre otros cometidos, de la «Sección de Practicantes» de la Revista «Federación Sanitaria» y, desde aquí, promover la creación de Periódicos en todos los Colegios de España» (20).

En enero de 1920, deja de publicarse el Boletín coincidiendo con el traslado («retiro forzoso») del Sr. Mazuecos a la población manchega de Alcazar de San Juan, en Ciudad Real (21).

reivindicativos para la «Clase», aunque hubiera de dimitir en junio de 1925 por las presiones del Poder Militar (22).

Posteriormente, y a través del tiempo, va a ir adquiriendo en manos de sucesivos Directores, un sólido prestigio como «Revista Profesional, Científica y Literaria», siendo importantes las múltiples colaboraciones con científicos de afamados Médicos y con abundantes anuncios publicitarios, junto a los cada vez más numerosos artículos de sus profesionales.

MATRONAS: SU PRENSA

«LA MATRONA HISPALENSE» («Revista Científico Profesional. Órgano del Colegio de Matronas de Sevilla y su Provincia»), nace en abril

pasarela
SEVILLA
BOLETÍN INFORMATIVO DEL COLEGIO OFICIAL DE A.T.S. - SEVILLA



COLEGIO OFICIAL DE
A.T.S.
SEVILLA

MEDICINA TÉCNICA Y CULTURAL

BOLETÍN INFORMATIVO PROVINCIAL

MANIZO, 1978

SEGUNDA EPOCA DE
«EL PRACTICANTE SEVILLANO»

Con la elección, en junio de 1923,

venir de nuestra Profesión en el contexto de distintos acontecimientos históricos.

«HYGIA», con la misma edad, viene, cada tres meses, a compen-



En 1987 aparece HYGIA ocupando un espacio editorial de significada importancia.

diar temas formativos, científicos y culturales. Aunque sigue buscando su propia identidad, Hygia es una «Revista Científica» hecha por y para los profesionales.

El presente Capítulo de publicaciones lo cierra, en el tiempo, en **Córdoba, «ENFERMERIA ANDALUZA»**, cuyo número 0 sale a la calle recientemente, en Julio de 1992, bajo la Dirección de Florentino Pérez Raya y por impulso de los representantes de los ocho colegios andaluces y de Manuel Sánchez García como Secretario General, con el propósito de que sea el portavoz informativo, a nivel Regional, del Consejo Andaluz

MARZO 1985

BOLETIN

Federación de Colegios de A.T.S. y D.E. de Andalucía

INFORMATIVO

ENFERMERIA

ANDALUZA

INFORMATIVO REGIONAL DEL CONSEJO ANDALUZ DE ENFERMERIA
AÑO I
NUMERO 0
EMPLAR GRATUITO

A nivel de Andalucía, dos experiencias en este terreno. Una en 1985, ya desaparecida, y la «Enfermería Andaluza», que acaba de nacer.

de Enfermería, como ya ocurriera con los tres números del «BOLETIN INFORMATIVO» que publicó este mismo organismo en 1985, del que era Director D. Máximo A. González Jurado, actual Presidente del Consejo Nacional de Enfermería.

(7) Historia de la Prensa Andaluza. Antonio Checa Godoy. (Publicaciones Blas Infantes. 1991-Pag.426.

(8) Idem anterior.

(9) Formulario Enc. Legisl. Sanit. Páginas: 605, 772 y 793.

(10) Formulario Enc. Legisl. Sanit. Páginas: 197, 753 y 794.

(11) Formulario Enc. Legisl. Sanit. Páginas: 605, 772 y 794.

(12) Semb. Asamb. Nacion. Pag: 4 y 5. El Colegio y su Historia. Boletín Informativo del Colegio de Enfermería de Sevilla. Capit. I (Reeditado) - Julio 1991.

(13) Idem anterior.

(14) «La Asociación Internacional de la Prensa Médica (1900-1913)». Public. Uriach. nº 42-3ª Epoca, 1992.

(15) Actas Coleg. Pract. de Sevilla (1908-1918). El Colegio y su Historia. Capit. V. Julio/Agosto 1990.

(16) Actas Colegio Pract. Sevilla (1908-1918).

(17) El Practicante Gaditano: Abril 1919-Mayo 1919.

(18) El Practicante Gaditano: Octubre 1918.

(19) El Practicante Gaditano: Abril 1919-Mayo 1919. El Practicante Sevillano: Septiembre 1923.

(20) El Practicante Gaditano: Mayo 1919.

(21) El Practicante Gaditano: Enero 1921.

(22) El Practicante Sevillano: Mayo 1925-Junio 1925. El Colegio y su Historia. Capit. XVIII y XIX.

(23) El Practicante Almeriense: Mayo 1929. HYGIA Julio-Agosto-Septiembre 1992. Crónica de la Prensa Profesional de Enfermería.

INDICE DE REFERENCIAS:

(1) Formulario Enciclopédico. Legislación Sanitaria. Barcelona. 1892-Pag.304.

(2) Idem anterior.

(3) Semblanza de Asambleas Nacionales. Madrid. Febrero 1928.- Pag. 7 y 56 a 59. Actas de Directivas del Colegio Provincial de Practicantes de Sevilla (1908/1918).

(4) El Practicante Gaditano. Marzo 1924-Pag. 5.

(5) Formulario Enc. Legisl. Sanit. Antonio Orozco Acuaviva. Notas para la Historia de la Enfermería Gaditana. Escuela Univ. de Enfª. Universidad Cádiz: 1983.

(6) La Teoría de los Cuatro Humores. Publicaciones Uriach.: nº 36-3ª Epoca-1991.

boletín informativo

ORGANO DE PRENSA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS Y DIPLOMADOS EN ENFERMERIA DE SEVILLA • AÑO V • Nº 38 • SEVILLA, OCTUBRE 1992

El «Boletín Informativo» de nuestro Colegio cumple su quinto año consecutivo de vida con periodicidad mensual.

CONCURSO Nº 22

PRIMER PREMIO

Autor: D. Alfonso Yáñez Castizo
Colegiado Nº 7.994
Máquina: CANON E05-600
Título: «Hacia la meta»



CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA 23

CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. TEMA: PAISAJE ANDALUZ

1º TRIMESTRE AÑO 93 (ENERO-FEBRERO-MARZO)

El plazo de presentación finalizará el próximo 19 de febrero de 1993.

BASES:

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

Formato: 18 x 24 cm. color, enmarcada en cartulina blanca de 2 cm. 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

Autora: D^a. Magdalena Domínguez Durán.
Colegiada N° 4.357
Máquina: OLYMPUS OM-10
Título: «Maderos»

TERCER PREMIO

Autor:
D. Antonio Manzanares Astorga
Colegiado N° 2.913
Máquina: OLYMPUS OM-10
Título: «Espera en el espejo»



Jurado calificador del Concurso Fotográfico N° 22:

- D. José García Ramírez (Colg. 4.252)
- D^a. Angelines González López Admva. Colegio).
- D^a. Carmen Vázquez López (Admva. Colegio).
- D. José Luis Bulnes Rodríguez (Comercial).

DINAMICA DE GRUPO - HTA VERSUS CONSULTA DE ENFERMERIA NORMAL

Autores: **D. Carmelo Monroy Pérez, ATS/D.E./MEDICO**
D^a Inmaculada Velasco Espina, D.E.

INTRODUCCION

A primeros de Mayo de 1990 el censo de pacientes hipertensos en dos Consultas de **Enfermería del Centro de Salud** de Arahal, era de 333. (175 del cupo de la Dra. Cabrera y 158 de la Dra. Avellaneda).

Este grupo de personas - 148 varones y 185 hembras - además de su hipertensión, presentan con frecuencia asociados otros procesos: Obesidad, Artrosis, Diabetes, EPOC, etc.

La consecuencia es que los pacientes crónicos originan una mayor demanda asistencial. En efecto, hemos observado que: aumentan la frecuentación; duplican las consultas médicas y/o Enfermería; solicitan más derivaciones al segundo y tercer nivel, etc.

Y paradójicamente con resultados poco satisfactorios para los profesionales, y lo que es más grave: para el paciente.

Estas y otras razones - GASTO SANITARIO, etc. - hicieron de resorte en Enfermería para poner en marcha el programa de Educación para la Salud, que tenéis entre manos.

Se comparan dos métodos de trabajo de Educación para la Salud -EpS-.

La que se realiza en la Consulta de Enfermería Normal -C.E.N.- de modo individual o con algún familiar, versus a la Dinámica de Grupo para pacientes hipertensos (DGHTA), que se realiza grupalmente.

Los objetivos comunes que nos planteamos fueron: Estimular al paciente a:

- La toma de la medicación prescrita, evitando abandonos terapéuticos.
- Adoptar la dieta mediterránea como alternativa de alimentación. - Realizar una actividad física moderada y diaria - Andar -.
- Identificar conductas o factores de riesgos y ofertar alternativas sanas.

Deseamos reseñar que en todo momento nos hemos sentido arropados por nuestros compañeros médicos - Gracia y Joaquina -. Vaya por delante nuestro agradecimiento.

MATERIAL Y METODOS:

De los 333 pacientes hipertensos conocidos en CE, se escogieron al azar 50, que fueron remitidos a sus médicos para poner en marcha el programa de Educación para la Salud (EpS) .



Población de mayor riesgo.

Fue condición indispensable para iniciar el programa el estar protocolizados por sus médicos. Tablas 1, 2 y 3. Debidamente informados, pedimos consentimiento oral a los pacientes para su estudio.

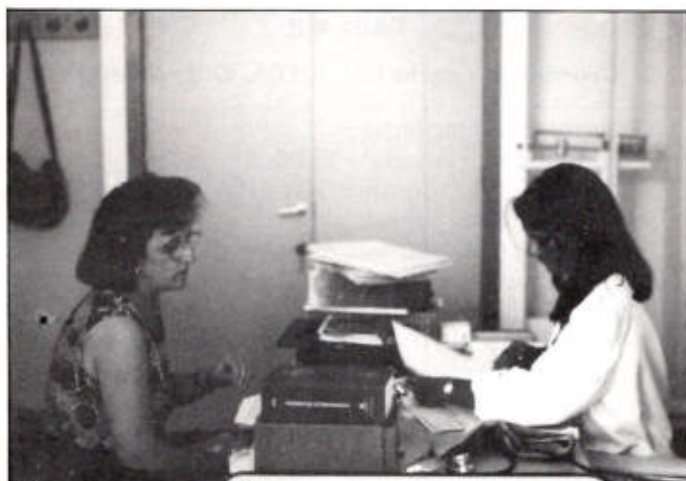
Según su grado de preferencia, reclutamos a 25 en el grupo DG - HTA. Los veinticinco restantes prefirieron la C.E.N.

No obstante lo anterior, abandonaron 7 pacientes (14%) de DG - HTA al inicio, por ninguno del C.E.N.

Cualquier paciente en cualquier momento, podía abandonar libremente el programa.

El tiempo de estudio fue por dieciocho meses: Se inició el 15 de Junio de 1990 y finalizó el 18 de Diciembre de 1.991.

Al comparar dos métodos de enseñanza de EpS, interesa conocer las repercusiones sobre la calidad de vida de los pacientes y en qué medida infieren o modifican los parámetros biológicos.



Toma de datos en la consulta.

TABLA 1

Datos Epidemiológicos/Anamnesis del Paciente Hipertenso

- Filiación
- Conductas o Factores de riesgo (1)
- Ingesta de fármacos, dosis, tipo (2)
- Antecedentes Familiares.
- Antecedentes personales por Aparatos:
 - Cardiocirculatorio.
 - Respiratorio.
 - Renal.
 - Digestivo.
 - Neurológico.
 - Otros.

(1) Tabaco, Alcohol, Café, Ejercicio Físico, Ingesta de Sal.

(2) Anticonceptivos orales, Bicarbonato sódico, Regaliz, Corticosteroides, Descongestiones nasales, otros.

TABLA 2

Datos de la Exploración física y exámenes complementarios del paciente hipertenso

Listado de problemas o items (25) Sintomatología Actual. Exploración física: Por Aparatos. Exámenes Complementarios (1)

- Elemental de orina.
- Hematocrito.
- Lípidos (colesterol/triglicéridos)
- Glucemias.
- Acido Urico.
- Ionograma.
- Leucocitos.
- Creatinina.
- Perfil Hepático, GOT/GPT-Bi.
- Radiografía Torax; P - A.
- EKG.
- F. Ojo: No se realizó.

(1) Se realizó: 15.6.90/15.1.91 y 16.1.91

La distribución por Edad y Sexo aparece en Tabla 4. Fue oportuno conocer el grado o nivel de Instrucción - Tabla 5 -, así como el socio-económico. Tabla 6.

Téngase en cuenta que los niveles socio-económicos hacen alusión a la población de Arahal.

Una DG-HTA habitual es la que mostramos en la Tabla 7; de ellas realizamos veinticinco. La cronología de las mismas se observa en la Tabla 8. En cada DG-HTA intervienen dos enfermeros. Su duración aproximada es de 1,5 horas.

La C.E.N. es la que realizamos en los Centros de Salud de nuestra Comunidad Autónoma. En la Tabla 9 mostramos sus contenidos. Completamos veinte sesiones de C.E.N./Paciente/ 18 meses.

La duración de la C.E.N. oscila entre 10' - 16'; la realizó un sólo enfermero/a.

En la Figura 1 mostramos la variable Estado Civil.

Para cumplimentar el Estudio precisamos los siguientes materiales:

- Esfigmomanómetro para toma de TA; marca WALL MODER MERCURIAL JAPAN -, que se realizó en sedestación.

- Báscula y Tallímetro; marca AÑO SAYOL- BARCELONA, que se realizó descalzado.

- Retroproyector y Transparencias.

- Proyector de diapositivas para las sesiones de **Cuidados de los Pies y el Uso correcto de medicamentos.**

TABLA 3

Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Hipertenso

- Diagnóstico Médico: HTA Primaria
- HTA Secundaria
- Tratamiento Médico: Fármaco/S.
- Dosis.
- Frecuencia, Vía.
- Derivación C. Enfermería: DG-HTA
- C.E.N.
- Revisiones: Indicando fechas.
- Evolución: Anotando en H. Clínicas.
- Criterios derivación a su médico.

TABLA 4

Distribución Edad/Sexo y pertenencia al programa: DG - HTA/C.E.N.

EDAD	DG - HTA		C.E.N.	
	Hembras	Varones	Hembras	Varones
45-49	1	-	1	
50-54	-		3	1
55-59	3		5	1
60-64	3	2	2	2
65-69	4		2	3
70-74	2		2	2
75-79	1		1	
> 80	1	1		
TOTALES	15	3	16	9

TABLA 6
Nivel instrucción pacientes hipertensos (1)

ESTUD.	DG - HTA		C.E.N.	
	Hembras	Varones	Hembras	Varones
E.S.				
E.M.				
G.E.				
SL y SE	6	1	6	3
NO SL-SE	9	2	10	6

- (1) E.S.: Estudios Superiores.
E.M.: Estudios Medios.
G.E.: Graduado Escolar.
SL y SE.: Sabe leer y escribir.
NO SL-SE: No sabe leer ni escribir.

TABLA 6
Nivel Socio-Económico de los pacientes hipertensos (1)

ESTUD.	DG - HTA		C.E.N.	
	Hembras	Varones	Hembras	Varones
ALTO	4	3		2
MEDIO	4		12	6
BAJO	6		4	1
MUY BAJO	1			

- (1) Para la Zona Básica de Arahal, entendemos:
ALTO: Renta $\geq$ 100.000 Ptas/mes.
MEDIO: Renta entre 50.000 a 75.000 Ptas/mes.
BAJO: Renta entre 20.000 a 50.000 Ptas/mes.
MUY BAJO: Renta hasta 20.000 Ptas/mes.

TABLA 7
La Dinámica de Grupos para Pacientes hipertensos, C.S. Arahal (1)

- Salutación al Grupo.
- Toma de Constantes: TA, Peso, Talla, F.C.
- Registro datos en H. Clínicas, Valoración.
- Tema a debatir con el grupo.
- Introducción.
- Colóquio.
- Consenso.
- Síntesis.
- Cumplimiento de tarea: confección de una dieta, etc.
- Convocatoria próxima reunión: Lugar, día, hora, tema.
- Dispensación de recetas de C.L.T. prescritos por sus médicos.
- Derivación de pacientes, según criterios.
- Facilitación de volantes P-10.

- (1) Pacientes pertenecientes a los cupos de las Dras. Avellaneda y Cabrera M.F. y C.
CLT: Cartilla de Largos Tratamientos.

TABLA 8
Cronología de la DG - HTA. C.S. Arahal

- I Presentación Pacientes
- La Hipertensión Arterial.: 15-06-90
- II Objetivos del Programa DG - HTA: 22-06-90
- III Actividades a realizar.
- Evaluación: 04-07-90
- IV La toma de la medicación. Características
- El abandono del tratamiento. Consecuencias: 18-07-90
- V Alimentación I. Alimentación, nutrición: 01-08-90
- VI Alimentación II, Los alimentos, su preparación y aderezo.
- VII Alimentación del Adulto Sano. Características y necesidades: 19-09-90
- VIII Recordatorio: HTA, Alimentación, Actividad física: 17-10-90
- IX El Peso Ideal: Consecuencias y repercusión-
- X Evaluación: discusión, comentario del grupo a cerca de:
 - Desayuno ideal aconsejado.
 - Desayuno deficitarios: razones.
 - El gasto económico de un desayuno: 07-11-90
- XI El almuerzo de una jornada: contenido, cantidad, deficits, excesos. Discusión y concurso: 28-11-90
- XII La dieta Mediterránea. Características. Beneficios para la salud: 12-12-90
- XIII Confección de una dieta por los pacientes. Comentario, Discusión.
- La Tabla de composición de Alimentos FAO/OMS: 19-12-90
- XIV Las grasas a debate. COLOSTEROL: Trigliceridos, qué significan, interpretación, modificaciones a través de la dieta: 23-01-91
- XV Recordatorio Alimentación. Comentario de los análisis recibidos: COL/TGL: 20-02-91
- XVI La Higiene Bucol-Dental en los ancianos. El cuidado de las prótesis dentales, limpieza y conservación. 20-03-91
- XVII El Decálogo en Geriatria.
- Comentarios. Discusión: 24-04-91
- XVIII Evaluación conjunto de la DG-HTA: Médicos, pacientes y personal de Enfermería. Petición Análisis. 22-05-91
- XIX Los cuidados de los pies I: calzado, protección, limpieza.
- Comentario de los análisis: 22-06-91
- XX Cuidados de los pies II. Diapositivas.
- Vacaciones Verano: 24-07-91
- XXI Comentarios vacaciones: 07-08-91
- XXII Vacunación. Antigripal. Indicaciones.
- Beneficio para la salud. Consejos: 25-09-91
- XXIII El abuso de medicamentos en la tercera edad.
- Peligros para la salud. Consejos: 25-09-91
- XXIV Recordatorio. Miscelánea.. Petición Análisis. 20-11-91
- XXV Comentario Pacientes. Comentario Análisis. Reunión conjunta: pacientes, médicos, enfermeros.
- Despedida del grupo: 18-12-91

TABLA 9

La Consulta de Enfermería Normal para pacientes Hipertensos. C.S. Arahá.

- Salutación al paciente y acompañante.
- Toma de Constantes: TA, Peso, Talla, FC.
- Registro datos en H. Clínica: Valoración.
- Identificación de problemas: dietéticos, cumplimiento de fármacos, análisis etc.
- Información.
- Establece un plan según necesidades y problemas detectados
- Dispensación de recetas de CLT prescritos por sus médicos.
- Derivación del paciente, según criterios establecidos a su médico general.
- Facilitación de volantes P. 10.

Reseñar brevemente por su repercusión en los **Resultados** lo siguiente: En cuanto a:

1°. Actividad Física

Se aconsejó el andar diariamente, comenzando poco a poco hasta completar un circuito de 4 km. ó 1 hora.

2°. Dieta Mediterránea

A la vista de las tablas 10 y 11, que muestran la relación Talla-Peso, según el sexo y pertenencia al grupo; de las variables personales: edad, nivel de instrucción, así como los escasos resultados a medio y largo plazo de las dietas hipocalóricas, se llegó al acuerdo con sus médicos - al consenso siguiente:

- Aconsejar la supresión del alcohol e hidratos de carbono de absorción rápida.

En especial: bollería, pasteles, etc...

- Cambiar grasas saturadas por mono o poliinsaturadas.

- Beber abundantes líquidos.

- Frutas, hortalizas y verduras del tiempo.

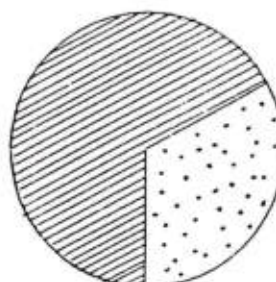
- Evitar enlatados, consumo excesivo de sal.

Por tanto la dieta no fue restrictiva - quantum - de calorías.

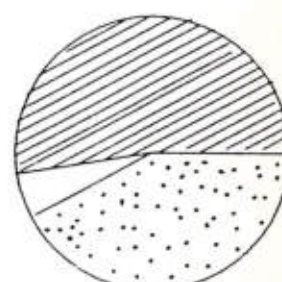


En el laboratorio para lactancia de pruebas.

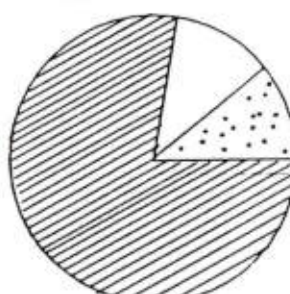
HOMBRES



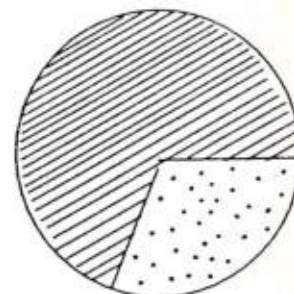
MUJERES



HOMBRES



MUJERES



CASADOS SOLTEROS VIUDOS

ha sido la revisión de las hojas individuales de Control de Constantes y su recuento.

Estas hojas recogen todos los guarismos del estudio. Forman parte de la historia clínica individual y familiar del paciente.

En la Tabla 12 viene su cuantificación.

El grado de cumplimiento del tratamiento: tomar la medicación, frecuencia, dosis, etc... No resolvimos preguntando directamente a los pacientes. No realizamos encuestas por ser muchos de ellos analfabetos. Y aunque el sesgo obtenido puede ser importante, elegimos tal método sencillo que refuerza las relaciones **Paciente - Enfermero/a**.

Cuantitativamente controlamos la toma de medicación

FIGURA 1

Estado civil, sexo y pertenencia al programa

DG-HTA	Casados	Solteros	Viudos
MUJERES	8	1	6
HOMBRES	2	-	1

C.E.N.	Casados	Solteros	Viudos
MUJERES	11	-	5
HOMBRES	7	1	1

Importó más el cumplimiento de la dieta mediterránea, que la reducción del peso o masa corporal. A pesar de ser factor de riesgo.

El método seguido para conocer el grado de asistencia

TABLA 10

Relación Talla-Peso en mujeres al inicio del estudio

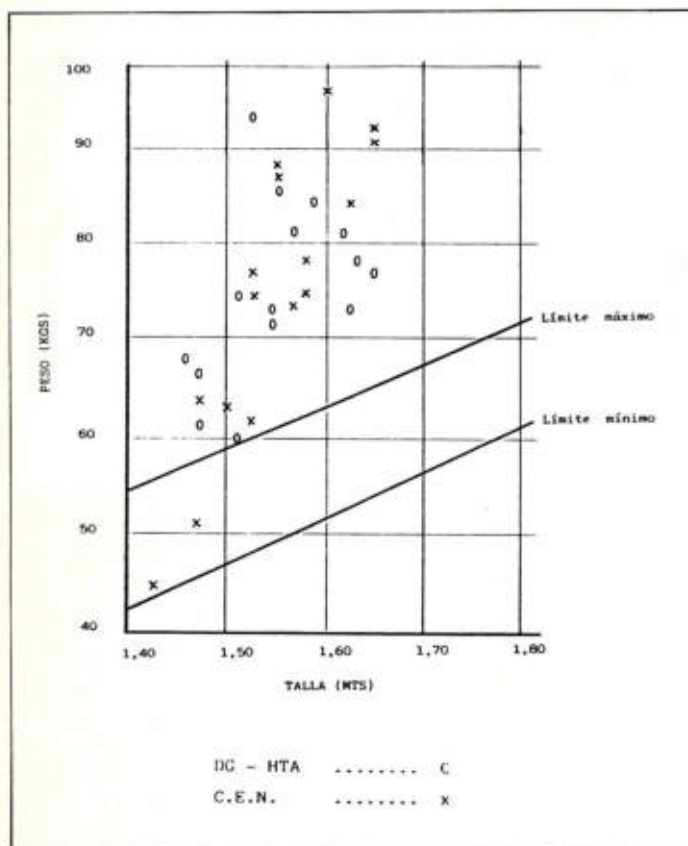
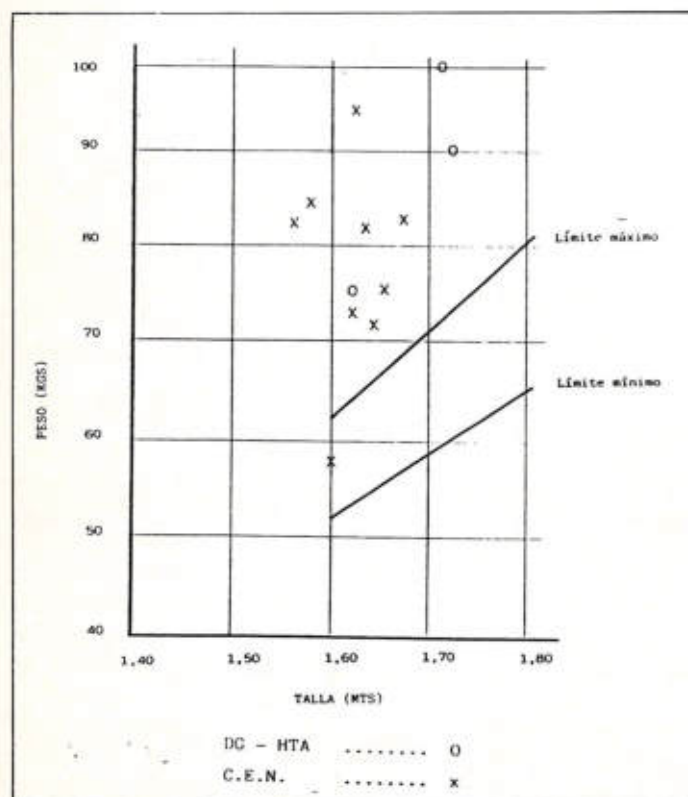


TABLA 11

Relación Talla-Peso en varones al inicio del estudio



Centro de Salud de Arahal.

a través de los efectos de ésta sobre las cifras tensionales. En las Tablas 13 y 14 se muestran por grupos, intervalos de edad y sexo. Lo que figuran son las X de TA. sistólica y diastólica, al inicio y al final del estudio. Por razones de claridad del gráfico no incluimos los obtenidos en el medio del estudio.

De la misma manera obramos con la cumplimentación de la Dieta Mediterránea. Guardamos menús del desayuno, comidas o cenas confeccionados, como tareas, por familiares de los pacientes.

Pero no contentos con ello, deseábamos saber: ¿En qué medida adoptar la dieta mediterránea, modifica parámetros como Colesterol, Triglicéridos? etc.....

TABLA 12

Porcentaje de asistencia

	DG - HTA	C.E.N.
MUJERES	88%	90%
HOMBRES	94%	86%

DG - HTA: Sobre 25 Sesiones.

C.E.N: Sobre 20 Sesiones.

TABLA 17

TRATM. HIPO LIPEMIANTE.	DG - HTA	C.E.N.
TOMAN	5*	11*
NO LO TOMAN	13	14
TOTAL	18	25

(*) DG - HTA: Tan sólo una hembra lo tomó todo el tiempo. Las cuatro restantes sólo durante 4 meses.

(*) C.E.N.: Once pacientes (8 hembras y 3 varones), lo tomaron durante los dieciocho meses.

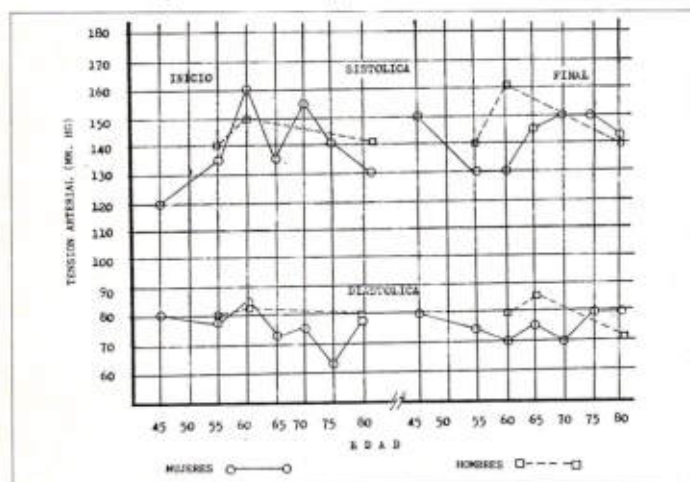
TABLA 18

Realizan actividad física

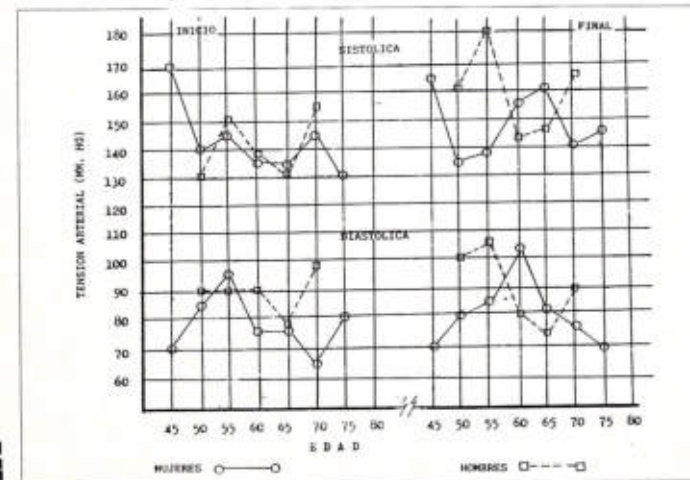
	DG - HTA	C.E.N.
MUJERES	7	2
HOMBRES	2	4

TABLA 13

**Tensión arterial sistólica y diastólica
pacientes hipertensos en DG.**


TABLA 14

**Tensión arterial sistólica y diastólica
pacientes hipertensos en CEN**



Mostramos en las Tablas 15 y 16 la variabilidad del Colesterol y Triglicéridos en DG -HTA y C.E.N.

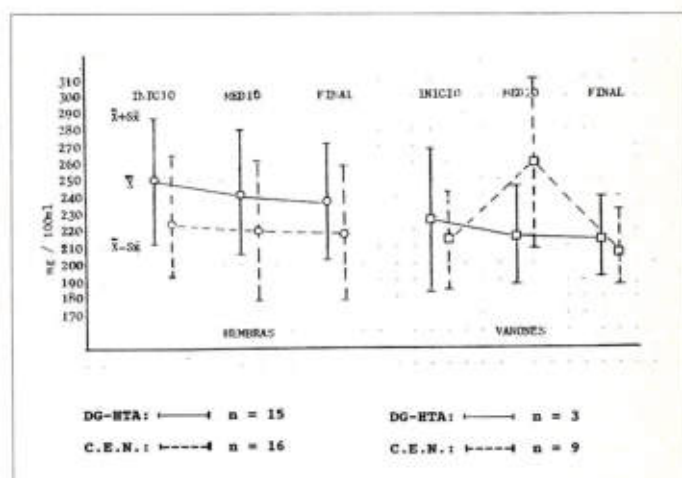
La Tabla 17 arroja luz sobre el tratamiento con hipolipemiantes recibidos durante el estudio.

La metodología para valorar si se realiza o no Actividad Física es idéntica a la encontrada en la toma de la medicación. En un futuro podremos medir y cuantificar los beneficios. Hasta tanto no dispongamos de un Oscilómetro en el Centro parece inviable. Tabla 18.

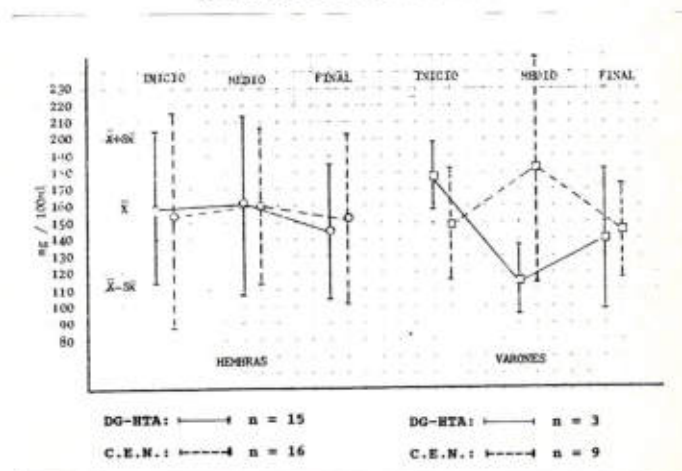
El abordaje de los factores de riesgo - mejor llamados Conductas de Riesgo - se realizó individual o grupal. Sin embargo, no parece oportuno dar cifras hasta tanto no se pongan en funcionamiento programas monográficos: Alcoholismo, Tabaquismo, consumo de Fármacos, etc.

TABLA 15

**Variabilidad de la $\bar{X}$ y S_x del colesterol
en pacientes hipertensos**


TABLA 16

**Variabilidad de la $\bar{X}$ y S_x de Triglicéridos en
pacientes hipertensos**



RESULTADOS

Valoramos positivamente la asistencia a ambos programas. (X = 91% en DG ~ y X = 88% en C.E.N.). Implica una elevada motivación y oportunidad del programa.



**En la foto,
Sesión de Educación
Sanitaria en grupo
en un Centro Sanitario.**

El programa DG-HTA mejora eficazmente las cifras tensionales de los pacientes. En especial la tensión Diastólica. Llama la atención que los antiguos límites de HTA de la OMS (2 160/95 mmHg) no se sobrepasan en ningún momento del estudio.

A pesar de observarse picos de hipertensión tanto sistólica ^COMO diastólica en el programa C.E.N, creemos que sigue siendo un método de trabajo útil y válido en Enfermería.

Y ello porque la barrera de la TA diastólica no sobrepasa los 105 mmHg. Utilizando la terminología OMS: HTA leve.

Valoramos positivamente los efectos de la Dieta Mediterránea en ambos grupos, al apreciar descensos descriptivos de las tasas X de Colesterol y Triglicéridos al inicio, medio y al finalizar el estudio.

Es prematuro inferir estos descensos, exclusivamente, a la Dieta Mediterránea. La cuál la realizan 63% (27) de pacientes. Mientras que 37% además de dieta, precisan tratamiento farmacológico (16 de un total de 43).

No obstante lo anterior, la Dieta Mediterránea deber se aconsejada por sus efectos beneficiosos para la Salud, al prevenir enfermedades carenciales y deficiencias.

La actividad física la realizan - globalmente - un 34% (sobre 43) de pacientes. Por sexos los hombres son más activos que las mujeres. Así uno de cada dos varones refiere andar diariamente.

Por contra, sólo 9 mujeres de un total de 31 aseveran andar.

Se observa por programas, que los pacientes pertenecientes al de DG - HTA, han incrementado su actividad física 50% (uno de cada dos), lo cual es muy gratificante.

CONCLUSIONES

La DG-HTA es un método de trabajo útil, válido y eficaz para realizar Educación para la Salud a pacientes crónicos.

La razón para emplear DG - HTA o CEN, depende de

varios factores como: la utilidad y oportunidad; el grado de control del gasto sanitario, el tamaño de la población afectada, etc.

Particularmente relevante es la formación del personal sanitario, motivación, etc. en Educación para la Salud en grupos.

La dependencia de los pacientes a la DG-HTA - por extensión al Centro de Salud existe, pero no ha sido preocupante en nuestro estudio.

El espacio físico de los Centros limita el tamaño de los grupos, no siendo aconsejable superar los 10-12 miembros.

El Sedentarismo sigue siendo una conducta de riesgo. Debe combatirse eficientemente por Enfermería realizando una información válida, objetiva y real. A tal efecto hay que favorecer la interrelación con otros agentes de Salud, AA.VV, Hogares etc,- de la población.

Opinamos que estudios de este tipo deben poner en marcha programas similares, que validen los resultados de Arahal.

BIBLIOGRAFIA

(1) Principios Generales del Tratamiento de la Hipertensión Arterial no complicada.

AUTOR: H. Pardell. Rev. HIPERTENSION Vol. 7, nº. 9-11, 12/90, Pág. 284 y ss 1990

(2) Hipertensión Clínica: Forma de abordar al paciente hipertenso.

AUTOR: KAPLAN, Norman M. Edit. Manual Moderno, S.A. 1980, Pág. 6 y ss.

(3) Estadística (Aplicada a la biología), Curso Nivelación ATS/UNED.

AUTOR: Rodríguez-Miñón Cifuentes, P. Madrid 1984, Pág. 49 a 86 y ss.

(4) Manual de Entrevista Clínica: Informando y Educando al paciente.

AUTOR: Borrell Carrió, F. DOYMA. Barcelona 1989, Pág. 8 y ss.

PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1920

AUGUST KROGH



August Krogh, fisiólogo de origen danés, nace en Grenaa (Jutlandia) el 15 de noviembre de 1874 y muere en Copenhague el 13 de Septiembre de 1949. En la Universidad de la capital danesa estudia primero zoología, obteniendo su graduación en esta disciplina en 1899; cuatro años más tarde consigue una más elevada titulación académica. Antes de concluir su formación universitaria, concretamente desde 1897, Krogh inicia su labor científica, vinculándose al laboratorio de Fisiología de Chirstian Bohr, al que continuó adscrito durante varios años. En 1902 tomó parte en una expedición científica que en Groenlandia estudia la vida de los animales árticos. Su tesis doctoral, fechada en 1903, somete a examen el problema de la respiración en la rana. En 1908 Krogh es incorporado al cuerpo docente de la Universidad de Copenhague, desde 1910 dispone de

laboratorio propio y seis años más tarde es nombrado en la misma profesor titular. En algunas de sus investigaciones asoció a ellas a Lidhard; en otras colaboró su esposa.

La labor científica de August Krogh incluye contribuciones, realmente importantes, a distintos campos del saber biológico, figurando entre ellas trabajos sobre fisiología de la respiración, metabolismo y mecanismo de la circulación. Sus conocimientos de física y su reconocida habilidad para idear y construir aparatos, luego usados en la realización de sus indagaciones, explican los frutos alcanzados por Krogh en el curso de las experiencias por él realizadas; suya es, por ejemplo, la invención de un microtonómetro capaz de medir las tensiones de oxígeno y anhídrido carbónico en la sangre arterial. Los resultados de sus investigaciones sobre la función respiratoria los dio a

conocer en la obra «The Respiratory Exchange of Animals and Man (London, 1916). Por esta aportación August Krogh inserta su nombre en la serie de investigadores que han contribuido a esclarecer el proceso químico de la respiración; la primera conquista importante en este capítulo de la fisiología la realizaron Hoppe-Seyler, Ludwig y Pflüger al establecer las diferencias entre la sangre venosa y la sangre arterial respecto a su composición gaseosa; la conversión de la hemoglobina en oxihemoglobina es estudiada por Hoppe-Seyler (1862) y en 1894 por Carl Gustav von Hüfner; la localización celular de las oxidaciones respiratorias fueron tema de las investigaciones de Pflüger, Donders y Schmiedeberg; J.J. Müller y Christian Bohr, el maestro de Krogh, logran demostrar que el epitelio alveolar posee una actividad secretoria respecto al CO_2 y al O_2 . El problema del recambio gaseoso constituye el terreno en que hace su aportación August Krogh, cuestión aquella que también fue objeto de estudio, y fructífero, para los fisiólogos ingleses J.S. Haldane, J. Barcroft y L. J. Henderson.

El Premio Nobel de Medicina y Fisiología de 1920 le fue concedido a Krogh por su contribución, realmente decisiva, al conocimiento del mecanismo de la circulación capilar; el resultado de tales indagaciones, confirmadas experimentalmente, lo expone August Krogh en su obra «The Anatomy and Physiology of the Capillaries (Silliman Memorial Lectures), publicada por la Universidad de Yale; la primera edición fue impresa en 1922, siendo reeditada en 1929; en 1924 apareció su versión alemana. Con esta investigación sobre fisiología capilar Krogh ejemplifica una de las más características orientaciones de la Fisiología contemporánea, la que pretende proseguir, con auxilio de técnicas cada vez más precisas, el estudio, ya clásico, de las funciones de los órganos.

Novedades bibliográficas



EL SISTEMA HUMANO Y SU MENTE

F. García Rodríguez
391 págs.
P.V.P. 3.400 ptas.

La mayor y más peligrosa tragedia de la Humanidad actual es el abismo abierto entre los

conocimientos científicos y dominio técnico sobre la realidad física y el primitivismo de algunos aspectos de la mente humana. Somos capaces de ir a la luna y de manejar la energía del átomo, pero continuamos matándonos entre sí en guerras horribles en las que utilizamos nuestra técnica para destruir más y mejor. En algunos aspectos podemos decir que el ser humano continúa siendo muy primitivo. Y este ser primitivo tiene en sus manos una técnica y unas armas capaces de hacer desaparecer toda vida de la faz de la Tierra.

Es evidente que sólo conociendo la realidad se la puede modificar. El ser humano necesita con urgencia penetrar en el conocimiento de sí mismo para poder superar este abismo. Por ello, todo esfuerzo en este sentido está plenamente justificado. Fernando García Rodríguez (doctor en psiquiatría) se enfrenta a este problema en **EL SISTEMA HUMANO Y SU MENTE** utilizando un fuerte instrumento teórico: la teoría de sistemas y la consideración del cerebro como el más complejo instrumento de tratamiento de la información, y valiéndose de la observación de la mente distorsionada por la enfermedad mental, que proporciona un campo de observación casi experimental.

Este estudio lleva a una nueva y profunda comprensión de las raíces de nuestro entusiasmo por la vida, de nuestra angustia, de papel de las creencias, de los laberintos en los que se pierde nuestra mente, y a ofrecer una perspectiva ilusionante basada en una «instalación» racional en la realidad que permita al ser humano perfeccionarse a sí mismo mediante el conocimiento de su realidad.



GUIA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA PRACTICA MEDICA

Informe del «U.S. Preventive Services Task Force»
589 págs.
P.V.P. 5.830 ptas.

Para muchos de los que trabajamos en atención primaria, la **GUIA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA PRACTICA MEDICA** (Guide to Clinical Preventive Services), a pesar de contar sólo con dos años de existencia, ha servido de instrumento de trabajo, tanto para la consulta diaria como para labores de planificación y programación. Su traducción al castellano, sin duda aumentará su difusión y conocimiento, facilitando el manejo de esta Guía por todos los profesionales del ámbito de la asistencia primaria.

La guía ha sido elaborada por el Grupo Operativo de los Servicios Preventivos de los Estados Unidos con un sólido rigor científico y metodológico. Analiza el resultado de 169 intervenciones para la prevención de 60 diferentes problemas de salud, en cuanto a efectividad y eficacia. Estas intervenciones son en forma de métodos de screening para la detección precoz de la enfermedad en los diferentes grupos de edad, sexo y situaciones de riesgo, consejos para prevención y promoción de la salud, inmunizaciones y quimioprofilaxis.

Destaca el papel fundamental del médico de familia y la enfermera, así como de otros profesionales de atención primaria (internistas, pediatras, ginecólogos, psiquiatras, etc.) en el desempeño de estas actividades preventivas, y señala la consulta de atención primaria como el marco idóneo para llevarlas a cabo.

Enfatiza también la repercusión sobre la morbimortalidad que puede tener una intervención sencilla, cómo aconsejar sobre el consumo de alcohol y la conducción o el uso adecuado del cinturón de seguridad, frente a otras intervenciones complejas, caras y de eficacia no probada.



GUIA PRACTICA DEL MEDICO EN ATENCION PRIMARIA

Fernando Lorente Arenas
449 págs.
P.V.P. 3.445 ptas.

Siempre he pensado que al profesional de la

Medicina se le enseña en su carrera mucha clínica, pero prácticamente nada para que sepa desenvolverse a nivel administrativo.

El médico que ejerce en centros oficiales ha de enfrentarse a dos realidades: el enfermo y la burocracia. Y es pena verse ante situaciones administrativas que pueden tener mucha responsabilidad, a las que hay que dar solución inmediata, pero ante las que el profesional no encuentra fácilmente esa respuesta rápida, al faltarle los conocimientos que no le fueron impartidos en su carrera, o al carecer de un medio rápido de consulta.

Todo ello justifica la publicación de esta **Guía Práctica del Médico de Atención Primaria**, dirigida a todos los médicos que trabajan al servicio del Insalud y basada en las normas administrativas que lo rigen, con la esperanza de que sea el libro de consulta que resuelva los problemas administrativos que pueden presentarse en cualquier momento.

Desde que saliera la Ley General de Sanidad han sido muchas las leyes que se han dictado sobre la Atención Primaria, y aquí se habla de la estructura de un centro de salud, la forma de acceder a dichos centros, traslados, reglamento sobre el funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria y demás.

Pero la parte más ágil de este Manual, y que tal vez sea objeto de mayor número de consultas, es la referente a las Normativas de Régimen Interior. El resultado ha sido fruto de largas horas de trabajo, de consultar año por año todo lo que el Insalud ha sacado en forma de normas, cartas circulares, etc.

Aquí podremos consultar los trámites de una ILT, lo que se precisa para atender un accidente de trabajo, las competencias del Médico General y las del Especialista, los visados de inspección, recetas, traslado de ambulancia, oxigenoterapia a domicilio, significado de los símbolos del envase farmacéutico, retribuciones, vacaciones, etc.

Ediciones DIAZ DE SANTOS, S.A.

**c/. Juan Bravo, 3º A
28006 Madrid**

Telf.: (91) 431 24 82

Fax: (91) 575 55 63



**Ilustre Colegio Oficial
de Enfermería**



CAUDAL
SEGUROS
GRUPO ZURICH

SEGURO DE AUTOMOVILES



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

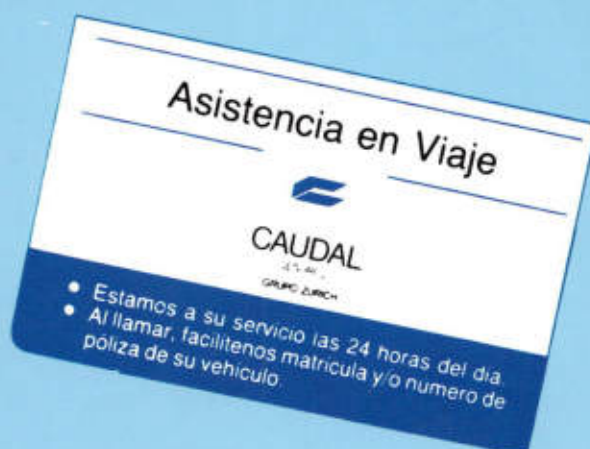
Se tiene derecho con ella:

Desde el Km. 0

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

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

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



PRECIOS MUY ESPECIALES PARA LOS COLEGIADOS DE SEVILLA

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

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

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

XX CONGRESO CUADRIENAL DEL C. I. E.



Unidad Para la Calidad

Organiza: Consejo General de Enfermería (ESPAÑA)

MADRID 20-25 JUNIO 1993