



HYGIA

Revista Científica
del Colegio de
Enfermería de Sevilla



- **ENFERMERIA MILITAR EN EL CONFLICTO DE LOS BALCANES**
- **ASISTENCIA OBSTETRICA A EMBARAZADAS TOXICOMANAS**
- **LA ANGUSTIA DEL PACIENTE POST-INFARTADO**

SI SUMA BIEN LE DAMOS UN DIEZ.

CUENTA

6C

La nueva Cuenta 6C le ofrece hasta el 6,10% de interés anual T.A.E., desde la primera peseta, por un saldo medio mínimo mensual de Pts. 200.000 (*).

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

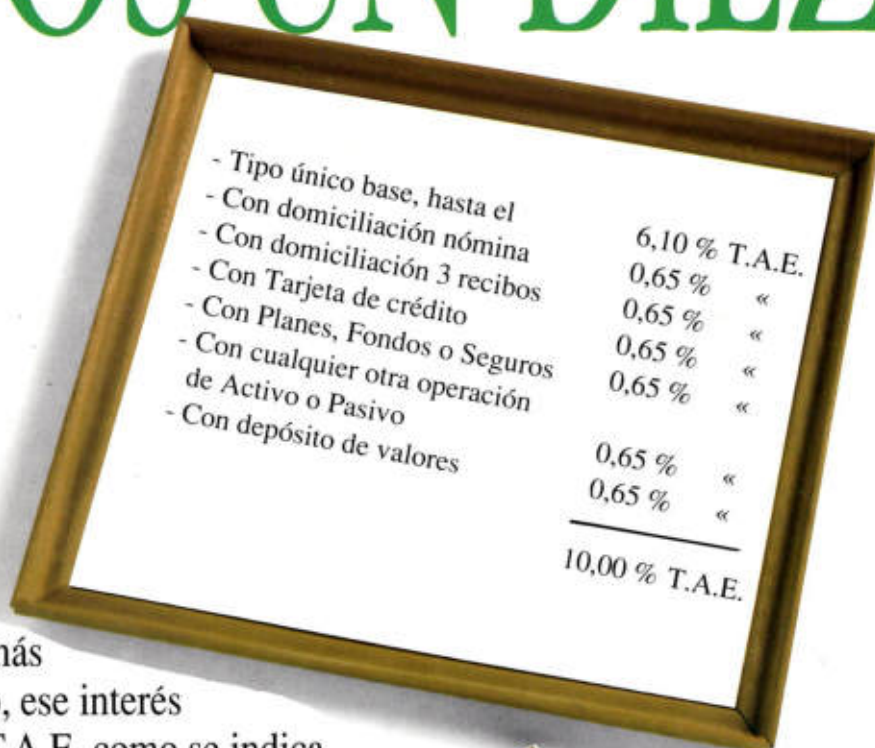
Así Vd. puede ganar un elevado interés con el mínimo saldo.

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

Ejemplos de T.A.E.:

Importe	(*) Para el tipo único base	(**) Utilizando todos los productos y servicios reflejados
200.000 ptas.	5,46%	9,34%
1.000.000 ptas.	5,98%	9,87%
5.000.000 ptas.	6,08%	9,98%
20.000.000 ptas.	6,10%	10,00%

SalDOS medios mensuales inferiores a 200.000 ptas. sin remunerar.



- Tipo único base, hasta el	6,10 % T.A.E.
- Con domiciliación nómina	0,65 % «
- Con domiciliación 3 recibos	0,65 % «
- Con Tarjeta de crédito	0,65 % «
- Con Planes, Fondos o Seguros	0,65 % «
- Con cualquier otra operación de Activo o Pasivo	0,65 % «
- Con depósito de valores	0,65 % «
	10,00 % T.A.E.

R.B.E. n.º 436/91

Llámenos gratuitamente al 900 125 125



BANCO DEL COMERCIO

Para una clase de vida.

DIRECCIONES DE ENFERMERIA: SI, PERO CON TODO EL RIGOR

De un tiempo a esta parte, empiezan a oírse voces, casi «ruidos», que hablan y no paran acerca de la figura del Director de Enfermería de nuestros Centros Sanitarios. Son opiniones las que se dejan escuchar que, en la mayoría de las veces, no dejan en situación estable lo que en su momento, fue indudable conquista para el colectivo de la Enfermería en este país. Y como quiera que no pretendemos rehuir tan importante asunto, por ser el referente de toda la profesión en su ámbito laboral, nada mejor que dejar sentado nuestro parecer ahora que es el tiempo de fomentar criterios y opiniones que ayuden a consolidar algo que todos queremos y apoyamos: las Direcciones de Enfermería.

Para cualquier mediano observador de nuestra realidad más cercana se le antojó vital que, un buen día, hace años, llegará a publicarse un decreto por el que se consagraba la figura del Director/a de Enfermería como una conquista largo tiempo anhelada. No será necesario insistir en la trascendencia de aquel paso: que los centros de trabajo se estructurasen bajo diferentes Direcciones y una de ellas fuera la relativa a Enfermería significaba por fin, algo así como la madurez de nuestra profesión a la hora de estar representados en todos los órganos de decisión dentro de Hospitales y Centros de trabajo.

Por eso, que ahora salgan intereses opuestos a esta figura del director/a de Enfermería es algo que deja en evidencia algunas cosas. Por ejemplo: que existe una «ofensiva» perfectamente calculada procedente de determinadas áreas de actuación para rebajar algo que fue ganado y logrado a pulso después de décadas y décadas de esfuerzo. Y algo más: que en esta parcela no podemos sino actuar con clara beligerancia por cuanto ceder sería equivalente a renunciar a cotas inexcusables si queremos hablar de una Profesión moderna y con capacidades cara al año 2000.

Pero, ahora bien, todo lo dicho, nuestro total apoyo a lo que es y representa la Dirección de Enfermería en España, no nos debe ocultar otras consideraciones que, en puro ejercicio de autocrítica y honestidad profesional, debemos también aflorar en esta Editorial para que no se nos pueda acusar de defender aspectos más o menos restringidos o elitistas de la actividad que ejercen -ejercemos- miles de profesionales.

Queremos decir que, junto a nuestro total apoyo a la existencia de una Dirección que constituye la cúpula de la Enfermería, todos debemos exigir que quienes aspiren -o ya detenten- esa enorme responsabilidad deben ser, precisamente por lo mismo, quienes tengan méritos y capacidades para saber estar a la altura que demanda una Dirección.

Dicho en otras palabras: una Dirección de Enfermería en la hora actual ha de ser un órgano profesionalizado y formado al máximo, capaz de responder a las exigencias de la actual Sanidad, merecedor de representar a cientos y miles de profesionales cada día más preocupados por su prestigio profesional, experto en la cultura de la negociación y el diálogo, expectantes ante lo que la propia Sociedad cree pueden ofrecer y, en definitiva, conscientes de que el cambio desde las antiguas Jefaturas al de Dirección de Enfermería por expresarlo gráficamente es algo más que un simple modo de rotular el despacho donde se controla la actividad de nuestro colectivo.

En este camino, el Colegio de Sevilla apuesta y apostará en la medida de sus fuerzas para mantener y consolidar las Direcciones y lo demostramos con hechos concretos: hace pocas fechas nuestra sede fue escenario, a instancia de ellos, de una reunión de Directores de Enfermería de distintos centros y provincias de Andalucía con el propósito de crear una Gestora que aglutine a dichos profesionales en una Asociación necesaria para articular los legítimos derechos de sus asociados pensando en el interés superior de la Profesión.

El Colegio de Enfermería de Sevilla, en definitiva, apuesta más que nunca por la potenciación de esas Direcciones como forma y símbolo de progreso profesional. Con un único condicionante: que sus titulares sean merecedores de ser la cúpula, el primer referente, la punta de lanza de nuestra profesión. Porque si cumplen y acumulan prestigio, será para sí mismos y, lo que es más importante, para el global de la Enfermería, donde todos estamos reflejados.

HYGIA

EDITA:

Colegio Oficial
de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR:

José M^º Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

Miguel Angel Alcántara González
M^º Dolores Ruiz Fernández

JEFE DE REDACCION:

Vicente Villa García-Noblejas

CONSEJO DE REDACCION:

Carmelo Gallardo Moraleda
Juan Vicente Romero Lluch
Amelia Lerma Soriano
Antonio Hernández Díaz
Alejandro A. García Nieto
Alfonso Alvarez González
M.º Carmen Fernández Zamudio
Hipólito Gallardo Reyes

IMPRIME:

DIRECTGRAF, S.L. (Sevilla)



Tirada: 8.200 ejemplares

Depósito Legal: SE-470-1987

FOTOCOMPOSICION:

FOTOTEC, S.L. (Sevilla)

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

Sumario

- EDITORIAL.....	3
- SUMARIO	4
- DIETETICA, ACTIVIDAD, HABITOS HIGIENICOS Y SEXUALES TRAS LA CIRUGIA CARDIACA. AUTOCONTROL DE LOS PACIENTES	5
- PREMIO NOBEL.....	14
- ENFERMERIA MILITAR EN EL CONFLICTO DE LOS BALCANES.....	15
- ASISTENCIA OBSTETRICIA A EMBARAZADAS TOXICOMANAS	20
- CONCURSO FOTOGRAFICO N ^º 23	26
- INCONTINENCIA URINARIA.....	28
- LA ANGUSTIA DEL PACIENTE POST-INFARTADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS: NIVELES Y CAUSAS	33
- GRANDES DE ENFERMERIA.....	39
- NORMATIVA DE PRESENTACION DE TRABAJOS PARA SU PUBLICACION EN LA REVISTA HYGIA.....	41
- NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS.....	34

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.



Autor: **Luis Valderrama Bernal.**
Título: «Balcón Andaluz».

DIETETICA, ACTIVIDAD, HABITOS HIGIENICOS Y SEXUALES, TRAS LA CIRUGIA CARDIACA. AUTOCONTROL DE LOS PACIENTES

Autor: **D. Juan José Gálvez Bermúdez**
Enfermero del H.U.V. Macarena (Sevilla)



Conocer el contenido de **COLESTEROL** de los alimentos que constituye la dieta habitual de los pacientes coronarios puede ayudar a cambiar sus hábitos alimenticios.

INTRODUCCION

Enormes son los motivos por los que nuestra profesión está cayendo en el desencanto, como reducción de horas lectivas en la carrera profesional, supresión en algunas comunidades de las consultas de enfermería, bajas retribuciones económicas, etc. y, todo ello, causado por un sin fin de intereses económicos y políticos. Sin embargo, cada vez se repiten con más frecuencia los congresos y jornadas; no se cuestiona la utilización del proceso de enfermería y gozamos de bibliotecas y librerías de un amplio espacio para nuestras revistas, libros y publicaciones que cada vez son más numerosas.

Pienso de todas formas que hemos aumentado en gran manera

la calidad de los cuidados al individuo, y espero que ese sea el objetivo primordial de la mayoría de nuestro colectivo.

Es obligatorio e importante hablar de la alimentación, la higiene, la actividad física y la sexualidad, en los pacientes que ya habían pasado por el quirófano de cirugía cardíaca, por una unidad de cuidados postoperatorios y que se encontraban en la unidad de hospitalización pendientes de ser dados de alta.

Describir el día de alta hospitalaria puede resultar muy difícil pues en el paciente se mezcla el nerviosismo, el júbilo, el temor, la desconfianza, la tremenda responsabilidad de enfrentarse de nuevo con problemas, tanto sociales como

económicos; en definitiva despojarse de la «concha» que se colocó cuando ingresó en el hospital y para enfrentarse al mundo exterior.

Muchas son las preguntas que el paciente se plantea y que también nos demanda antes de marcharse a casa: ¿Qué puedo comer? ¿Me puedo duchar? ¿Puedo pasear? ¿Podré alguna vez tener relaciones con mi pareja? ¿Qué es lo que debo saber con respecto a mi enfermedad y cirugía para controlarme? etc.

Intentaré en estas próximas líneas dar respuesta a estas interrogantes.

Siempre el profesional de enfermería tendrá muy presente la «Educación Sanitaria», como intervención social que tiende a modificar consciente y permanentemente el comportamiento relacionado con los problemas de salud, teniendo como objetivo el conocimiento de la salud de sus componentes.

DIETETICA

Antes de comenzar el tema me gustaría concretar una serie de definiciones para aclarar posibles dudas que en este campo pudieran presentarse.

– **Nutrición:** Conjunto de procesos, involuntarios e inconsciente, mediante los que un organismo viviente, utiliza, transporta e incorpora en sus propias estructuras, una serie de sustancias químicas (nutrientes) que recibe del mundo exterior formando parte de los alimentos.

La nutrición obedece a leyes fi-

siológicas y por tanto es poco susceptible de modificarse con las influencias externas.

– **Alimentación:** Serie de actos voluntarios y conscientes que consisten en la elección, preparación e ingestión de alimentos. La alimentación es susceptible de modificarse por la acción e influencia externa de tipo educativo, cultural o económico.

– **Nutrientes o nutrientes:** Son todas las sustancias químicas indispensables para la salud y actividades del organismo.

– **Alimentos:** Es toda sustancia que incorporada o no a un organismo llena una función de nutrición.

– **Dieta:** Régimen o género de vida. Empleo metódico de lo necesario para conservar la vida. Empleo razonado de determinadas sustancias alimenticias en el sujeto sano y en el enfermo.

– **Dietética:** Ciencia y arte de utilizar las dietas y aplicar los principios básicos de la nutrición en los diversos estados de la salud y la enfermedad.

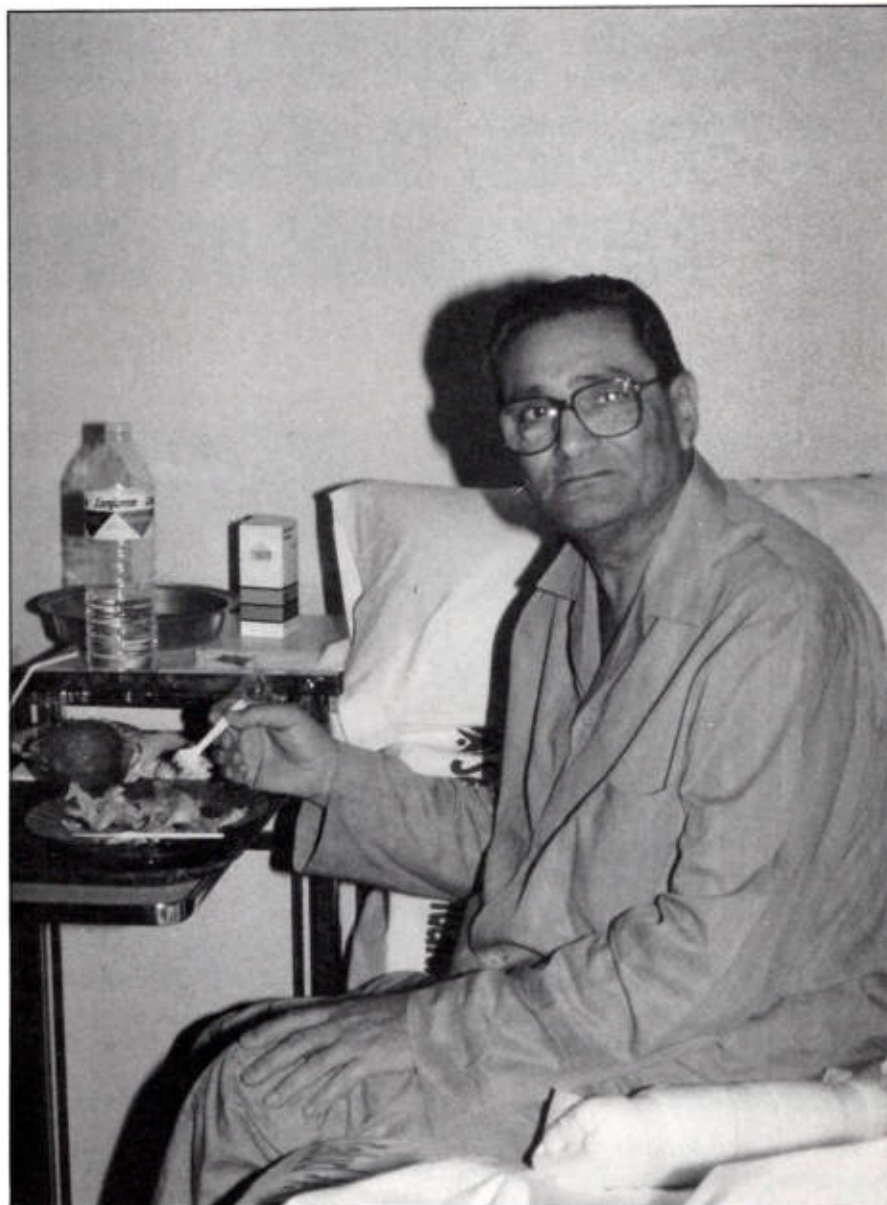
– **Dietoterapia:** Ciencia y arte que se ocupa de dar una alimentación con finalidad terapéutica, ya sea que se utilicen los alimentos para modificar un síndrome fisiopatológico o que se utilicen para la curación de la enfermedad y recuperación del organismo.

Importancia de la comida en nuestra sociedad

Los alimentos y las horas de las comidas tienen en nuestra sociedad una importancia que va mucho más allá de proporcionar nutrientes al organismo. Además de satisfacer una necesidad fisiológica básica, el alimento puede ayudar a satisfacer muchos otros, como aumento de los sentimientos de seguridad, y tiene destacada importancia psicológica, social y cultural en la vida diaria.

Enfermería en la alimentación

La alimentación es tan vital para todos los aspectos de la salud que los enfermeros deben estar bien ca-



La falta de apetito tras la cirugía cardíaca en la unidad de hospitalización es muy frecuente en nuestros pacientes.

pacitados para ayudar a desarrollar y conservar buenas costumbres dietéticas.

El alimento es el combustible con que funciona el cuerpo del hombre. Es necesario para el crecimiento, la conservación de huesos y otros tejidos, y para regular todos los procesos corporales. La cantidad adecuada varía de un individuo a otro, según la edad, sexo, estado físico, estilo de vida, ambiente físico y muchos otros factores. Los nutrientes esenciales son carbohidratos, proteí-

nas, grasas, vitaminas, minerales y agua.

Así, por ejemplo, se piensa que las grasas saturadas (mantequilla, grasa de la carne, etc) son un factor que contribuye a la hipertensión arterial, la arteriosclerosis y otras enfermedad circulatorias.

Factores que afectan el estado nutricional

El estado nutricional de una persona refleja el equilibrio que existe entre los requerimientos de nutrien-

tes y energía del cuerpo y la ingestión real de alimentos. En consecuencia, depende de tres factores principales: las necesidades de nutrientes y energía del individuo, su ingestión de alimento y la eficacia de sus procesos corporales para absorber, almacenar, utilizar y excretar.

Alimentación y la persona enferma

El alimento como fuente de nutrición es de particular importancia en quienes están enfermos. Cualquiera que sea el problema, las necesidades nutricionales de los enfermos suelen ser diferentes de la de los sanos. La falta de ejercicio por enfermedad puede disminuir la necesidad de alimento energético, pero al mismo tiempo, aumentar las de los demás nutrientes para formar tejidos.

El alimento para las personas enfermas es tanto terapéutico como una fuente de placer y nutrición. La mayoría de los pacientes, si no están muy graves, esperan con agrado la hora de la comida, los alimentos les proporcionan diversión en un día, por otra parte, monótono.

Suele ser más aceptable proporcionar a los enfermos comidas pequeñas frecuentes. Es necesario así mismo averiguar los gustos particulares del individuo para encontrar los alimentos que le agradan o desagradan, a fin de estimularlo a que ingiera la cantidad suficientes de nutrientes.

Importante es el ambiente donde se come. La enfermera debe procurar que el paciente no tenga dolor alguno a la hora de la comida, y vigilará el servicio de bandejas en cuanto a preparación y presentación.

Tipos de dietas más comunes para pacientes intervenidos de cirugía cardíaca

1. Normal sin sal o hiposódica. Se pueden comer todo tipo de alimentos, o sea, los mismos que es-

tando sanos, exceptuando la cantidad a añadir de ClNa, que será mínima o nula. Por lo general, no se sirven fritos o muy condimentados, por las dificultades que generalmente tienen muchas personas para diferirlos.

2. Ligera hiposódica. Los alimentos de este régimen se cocinan con sencillez, evitando los fritos, postres ricos y otros con mucha grasa. Poca sal.

3. Blanda sin sal. Especialmente para pacientes con problemas de masticación.

4. Normal sin sal y sin grasas. En especial para pacientes coronarios.

5. Líquida pura, completa y blanda.

6. Anticoagulantes. Para pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales.

Es una dieta donde se debe evitar alimentos ricos en vitamina K, como espinacas, alcachofas, habas, fresas, etc.

Las dietas terapéuticas tienen el objetivo fundamental de satisfacer las necesidades del paciente como ente individual y su composición y propósito varían mucho.

La anorexia

Se ha definido como la pérdida del apetito (que es la sensación agradable de un deseo de comer).

La mayoría de nuestros pacientes, cuando suben de la unidad de cuidados postoperatorios, apenas han comenzado, en la mayoría de los casos, a ingerir una cantidad suficientes de alimentos sólidos. El dolor, la ansiedad, los cambios neuroendocrinos y otros muchos factores hacen que estos pacientes tenga poco apetito; por tanto, es importante hacerles comprender que la alimentación es una de las ayudas imprescindibles en la pronta recuperación de su estado actual.

«En ocasiones es aconsejable proporcionar lo que el paciente nos demande con el objetivo de que comience a ingerir, aunque sea, pequeñas cantidades de alimento».

Cuando uno de estos pacientes pierde el apetito tiene alteraciones viscerales específicas. Suele haber hipofuncionamiento gástrico, disminuye el tono del estómago y la secreción de ácido clorhídrico.

Valoración del estado nutricional por enfermería

1. Datos subjetivos

Para valorar el estado nutricional del individuo, la enfermera necesita conocer todos los factores que afectan el estado nutricional de una persona; incluyen: edad y etapa del desarrollo, sexo, estatura, peso usual, peso actual, costumbres en cuanto a actividades diarias y



Dieta normal sin sal, la más recomendada a nuestros pacientes cardíacos

grado de actividad, patrón usual de alimentación y cualquier alteración reciente del mismo e ingestión actual de alimentos y líquidos, etc.

2. Datos objetivos

Los aspectos de particular importancia que deben examinarse son: estatura, peso, estado del pelo, los ojos, la boca (en especial dientes y mucosas), la piel, la grasa y tejidos musculares subyacentes y los miembros. Debe valorar su aspecto general, ritmo y energía con que lleva a cabo sus actividades y tono emocional general.

Pruebas de laboratorio: Hb, Hto., lones, etc.

Principios importantes para la nutrición

1. Para una salud óptima se requiere una ingestión adecuada de nutrientes esenciales y alimentos energéticos.
2. Las necesidades nutricionales dependen de la edad, sexo, talla, grado y tipos de actividad diaria, secreción de glándulas endocrinas y estado de salud del individuo.
3. Las necesidades nutricionales suelen alterarse durante las enfermedades.
4. El alimento tiene importancia psicológica para las personas.
5. Los hábitos alimentarios se aprenden.
6. Los hábitos alimentarios se relacionan con creencias culturales, religiosas y morales.

En ocasiones es necesario que una persona cambie sus hábitos alimentarios por una enfermedad. Quizás se le indique, como en el caso de nuestros pacientes, que no debe usar más la sal en sus alimentos o se le prescriba una dieta baja en grasas; en estos casos las reacciones pueden ser diferentes.

Una de las razones más comunes para que un paciente no se adhiera a una dieta es que no comprenda por qué es necesaria.



Una dieta sana y equilibrada, lleva al paciente cardiaco a una calidad de vida óptima.

Dieta recomendada a pacientes de cirugía coronaria

Conocer el contenido de colesterol de los alimentos que constituyen la dieta habitual de estos pacientes puede ayudarle a cambiar sus hábitos alimenticios.

Entre los alimentos susceptibles de disminuir su consumo están:

- Las yemas de huevo
- La leche completa
- Las carnes grasas
- Los mariscos
- Consumo de grasas animales, en general.

Aconsejables:

- Vegetales
- Legumbres
- Frutas
- Carnes magras
- Aves (con la excepción de su piel, rica en colesterol)
- Pescados de cualquier tipo, incluido los azules.

Para la condimentación de los alimentos es conveniente utilizar el aceite de oliva, girasol o maíz.

Es aconsejable no superar el consumo de unos 300-400 mg. de colesterol diarios.

Una buena medida para la dieta de estos pacientes es la disminución del consumo de sal, aunque no sean hipertensos, así como una reducción en la ingestión de alcohol y un aumento en la actividad física. Es conveniente saber que las conservas, los alimentos precocinados y los embutidos, entre otros, tiene contenidos elevados de sal.

Consejos para perfeccionar la dieta:

Al confeccionar una dieta es importante no omitir ningún tipo de nutrientes, como proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas, etc.

Es aconsejable en toda la dieta el consumo de pescado, como fuente de proteínas, porque los últimos descubrimientos científicos, demostraron, que contra lo que se pensaba, contiene ciertos elementos que actúan contra la formación de la placa de ateroma. Estos componentes, denominados ácidos grasos saturados omega-3, están presentes especialmente en el pescado azul, aunque no hay que olvidar que éste tiene un mayor índice de calorías que el blanco. Así, los pescados más recomendables para evitar el desarrollo de arteriosclerosis son las sardinas, el atún, la caballa, el sal-

món, la trucha, el pez de espada, etc.

Dieta cardiosaludable de 1.500 calorías

Desayuno: – 200 gr. de leche, sola o añadida de café o malta.

– 50 grs. de pan corriente.
– 200 gr. de fruta fresca, pesada sin cáscara ni piel (ej. albaricoques, mandarinas, pera, manzanas, etc.).

Almuerzo: – 200 gr. de verdura (judías verdes, repollo, acelgas, espinacas, coles de Bruselas, lechugas, espárragos, tomates, pimientos, etc.) rehogadas con dos cucharadas soperas de aceite y aliñadas con vinagre o limón.

– 150 gr. de carne (excepto las muy ricas en grasa)
– 100 gr. de patatas cocidas.
– 25 gr. de pan.
– Una fruta a elegir (de las ya citadas).

Merienda: Igual que el desayuno pero sin pan.

Cena: – 200 gr. de verdura
– 150 gr. de pescado fresco
– 25 gr. de pan corriente
– Una fruta fresca (naranja, manzana, pera o plátano).

NOTA: Dos veces por semana puede sustituirse el plato de carne o pescado por una tortilla francesa de 2 huevos.

En general una dieta para mantener a raya el colesterol puede contener todas las verduras, hortalizas y frutas que se quieran, lo mismo que pescado blanco, siempre que sea hervido o a la plancha. La leche ha de ser descremada y hay que reducir todo tipo de grasas, el pan y, por su puesto, los huevos.

Importancia del potasio en la dieta de nuestros pacientes

El potasio es el principal ión positivo en el líquido intercelular. Resulta vital para todas las actividades celulares que implican fenómenos eléctricos, tales como las contracciones del músculo esquelético cardíaco y la conducción de los impulsos nerviosos.

Alimentos ricos en potasio

Frutas:

Albaricoques crudos, 2-3 de tamaño medio	7,06 mEq/l
Ciruelas pasas, crudas, (5) gr.	7,68
Dátiles secos 3-4	5,78
Plátanos, uno mediano	16,12
Higos crudos, frescos, 2 grandes	4,86
Melocotones secos, crudos 1 grande	28,16
Naranjas, 1 de tamaño medio	9,21
Uvas pasas sin semilla, 2 cucharadas	3,68

Zumos:

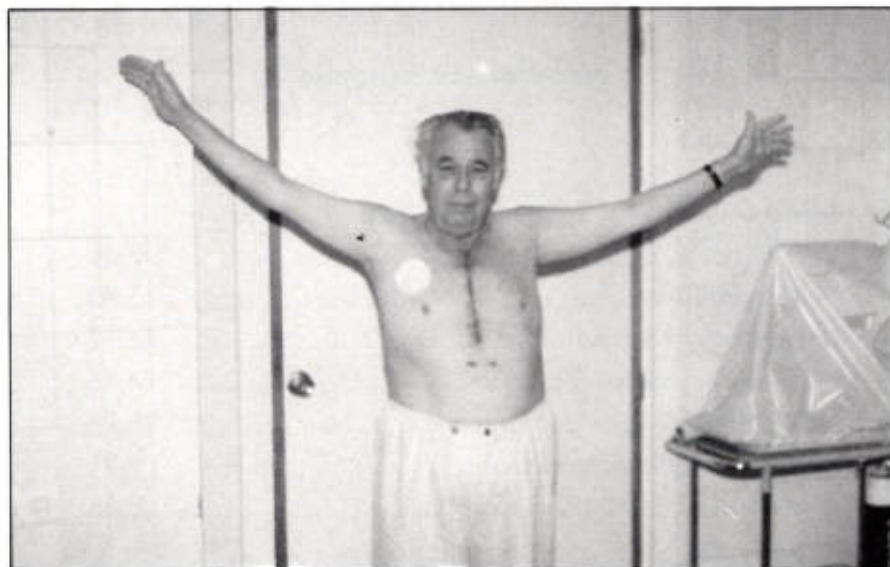
Tomate 1/2 vaso enlatado	7,29
Naranja 1/2 vaso natural.....	5,68

Miscelánea:

Nueces de Brasil, con cáscara, 4 medianas	2,56
Café instantáneo, 2g. seco en 240 ml/agua	6,14



Es aconsejable que el paciente conozca en todo momento el tipo de dieta que le conviene.



Paciente operado de by-pass aorto-coronario que realiza sin dificultad ejercicios físicos moderados.

Las cifras normales de potasio oscilan entre 3,5 y 5 mEq/l.

ACTIVIDAD FÍSICA TRAS LA CIRUGÍA CARDÍACA

Tras la cirugía y pasado el postoperatorio inmediato, cuando el paciente se encuentra en la unidad de hospitalización, enfermería va a cubrir las necesidades del individuo durante su período de dependencia. Antes de realizar cualquier cuidado por él, enfermería ha de ver qué es lo que el paciente podría realizar por sí mismo relativo a su autocuidado; por tanto, la rehabilitación de nuestros pacientes operados comienza incluso antes de su llegada a nuestra unidad, fomentando la independencia del mismo. La realidad nos demuestra que la gran mayoría de nuestros pacientes suben, tras la cirugía cardíaca, sin ningún déficit neurológico o de otra índole, y que en pocos días suelen ser totalmente independientes proporcionándose la ayuda que en ciertas actividades enfermería les pudiera brindar.

La pérdida de la movilidad es muy corta, en la mayoría de los casos de apenas 48 horas en

cama. Es importante señalar que el movimiento es un componente tan esencial de la vida del hombre, que la pérdida permanente de la capacidad para mover alguna parte del cuerpo, es una de las peores tragedias que puede ocurrirle a una persona. La pérdida de la movilidad disminuye el concepto que la persona tiene de sí mismo. Peligra su independencia y las oportunidades de comunicación. Nosotros, como defensores de la actividad, de fomentar la independencia, etc. diremos que el ejercicio aumenta la eficacia del funcionamiento de todos los procesos corporales. Los beneficios fisiológicos, psicológicos y social están demostrados.

En general, a todos nuestros pacientes enfermos les animamos e incentivamos para que día tras día vayan aumentando su capacidad motora. No olvidemos que su corazón ha estado expuesta a una tremenda agresión y que no recuperará su funcionalidad normal hasta pasado un tiempo.

Comenzaremos, en el caso de que el paciente esté aún en la cama, por algunos pequeños y ligeros ejercicios de las extremidades

superiores, levantando pequeños pesos o haciendo algún tipo de ejercicio con los brazos, gradual y progresivamente. Fomentaremos el levantamiento de la cama lo más pronto posible, ayudándole al principio, pues pueden sufrir vértigos o mareos y comenzaremos con paseos cortos en la habitación aumentándolos progresivamente, siempre teniendo en cuenta las capacidades del individuo y las características del mismo (edad, sexo, déficit neurológico, etc.).

CONSEJOS DE ENFERMERÍA SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA

a) Convalecencia postquirúrgica y enseñanza al enfermo

Durante el período de convalecencia es necesario comentar con detalle los planes a largo plazo en el tratamiento del enfermo. Es aconsejable no dar toda la información el último día de hospitalización, pues ese día estará muy nervioso y excitado para escuchar todo lo referente a su vida en casa.

El paciente que sufrió una gran destrucción en su actividad antes de la operación por su estado cardíaco, a menudo necesita mayor estímulo y apoyo emocional en esta etapa. Siente temor de hacer actividades que antes exacerbaban sus síntomas.

Enfermería debe ser firme, pero amable con el enfermo, para que él pueda poco a poco abandonar su dependencia del personal sanitario y depender progresivamente de sí mismo. Si no se hace esta medida en tanto el sujeto esté hospitalizado, él puede continuar empleando su enfermedad como herramienta para manipular a los demás.

Un complemento necesario para la asistencia del enfermo es suministrar pautas de acción, de preferencia escrita, que pueda comprender y seguir en su hogar.

El individuo cuando se va de alta debe estar preparado para afrontar ciertas tareas o actividades por sí solo, que ya en su domicilio irá in-

crecientemente paulatinamente hasta poder alcanzar la calidad de vida deseada, que es lo que con más entusiasmo pretendemos.

b) Consejos al alta

• Convalecencia en casa

1. Su organismo es el mejor juez sobre qué cosas puede o no hacer.

2. El período de recuperación variará considerablemente, dependiendo del individuo y del tipo de intervención. Por tanto, use el sentido común mientras intenta nuevos esfuerzos y deje a su cuerpo ser su guía.

3. Habitualmente, durante su primera semana de estancia en casa los niveles de su actividad serán bajos. La cantidad de actividad física que podrá realizar en el mes o los dos meses siguientes al alta del hospital, variarán del estado de su corazón antes de la intervención, del tipo de cirugía y de su capacidad individual de recuperación.

4. Los primeros días de actividad moderada.

5. No realizar actividad tras las comidas (que no deben ser copiosas). Por ejemplo, haga cuatro comidas pequeñas al día, coma lentamente y mastique bien.

6. El paseo es el mejor de los ejercicios. Deberá comenzar con paseos cortos, cuatro veces al día, e ir aumentando gradualmente la distancia, de manera que, al final del primer mes de estancia en su casa, sea capaz de pasear unos tres kilómetros dos veces al día.

7. Comience subiendo 3 ó 4 escalones diarios y vaya aumentándolos progresivamente. No llegue al cansancio; pero si se presentan signos de disnea o dolor y consúltelo con el personal sanitario que corresponda.

8. Si usted no ha realizado nunca ningún ejercicio y desea hacerlo, es recomendable empezar con diferentes ejercicios de gimnasia, acompañado de música (por ejemplo el aeróbic), además acompañará a estos ejercicios con descansos prolongados.

9. Si usted desea una actividad más pasiva, son muy aconsejables los masajes, ya que son excelentes como método de relajación, actúan sobre la circulación, especialmente la venosa hacia el corazón, y favorecen la eliminación de los desechos, disminuyendo la tensión y aumentando el porcentaje de oxígeno en los tejidos.

10. Planifique sus actividades:

- Trabajo, descanso, tiempo de diversión.

- Sise siente cansado, pare y descanse.

- Dedique 30 minutos de reposo al menos dos veces al día.

- Duerma de 6 a 8 horas cada noche.

11. Evite situaciones estresantes.

12. No levante peso excesivo, ni utilice la fregona en las primeras semanas.

13. Si no obra bien aumente la actividad física, o tome una dieta rica en residuos. Use laxantes si fuera necesario.

14. No conduzca un coche en las primeras semanas después de la cirugía.

15. Pregunte al personal que le atiende, cuándo podrá pasear en bicicleta, ir de pesca, jugar a la pelota, etc. Podría venirle bien el utilizar el ciclostático y la natación.

16. Cuando le den de alta para el trabajo, comience éste progresivamente.

• Educación sanitaria sobre:

- El ejercicio físico (o el caminar) mejora la capacidad física y hace que el corazón tenga que trabajar menos si no está acostumbrado al mismo. Por tanto, si está acostumbrado al ejercicio, procurará una menor elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, que si no lo estuviera. Tendrá mayor tolerancia al esfuerzo. Disminuirá el ritmo de trombosis. Mejorará la capacidad pulmonar. Disminuirá la necesidad de insulina en el caso de ser diabético. Disminuirá la ansiedad, el temor y la depresión. Será una fuente

de distracción que le evitará el comer en exceso y le ayudará a dejar de fumar.

Es buena: la práctica moderada y rutinaria de ejercicio.

No se aconseja: el ejercicio intenso o violento.

• Ritmo y contracción cardíaca

Después de la cirugía cardíaca, habrá un período de ajuste de las contracciones cardíacas. El corazón está más confinado en el saco que le envuelve (saco pericárdico) de lo que estuvo antes de la cirugía, así pues usted notará algunas sensaciones de empuje o bamboleo en su pecho, se dará más cuenta de sus latidos cardíacos que antes de la cirugía. Notará que los latidos son también más rápidos.

El hueso del esternón necesitará unas seis semanas o más para solidificar y cicatrizar nuevamente y, durante este tiempo, puede que sienta una sensación de chasquido o tableteo. No se asuste.

HABITOS SEXUALES TRAS LA CIRUGIA CARDIACA

En muchas ocasiones olvidamos el terreno de la sexualidad, no dándole importancia o minimizándolo. Muchos pacientes operados dudan sobre el reinicio de las relaciones sexuales y sobre su capacidad para ellas.

La prioridad de enfermería en este aspecto consiste en proporcionar información al paciente y pareja sobre la reanudación de la actividad sexual.

1.- Obtener una historia sexual, incluyendo incidencia de dolor torácico o disnea durante o después del coito, o de los juegos preliminares. Esta historia nos va a proporcionar, los antecedentes (del paciente o pareja) de referencia e identificar problemas sexuales serios.

2.- Animar al paciente y cónyuge a expresar sus temores y ansiedades. Que lo expresen verbalmen-

te. Proporcionarle tiempo para que estén juntos y lo discutan. El cónyuge o la pareja sexual deberían participar junto con el enfermero en estas discusiones con el fin de poder elaborar un plan individualizado. Por tanto el expresar temores y ansiedades puede llegar a identificar temas importantes y brindar una oportunidad para corregir conceptos erróneos.

Algunos enfermos no reanudan su actividad sexual por temor a que le provoque un ataque cardíaco o pueda perjudicar a su corazón, o porque la depresión, en muchas ocasiones, típica de la convalecencia o de los últimos días del hospital haya reducido su libido.

El asesoramiento de la pareja, subrayando el hecho de que una actividad amorosa placentera no tiene por qué culminar forzosamente en el coito, puede ser útil para reducir la ansiedad por el comportamiento «en la cama».

3.- Proporcionar material sobre la cirugía y la reanudación de las actividades sexuales. La información exacta puede aliviar los temores y ansiedades y aclarar los conceptos erróneos. Proporcionar material escrito evitará malas interpretaciones y puede aumentar la probabilidad de reanudación de la actividad sexual.

4.- Informar al paciente que algunos medicamentos pueden causar impotencia en el varón o disminuir la libido.

El conocimiento por parte del paciente de las posibles causas farmacológicas de la disfunción sexual ayuda a disminuir la ansiedad. Algunos de los medicamentos comúnmente usados que tienen estos efectos con los antihipertensivos (como la Metildopa, reserpina, Guanetidina y clonidina); diuréticos (como la espirolactona y la Hidroclorotiacida) y los bloqueadores (como el Propanolol y el nadolol).

5.- Discutir formas de disminuir los efectos de la actividad sexual sobre el sistema cardiovascular, por

ejemplo medicamentos y posiciones. Puede prescribirse el uso de cafinitrina u otro vaso dilatador antes del coito, para reducir la carga de trabajo cardíaco.

Algunas posiciones requieren menos trabajo miocárdico que otras.

6.- Remarcar que debería evitarse la actividad sexual después de comidas copiosas o ingesta de alcohol excesiva, con temperaturas extremas y bajo condiciones de fatiga o aumento del estrés.

La digestión de una comida abundante requiere un aumento de flujo sanguíneo esplénico y, por tanto, aumenta la carga de trabajo cardíaco. En bajas dosis, el alcohol aumenta la frecuencia y gasto cardíaco; en dosis más altas, el alcohol causa depresión miocárdica y la correspondiente reducción de la frecuencia y gasto cardíaco. El estrés provoca la liberación de catecolaminas, aumentando así la carga de trabajo cardíaco y la demanda de oxígeno.

7.- Comenzar la actividad sexual cuando haya alcanzado unos niveles de actividad física equivalentes en otros ejercicios.

8.- Enseñarle los síntomas que debería poner en conocimiento del médico o personal de enfermería, si ocurrieran durante los juegos eróticos o el coito, particularmente aumento de la frecuencia cardíaca y respiraciones que persistan más de diez minutos después de la actividad, fatiga extrema al día siguiente de la actividad sexual y dolor torácico durante el coito. Estos síntomas pueden indicar que la actividad es demasiado extenuadora y que el aumento de la demanda de oxígeno al miocardio no ha sido cubierta.

9.- Conviene advertir a los pacientes que no es aconsejable que mantengan relaciones con parejas distintas ni busquen nuevas sensaciones sexuales, pues les podría generar una ansiedad excesiva. Sentirse cómodo en el entorno y con la pareja elimina una ansiedad

y restablece la confianza en uno mismo.

HABITOS HIGIENICOS TRAS LA CIRUGIA CARDIACA

Higiene: Es la ciencia de la salud y su conservación. El término también se refiere a las prácticas que conducen a una buena salud. La buena higiene personal es importante para la salud general de una persona.

Además, higiene suele significar las medidas que toma una persona para conservar su piel y apéndices (pelo, uñas de los dedos de manos y pies) y dientes y boca limpios en buen estado.

La piel sana, sin alteraciones, es la primera línea de defensa del cuerpo, contra infecciones y lesiones de los tejidos subyacentes.

En personas enfermas está disminuida la resistencia a infecciones. Ayudarlos a conservarse limpios eliminando sus excreciones, la suciedad y las secreciones, se suprimen muchas sustancias en que proliferan estos gérmenes. Además las medidas de higiene ayudan a que los pacientes se sientan más cómodos y relajados.

Por tanto a los pacientes operados de cirugía cardíaca le recomendaremos buenos hábitos higiénicos, haciendo hincapié en aquellos, portadores de prótesis valvulares o con endocarditis, donde extremaremos los mismos. También remarcaremos que extremen el cuidado con la ingestión de leche de cabra por la posibilidad de la fiebre de malta.

La salud de la piel y mucosas depende mucho de la nutrición, la ingestión de líquidos y el ejercicio adecuado.

Especial atención con la higiene bucal. Es importante evitar infecciones bucales y mantener una boca sana. Habrá que extremar los cuidados de higiene en las extracciones dentarias y en los pacientes que estén anticoagulados.



Enfermería olvida en muchas ocasiones el terreno de la SEXUALIDAD en nuestros pacientes operados, no dándole importancia

Extremar las medidas de asepsia en todas las manipulaciones que vayamos a realizar en estos enfermos como sondajes vesicales, aplicación de tratamientos parenterales, etc.

AUTOCONTROL DE LOS PACIENTES OPERADOS DE CIRUGIA CARDIACA

Es importante que el paciente conozca algunos signos y síntomas de su enfermedad y que tenga información suficiente para poder llevar a cabo parte del control de la misma.

En este tema sólo vamos a tratar sobre la medicación, la dieta (ya comentada anteriormente), los pacientes con tratamientos anticoagulantes y lo que el paciente debe saber sobre el pulso.

Pulso. En muchas ocasiones el mismo paciente tendrá que autocontrolarse; para ello le daremos la información necesaria.

Ejemplo: el fármaco que está usted tomando puede requerir un período de ajuste de su dosis (como la digoxina o el sumial); para ayudar a su médico a deter-

minarlo, usted mismo debe registrar la frecuencia y el ritmo de su pulso antes de tomar la dosis prescrita.

¿Cómo debe tomarse el pulso?

1.- Utilice un reloj de pulsera con segundero y sitúelo donde pueda observarlo fácilmente.

2.- Coloque la yema de los dedos sobre su muñeca opuesta, en el surco situado inmediatamente por debajo de la base del pulgar.

3.- Presione ligeramente, desplazando sus yemas hasta que sienta el latido.

4.- Con las yemas (nunca con el pulgar), cuente los latidos durante un minuto. Observe si es regular o irregular. Anote la frecuencia y el ritmo.

En cuanto a la anticoagulación lo remitiremos al servicio de hematología donde el paciente va a ser controlado y donde le proporcionan información escrita de todo lo que debe saber.

Llevará un control exhaustivo de la medicación prescrita por su médico anotando cantidad y horario de la misma que deberá respetar diariamente; así como observar signos o síntomas que pudieran presentarse tras la ingestión de ciertos fármacos.

Sería recomendable que el paciente se pesara y anotara la cantidad de orina si se observa edemas maleolares en miembros inferiores.

BIBLIOGRAFIA

- *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica*. L.S. Brunner, D.S. Suddarth (1987).
- *Alimentación y Dietoterapia*. P. Cervera; F. Clapes y R. Rigolfas (1987).
- *Planes de Cuidados de Enfermería Médico-Quirúrgica*. Nancy M. Hollo-way (1990).
- *Cuidados de Enfermería en conductas especiales*. Gladys B., Roberta G. Cohen Likpin (1986).

PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1922

OTTO MEYERHOF



El fisiólogo alemán Otto Meyerhof nació en Hannover el 12 de abril de 1884 y murió en Estados Unidos, en Philadelphia, el 6 de octubre de 1951. Inició sus estudios en Berlín, en el Wilherlms-Gymnasium, realizando su formación médica en las Universidades de Friburgo, Berlín y Estrasburgo, y finalmente en la de Heidelberg, donde se gradúa en 1909 con una disertación de tema psiquiátrico. Atraído primero por la psicología médica y la psiquiatría, de aquella inicial polarización de su curiosidad científica quedan, como testimonio, la obra titulada *Beiträge zur psychologischen Theorie der Geistestörungen* y el ensayo *Ueber Goethes Methode der Naturforschung*, textos ambos editados en 1910. Bajo la influencia de Otto Warburg, Meyerhof se orientó al estudio de la fisiología celular; en la época de su estancia en Heidelberg trabajó en física química. En Nápoles realizó estudios de zoología. Su labor docente la inicia Meyerhof en 1913, en la Universidad de Kiel, donde fue nombrado en 1918 profesor titular de Fisiología, y en

1922, profesor de fisico-química. Dos años más tarde es colocada bajo su dirección la sección de Fisiología del Instituto Kaiser-Wilhelm de Biología (Berlin-Dahlen), y en 1929 dirige el departamento de Fisiología del Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad de Heidelberg.

Obligado a abandonar Alemania, por razones políticas, en 1938, prosigue su quehacer de investigación en el Institut de Biologie Physico-Chimique de París. La invasión de Francia por las tropas alemanas, en 1940, impone a Meyerhof un nuevo exilio, refugiándose ahora en Estados Unidos, donde cumple labor docente y científica en el Department of Physiological Chemistry, de la Universidad de Pennsylvania. En 1948 obtiene la ciudadanía americana.

La actividad científica de Otto Meyerhof, centrada en la indagación de diversos problemas ligados a la fisiología celular, incluye estudios sobre el mecanismo de oxidación celular, química y termodinámica de la contracción muscular y otros problemas rela-

cionados asimismo con el metabolismo del músculo. Suyos, entre otras publicaciones, son los trabajos «Atmung und Anaerobiose des Muskels», «Thermodynamik des Muskels» y «Theorie der Muskelarbeit», los tres incluidos en el tomo octavo del *Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie*, dirigido por A. Bethe y G. Bergmann (Berlín, 1925); al siguiente año publica, en el tomo once del *Handbuch der Physik*, el trabajo «Thermodynamik des Lebensprozesses», y en 1930 la monografía, hoy clásica, *Die Chemischen Vorgänge in Muskel*. En 1924, editada en Philadelphia, aparece su obra *Chemical dynamics of life phenomena*. El descubrimiento de la exacta relación existente entre el consumo de oxígeno y el metabolismo del ácido láctico hizo merecedor a Meyerhof del Premio Nobel de Medicina y Fisiología 1922, que comparte con el fisiólogo británico Archibald Vivian Hill.

Las indagaciones de Otto Meyerhof sobre el papel de los carbohidratos en la actividad muscular y la causa de la fatiga por acumulación de ácido láctico se sitúan, históricamente, en una línea de investigaciones y conquistas científicas que puede decirse tienen su punto de arranque en las iniciales pesquisas de Liebig (1850), Claude Bernard (1857), Du Bois-Reymond (1859) y W. Kühne (1864). La certidumbre en el consumo de glicógeno y glicosa durante la actividad muscular se alcanza tras las pruebas y exámenes realizados por O. Nasse (1869), Ch. S. Minot (1876) y A. Chauveau (1886), a las que han de sumarse la contribución de E. Harless (1860) y la de J. Ranke (1863), el primero en considerar al ácido láctico como la «sustancia de la fatiga». En 1907 W.M. Fletcher y Fr. Hopkins demuestran que la acidificación del músculo es consecuencia de un proceso metabólico anaerobio; las subsiguientes investigaciones de Albrecht Bethe (1911) abren el camino a los logros conquistados por Meyerhof y también a los conseguidos por Archibald Vivian Hill, copartícipe, queda indicado, del Premio Nobel de Medicina 1922.

ENFERMERIA MILITAR EN EL CONFLICTO DE LOS BALCANES

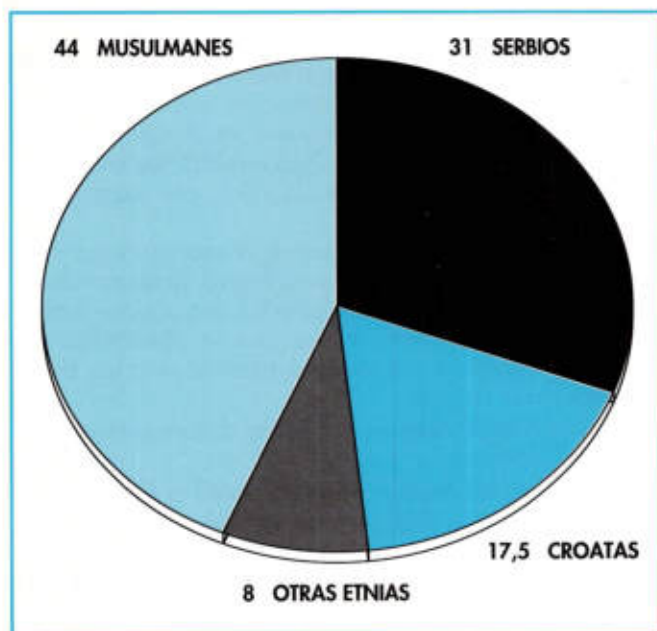
Autores: **D. Juan Prieto Romero, D.E.**
D. Juan Vicente Romero Lluch, D.E.
D. Fernando García Díaz Intensivista
D. Carlos Álvarez Leiva Intensivista
Hospital Militar de Sevilla

1. INTRODUCCION

La antigua Yugoslavia estaba compuesta por seis Repúblicas: Bosnia-Herzegovina, Montenegro, Croacia, Macedonia, Eslovenia y Serbia, que incluía a su vez dos provincias autónomas (Kosovo y Vojvodina).

La República de Bosnia-Herzegovina, limitada por Croacia al Norte y Oeste, al Este limita con Serbia y al Sudeste con Montenegro. Es un país continental, pues sólo tiene veinte kilómetros de franja costera, sin puertos, siendo una región esencialmente montañosa, cuyas alturas sobrepasan los 2.000 metros y con dos zonas climáticas bien distintas, la mediterránea, al Sur, y la continental, al Norte. La población de Bosnia-Herzegovina antes del comienzo del conflicto bélico se estimaba en, aproximadamente, 4.400.000 habitantes.

La región hoy conocida como Bosnia-Herzegovina



BOSNIA-HERZEGOBINA
Configuración étnica (%)

nació en el siglo VIII, como consecuencia del establecimiento en las zonas de colonos serbios. En el siglo X se separó de Serbia y desde entonces ha seguido una historia diferente. Desde este siglo hasta el XV ha vivido continuos conflictos internos. Estuvo bajo la influencia del Imperio Otomano. En el siglo XIX, los campesinos cristianos se levantaron contra la influencia islámica; en 1878, Rusia vence a los turcos, y como consecuencia de ello, Bosnia-Herzegovina consiguió el reconocimiento de gobierno autónomo. En 1908 pasa a formar parte del Imperio Austro-Húngaro. Tras la Primera Guerra Mundial se constituye el reino de Yugoslavia, al cual se adhiere la citada República (1918). En 1948, bajo el mandato del general Tito, se crea la República Socialista Federativa de Yugoslavia. En 1980, tras la muerte del mencionado general, comienza el despertar de los conflictos nacionalistas.

El 15 de octubre de 1991, Bosnia-Herzegovina se declara, asimismo, Estado soberano. El Gobierno español decide el envío de fuerzas, integrándose en Naciones Unidas, para ayuda a la población bosnia. Para el apoyo sanitario a los convoyes de ayuda humanitaria se destaca al EMAT-SUR (Escalón Médico Avanzado del Ejército de Tierra), incorporándose a la Agrupación Táctica Málaga.

A nuestra llegada, en octubre de 1992, nos encontramos una mezcla de conflicto inter-repúblicas (Croacia, Bosnia y Serbia) y guerra civil, persistiendo en la actualidad.

El EMAT-SUR es una unidad sanitaria autónoma, modular y aerotransportada, diseñada específicamente para intervenir en situaciones de catástrofes o en conflictos bélicos de baja intensidad en el ámbito militar.

Desde su creación como tal, en el seno de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Militar de Sevilla, ha realizado diversos despliegues de instrucción, demostraciones y simulacros, así como intervenciones fuera de nuestras fronteras.

La estructura básica se desglosa en tres módulos (Asistencial, Logístico y Transmisiones). Su personal presta servicios polivalentes, dado su reducido número, en favor de una mayor agilidad de maniobra.



Mapa de la zona en el que se aprecia el primer despliegue del batallón español (publicado en la revista Española de Defensa)

Se despliega normalmente con veinte personas, entre médicos, personal de enfermería, logísticos, transmisiones y tropa. Está diseñado para estabilizar y poner en estado de evacuación a veinte bajas graves/día.

Entre la dotación material cuenta con equipos sofisticados de monitorización electrocardiográfica, ventilación mecánica, oxigenoterapia, material de inmovilización, medicación y fluidos suficientes para el soporte vital básico y avanzado.

2. OBJETIVOS

2.1. Dar a conocer la aportación de Enfermería Militar en misiones de ayuda humanitaria, situaciones de catástrofe y/o emergencia.

2.2. Estimular a los profesionales a participar en este tipo de equipos multidisciplinarios.

3. DESARROLLO OPERATIVO

Con fecha 8 de octubre de 1992, el Comandante en Jefe de las Fuerzas de Acción Rápida apoya la partici-

pación del EMAT-SUR en la operación «ALFA-BRAVO» de ayuda humanitaria a la población bosnia.

Para esta misión, el Escalón Médico Avanzado destacó dos unidades de reanimación y estabilización. Como integrantes de este Equipo se designan a dos comandantes de Sanidad Diplomados en Medicina Intensiva y a dos Tenientes A.T.S./D.E. con experiencia en Enfermería Intensiva.

El objetivo general del servicio sanitario ha sido prestar a las fuerzas un apoyo integral, procurando en cualquier circunstancia su bienestar psicofísico, moral, ambiental y de manera específica la aplicación «in situ» de tecnología punta para asistencia a las bajas en situaciones críticas.

Se han coordinado los esfuerzos de cinco elementos sanitarios distintos:

A) Dos células asistenciales del EMAT que han aportado elementos de dirección, planeamiento y ejecución del Servicio Sanitario basado en su experiencia tanto en el campo de la medicina intensiva como sobre el terreno, al ser esta su tercera misión internacional.

B) Un equipo de cirugía general responsable de la activación ininterrumpida de un Puesto Quirúrgico Móvil (P.Q.M.).

C) Tres servicios médicos de batallón encargados de la asistencia primaria de la fuerza.

D) Un equipo de veterinaria responsable de inspección de alimentos, tratamiento y profilaxis ambiental.

E) Un equipo de apoyo al P.Q.M. encargado del mantenimiento de los módulos quirúrgicos.

El desarrollo de la misión tuvo dos fases claramente diferenciadas:

3.1. **Fase de preparación.** Esta tuvo su inicio el día 15 de octubre de 1992, cuando el personal antes citado se incorporó a la base militar «Alvarez de Sotomayor», en Almería, y tuvo una duración aproximada de tres semanas. Durante este periodo, los componentes del EMAT, junto con el resto del servicio sanitario, desarrollan las siguientes actividades:

— Estudio de la maniobra táctica y logística de la misión.

— Diseño del despliegue sanitario más adecuado.

— Instrucción sanitaria a la tropa en técnicas de primeros auxilios y «ayuda al compañero».

— Planificación, coordinación y puesta al día de los equipos sanitarios individuales de los componentes de la Agrupación.

— Profilaxis del contingente con vacunación antitetánica, antitíficas, antihepatitis B, antipoliomielitis y ganmaglobulinas inespecíficas.

— Reconversión de los Blindados Medios sobre Ruedas (B.M.R.), ambulancias, en uvi-móviles.

— Encuesta sanitaria individualizada al contingente sobre su estado de salud, higiene bucodental, consumo de estupefacientes y antecedentes de interés.

3.2. Una segunda **Fase de la Operación** ya en la zona de intervención se desarrolló en tres etapas:

a) Comisión Aposentadora: desde el día 22 de octubre de 1992 al 8 de noviembre de 1992. Al inicio de este periodo, uno de los equipos de estabilización del EMAT-SUR, apoyado por un oficial veterinario y personal de apoyo, se desplazó a la zona de operaciones acompañando a la mencionada operación. Este personal desarrolló una actividad agotadora, siendo sus principales tareas las siguientes:

— Asistencia sanitaria al personal.

— Inspección y control sanitario de los locales de asentamiento elegido: Divulje (Croacia).

— Inspección y control de alimentos y agua.

— Diseño, fabricación y control de letrinas.

— Apoyo sanitario a los convoyes realizados para búsqueda de nuevos asentamientos.

— Asistencia sanitaria al personal civil.

b) En un segundo periodo, que comienza el 8 de noviembre, con la incorporación del resto de la Agrupación, se inicia un primer despliegue del EMAT-SUR, ubicándose cada una de las unidades de estabilización en los extremos del corredor Divulje-Jablanica. La misión fundamental de esta fase fue la cobertura sanitaria mediante la escolta a los convoyes de ayuda humanitaria y la asistencia a la población civil.

c) La última etapa podríamos llamarla de estabiliza-



Material sanitario con el que se equipó a los B.M.R.s. ambulancias.

ción, que se inicia el 2 de diciembre, como consecuencia del nuevo redespliegue táctico de la A.G.T. Málaga. Como consecuencia de ello, el equipo sanitario quedó de la siguiente manera:

• Unidad de reanimación-estabilización A (Zulú Alfa) sobre BMR ambulancia, con base en Jablanica, dando cobertura zonal desde Solekobac hasta la entrada de Mostar.

• Unidad de reanimación-estabilización B (Zulú Bravo), con base en Dracevo, dando cobertura sanitaria al corredor Metkovic hasta Mostar.

En total, se protegía sanitariamente una distancia de 167 kilómetros.

4. EQUIPAMIENTO DE LOS B.M.R.s. AMBULANCIAS

- Respiradores portátiles para ventilación mecánica.
- Botellas de oxígeno con autonomía para dos horas.
- Monitor cardíaco con posibilidad de desfibrilación y marcapasos externos.
- Pantalón antishock.
- Maletín de vía aérea.
- Maletín para R.C.P. avanzada.
- Aspirador neumático.
- Laringoscopio con distintas palas.
- Seis litros de fluidoterapia (cristaloides y colides).
- Manguitos de presión para perfusión.
- Catéteres para vías periféricas y centrales.
- Dos Boxs con medicación diversa.
- Colchón de vacío.
- Férulas neumáticas.
- Collarines cervicales.
- Material para rescate (eslinga con tabla espinal y camillas de tijeras).
- Diverso material fungible.

Para prestar la asistencia médica a los heridos en el punto de impacto, nos desplazábamos con mochilas



Aspecto de civil herido por metralla de una mina contra personal.

equipadas con diverso material de igual tipo que el anteriormente mencionado.

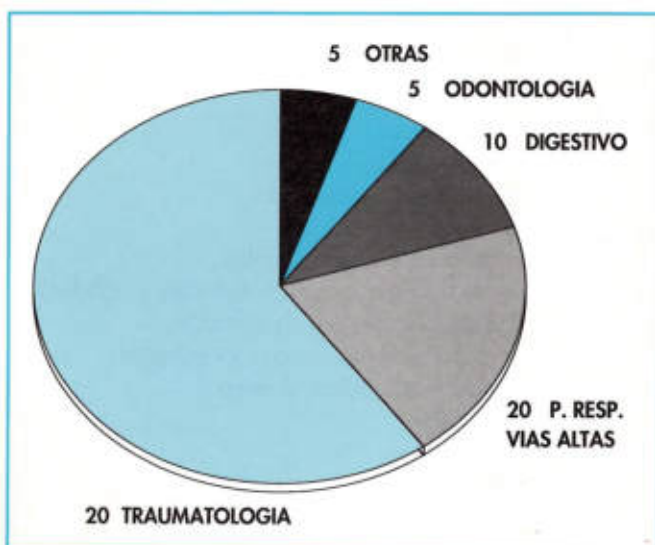
Una vez estabilizados eran trasladados a la uvi-móvil y posteriormente evacuados sobre el punto elegido (P.Q.M. desplegado en la zona de operaciones u hospital civil).

Las transmisiones se realizaban con material propio de emisoras V.H.F. y H.F.

5. CUANTIFICACION DE LOS RESULTADOS

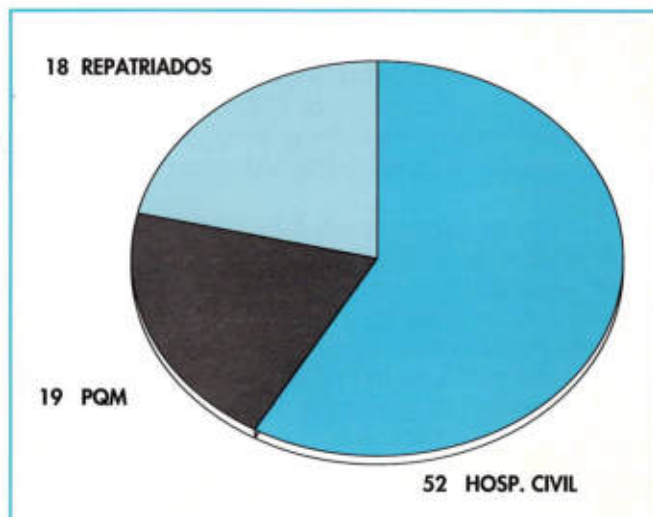
- Días en zona de operaciones: 101.
- Total de asistidos: 5.253.
- Estudios radiológicos: 44.
- Personal civil atendido: 147.
- Pacientes estabilizados y evacuados en B.M.R.: 12.
- Personal formado en R.C.P.: 174.

5.1. ASISTENCIAS POR ESPECIALIDADES



MISION ALFA BRAVO
Asistencias/Especialidades (%)

5.2. DERIVACION DE ASISTIDOS



MISION ALFA BRAVO
Asistencias/Especialidades (%)

6. PROBLEMAS DE LA MISION

Hemos encontrado problemas/limitaciones con mayor o menor importancia en esta misión. Estos han sido debido a los siguientes factores:

• HUMANOS

Como consecuencia del profundo despliegue sanitario y del elevado número de horas (hasta 16 horas/día) transcurridos en el interior de los blindados, se produjo sensación de soledad, que unido al aislamiento familiar prolongado, nos hizo sacar fuerzas de flaqueza para sobreponernos a tan delicada situación.

— Incertidumbre generada por la información sobre la evolución diaria del conflicto, que se traducía en una gran tensión ambiental.



Acompañando a un convoy por el valle del Neretva.



Atendiendo a un herido en el interior de un blindado.

• TERRENO

— Debido a las características orográficas, climatología adversa, barrera idiomática y la lógica escasez de recursos en la zona, hizo más dura nuestra labor.

• MEDIOS

— La limitación de espacio físico en el interior de los blindados dificultaba sobremanera la vigilancia y cuidados de heridos graves.

— La ausencia de al menos un tercer equipo de reanimación-estabilización imposibilitó periodos de descanso rotatorio, con la consiguiente fatiga psicofísica de este personal sanitario.

BIBLIOGRAFIA

— *Diario de operaciones EMAT-SUR. Operación Alfa Bravo.* Octubre, 1992-Febrero, 1993.

— *Bosnia-Herzegovina.* Estado Mayor del Ejército. División de Inteligencia. Septiembre, 1992.

— *El servicio de medicina intensiva en campaña.* Gómez, J., Hernando, A., De Luna, M. Medicina Militar. Vol. 42: 46. 1986.

— *Emergency war surgery.* Unites States Department of Defense. Nato Handbokk. 1st Revision. Washington, DC; Government Printing Office. 1975.

— *Initial management of the critically injured patient.* Prog. Crit. Care Med. Wilden R.J. Vol 1, PP 1-14. Kargev-Basel, 1984.

ASISTENCIA OBSTETRICIA A EMBARAZADAS TOXICOMANAS

Autora: **Dña. Hortensia Criado Rodríguez. Matrona**
Hospital Universitario Virgen Macarena

INTRODUCCION

Aunque en obstetricia se puede considerar tóxico a cualquier agente, medicamentoso o no, administrado a la gestante de forma indiscriminada por sus efectos, muy posibles perjudiciales para el feto, no es este el concepto más universalmente aceptado de toxicomanía. También movidos por la escasa literatura médica que existe, y la necesidad de obtener algunos conceptos claros sobre este problema, es por lo que está llamado a constituir un aspecto importante en el trabajo diario del personal sanitario relacionado con la obstetricia.

La O.M.S. de una forma compleja, define el fármaco-drogo-dependencia como un estado físico y algunas veces también psíquico, resultante de la interacción de un organismo vivo y un medicamento (droga), caracterizándose por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso, una pulsión, a tomar el medicamento de modo continuo a periódico, a fin de reencontrar los efectos psíquicos y algunas veces evitar la enfermedad de privación.

Según la O.M.S. deja resumidos los efectos que las diferentes drogas causan sobre los distintos aspectos que en ellas se contemplan.

Conviene decir de paso, los efectos perjudiciales, atribuibles al alcohol, que aunque la O.M.S. no lo considera como droga pero sí como hábito, en lugar de una «adicción o toxicomanía», es indudable que el alcohol tiene efectos negativos sobre el individuo, equiparables

a la más perjudicial de las drogas oficiales.

HISTORIA Y EPIDEMIOLOGIA. ASPECTOS SOCIOCULTURALES

Aunque la toxicomanía ha estado presente en el mundo oriental en todas las épocas, Occidente ha permanecido apartado de este problema hasta el siglo XIX en que hacen su aparición el opio y hachís.

Es en mayo de 1958 cuando en Occidente se abre un período de crisis global con gran incidencia en la población juvenil que inicia movimientos de rechazo y contestación a la sociedad establecida, y en los que se incluye el uso de las drogas psicoactivas.

A pesar de que este problema es muy desigual en su incidencia según el país a considerar, si sabe-

mos que en el nuestro se ha notado esta influencia.

Cataluña, 1981: 10.000 drogadictos

Encuestas, 1982: 0,2% pobl. general y 0,2% comprendida entre 16-24 años era adicta a drogas por vía parenteral.

El problema de la inadaptación personal, acompañado o no de un trastorno psíquico previo, queda momentáneamente solucionado al sumergirse en el mundo del bienestar ofrecido por la heroína.

Esta luna de miel durará poco tiempo, ya que, el rápido desarrollo de tolerancia frente a la euforia, hará que en pocos meses, el adicto viva únicamente con la finalidad de picarse para no sentir los sufrimientos muchas veces mitificados y sobrealvalorados en su ambiente, que acompañan a la abstinencia.



Colocación de la paciente y atención parto.

CLASIFICACION DE LAS DROGAS

	Tipo de Dependencia	Compulsión	Tolerancia	Dependencia Psíquica	Dependencia Física	Síndrome de Abstinencia	E. Nocivo	Peligro Social	Clase de Dependencia
Dependencia Considerada por la O.M.S.	Morfinico	++	++	++	++	++	Indirecto	+	Adicción o toxicomanía
	Barbitúricos	+	+	+	++	++	Indirecto y directo	+	
	Cocaínico	++	o	++	o	o		++	
	Anfetaminico	+	+	+	o		Directos	+	
	Canábico	+	+	+	o	o	Directos	+	
No considerada por la O.M.S.	Alcohólico	++	+	++	+	+	Indirecto y directo	++	Habitación
	Nicotínico	o	+	+	o	o	Directos	o	
	Cafeínico	o	+	+	o	o	Directos	o	

Para suplir la falta ocasional de heroína se suele recurrir a la politoxicomanía (barbitúricos, alcohol, cocaína, tranquilizantes menores, etc.) la cual se debe tener en cuenta al asistir en un cuadro agudo por sobredosis.

Al hablar de drogas, siempre nos referimos a las ilegales, y omitimos hablar de la droga de la que se abusa más, y tanto más peligrosa que las declaradas ilegales, como es el alcohol. Ya que el alcohol no solo es legal, sino que además, está bien visto.

Pues España es el cuarto país mundial en cuanto a consumo de alcohol, después de Francia, Italia y Portugal.

No podemos olvidarnos del tabaco y su agresión hacia la mujer embarazada.

Pero en realidad nuestro tema es el problema de la toxicomanía sobre la gestación y el parto, y cual sería la actitud de la matrona ante este fenómeno tan actual y nefasto de nuestra sociedad.

TOXICOMANIAS Y EMBARAZO

El efecto más importante que el abuso de las drogas ejerce sobre el embarazo es el compromiso del estado de salud general de la madre, dado por la malnutrición,

asistencia prenatal deficiente, coincidencia de enfermedades infecciosas y grave stress psicosocial o toxicidad por sobredosis deliberadas o a veces accidentales.

Todo ello conlleva además el desarrollo muy frecuente de politoxicomanías, arrastrando la muy difícil relación con estas personas, para llegar a resolver problemas diagnósticos y terapéuticos.

Así viendo todos estos factores y más, hacen que el embarazo de una toxicómana sea un embarazo de alto riesgo.

Por lo tanto se puede distinguir los efectos de estas drogas sobre:

- A) El embarazo
- B) El parto y puerperio
- C) El recién nacido

HEROINA

a) Efectos sobre el embarazo

- Mucho más tardía y peor la vigilancia prenatal.
- Incrementa el número de abortos.

- Mayor número de prematuros.

Hasta ahora el tratamiento será beta-bloqueantes, pero con precaución y bajo monitorización de E.K.G., pues en heroínómanas está aumentado el riesgo de trastornos del ritmo cardíaco.

- Mayor número de C.I.R. (ver

estadística actual, en el año 1984 era 32-40%), ya que tiene otros tóxicos asociados como el tabaco y el alcohol.

- Anemia (30%).
- Mayor número de embarazos múltiples.
- Una patología médica asociada:

+ Infecciones:

- Venéreas
- Hepatitis tipo B
- Celulitis, abscesos
- Tromboflebitis sépticas
- Endocarditis bacteriana
- Artritis y osteomielitis sépticas
- Tétanos
- Mielitis transversa
- Síndromes febriles

+ Edema agudo de pulmón.

+ Distensión y dolor cólico abdominal.

+ Alteraciones analíticas (disminución ACTH, aumento de ADH, linfocitosis, hipergammaglobulinemias, serologías falsamente positivas (VDRL), aumento del test de tolerancia a la glucosa.

+ Cambios fisiobiológicos (bradipnea, miosis prolongación del espacio QT en el E.C.G., estreñimiento, hipoforia e hipocondria).

- Síndrome de abstinencias y sobredosis.

B) Efectos sobre el recién nacido (heroína)



Corte del cordón y expulsión de la placenta.

- En general está aumentada la mortalidad perinatal.
- Bajo peso.
- Síndrome de abstinencia: Puede ocurrir «in útero», se presenta en el 60-90% de los R.N. de madre heroinómana. Sin tratamiento puede llegar a ser muy grave, muriendo el 90% de los R.N.
- Síndrome de distress respiratorio: Aunque los autores no se ponen de acuerdo en este aspecto, la mayoría opinan que estos R.N. presentan menor incidencia de distress respiratorio que los de la población general.
- Menor incidencia de hiperbilirrubinemias neonatales.
- Lúes congénita.
- Hepatitis viral.

METADONA

Es un opiáceo sintético, que se suele administrar por vía oral, por la cual la gestante adicta a la metadona se encuentra menos expuesta a las complicaciones infecciosas como ocurre con la heroína, al no utilizar la vía parenteral.

Efectos sobre el recién nacido (metadona)

- Bajo peso al nacer.
- Síndrome de abstinencia, parecido a la de la heroína, pero aquí

el síndrome es más prolongado y con mayor incidencia de convulsiones, aunque parece ser de más fácil tratamiento.

ALUCINOGENOS (L.S.D.)

- En estadística provoca un mayor número de abortos.
- Aunque se le ha puntualizado

un papel teratogénico no está muy claro, y nunca se ha comprobado que así sea, por lo menos en consumidoras de L.S.D. puro.

ANFETAMINAS

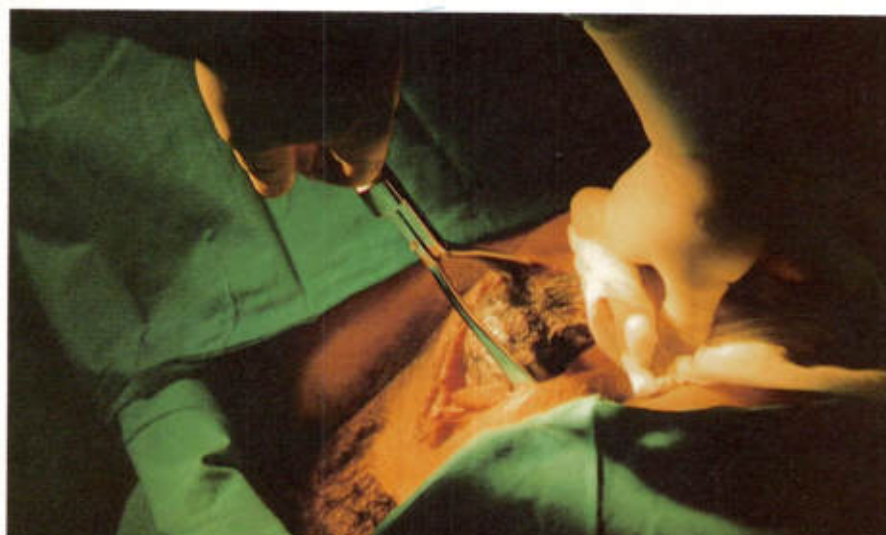
- Se han detectado vasculitis secundarios a su administración intravenosa.
- Mayor incidencia de partos prematuros (20%).
- Mayor frecuencia de hemorragias post parto (15,9%).
- Mayor mortalidad perinatal (5,6%).
- Síndrome de abstinencia en el R.N. que se caracteriza por letargo marcado y depresión, por lo que la alimentación será por sonda nasogástrica.
- Como malformaciones asociadas se puede añadir el labio leporino, la atresia de vías biliares y ciertas cardiopatías congénitas.

BARBITURICOS

Cuando la dosis es elevada (toxicomanía) existe riesgo de grave síndrome de abstinencia materno



R.N. con los elementos necesarios para sus primeros cuidados.



Distintas fases del parto.

(que a diferencia con el de los opiáceos puede llegar a ser mortal).

También hay una abstinencia neonatal (parecido o similar al de los opiáceos pero más tardío y lento en desaparecer).

SUSTANCIAS VOLATILES

Con el abuso de solventes orgánicos, hay descritos casos de malformaciones cerebrales y agenesia de sacro.

COCAINA

Esta toxicomanía presenta muchas similitudes con la de las anfetaminas.

Se ha dicho que las anfetaminas es la cocaína de los pobres, salvo que no se conoce la existencia de vasculitis producidas por la cocaína, mientras que las anfetaminas por vía IV, sí que las producen.

La cocaína posee una acción hipertensiva, pudiendo llegar a ocasionar un hematoma retroplacentario.

CANNABIS

Es, actualmente, la toxicomanía más frecuente en el mundo. La sustancia psicoactiva, el tetrahidrocannabinol (THC) no es teratogénica, aunque atraviese la barrera placentaria.

Los extractos de la planta pueden producir, a dosis muy altas, anomalías en las extremidades de animales.

Se llega a decir que es una droga no perjudicial para el embarazo, pero en estadística se ha visto que puede llegar a producir:

- Acortamiento en la duración de la gestación
- Menor aumento de peso materno durante el embarazo
- Mayor frecuencia de meconio
- Trastornos sensoriales transitorios en el recién nacido.

ALCOHOL

a) Efectos a nivel materno

- Malnutrición, con sus secuelas de anemia, infecciones hepatopatías...

- Delirium tremens (síndrome de abstinencia) que puede ser asociada a convulsiones.

- Tolerancia a sedantes y analgésicos. Es importante tener esto presente a la hora del parto en donde pueden llegar a requerir muy altas dosis de estos fármacos, con el consiguiente riesgo de depresión neonatal.

b) Efectos a nivel del recién nacido

- Síndrome alcohólico fetal (S.A.F.)

- Entre el 10 y el 20% de los retrasos mentales son atribuibles al consumo de alcohol por la madre durante la gestación.

- De cada 100 R.N., 1 ó 2 estarían afectados por el consumo de alcohol en la madre (S.A.F.). Debe hacerse notar que sólo las formas graves de este síndrome son las que se pueden diagnosticar en el período de R.N.

- Parece ser que no es el propio alcohol, sino un metabolito suyo, el acetaldehído, el que tiene mayor influencia en el S.A.F.

- Al desconocerse el «límite de seguridad» que no debería rebasarse para evitar la afectación fetal, lo más prudente es la «opción cero». Así pues informaremos de este riesgo en toda mujer embarazada y le recomendaremos que se abstenga de consumir alcohol durante el embarazo.

- En cuanto a las manifestaciones clínicas del S.A.F. hay varios grados de intensidad (clasificación de Majewski) pero de una forma general podemos considerar cuatro grupos de alteraciones:

- Dismorfia craneo-facial.
- C.I.R. que a diferencia del inducido por otras drogas, el provocado por el alcohol persiste e incluso puede agravarse en etapas posteriores al nacimiento.
- Disfunción del S.N.C.
- Malformaciones mayores y menores.

- Síndrome de abstinencia alcohólica neonatal.

La sintomatología suele iniciarse



Actuaciones y cuidados inmediatos al nacimiento.

a las 6-12 horas del parto y consiste en:

- Irritabilidad.
- Aumento del tono muscular.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Convulsiones.
- Distensión abdominal.
- Vómitos.

TABACO

Además de los efectos indeseables que el tabaco tiene sobre el organismo materno, sobre el feto se han descrito una mayor incidencia de:

- Bajo peso.
- Abortos y muertes intraúteros.
- Prematuridad.
- Mortalidad perinatal, sobre

todo si se sobrepasan los 5 cigarillos/día después del 4º mes.

CONDUCTA A SEGUIR ANTE UNA TOXICOMANA EMBARAZADA

Quizás sea el punto más importante de la práctica diaria.

Se distinguen:

- Medidas generales
- Medidas específicas

Las medidas generales son de aplicación en toda paciente toxicomana, independiente del tipo de droga que consuma.

Las medidas específicas que cada caso en concreto, pudiera necesitar.

Pero para aplicar estas medidas, quizás hubiéramos de conocer algunos puntos, como:

1. Conocimiento y concienciación del personal sanitario para hacer frente al problema:

- Lo primordial sería el asumir completamente el problema para así

mejorar el pronóstico de estos enfermos.

- Llegar a requerir un poco de cooperación por parte de la paciente, intentando motivarla.

- Considerar a la toxicomana como una persona con cualidades y características propias.

- Inculcarle que acuda a las consultas, facilitando el trato directo con el equipo médico hacia su embarazo. Ya que así obtendremos el poder actual sobre su conducta psicosocial, y en caso de recaída que le sea más llevadero volver a la institución para solicitar ayuda.

- Debemos prestar apoyo psicológico, comprensivo.

- Hacerles notar que el embarazo es un buen momento de su vida para intentar su rehabilitación, motivada por su hijo, para adoptar por tanto mejores condiciones y buena vigilancia prenatal.

- Intentaremos acercarnos a sus problemas sociales (alojamiento, medidas económicas, mejoras nutricionales).

2. Necesidad de un equipo pluridisciplinario.

La toxicomana embarazada no debe ser tratada no sólo por el obstetra, sino que deben actuar psiquiatras, asistentes sociales, neonatólogos, etc...

Esta forma de actuar sobre el problema lleva ya varios años de funcionamiento en países como EE.UU., mientras que en España es ahora cuando se está tomando conciencia.

BIBLIOGRAFIA

- Lee R.V.: Abuso de drogas - Calatoni
- Ocaña L. Alcoholismo y otra toxicomanías.
- Gaulden E.C. Littlefield D.M.: Menstrual abnormalities associated with heroin addiction.
- Salvia Verje D. Alcohol, tabaco y drogas en el embarazo.
- Gillet J.L. Toxicomanie.
- Larson G. Amphetamine addiction in pregnancy.
- Segal S.: Narcotic addiction.



Episiotomía.

CONCURSO N.º 23



PRIMER PREMIO

Autora: Dña. Fca. Redondo Lázaro
Colegiada n.º 3.944
Máquina: KONICA T-3
Título: «Verde Andaluz»

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA N.º24

CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO
A.T.S. Y D.E. TEMA: FIESTAS POPULARES ANDALUZAS

2.º TRIMESTRE AÑO 93 (ABRIL-MAYO-JUNIO)

El plazo de presentación finalizará el próximo 24 de mayo de 1993.

BASES:

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

Formato: 18x24 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 título de la composición a fin de mantenerse en anonimato el nombre del autor de la misma. Los ganadores tendrán de plazo una semana para entregar los negativos. Tanto los negativos como todas las fotografías presentadas pasarán a ser propiedad del Colegio, que podrá hacer uso de ellas, sin carácter lucrativo y especificando el autor de la misma. El fallo del Jurado será inapelable.

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



SEGUNDO PREMIO

Autor: D. José Antonio Galván Oliert

Colegiada n.º 2.607

Máquina: MINOLTA 7000 i

Título: «El Verdeo»



TERCER PREMIO

Autora: Dña. Trinidad Fernández Morón

Colegiada n.º 8.540

Máquina: OLYMPUS OM 20

Título: «Piedra y Cal»

Jurado calificador del Concurso Fotográfico N.º 23:

- D.ª Carmen Arenas Rosa (Agente Seguros Caudal)
- D. Demetrio Pichel Chicote (Jefe Admvo. Colegio)
- D. José Caravallo Lancho (Personal Colegio)
- D. Alfonso Álvarez González (Colegiado n.º 6.007. Vocal V)

INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES NEUROLÓGICOS. PROTOCOLOS DE ACTUACION

Autor: **D. Raimundo Caro Quesada, D.E.**
Servicio de Neurología.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.

1. INTRODUCCION

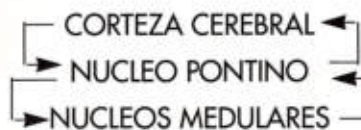
Debido a que la hospitalización por un proceso agudo es un factor en el desarrollo de la incontinencia en los pacientes ancianos, a menudo, durante el curso de enfermedades peligrosas para la vida, se coloca una sonda vesical para medir diuresis. La incontinencia puede presentarse secundariamente a infecciones del tracto urinario, retención urinaria o falta de aseo. Por último, los trastornos neurológicos, en especial las enfermedades demenciales, se asocian a un aumento de la prevalencia de la incontinencia.

Se pretende hacer un recordatorio sobre los dispositivos que se usan en estos enfermos a un nivel general, donde van incluidos los pacientes con problemas neurológicos, y unos protocolos de actuación para cada acto que realizamos a diario todos los profesionales de enfermería, que generalmente conocemos, pero que en muchas ocasiones no llevamos a cabo por la sobrecarga de trabajo que conlleva la falta de personal y la cantidad de enfermos por cada profesional de enfermería.

2. ALTERACIONES EN EL CONTROL NEUROLÓGICO DE LA MICCIÓN

La alteración de la dinámica miccional, cuyo origen está en el

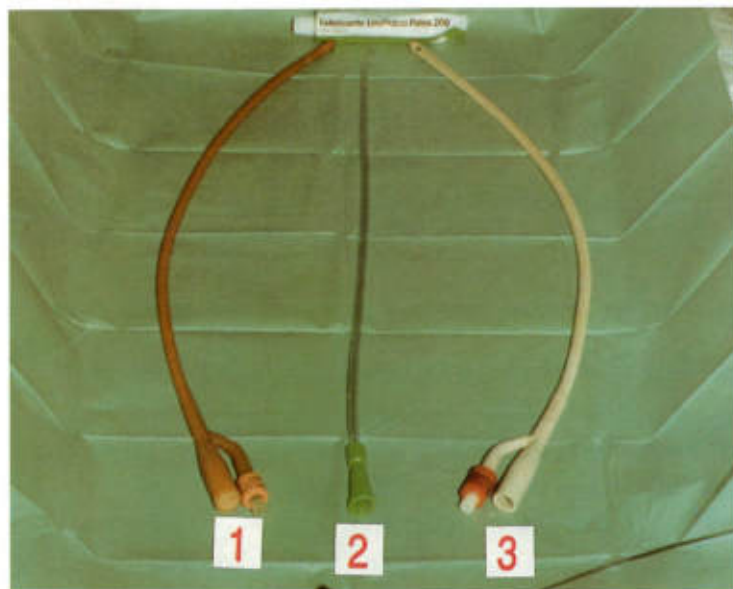
sistema nervioso, recibe el nombre de vejiga neurógena. Recordando el control neurológico de la micción, veremos qué disfunción vesicoesfinteriana vamos a encontrar, según la localización del daño neurológico.



– **Daño encefálico:** Interrupción de vías que conectan el Cortex con el núcleo pontino y, por consecuencia, pérdida de control voluntario. La micción será coordinada, ya que el núcleo pontino está pre-

servado. Se da en Accidente Vascular cerebral, Esclerosis Múltiple, Senilidad, Atrofia Cerebral, Arteriosclerosis, etc...

– **Daño medular alto:** Interrupción de las vías reguladoras que, desde el núcleo pontino, coordinan la acción de los núcleos medulares simpático, parasimpático y somático de la micción. Al no tener control del núcleo pontino, los arcos reflejos quedan liberados y asincrónicos; por tanto, el músculo detrusor de la vejiga se contrae y la Uretra permanece cerrada; y ésta se relaja cuando el detrusor se está acomodando al llenado. Se da en Accidente Vascular cerebral, Estenosis de canal, Mielitis, etc...



Tipos de sondas uretrales:
1. Latex.
2. Nelaton.
3. Silicona.

– **Lesiones medulares bajas:** Destrucción de los núcleos medulares de la micción, por lo cual los arcos reflejos simpático, parasimpático y pudiendo pueden estar destruidos. El Detrusor no será capaz de contraerse (arreflexico) y la uretra perderá toda capacidad contractil (hipoactivo e incompetente).

3. DISPOSITIVOS UTILIZADOS

1. **Oclusivos:** Son dispositivos mecánicos que actúan comprimiendo la Uretra. Están en desuso y tienen como inconvenientes la necesidad de retirar los dispositivos para realizar la micción y producir lesiones de piel y mucosas por la excesiva compresión y por el riesgo de reflujo.

2. Conductivos.

2.1. **Internos. Sondas Uretrales:** Son dispositivos en forma de tubo de una o varias vías, de longitud y diámetro variable; en su extremo distal llevan un embudo que puede ser fácilmente conectado a un drenaje.

2.1.1. **Ventajas:** – El paciente está seco.

– Permite la deambulación.
– Cómodo para el personal sanitario.

– Permite el control de Diuresis.
• Inconvenientes: – Riesgo elevado de infecciones.

– Lesiones del tracto urinario.
– Incomodidad física y psíquica del paciente.

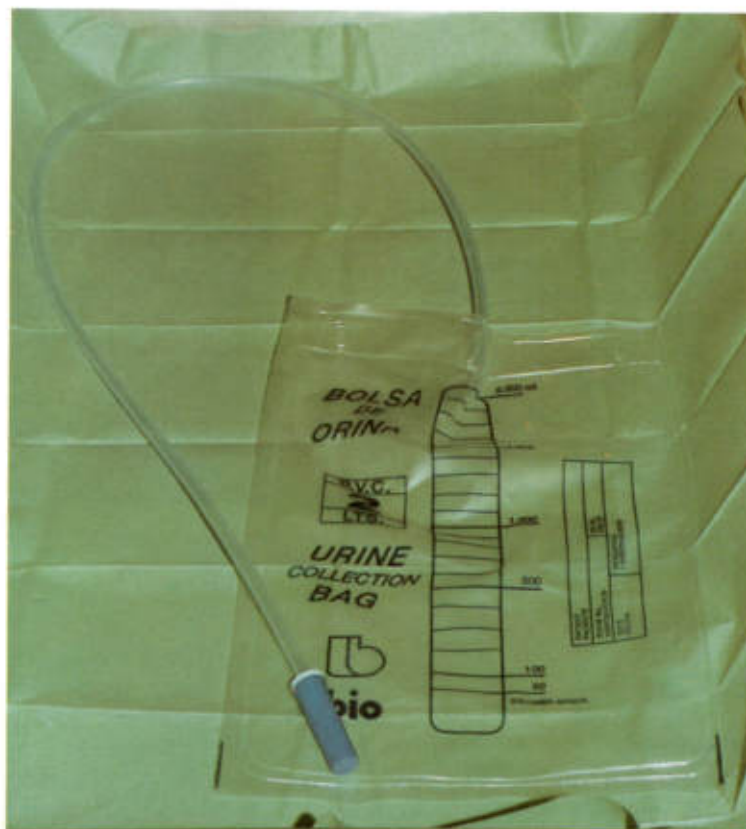
2.1.2. **Propiedades exigibles a una sonda:** – Grado de rigidez óptimo para su colocación.

– Fabricada con material no tóxico ni irritante.
– Estéril y apirógena.

2.1.3. **Elección adecuada del material según el tiempo de permanencia:**

• Látex: no más de dos semanas.
• Silicona: puede estar de 2 a 3 meses colocada.

• Plástico (tipo NELATON): Sondajes intermitentes.



Bolsa para la recogida de orina.

2.2. **Externos. Colectores:** Es una funda elástica (Látex) de pared fina, adaptable al pene. Su extremo inferior es abierto, terminando en un tubo de pared más gruesa, al que se acopla la bolsa de orina.

2.2.1. **Ventajas:** – Mantiene seco al paciente.

– Fácil de colocar y de llevar en general.

– Menor riesgo de infección y menos agresivo para el paciente.

• Inconvenientes: – Sólo útiles en pacientes masculinos.

– No siempre es fácil adaptar.
– Problema de sujeción.
– Irritaciones y lesiones de piel.

2.2.2. **Propiedades exigibles a un colector:** – Material elástico (Látex) de pared fina.

– Material transpirable e hipoalérgico.

– Diseño en forma anatómica y de fácil colocación.

– Fáciles de retirar sin producir irritaciones.

2.3. **Recogida de la orina. Bolsas:** Son de plástico con cierre hermético por soldadura, conectados a un tubo de plástico en cuyo extremo lleva un adaptador para sondas o colectores.

• **Propiedades exigibles:** – Sellado resistente a la presión.

– Sellado del tubo a la bolsa que impida rupturas o fugas.

– Adaptación segura a la sonda o colector.

– Sistema antirreflujo.

3. **Absorventes:** Son materiales absorbentes diseñados para cumplir la función básica de retener y aislar la orina, manteniendo seco y confortable al paciente.

3.1. **Ventajas:** – Mantener seco al paciente y la ropa.

– Proporcionar libertad de movimientos y actividad.

– Escasa incidencia en lesiones cutáneas.

• Inconvenientes: – Aumento del trabajo del personal que atiende al enfermo, cuando éste no puede valerse por sí mismo.

3.2. Propiedades exigibles: – Mantenimiento de la integridad; las tres capas del absorbente no deben separarse ni romperse:

superior ----- permeable
central ----- absorbente
inferior ----- impermeable

– La capa superior que está en contacto con la piel debe ser hipoalérgica y transpirable.

– Forma anatómica.

– Sistema de fijación que permita la libre deambulación y actividad.



Pañal absorbente.

4. PROTOCOLOS

A. Higiene perineal.

a) Objetivo: Realizar aseo de genitales; lograr comodidad del paciente; evitar humedad y malos olores en la zona; prevenir lesiones cutáneas e infecciones urinarias.

b) Quién lo realiza: Auxiliar de Enfermería.

c) Pasos previos: Informar al paciente; colocar al paciente en decúbito supino (hombre) o posición ginecológica (mujer).

d) Material: Bolsa de basura; una palangana con agua tibia; jabón neutro; guantes desechables; gasas; toalla; cuña; frasco lavador.

e) Técnica. 1. Hombre: Lavado de manos; colocación de guantes; colocar la cuña; hacer lavado de genitales externos con frasco lavador por arrastre; lavar zona peniana con gasa y jabón, limpiando zona del meato y las incrustaciones de la sonda; bajar el prepucio y lavar el glande; lavar la base del pene, zona púbica, testicular y, por último, anal de delante hacia atrás; secar la zona.

2. Mujer: Lavado de manos y colocación de guantes; colocar la cuña; lavado por arrastre de geni-

tales externos; limpiar el meato urinario con gasa y jabón; limpiar los labios internos, primero uno y luego otro, utilizando gasas limpias para cada uno y realizando la maniobra de arriba hacia abajo y de dentro a fuera; limpiar labios externos y, por último, la zona anal; secar suavemente la zona con toques sin frotar y retirar el material.

f) Registro: Anotar en hoja de enfermería la tarea efectuada y aspecto de la zona.

B. Colocación de un colector de orina

a) Objetivo: Control de diuresis; mantener seco al paciente; evitar malos olores; mantener la comodidad del paciente.

b) Quién lo realiza: Enfermera/o y Auxiliar de Enfermería.

c) Pasos previos: Informar al paciente y pedirle su colaboración; respetar el pudor del paciente; rasurado de la zona próxima al pene.

d) Material: Material de aseo (protocolo de aseo perineal masculino); guantes de un solo uso; bolsa de basura; colector y bolsa de orina; gasas y povidona yodada; maquinilla de rasurar; soporte metálico para bolsa.

e) Técnica: Lavado de manos y

colocación de guantes; aseo de genitales o perineal; colocar prepucio en su posición normal (no dejarlo retraído); colocar la tira adhesiva del colector sobre el pene a unos 2 cms. de su base; si la tira es adhesiva por sus dos caras, no recortar la parte sobrante y montar sobre sí misma; no apretarla; desenrollar el colector unos 2 cms. (para que al colocarlo no esté en continuo contacto la orina con el pene); elegir el número adecuado de colector y colocarlo sobre el pene, desenrollándolo hacia arriba hasta sobrepasar la tira adhesiva, haciendo una ligera tracción del pene; presionarlo sobre la tira adhesiva; conectar la bolsa colectora de orina y colgarla en el lateral de la cama siempre por debajo de la vejiga.

No tener puesto un colector más de 24 horas seguidas (todos los días hay que cambiarlo).

f) Registro: Anotar en la hoja de enfermería el aspecto de la piel del pene (si hay irritación, dar povidona yodada y dejarla secar); posibles anomalías (parafimosis, hematurias, aparición de necrosis, etc...).

C. Sondaje vesical

a) Objetivos: Vaciar la vejiga,

manteniéndola en reposo; medir diuresis; evitar reención urinaria.

b) Quién lo realiza: Enfermera/o y Auxiliar de Enfermería.

c) Pasos previos: Informar al paciente; colocarlo en posición adecuada (hombre en posición decúbito supino con piernas ligeramente separadas, mujer en posición ginecológica); aislar al paciente si la habitación está compartida.

d) Material: Batea; bolsa de basura; guantes de un solo uso (para aseo); guantes estériles; sonda del número adecuado; lubricante hidrosoluble (no usar vaselina); gasas estériles; antiséptico; jeringas de 10 cc. y 50 cc.; bolsa de orina; soporte metálico; suero fisiológico; material de aseo perineal.

e) Técnica: Realizar el aseo perineal (según protocolo); cargar jeringa de 10 cc. con suero fisiológico; lavado de manos y colocación de guantes estériles; comprobar el globo de la sonda, introduciendo el suero y volviéndola a vaciar; lubricar bien la punta de la sonda (6-8 cm.).

1. Hombre: Coger el pene y descubrir el glande, retirando el prepucio; introducir la sonda en el meato uretral hasta el ángulo bul-

bar, manteniendo el pene hacia arriba; conectar la bolsa a la sonda; llevar el pene hacia abajo y adelante y seguir introduciendo hasta vejiga.

2. Mujer: Separar los labios y visualizar el meato uretral (si no se encuentra, hacer tacto vaginal en pared anterior para localizarlo); introducir suavemente la sonda y comprobar que sale orina.

f) Registro: Anotar en hoja de enfermería las dificultades del sondaje, aspecto de la orina (cantidad, color, sedimentación, etc...).

g) Cuidados: Ya que el aspecto más importante del sondaje vesical es conservar la esterilidad y permeabilidad, hay que procurar una limpieza continuada de genitales; evitar acodaduras del sistema; conservar sonda y bolsa por debajo de la vejiga; evitar desconectar la bolsa de la sonda, sólo para el cambio de bolsa, pinzando la sonda y conectando una nueva, viendo si es permeable, anotando en la hoja de enfermería cantidad y aspecto de orina; recomendar la ingesta abundante de líquidos.

D. Colocación de pañal

a) Objetivos: Mantener al paciente seco para evitar problemas cutáneos secundarios; mante-

ner la comodidad del paciente; evitar infecciones de orina.

b) Quién lo realiza: Auxiliar de Enfermería.

c) Pasos previos: Informar al paciente y pedirle su colaboración; colocarlo en posición decúbito lateral (encamados); respetar el pudor del paciente.

d) Material: Material de aseo (protocolo aseo perinal); guantes de un solo uso; bolsa de basura; pañal adecuado.

e) Técnica: Lavado de manos y colocación del paciente en decúbito lateral; retirar el pañal puesto, siempre de delante hacia atrás, dejándolo en la bolsa de basura; aseo perineal; colocar el pañal nuevo en la parte posterior del paciente y doblar ligeramente hacia el exterior; colocar al paciente en decúbito lateral opuesto al que estaba y desdoblar el pañal, alisando los bordes; poner al paciente en decúbito supino cerrando el pañal, recoger el material y lavado de manos.

f) Registro: Anotar en la hoja de enfermería el aspecto de la zona, si ha precisado algún cuidado especial y posibles anomalías (orinas hematóricas, olor, etc...).

BIBLIOGRAFIA

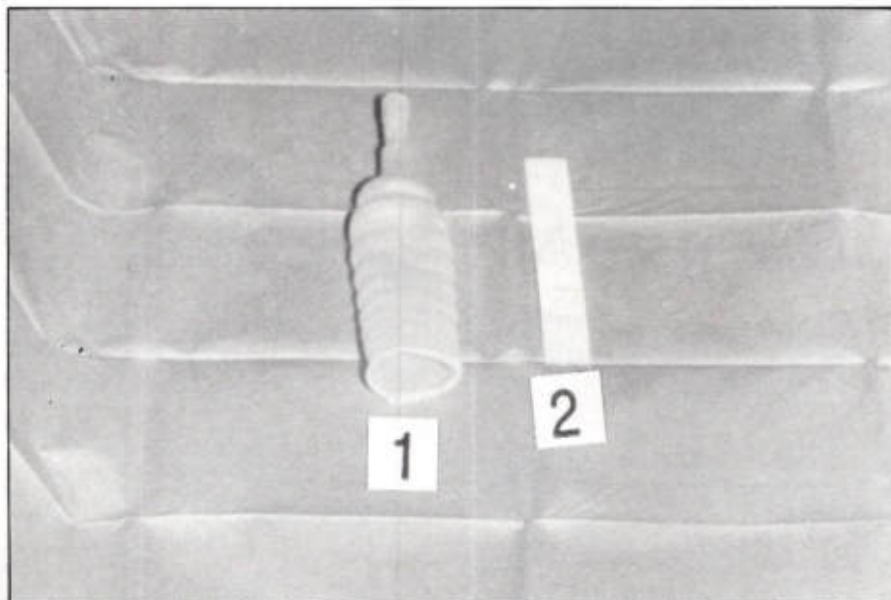
- Libro blanco sobre incontinencia urinaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Modern Geriatrics (Ed. Española). Vol. II, n.º 3. La incontinencia urinaria: Revisión de un problema muy común. Autores: Irene D. Turpis, Jennifer Skelly. Págs. 10 a 18.

- Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Ed. Interamericana. Págs. 955-961.

- Enfermería Práctica. Ed. Marín, Págs. 319-324.

- Apuntes de las I Jornadas de Incontinencia Urinaria. Organizadas por Asesoría Técnica de Formación del SAS de Sevilla en colaboración de la A.N.O.I.



Colector de orina: 1. Colector. 2. Sistema de fijación hipoalérgico.

XX CONGRESO CUADRIENAL DEL C. I. E.



Unidad Para la Calidad

Organiza: Consejo General de Enfermería (ESPAÑA)

MADRID 20-25 JUNIO 1993

LA ANGUSTIA DEL PACIENTE POST-INFARTADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS: NIVELES Y CAUSAS

Autor: **D. Ezequiel Rebollo Domínguez**

Diplomado en Enfermería y Psiquiatría
Hosp. del S.A.S. Jerez de la Front (Cádiz)

RESUMEN

Este artículo es un compendio de una de las partes del trabajo «Aspectos Psicológicos en el paciente post-infartado 2º premio en el V Certamen Nacional de Enfermería «Ciudad de Sevilla», organizado por el Ilustre Colegio de ATS-DE de Sevilla.

En él se realiza una investigación sobre niveles de angustia padecidos por los enfermos post-infartados mientras permanecen ingresados en la Unidad Coronaria, así como una discusión sobre las causas generadoras de la misma.

INTRODUCCION

La situación de un individuo que ve en serio peligro su vida y que además es ingresado de forma repentina en una U.C.I. es en sí misma generadora de angustia.

Este hecho, en el caso de los enfermos que han sufrido un infarto agudo de miocardio es de gran importancia, pues entre los cuidados iniciales es fundamental lograr el reposo físico y emocional, a fin de disminuir el trabajo del corazón dañado y evitar la extensión del infarto y la posible repetición de la crisis.

La angustia puede provocar arritmias (extrasístoles ventriculares y taquicardia) debido a que la liberación de catecolaminas que se produce en las situaciones de tensión emocional, vuelve excitable al

miocardio. Asimismo, puede intensificar la isquemia al aumentar la demanda de oxígeno del corazón.

Por todos estos factores, se hace preciso intentar determinar los niveles y circunstancias en las que aparece la angustia y tratar de identificar las posibles causas.

MATERIAL Y METODO

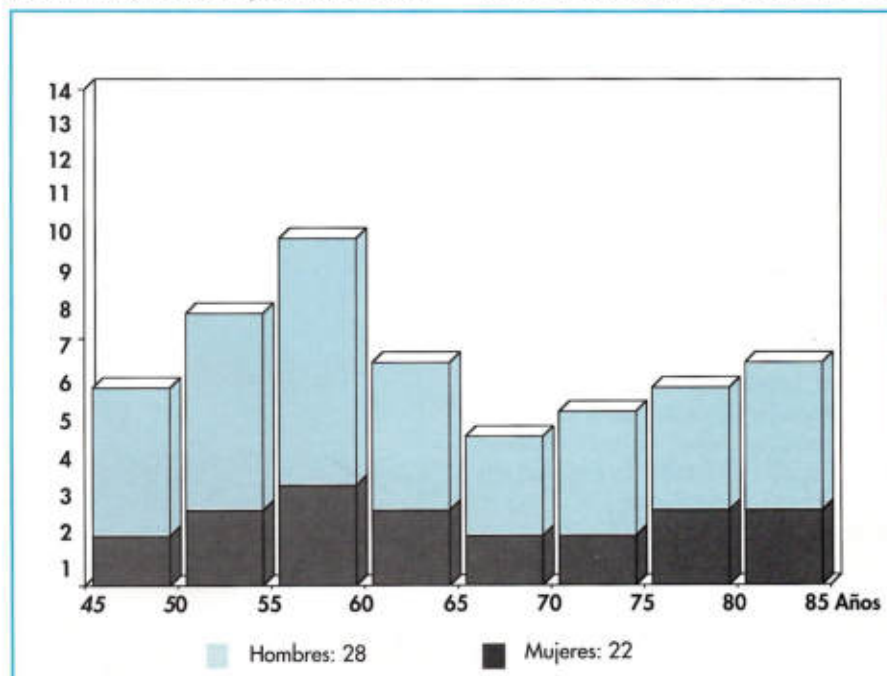
El presente estudio fue realizado durante mi estancia profesional en la UCI del Hospital del INSA-LUD de Santa Cruz de La Palma.

Se escogió al azar una muestra de 50 enfermas/os post-infartados

ingresados por primera vez en la unidad (sobre una población total durante el período estudiado de 73 pacientes).

La distribución por edades y sexos de la muestra estudiada se puede observar en el Diagrama I.

Como instrumento para valoración y cuantificación se empleó la escala para determinación de la angustia de Max Hamilton, por ser la más habitualmente utilizada y la que requiere de menor tiempo de entrevista, a fin de evitar molestias al paciente en tan delicada situación. Mediante ella se valora 14 ítems puntuando en cada uno de



Distribución por edades y sexos de la muestra estudiada.



Mesa de Control de UCI.

ellos de cero a cuatro, según la intensidad del comportamiento estudiado en cada ítem, según puede verse en la Tabla I.

Los distintos niveles de intensidad son: cero: angustia ausente; uno: angustia ligera; dos: angustia media; tres: angustia elevada y, cuatro: angustia máxima (invalidante). En cada intervalo se han valorado también unos términos medios; así la puntuación 2,5 corresponderá a una intensidad media-alta y la 1,5 a una ligera-media.

La ordenación estadística de los datos se realizó informáticamente mediante el programa EPI-INFO, para ciencias biomédicas.

Otro factor sometido a estudio fue la relación entre niveles de angustia y los días de permanencia en la Unidad. Para ello se efectuó un seguimiento diario a diez enfermos (en muestra proporcional en edades y sexos a la población estudiada) cuya estancia media en la Unidad fue de 9 días.

RESULTADOS

Por edades y sexos, los resultados quedan reflejados de forma gráfica en el Diagrama II.

Se pueden deducir de estos datos unos valores promedio para los niveles de angustia en cada edad, teniendo en cuenta que los decimales resultantes de las operaciones sólo tienen el valor de una aproximación a la exactitud matemática; pues cuantificar la angustia hasta valores tan precisos es imposible con el instrumento de medida empleado, y además care-

ce de interés desde el punto de vista cualitativo. Estos niveles promedio quedarían según se muestra en el Diagrama III.

La relación entre niveles de angustia y días de ingreso en la Unidad, queda reflejada en el Curva de Nivel I.

DISCUSION

1. Relación angustia/sexo.

Las mujeres alcanzan niveles de angustia más altos que los hombres, aunque a partir de los 70 años (en la población estudiada) se igualan en ambos sexos.

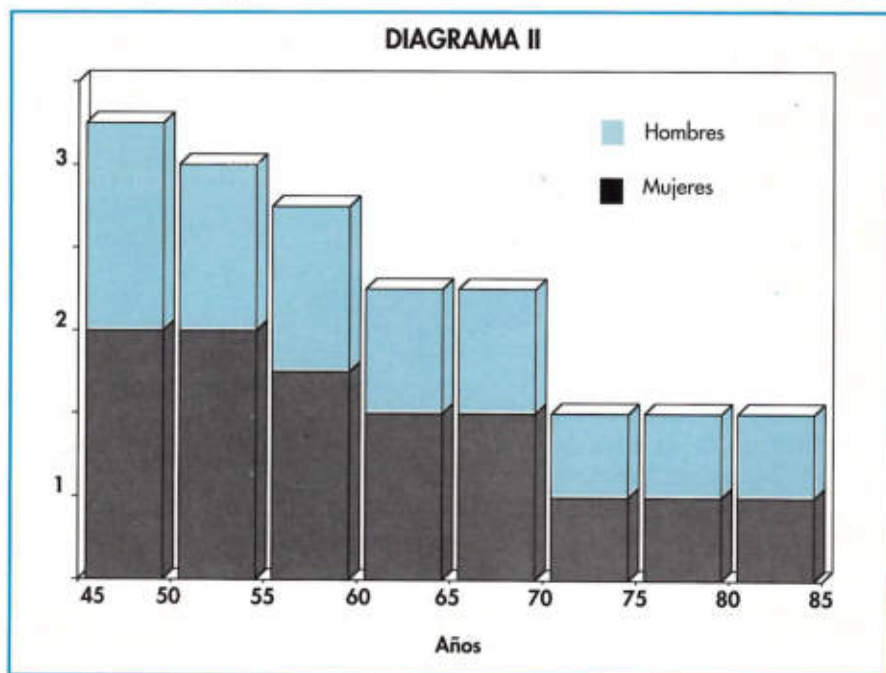
A este hecho contribuyen las características propias de la personalidad de la mujer y la responsabilidad sobre el cuidado de la familia que ha quedado en el hogar sin su atención.

2. Angustia/edad.

La intensidad de la angustia disminuye con la edad.

Respecto a que la angustia sea mayor en las personas más jóvenes, pueden influir una serie de factores:

a) El temor a la invalidez o reducción de la vida activa es



Resultados del estudio por grupos de edades y sexos.

mayor entre las personas de 40 a 60 años, mientras que en las personas ya jubiladas puede ser algo más llevadero.

b) La angustia que provoca en las personas de menos edad la posibilidad de fallecer dejando hijos menores o responsabilidades familiares, está ausente en los ancianos.

c) Las personas de más edad manifiestan sentirse más seguras en el hospital, y tienen más confianza en la moderna tecnología y en la constante atención que se presta en los mismos.

d) Los mayores de 70 años, a lo largo de su vida, han pasado por situaciones muy difíciles (guerra civil, años de carencias, emigración, etc.) que han fortalecido su estado anímico frente a situaciones vitales comprometidas.

3. Angustia/días de estancia

La intensidad de la angustia comienza a disminuir de forma importante a partir de las 48-72 horas del ingreso; hecho que coincide con la fase aguda del infarto (con mayor índice de mortalidad).

A partir del tercer día el paciente comienza a sentirse menos angustiado; hecho que puede obedecer a una serie de factores:

a) El paciente se va encontran-



Cardiopatía controlado en UCI en coronarias.

do mejor y presente que el grave peligro que ha amenazado su vida, va pasando.

b) Se va acostumbrando al ambiente de la UCI; ese ambiente denominado por Abram como de «angustia silenciosa».

CAUSAS DE LA ANGUSTIA EN LA UNIDAD CORONARIA

Son múltiples, pero podemos

agruparlas según sus fuentes de origen:

1. Debidas a la propia enfermedad.

El infarto agudo de miocardio se ha convertido en los últimos años en una enfermedad «popular». Todo el mundo sabe que es una enfermedad grave y que puede llevar a la muerte. Incluso algunas personas conocen a través de los tele-filmes que el «dolor en el pecho» es el síntoma cardinal.

Así el hecho de que el enfermo sospeche que ha sufrido un infarto de miocardio es ya suficiente para provocarle una profunda inquietud y angustia.

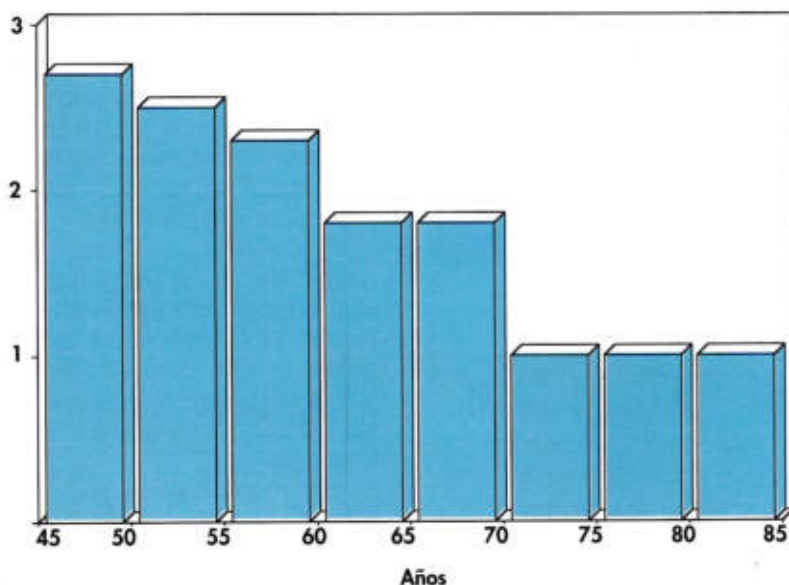
A medida que van pasando los días (el tercero, como se ha visto con anterioridad) y se van alejando las posibilidades de morir, asaltan al enfermo las dudas acerca de «como quedará» cuando sea dada de alta: las cosas a las que tendrá que renunciar, las actividades que verá limitadas, etc.

2. Debidas a la unidad donde se encuentra ingresado

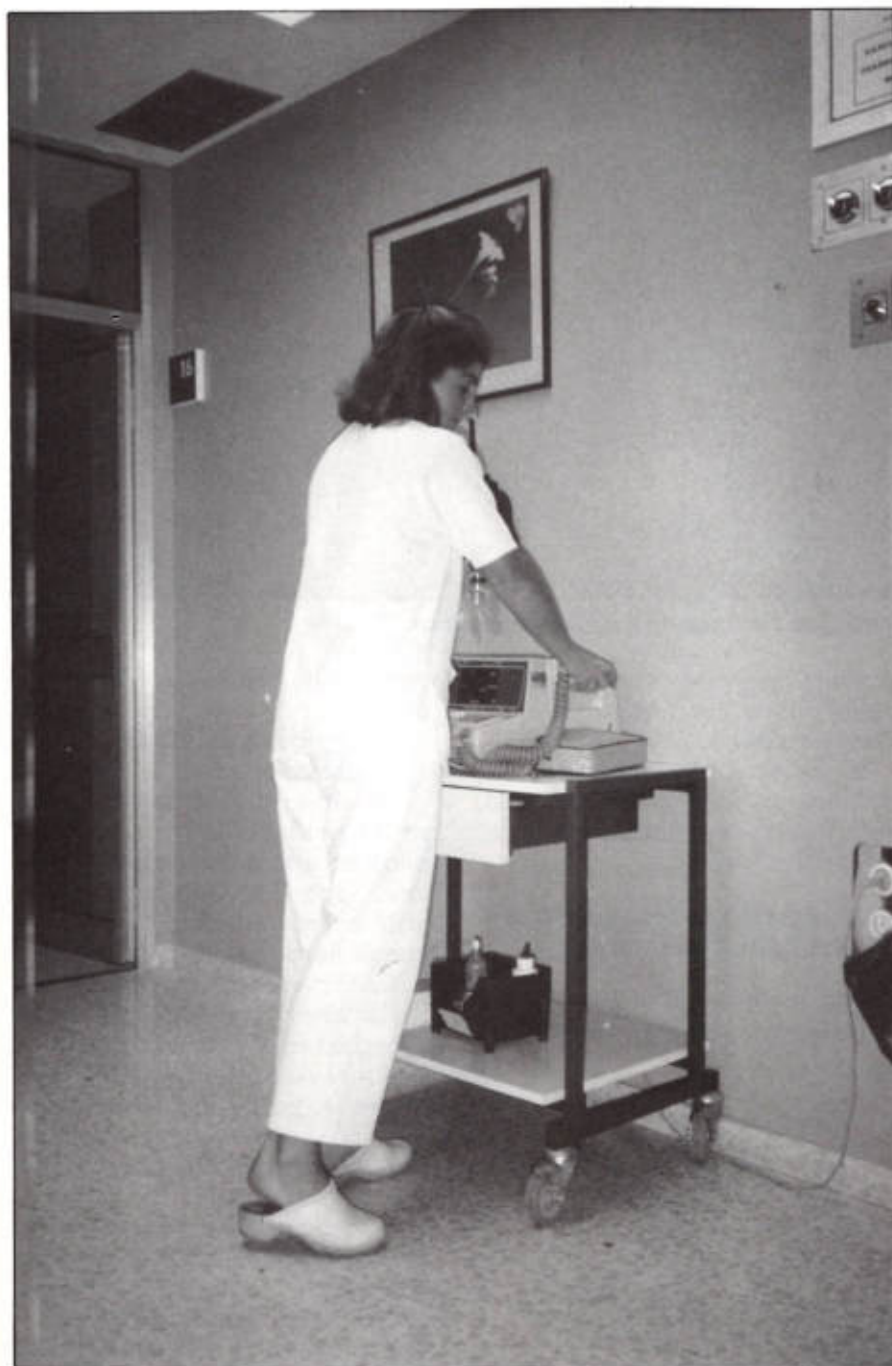
Representan quizás las de aparición más temprana, ya que son percibidas por el enfermo desde el mismo momento en que ingresa.

En los primeros días de su estancia se produce una confusión

DIAGRAMA III



Valores promedio para los niveles de angustia por edades.



EKG. Técnica fundamental para el seguimiento de estos enfermos.

y desorientación que a veces puede llegar a alcanzar niveles importantes. Fundamentalmente se pueden detectar tres factores que contribuyen a este estado y al aumento de la angustia en el paciente.

a) Carencia de estímulos sensoriales necesarios

Al principio el enfermo se encuentra inmovilizado, pues teme moverse, por los sistemas de perfusión venosa, electrodos y cables del monitor, catéteres, y, a veces, por el propio dolor o molestias precordiales.

Aún puede verse acentuada esta situación en el caso de que se

haya sujetado algún miembro para que los distintos tubos permanezcan en su lugar.

Si además la Unidad carece de ventanas al exterior, el paciente se verá privado de percibir la diferencia entre la noche y el día, lo que aumentará su desorientación y su estado angustioso.

b) Exceso de estímulos sensoriales nocivos

Es el resultado de las pruebas, exámenes e inyecciones repetidas que obligan al enfermo a estar en constante atención.

Puede ser aún más pronunciada si los pacientes no están situados en cubículos independientes, sino solamente separados por cortinas (caso de la Unidad donde se realizó el estudio), de modo que pueden ver, o al menos oír, los quejidos de los demás. El percatarse del sufrimiento de otros enfermos es en sí una situación fuertemente ansiógena.

Son también origen de estimulación: el funcionamiento rítmico de los respiradores y las alarmas de los monitores o las bombas de infusión.

A veces también puede escuchar al personal dando indicaciones de tipo técnico y oye clara o confusamente las opiniones acerca del estado de los pacientes, inclusive de él mismo.

c) Falta de sueño

Es a la vez motivo de angustia y consecuencia de la misma. El estado de ansiedad provoca en el paciente un insomnio de conciliación, que a su vez le produce una verdadera desazón.

Pero debido a las constantes determinaciones de pulso y presión arterial (sobre todo en las primeras 24-48 horas), se somete al paciente a un sueño fragmentado que le lleva a tener la impresión de no haber dormido en ningún momento.

Esta falta de sueño provoca una alteración del ritmo sueño-vigilia que fomenta la desorientación temporal.

3. Fuentes adicionales

Las más frecuentes referidas por



El control de varios Boxes, se puede llevar desde esta mesa de monitores.

los pacientes estudiados es la limitación de las visitas (en la Unidad donde se realizó el estudio).

Aunque está demostrado que la abundancia de las mismas lleva al enfermo a un estado de excitación emocional no recomendable, también la excesiva limitación de las mismas puede provocar también una gran tensión afectiva.

BIBLIOGRAFIA

— EY. H. BERNARD P. BRISSET
Ch. *Tratado de Psiquiatría*. Toray-Masson. Barcelona. 1984.

TABLA I

Escala de Max Hamilton, utilizada para determinar el grado de angustia del paciente infartado

1. HUMOR ANSIOSO

Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.

2. TENSION

Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Llanto fácil. Reacciones de sobresalto, etc.

3. MIEDOS

A la oscuridad. A los desconocidos. A quedar solo.

4. INSOMNIO

De conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.

5. FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS)

Dificultad de concentración. Mala memoria.

6. HUMOR DEPRESIVO

Pérdida de interés. Depresión. Variaciones anímicas a lo largo del día.

7. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES

(MUSCULARES)

Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.

8. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES

Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensaciones de debilidad. Parestesias (pinchazos).

9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES

Taquicardias. Palpitaciones. Dolor en el torax. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones sincopales. Extrasístoles.

10. SINTOMAS RESPIRATORIOS

Opresión pre-torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo. Suspiros. Disnea.

11. SINTOMAS GASTROINTESTINALES

Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia. Hinchazón abdominal. Nauseas. Vómitos. Constricción epigástrica. «Cólicos». Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.

12. SINTOMAS GENITO-URINARIOS

Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea. Metrorragias. Eyaculación precoz. Ausencia de erección.

13. SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO

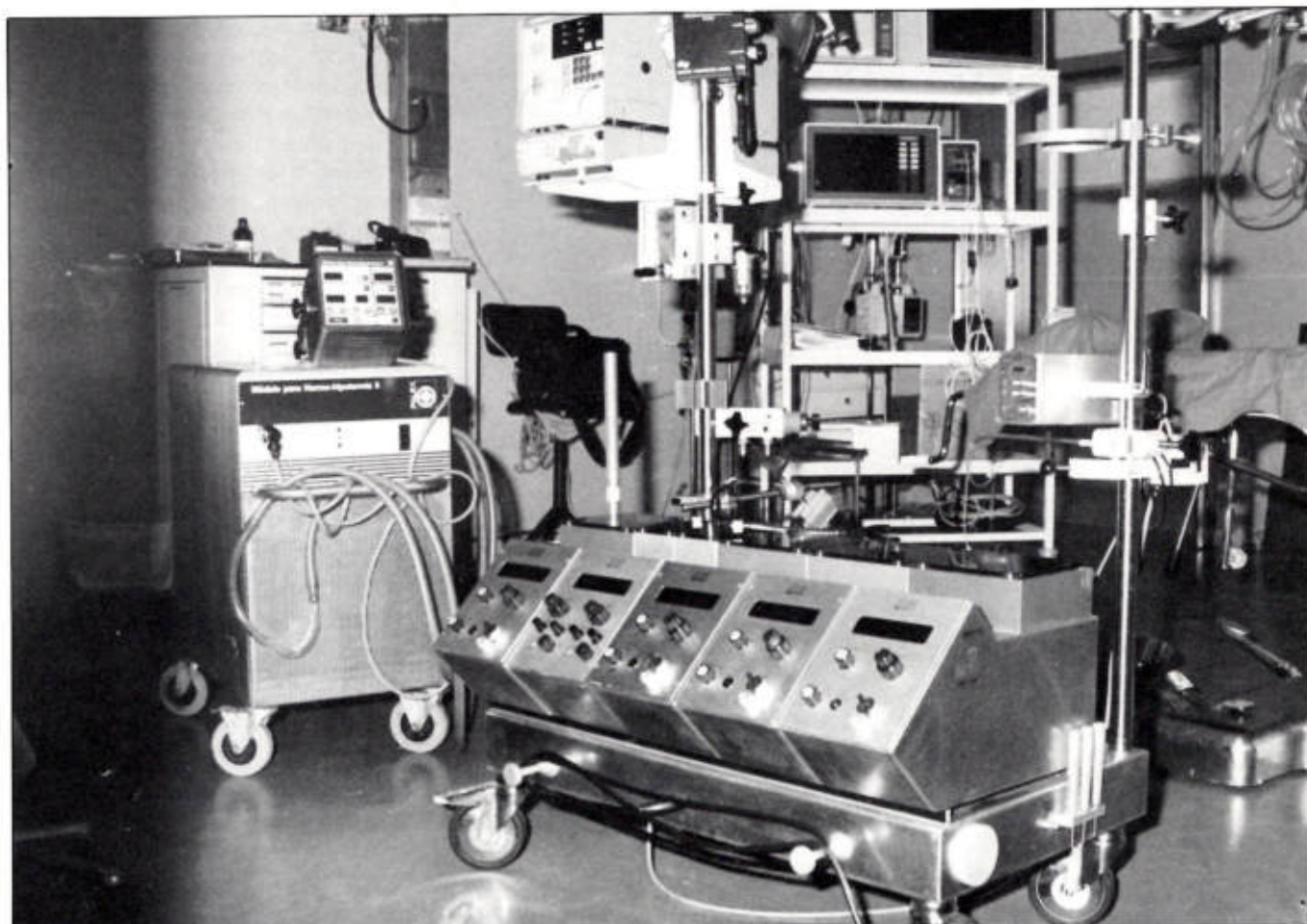
Boca seca. Accesos de Enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la Sudoración. Vértigos. Cefaleas de tensión. Piloerección.

14. CONDUCTA DURANTE LA ENTREVISTA

Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics.

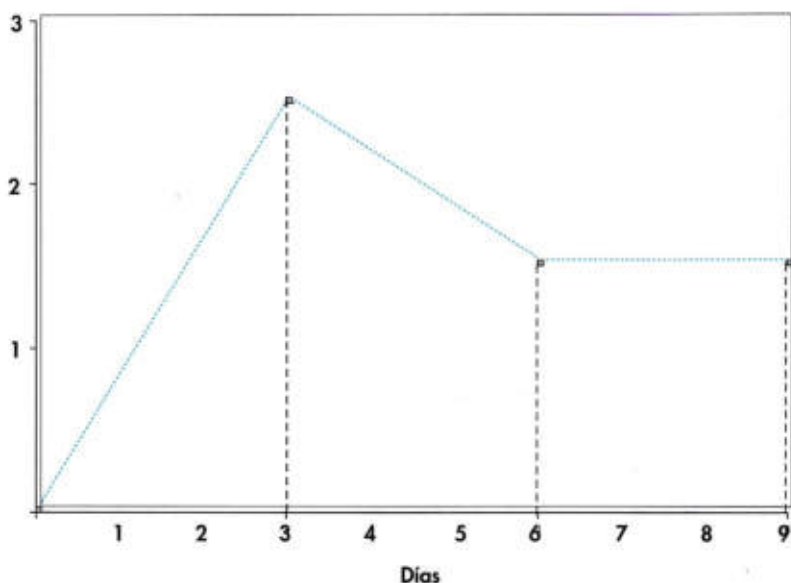
Inquietud: Temblor de manos, pliegue frontal. Rostro preocupado. Aumento de tono muscular. Respiración entrecortada. Palidez facial.

Traga saliva. Eructos. Taquicardia en reposo. Ritmo respiratorio sup. a 20/min. Temblor. Dilatación pupilar. Sudoración. Pestaño.



Aparataje utilizado en una unidad coronaria.

CURVA DE NIVEL I



Relación entre niveles de angustia y días de ingreso en U.C.T.

- LAWIN P. *Medicina Intensiva*. Salvat. Barcelona. 1986.
- ROJAS E. *Psicopatología de la depresión*. Salvat. Barcelona. 1984.
- MALPARTIDA DE TORRES F., ALEGRIA EZQUERA E. *unidad Coronaria*. E.U.N.S.A. Pamplona. 1979.
- WHIPPLE G.H. et al. *Acute Coronary Care*. Little, Brown and C. Boston, 1972.
- SOBEL D.E. *Personalization on the Coronary Care Unit*. «American Journal of Nursing» (1969) nº 69, pp. 33-36.
- MORA TEMPRANO G. *Análisis de la problemática en la relación enfermera-enfermo en la UCI*. «Revista ROL de Enfermería» (1986) nº 93, pp. 41-47.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. *Avances en Cardiología*. Científico-Médica. Madrid. 1983.

BERNARDINO OBREGON

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



«La palabra del alma es la memoria»
Luis Rosales Camacho

Parece que desde François Gustave Guillaume sabemos que las cosas no siempre son lo que el lenguaje dice en una cultura como expresión ordenada de las realidades, donde y según Carlos Fuentes, un monje peregrino de la Edad Media

decía que un hombre imperfecto es el que sólo se siente a su gusto en su país; un hombre un poco más perfecto es el que se siente a gusto en todas partes, y el hombre verdaderamente perfecto es el que está a disgusto en todas partes.

El «nomen» Obregon despliega en la evolución histórica un caudal omnisciente, no haciendo del hoy noticia y sí del ayer leyenda en el sustrato so-

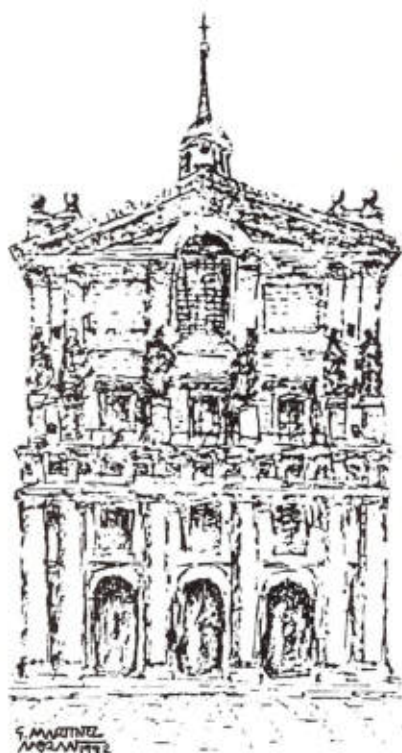
cial y estético hispanista al proporcionar sin tautocronismo: hidalgía, descubrimiento, literatura, navegación, milicia, función, pintura, grabación, escultura, congregación, política y como no, enfermería.

Aplacada la convulsión de Gante, es el año de 1540 asimismo, notorio por el fallecimiento en Londres del conde de Essex, Thomas Cromwell y el nacimiento de Bernardino Obregon el día 20 de mayo en las Huelgas, monasterio de bernardas en las afueras de Burgos, donde pasó los primeros años de niñez correteando por los claustrillos románicos, absorto por las capillas absidales y observado por los sepulcros de reyes e infantes castellanos. Huérfano a temprana edad es tomado bajo la protección de la obispalía de Sigüenza; comenzando estudios eclesiásticos pronto abandonados para reclutarse voluntariamente en el ejército permanente de Felipe II «el Prudente», pues aspiraba a obtener maravedís y las ventajas del «enganche» en la lucha entre la luz y las tinieblas; misma historia de la Europa pretendiente de la verdad absoluta. Soldado en Flandes, Italia y Francia; integrante de las tropas españolas, flamencas, húngaras y alemanas al mando del duque Manuel Filiberto de Saboya que combatieron en la Batalla de San Quintín, es uno de los siete primeros en entrar el 10 de agosto de 1557, fiesta de San Lorenzo, en la plaza de Saint-Quentin, lo que le valió en caso excepcional la concesión real del hábito blanco de la Orden Militar de Santiago.

El caballero Bernardino Obregon tocado por la gloria «animi et vitae» se traslada a la Villa y Corte madrileña cuando todavía la Península Ibérica no se intitulaba España, constituyendo una unidad cultural que cantó Luis de Camoens en la épica Os Lusíadas. En 1566, transcurridos tres

años de haberse colocado la primera piedra de la traza universal del monasterio de San Lorenzo el Real de El Escorial, en acción de gracias por la victoria de San Quintín, renuncia al significativo cargo de caballero mayor del gobernador y duque de Sessa, Gonzalo Fernández de Córdoba, avergonzado por su enfado violento ante la torpeza de un barrendero al mancharle un excelente ropaje en la calle de Postas; decisión ésta albarrada al principio en bala de falconete para un radioconcéntrico Madrid que a juicio de Sancho de Moncada era «un mar sin suelo de vicios y viciosos, no echándose de ver tanto pecado en tan gran ruido», después, al conocer quizá, del pensamiento de San Buenaventura «los tres ojos» (carne, razón y contemplación) para aprehender los niveles de cuerpo, alma y espíritu, denominados por Ken Wilber sensibilia, intelligibilia y trascendelia. Sin mirar a obtener honores y recompensas escapa de la ostentación y del gasto suntuario para aliviar de alguna manera «el error categorial» del paradigma trascendente espectral de la condición humana, dedicando teórica y dineros al prototipo del mundo sensible: ocupados viles, mendigos, vagabundos, mutilados de campaña y enfermos al servicio del retrato intencional satírico, algo así como las subespecies humanas insinuadas por Juan Buñill en el adagio «viven el ausente/viajan sin gestos/desayunan sueños».

Sabedor Obregón de la endeblez de la ética individualista, razón última del populismo, en 1568 no siendo freire y sí un entusiasta enfermero, forma una congregación de hospitalarios aprobada por el nuncio del papa San Pío V, bajo el nombre de Mínima de los Hermanos Enfermeros pobres, vulgo «obregones» ofreciendo al panorama de la buena medicina una doctrina llana como lugar natural en los métodos de aplicar los remedios para la salud y regalo de los enfermos. En 1577 ya fallecido «el Bartolo español», Diego Covarrubias y Leiva, el Madrid de aluvión además de nuevos prosélitos, proporciona a la congregación obregoniana en primer lugar, un



Patio de los Teyes (detalle central).
Monasterio de San Lorenzo el Real de El Escorial.

nombre al relatar novedosamente y sin disertaciones la experiencia en las enfermerías y la mucha caridad con los enfermos de los obregones y luego, suficiente crédito en la asistencia de las enfermedades cortesanas, ésas que Luis Lobera en 1544 describe: mal de piedra (calculus renal y vesical), gota artética, catarro y el nuevo azote, la sífilis, de cuya propagación como dice Demetrio Castro, «se acusa siempre a los otros, a los enemigos» (españoles «mal alemán», italianos «mal francés», mal napolitano», rusos «mal polaco» y turcos «mal cristiano»).

Hasta aquí la opinión de prestigio y moralidad en avencidados de la Corte y provincias acerca del enfermero Bernardino Obregón se verá enardecida por su ejemplar actuación en 1583 en la «epidemia madrileña de viruelas»; contribuir a la fundación y dirección del Hospital General de Madrid el 8 de febrero de 1586; colaborar en 1587 en la unificación de los hospitales y clausura del Hospital de las Mujeres Perdidas (fundado por Enrique IV de Castilla), participar en

la «leyenda del niño perdido» y ser nombrado este mismo año por el rey Gobernador de los Hospitales; organizar enfermerías de convalecientes; hacer los votos de pobreza, castidad y obediencia, dándole en 1589 el papa Sixto V el hábito gris y las reglas de la Orden tercera de San Francisco de Paula; reorganizar los hospitales y establecer un asilo para niños en Lisboa; extender su obra enfermera a los Países Bajos y colonias; recibir de Jacobi di Grattis, más conocido por «el caballero de gracia», el Asilo de Convalecientes; redactar en 1594 las constituciones de la Congregación y aconsejar a fray Sebastián de Villoslada en la fundación del Hospital de Nuestra Señora de la Buena Dicha y por último, en 1597 cuidar en el monasterio escurialense en la extrema enfermedad al introvertido y laborioso rey de la más grande construcción política que jamás existió.

Tiempo pasado, en plena vorágine inflacionista por la abundancia de metales nobles de Indias, el día 6 de agosto de 1599 en Madrid, víctima de la peste entrada por los puertos cantábricos, fallece a los 59 años Bernardino Obregón, sin ver publicada su Instrucción de enfermos y verdadera práctica de cómo se han de aplicar los remedios que enseñan los médicos. Su legado, al que el papa Paulo V le distinguió con una cruz XVIII a pesar de estar lleno de logros humanitaristas.

«Pero el sentimiento dar debe a la razón lugar».

Pedro Calderón
de la Barca

BIBLIOGRAFIA:

Buñill, Juan: Subespecies humanas. Barcelona, Península Ediciones 62, 1992.

Maillard, Chantall: La creación por la metáfora. Barcelona, Anthropos, 1992.

Wilber, Ken: Los tres ojos del conocimiento. Barcelona, Kairós Ed., 1991.

Crónica de Madrid. Barcelona, Plaza y Janés Editores, S.A., 1990.

NORMATIVA DE PRESENTACION DE TRABAJOS PARA SU PUBLICACION EN LA REVISTA HYGIA

No se aceptarán trabajos publicados con anterioridad en cualquier medio de difusión o presentados al mismo tiempo a otra revista.

Todos los trabajos aceptados quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S./D.E. de Sevilla, que hará de ellos el uso que crea conveniente. Asimismo, estos trabajos no podrán reimprimirse sin el permiso expreso del autor y de la dirección de la revista.

Los trabajos deben ir mecanografiados a doble espacio en hoja de tamaño A-4, dejando un amplio margen a la izquierda. Las horas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho o en su defecto en la mitad inferior del final de cada página. Cada parte del trabajo debe empezar una nueva página, en el siguiente orden:

- Primera página:
 - Nombre y apellidos de los autores (que no excederá de seis).
 - Servicio en el que se ha realizado.
 - Nombre completo del centro de trabajo y dirección del mismo.
 - Teléfono de contacto con el autor/es.
- Texto: Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, siendo de desear que el esquema general sea el siguiente:

A) Trabajos de investigación

- 1) Introducción.
- 2) Material y método.
- 3) Resultados.
- 4) Discusión.
- 5) Bibliografía.

B) Artículos de opinión

- 1) Introducción.
- 2) Observaciones.
- 3) Comentarios.
- 4) Resumen.
- 5) Bibliografía.

ESTRUCTURA

• **Introducción:** Será lo más breve posible y su regla básica consistirá en proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación.

• **Material y método:** En este apartado se indicará el centro donde se ha realizado el experimento o investigación, el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección empleado, las técnicas utilizadas y explicación detallada para que la experiencia pueda realizarse en cualquier otro centro sobre la base de esta información.

• **Resultados:** Se relatarán las observaciones efectuadas con el material y método empleado. Estos datos pueden publicarse con detalle en el texto o bien en forma de tablas, figuras o gráficos. Las fotografías y los gráficos, en conjunto, forman las figuras. Se numerarán de forma correlativa y conjunta con números arábigos. Todas las ilustraciones se presentarán incluidas en un sobre aparte del texto. Los pies de las mismas se mecanografían en hojas aparte.

Las fotografías y diapositivas se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad, para obtener buenas reproducciones. La Dirección de la revista aconseja un máximo de SEIS fotografías irán numeradas al dorso con una flecha que señale la parte superior.

• **Discusión:** El autor o autores intentarán ofrecer sus propias opiniones sobre el tema. Destaca en este apartado lo siguiente:

- El significado y la aplicación práctica de los resultados.
- Las consideraciones sobre una posible inconsciencia de la metodología y las razones por la cuales pueden ser válidos los resultados.

- La relación con publicaciones similares, si las hubiera.

- Las indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

• **Agradecimientos:** Cuando se considere oportuno se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo.

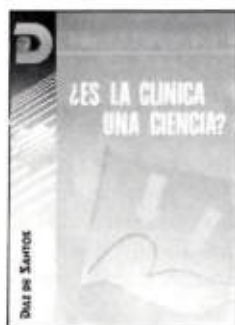
• **Bibliografía:** Se presentará según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el texto constará siempre la numeración de la cita en número, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionan éstos, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios, se citará el primero seguido de la expresión «et al».

• **Resumen:** Su extensión será de doscientas palabras máximo y se caracterizará por:

- 1) Poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo.
- 2) Estar redactado en términos concretos, desarrollando los puntos esenciales del artículo.
- 3) Su ordenación observará el esquema general del artículo en miniatura.
- 4) No incluirá material o datos no citados en el texto.

• **Palabras clave:** Debajo del resumen especificar de tres a diez palabras claves o frases cortas para facilitar la elaboración del índice de la revista.

Novedades bibliográficas



¿ES LA CLÍNICA UNA CIENCIA?

Federico
J. C. Soriguer
Escofet
119 páginas
P.V.P.
1.750 ptas.

La medicina
clínica es una
disciplina deudora

de una larga tradición, cargada de un profundo contenido teórico y que tiene como misión resolver problemas prácticos.

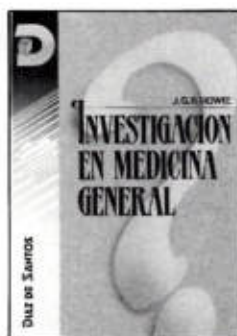
El conocimiento médico tiene un doble objetivo: por un lado, servir de intermediario en la interpretación de los signos y los síntomas de la enfermedad y, por otro, colaborar con los pacientes en el proceso de curación.

Ni el lenguaje médico (interpretación de los signos y síntomas) ni el acto de curar son independientes del contexto cultural y social de cada momento histórico.

Durante siglos el «poder» de la medicina se fundamentaba precisamente en ser depositaria de un conocimiento misterioso altamente apreciado (por necesitado) por la sociedad. Este conocimiento estaba basado en la tradición y en la experiencia.

Muchos (médicos y pacientes) añoran la figura de aquel médico depositario de todos los conocimientos y sobre el que se descargaba ciegamente la responsabilidad de la enfermedad. No importaba demasiado cómo estos conocimientos eran adquiridos, ni si la experiencia estaba fundamentada en un contexto verificable. La fama, que era el reconocimiento popular de la sabiduría, era también el único instrumento de validación de la competencia profesional.

Pero no podía permanecer ajena la medicina a la revolución científico-tecnológica de la época actual. Hoy, una parte de la sociedad exige a los médicos (y los propios médicos a sí mismos) una competencia técnica como garantía de la eficacia médica.



INVESTIGACION EN MEDICINA GENERAL

J.G.R. Howie
286 páginas
P.V.P. 3.180 ptas.

Este es el único libro reconocido sobre investigación en Medicina General. Cuando se escribió, la

investigación en Medicina General estaba en sus inicios. Para esta segunda edición se ha escrito un nuevo texto y se han incluido nuevos ejemplos de investigación, referencias al día y nuevos temas de actualidad.

Se inicia con el primer período del proceso de investigación, es decir, el de reconocer las oportunidades para llevar a cabo una investigación útil. Los sucesivos capítulos se desarrollan, siguiendo las diversas fases de planificación, realización y análisis de los resultados. Puesto que una investigación no se considera completa hasta que sus resultados se hayan ofrecido al público, se han incluido unos capítulos en los que se trata de la manera más adecuada de hacer una presentación escrita u oral.

El libro proporciona una ayuda específica de gran valor para todo médico general o estudiante en prácticas interesado en desarrollar por sí mismo un proyecto de investigación. También sirve para iniciarse en la investigación o, simplemente, para una mejor comprensión a la hora de examinar y analizar el trabajo ajeno.

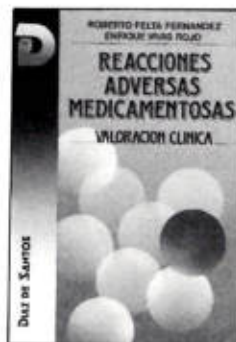
John Howie es Profesor de Medicina General en la Universidad de Edimburgo.

«... una brillante introducción para el médico general que ha pensado en la investigación y se pregunta por dónde ha de empezar. El Doctor Howie escribe sobre la investigación como de algo apasionante y sabe captar el espíritu aventurero que esta actividad encierra... Todos deberían leer este libro, no sólo los médicos generales sino también otros médicos y aquellos que por primera vez se enfrenten a la investigación clínica. No debería faltar en ninguna biblioteca...»

British Medical Journal

Son probablemente muchos los profesionales de la medicina que consagrarían su tiempo y su energía a investigar si supieran, al menos, cómo y dónde empezar. Un buen comienzo, sin duda, sería la lectura de *Investigación en Medicina General*... De texto claro, conciso, oportuno y estimulante, este libro se revela como una lectura del mayor interés para todo médico general.

Community Health Studies



REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS - VALORACION CLINICA

Roberto Pelta
Fernández
Enrique Vivas Rojo
688 páginas
P.V.P. 5.830 ptas.

Los posibles efectos adversos, derivados del empleo de los numerosos fármacos disponibles en la práctica clínica actual, representan una problemática cuyos límites rebasan el puro interés del alergólogo o del farmacólogo en su calidad de especialistas. Y además, es precisamente en este campo de la Terapéutica donde goza de gran predicamento un conocido aserto: «cada geografía tiene su propia patología».

Los autores de este libro, conscientes de la necesidad que tienen los sanitarios en su práctica diaria de disponer de unos conceptos y protocolos de fácil manejo en el terreno que nos ocupa, han logrado realizar un análisis amplio y comprensible de la situación en el entorno médico hispano.

La fluidez del texto, que resulta de una acertada combinación de amenidad y rigurosidad científica, denota una gran experiencia en el campo de la comunicación y divulgación sanitarias por parte de los doctores Roberto Pelta y Enrique Vivas. Unidos ambos por el nexo común de la Alergología, alternan su dedicación a la clínica con la realización de programas radiofónicos y artículos periodísticos para mejorar la educación de la población en temas de salud.

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.

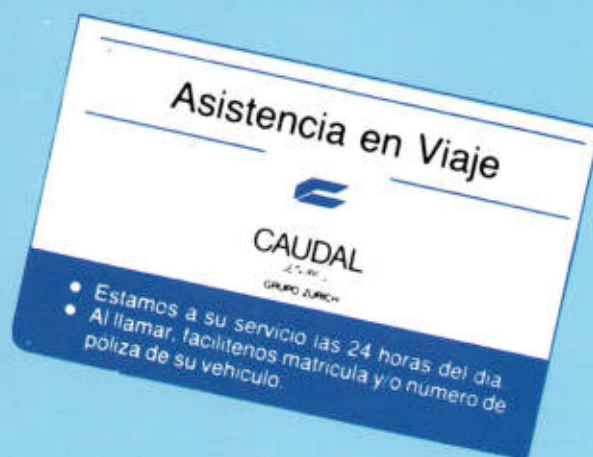
Se tiene derecho con ella:

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



9º CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA "CIUDAD DE SEVILLA"

PREMIOS

PRIMERO: 600.000 PESETAS

SEGUNDO: 300.000 PESETAS

TERCERO: 200.000 PESETAS

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

B A S E S

- 1.ª **Denominación:** Título: «Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla».
- 2.ª **Objeto:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3.ª **Dotación:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, de TRESCIENTAS MIL (300.000) para el premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4.ª **Presentación:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentarán por duplicado ejemplar en papel tamaño D.I.N. A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, y encuadernado; incluirán en separata un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
- 5.ª **Concursantes:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6.ª **Jurado:** Será Presidente del Jurado el del colegio de Diplomados de Enfermería de Sevilla o persona en quien él delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representarán: al Colegio de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, tres Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del jurado serán Diplomados en Enfermería. Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- 7.ª **Decisión del Jurado:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción Judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable.
- 8.ª **Documentación:** Los trabajos que opten al premio, serán remitidos por correo certificado, con acuse de recibo, al Colegio de A.T.S. y D.E., apartado de Correos nº 3.027. 41080-SEVILLA. Deberán indicar en el sobre: para el 9º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. No llevará remite ni datos de identificación del autor ni del Centro de Trabajo, si lo hubiere. Los trabajos serán firmados con seudónimos y acompañarán sobre cerrado con la misma identificación en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección completa, lugar de trabajo, si lo hubiese; certificado de colegiación reciente y «curriculum vitae», que se abrirá tras las concesiones de los premios.
- 9.ª **Propiedad de los trabajos:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados en el «9º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla».
- 10.ª **Incidencias:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación previa de las presentes Bases.
- 11.ª **Titular del Premio:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante de trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 1993.
Los Premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.
El fallo del jurado se hará público el día 15 de diciembre de 1993.

Premios 1992:

- 1.º Dª Juana Fornés Vives (Palma de Mallorca)
- 2.º D. Juan Manuel López González (Madrid)
- 3.º Dª Rosario Jurado Hernández (Sevilla)