



HYGIA

Revista Científica
del Colegio de
Enfermería de Sevilla

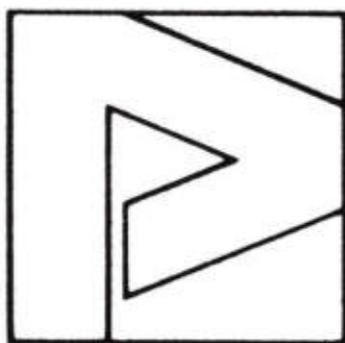
- 
- ENFERMERÍA ANTE EL TOXICOMANO HOSPITALIZADO
 - ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ZONAS BÁSICAS DE NAVARRA
 - UTILIZACIÓN DE VENDAS DE FIBRA DE VIDRIO

EL BANCO POPULAR DESDE AHORA CON LA ENFERMERIA SEVILLANA

A partir del 1 /Julio/93, el Banco Popular Español se establece en nuestra propia Sede Colegial y extiende sus ofertas a todas las sucursales y Banco de Andalucía en Sevilla y provincia.

Finalizado el periodo de vinculación entre nuestro Colegio Oficial y el Banco del Comercio, desde este instante se haya instalada, en la propia Sede, una Oficina del Banco Popular Español. Esta entidad mantiene colaboración con la Enfermería de todas y cada una de las provincias españolas. Pero hasta el momento, faltaba Sevilla. Pues bien: Con unas condiciones más favorables de las que disfrutaba hasta ahora nuestro Colegio Provincial, a partir de la fecha el profesional ATS/DE sevillano tiene a su disposición el Banco Popular Español no sólo en la oficina instalada en nuestra Casa sino en todos los pueblos de la provincia y sucursales de la capital, tanto del Banco Popular como del Banco de Andalucía, perteneciente al mismo Grupo.

Creemos que, de este modo, se pone al alcance de la colegiación una serie de facilidades en cuanto a servicios y prestaciones que, a buen seguro, redundarán en beneficiosas gestiones. Con este lema, acceso del profesional **de Toda la Provincia**, a una de las más solvente entidades bancarias del país, nace la presencia del BANCO POPULAR junto a nuestra profesión. Por muchos años.



BANCO
POPULAR
ESPAÑOL



BANCO DE
ANDALUCIA

- **Créditos a interés preferente.**

- **Créditos para cursos de formación.**

- **Cuentas corrientes y de ahorro con una alta rentabilidad.**

- **Tarjeta Visa organización colegial Enfermería.**

- **Seguros y planes de pensiones.**

OTROS PRODUCTOS FINANCIEROS SIEMPRE EN LAS MEJORES CONDICIONES PARA EL COLECTIVO DE ENFERMERIA

UN CONGRESO PARA LA MADUREZ PROFESIONAL

Pocos acontecimientos, desde un estricto punto de vista profesional, pueden revestir tanta importancia para Enfermería como el recién concluido XX Congreso Mundial que, durante cinco días, se ha desarrollado en Madrid. Guste o no, las cifras son apabullantes por concluyentes: 9.500 congresistas venidos de las cinco partes del mundo, 110 países representados, 447 ponencias y comunicaciones... todo ello puede dar una idea de la magnitud con que la Enfermería del orbe entendió la cita madrileña.

Y es que, además y por si lo anterior fuera poco, el Congreso, en sus conclusiones finales, ha marcado un nuevo rumbo de lo que debería ser, a partir de Madrid, el nuevo «savoir faire» de nuestra profesión allá donde se ejecute. Los congresistas, cien de los cuales eran colegiados de Sevilla, han entendido que la calidad de los servicios prestado al ciudadano debe ser la norma que presida toda actuación. Una sociedad que frisa el Siglo XXI pide algo más que atención y cuidados: está exigiendo calidad en los mismos y ello apareja dosis de preparación, reciclaje, puesta a punto, investigación. Toda una teoría a estudiar y desarrollar.

Pero no conviene olvidar la firme negativa de la Enfermería mundial para exigir la realización de la prueba del sida a los profesionales cuanto estos han entendido que, semejante proceder, atentaría contra la libertad del individuo amén de acarrear un costo, descomunal, que sustraería fondos para el bien que todos perseguimos: la resolución de la enfermedad por definición en la época que nos ha tocado vivir. Y cómo dejar relegado el llamamiento a la solidaridad de los profesionales del mundo, dirigido hacia quienes están trabajando en medio de guerras étnicas, sequías, pobrezas, miseria... y que convierten, lo que para un profesional español es simple rutina, en comportamientos casi heroicos. Baste imaginar las condiciones laborales en Hospitales del Tercer Mundo -sea Latinoamérica, la extinta Yugoslavia o el lejano Oriente-, para entender de qué modo deben actuar los colegas de aquellas latitudes, cualesquiera sean sus credos, razas o religiones. Solidaridad para con ellos, como primera y urgente conclusión.

Y la eutanasia, ese morir dignamente exigiendo, o rechazando, ayuda religiosa; o las múltiples agresiones que sufren los profesionales, especialmente las de tipo sexual máxima en un colectivo como el nuestro donde España presenta un altísimo porcentaje (78 por cada 100) de mujeres. O el reto de la especialización como arma de futuro... pasando por la necesidad que tiene Enfermería de abrirse a todos los vientos, intentando estar presente en los Medios de Comunicación como ineludible vehículo para llegar a la Sociedad...

Todos estos puntos es seguro que van a dejar una nueva impronta profesional. Los años venideros dirán hasta qué modo empiezan a calar los «efectos del Congreso de Madrid». Pero, a expensas de ello, una cosa es evidente: el vigésimo cónclave en la historia de la profesión debería significar la madurez de todos y cada uno de los profesionales en los puntos de incidencia que claramente señalan sus conclusiones: De su lectura y comprensión confiamos detenida y pausadamente por el bien de todos, por el bien de la Enfermería. Ojalá.

HYGIA

EDITA:

Colegio Oficial
de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR:

José M^o Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

Miguel Angel Alcántara González

JEFE DE REDACCION:

Vicente Villa García-Noblejas

CONSEJO DE REDACCION:

M.^o Dolores Ruiz Fernández
Carmelo Gallardo Moraleda
Juan Vicente Romero Lluch
Amelia Lerma Soriano
Antonio Hernández Díaz
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:

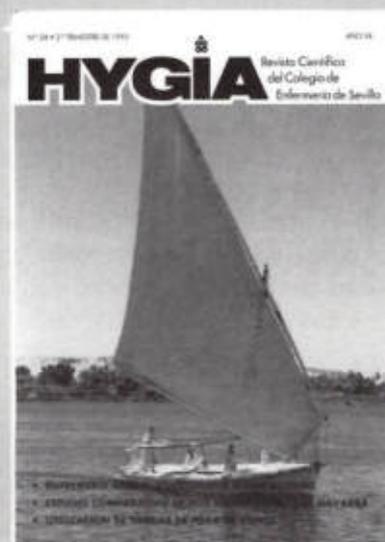
FOTOTEC, S.L. (Sevilla)

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.

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

Sumario

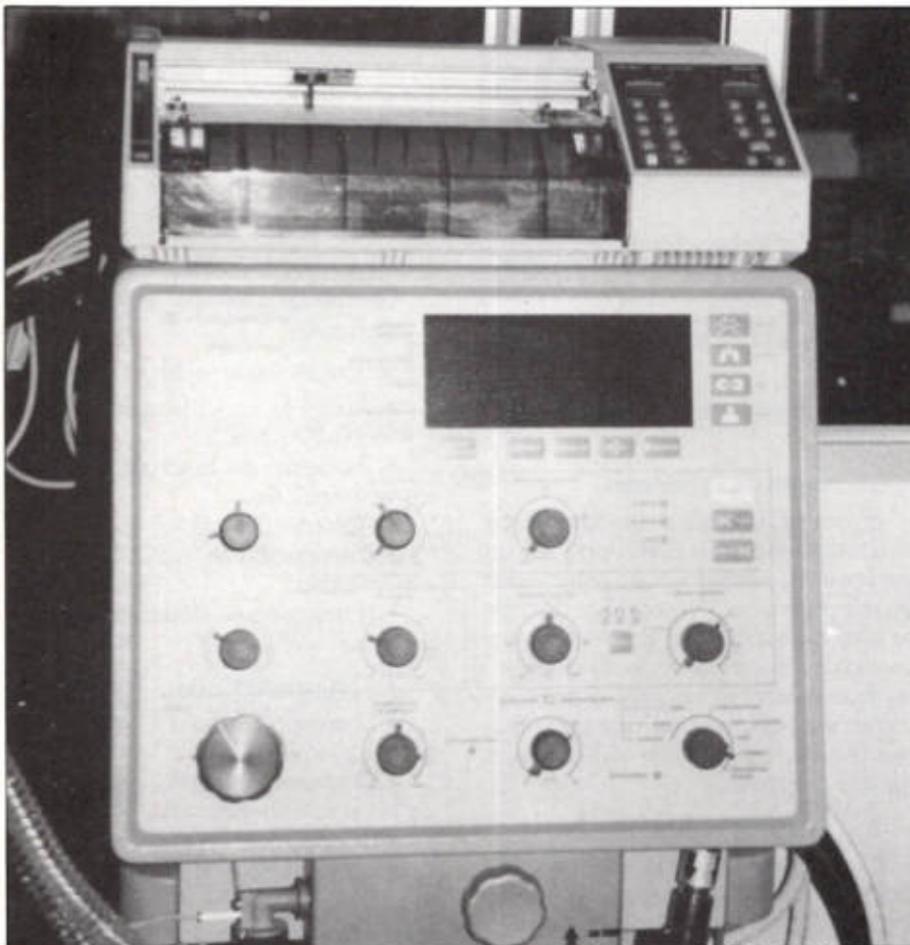
| | |
|--|----|
| - EDITORIAL | 3 |
| - SUMARIO | 4 |
| - VENTILACION MECANICA | 5 |
| - ESTUDIO RELACION PRENSA/ENFERMERIA | 9 |
| - TOXICOMANOS HOSPITALIZADOS | 15 |
| - VENDAJES..... | 21 |
| - CONCURSO FOTOGRAFICO N.º 24 | 24 |
| - ESTUDIO COMPARATIVO NAVARRA | 26 |
| - GRANDES ENFERMERIA..... | 32 |
| - DIAGNOSTICO SALUD DIABETICOS | 34 |
| - CONCLUSIONES | 41 |
| - NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS | 42 |



Autor: **M.^a del Pilar Oriol Salvador**
Título: **«De paseo en Faluca por el Nilo».**

CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACION MECANICA Y DESTETE

Autores: D.^ª Olga Puente Gómez. D.E. (*)
D.^ª Isabel Gutiérrez Tello. D.E. (**)
(*) Hospital Virgen Macarena (Sevilla)
(**) Hospital Virgen de Valme (Sevilla)



Los ventiladores o respiradores mecánicos provocan la salida y entrada del aire en los pulmones.

INTRODUCCION

Al abordar el tema de la ventilación mecánica, queremos hacer constar el papel tan importante que Enfermería desempeña en el cuidado y seguimiento de los pacientes que por unos motivos u otros se ven obligados a pasar por el trance de estar

conectados a un ventilador, lo que implica un grado de dependencia máximo al no poder la persona respirar por sí misma.

La principal indicación de la ventilación mecánica es la insuficiencia respiratoria, que se produce cuando los pulmones no pueden coger suficiente oxígeno o eliminar el anhídrido

carbónico sobrante. Las situaciones que ponen al paciente en peligro de insuficiencia respiratoria son: obstrucción de las vías aéreas, edema de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (E.P.O.C.), infecciones respiratorias y traumatismos torácicos o craneales. Otra indicación de insuficiencia respiratoria sería una cifra de PO₂ inferior a 60 mm de Hg.

Otros signos a buscar son: disminución de la capacidad vital, descenso del esfuerzo inspiratorio o espiratorio, taquicardias, cianosis, frecuencia respiratoria anómala, uso de la musculatura accesoria para respirar, hipertensión o hipotensión, ansiedad y agotamiento.

Cualquier combinación de estos hallazgos, junto con unas determinadas cifras de gases arteriales, pueden indicar la necesidad de iniciar una ventilación mecánica.

Los ventiladores o respiradores provocan la salida y entrada del aire en los pulmones. Se clasifican según su forma de finalizar la fase inspiratoria, ya que la espiración se efectúa de forma pasiva por la elasticidad del tejido pulmonar.

MATERIAL Y METODO

1. Tipos de ventiladores

1.1. Ventiladores volumétricos

Acaban la inspiración cuando han suministrado un volumen de aire determinado; por lo tanto, conocemos la cantidad de aire que llega a los pulmones en cada respiración.

Los respiradores volumétricos tienen distintas formas u opciones. Los más frecuentes son:

• **La ventilación mecánica está indicada en los procesos que cursan con insuficiencia respiratoria**

1.1.1. Respiración controlada: proporciona un volumen de aire a una frecuencia determinada, sin tener en cuenta los intentos que el paciente haga por respirar por sí mismo. Para el paciente consciente puede causar una gran ansiedad y malestar, por lo que raramente se recurre a este tipo de ventilación.

1.1.2. Respiración asistida-controlada: el ventilador proporciona un volumen de aire, según la frecuencia establecida, cuando el paciente no puede respirar por sí solo. Si el paciente hace una respiración espontánea, el respirador responderá enviando aire.

1.1.3. Respiración intermitente a demanda: permite que el paciente respire por sí mismo durante los intervalos que el aparato está inactivo, lo que favorece el ejercicio de los músculos respiratorios.

1.1.4. Presión espiratoria positiva (P.E.E.P.): permite que una cierta cantidad de aire permanezca en los alvéolos, entre el final de una respiración y el comienzo de la siguiente. Su objetivo es mantener los alvéolos expandidos entre las respiraciones.

La indicación general para la PEEP es la siguiente: pacientes con síndrome de distrés respiratorio del adulto, atelectasia masiva e hipoxemia grave, y en aquellos pacientes que necesiten aumentar su capacidad residual funcional.

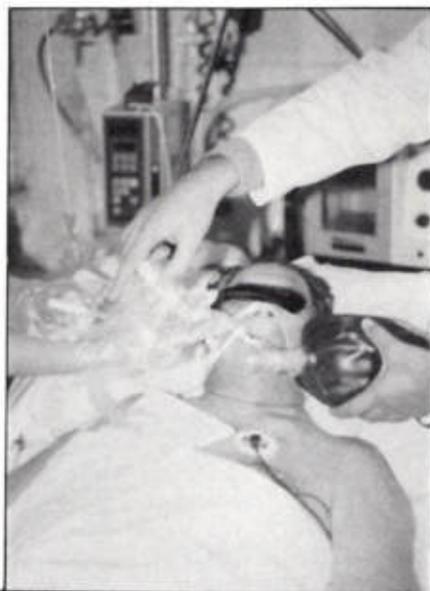
1.1.5. Presión positiva continua de la vía aérea: para pacientes que pueden respirar por sí mismos, pero necesitan una mejor perfusión de oxígeno.

1.2. Ventiladores regulados por tiempo

Dan por finalizada la inspiración cuando ha transcurrido un intervalo de tiempo prefijado. Suele aplicarse a los niños.

1.3. Ventiladores manométricos

Terminan la inspiración cuando se alcanza una presión previamente fijada.



En caso de secreciones espesas es conveniente realizar lavados bronquiales.

2. Parámetros que se necesitan controlar

2.1. Nivel de conciencia

El primer signo que se advierte de una oxigenación inadecuada en un paciente conectado a un ventilador es, normalmente, la modificación de su nivel de conciencia. Por tanto, para controlarlo debemos formular preguntas que requieren un «sí» o un «no» como respuesta, puesto que otros métodos pueden resultar dificultosos para el paciente.

2.2. Frecuencia respiratoria

Es un buen indicador del nivel de oxigenación. Hay que controlar su frecuencia respiratoria cada una o dos horas, distinguiendo entre sus respiraciones espontáneas y las forzadas por el ventilador.

2.3. Auscultación de los sonidos respiratorios

Se realizarán cada una o dos

horas, a fin de verificar si la ventilación es la adecuada y detectar la presencia de secreciones o atelectasias.

La ausencia de sonidos respiratorios es normalmente un signo de neumotórax, una potencial complicación de la ventilación mecánica.

Debemos auscultar después de manipular el tubo endotraqueal, pues con ello nos aseguraremos de que el tubo sigue correctamente colocado.

2.4. Signos vitales

Controlaremos su presión arterial, frecuencia cardíaca, respiraciones y temperatura, en busca de cambios importantes en el estado del paciente.

2.5. Gasometría arterial

Se controlarán dependiendo del estado del paciente, normalmente a los 30 minutos después de comenzar el sostén ventilatorio, permitiéndonos determinar si el paciente presenta alcalosis o acidosis respiratorias e hipoxemia.

3. Complicaciones de la ventilación mecánica

3.1. Hiperventilación

- Aumento de la frecuencia respiratoria (>20 r.p.m.).
- Aumento de la profundidad de las respiraciones.
- Aumento del pH >7,45.
- Disminución de la PCO₂ <40 mm Hg.
- Hormigueo en dedos de manos y pies.

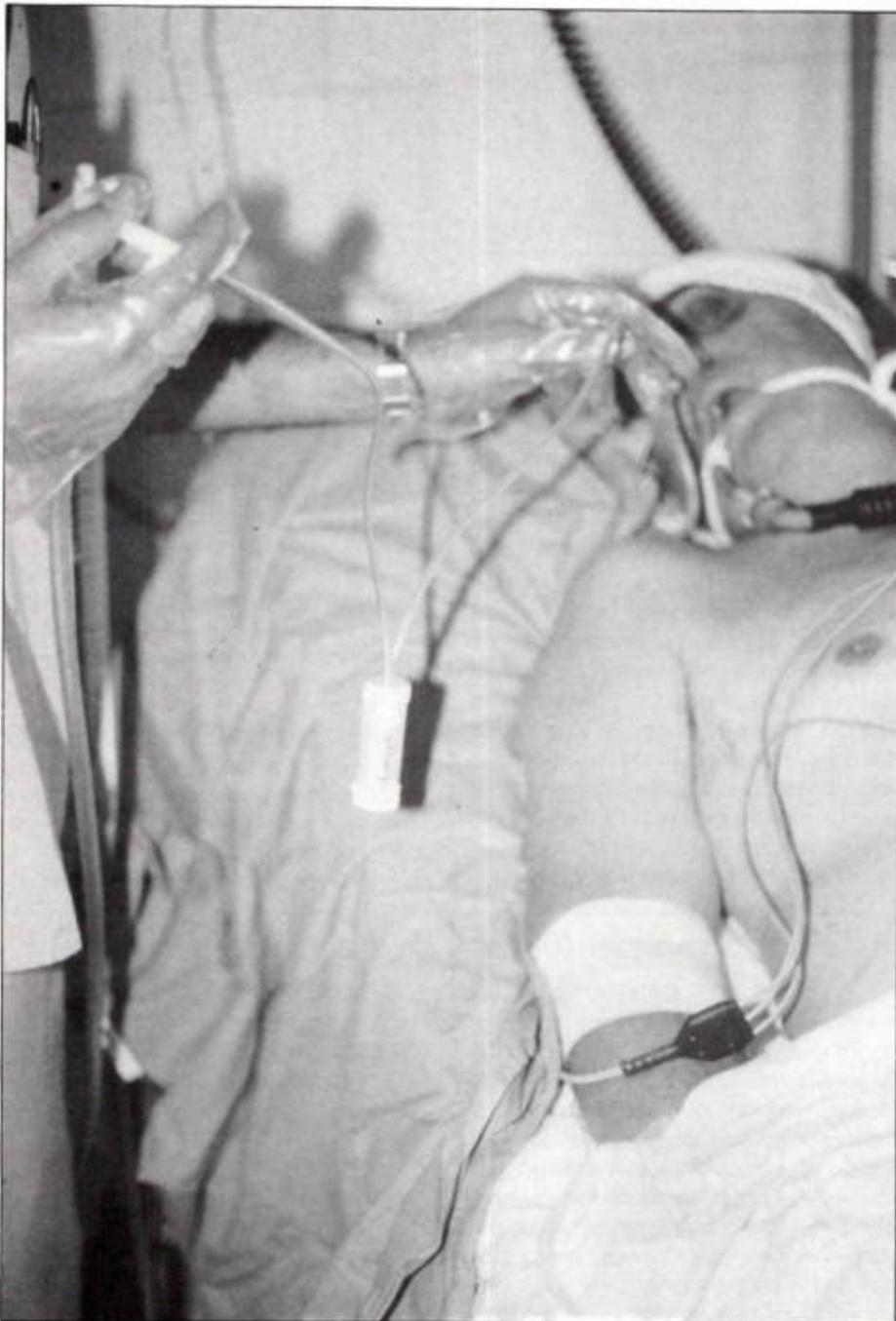
3.2. Hiperventilación

- Disminución de la F. respiratoria (<10 r.p.m.).
- Disminución de la profundidad de las respiraciones.
- Disminución del pH <7,35.
- Aumento de la PCO₂ >40 mm Hg.
- Disminución del PO₂.
- Aumento del pulso.
- Arritmias.
- Ansiedad.

3.3. Lesión traqueal

- Estridor inspiratorios post-extubación.

• **Se clasifican según la forma de finalizar la fase inspiratoria**



El uso de una técnica estéril, es sumamente importante en la aspiración bronquial y de secreciones.

- Espujo hemático.

3.4. Neumotórax

- Disnea.
- Disminución de los sonidos respiratorios.

- Descenso de la motilidad torácica en el lado afecto.

3.5. Retorno venoso dificultado

- Pulso rápido y débil.
- Disminución de la diuresis.

• Es fundamental por parte de Enfermería el apoyo biológico e información continua al paciente con ventilación mecánica

• Enfermería debe controlar el nivel de conciencia y signos vitales del paciente con respirador mecánico

- Disminución de la presión arterial.

CUIDADOS DEL PACIENTE

1) En primer lugar, prepararemos el respirador controlando los siguientes parámetros ventilatorios:

- Establecer el volumen ventilatorio pulmonar por minuto.
- Frecuencia ventilatoria: normalmente entre 14 y 16 respiraciones por minuto.

- Concentración de O₂: escala entre 21% y 100%.

- Humidificación.
- Sensibilidad: detecta los esfuerzos realizados por el paciente. Cuando el aparato capta una sensibilidad mayor a la programada, permite al paciente una respiración espontánea, o bien será asistido si está en la forma asistida-controlada. Por el contrario, si se encuentra en forma controlada, la sensibilidad no actúa.

- Los llamados «suspiros»: para evitar las microatelectasias.

- Ajuste adecuado del límite de presión, para evitar un posible baotrauma. Normalmente, cuando suena la alarma por aumento de presión, puede ser debido a varias causas, tales como un exceso de secreciones, mordedura del tubo endotraqueal, neumotórax, etc.

2) En segundo lugar, tras haber realizado los controles anteriores, procederemos a conectar el tubo endotraqueal al ventilador, comprobando que las conexiones estén seguras. Vigilaremos que no exista una desconexión accidental entre las vías aéreas del enfermo y el ventilador.

3) Procederemos a dar cambios posturales al paciente, en la medida de los posibles, procurando que el tubo endotraqueal no quede ni doblado ni tirante. En posición erecta se favorece la ventilación de los lóbulos inferiores.

Con los cambios posturales, además se evita la retención de secreciones en la parte periférica de los pulmones.

4) Es conveniente realizar movimientos pasivos de las extremidades del paciente para favorecer la circulación sanguínea.

• Ofrecer cuidados adecuados facilitará el bienestar del enfermo

5) Siempre que sea necesario, es importante la aspiración de secreciones del tubo endotraqueal, siguiendo una técnica estéril. Observaremos la cantidad, color y aspecto de dichas secreciones, teniendo en cuenta que el tiempo transcurrido durante la aspiración no debe ser superior a 15 segundos, pues podría provocar un paro cardíaco al enfermo. Por este motivo se debe oxigenar entre aspiraciones.

6) Controlar el inflado del balón o manguito, ya que si la presión es muy elevada, puede producir necrosis de la mucosa traqueal. Por el contrario, si la presión no es suficiente, puede producirse escape del volumen respiratorio introducido.

7) Mantener al paciente sedado cuando se indique, pues disminuyen los esfuerzos de respiración espontánea entre los ciclos de oxigenación y se reduce el consumo de O₂.

8) Realizar balances de entrada y salida de líquidos. Un balance positivo propicia la aparición de edema pulmonar intersticial.

9) En cuanto al trato con el enfermo, hay que facilitarle la forma de comunicarse, mediante papel y lápiz, por ejemplo, para mantenerlo en contacto con la realidad, explicarle que la ventilación será temporal, etc.

10) Hacer un registro detallado de la forma de ventilación, parámetros ventilatorios, gases arteriales.

11) Revisar las zonas de fijación del tubo, para evitar erosiones, así como labios y cavidad orofaríngea, para mantenerla hidratada.

Retirada de la ventilación mecánica (destete)

Este proceso consiste en la retirada progresiva del ventilador, permitiendo

al enfermo respirar por sí mismo en periodos gradualmente crecientes, una vez suspendida la ventilación mecánica. Podemos realizarla de varias maneras, siendo las siguientes las más destacables:

a) Mediante tubo en T, en la que el paciente está totalmente desconectado

del ventilador. En un principio se desconecta unos minutos para ver la respuesta del paciente, llegando incluso a 30 minutos si la tolerancia es buena, aumentándose gradualmente, hasta conseguir un restablecimiento óptimo de su función respiratoria. Debemos observar al paciente en todo momento por si presenta signos de intolerancia al destete, tales como aleteo de alas nasales, sudoración, disnea, cianosis, tiraje, en cuyo caso tendríamos que conectarlo de nuevo al respirador, así como tranquilizar al enfermo de forma que no muestre rechazo ante un nuevo intento.

b) Ventilación mecánica intermiten-

• En todo momento, hay que estar alerta para evitar las complicaciones secundarias

te. Es una función que va incorporada al ventilador. Consiste en la reducción progresiva del número de soportes ventilatorios con el fin de ir aumentando la capacidad respiratoria del paciente, con la tranquilidad de que si no se llega a un número mínimo de respiraciones espontáneas, el ventilador se las proporcionará.

Al igual que se hacía un registro de los parámetros del ventilador, aquí también se debe hacer un registro del tipo de destete escogido, frecuencia respiratoria, gases arteriales, tolerancia del enfermo, etc.

Como precaución, sobre todo en caso de tubo en T, habrá que vigilar que las secreciones no se espesen, ya que se formaría un tapón que dificultaría la ventilación, provocando ansiedad en el enfermo. Una forma de evitarlo, además de la humidificación del oxígeno, será mediante aerosoles frecuentes.



Tras el destete es aconsejable el uso del inspirómetro para ejercitar los músculos respiratorios.

CONSIDERACIONES FINALES

En todo el proceso de ventilación y destete, es fundamental el apoyo psicológico por parte del profesional de Enfermería. Una explicación adecuada

por nuestra parte, ayuda a asegurar la cooperación del enfermo.

BIBLIOGRAFIA

- Carrol, P.: Cuidados del paciente sometido a ventilación asistida. Nursing Oct. 86.p.:8-18.

- Nursing Photobook: Cuidados intensivos en Enfermería. Barcelona. Doyma. 1986.

- Winter, C.: Control sobre los pacientes sometidos a V.M. para evitar complicaciones. Nursing Fb. 89.p.:46-50.

- McGraw-Hill: Enfermería práctica. Interamericana 1989. p.:98-105.

PALABRAS CLAVES

- Ventilación mecánica.
- Insuficiencia respiratoria.
- Destete.

Estudio relación prensa y Enfermería según el dossier de prensa del Colegio de Enfermería de Madrid

Autores: **D. Mario Aquino Olivera. D.E.**
D.ª Susana Labbate Fernández. D.E.
 Hospital Monográfico de Traumatología y Ortopedia. Asepeyo
 Coslada (Madrid)



¿Qué escriben de nosotros los periodistas?

INTRODUCCION

Ultimamente se aprecia una mayor información de la prensa sobre nuestra profesión.

Este estudio pretende obtener una visión del grado de conocimiento y disposición de un colectivo profesional como es periodismo sobre la actividad que desarrollamos.

Pensamos que es de vital importancia para una profesión en desarrollo, en una etapa de crecimiento, como se encuentra Enfermería, conocer, estudiar, y dominar todo cuanto de ella se escriba en la prensa.

El periodismo prosigue un proceso para informar de los hechos que básicamente se puede resumir así:

HECHO.....PERIODISTA.....DESCRIPCION.

El periodista al describir los hechos utiliza para evaluarlos sus ideas y pensamientos, generalmente lo hace por un lapso de tiempo prolongado, influyendo en los estados de opinión de la sociedad.

He aquí, la importancia de este estudio, puesto que si conocemos cual es la importancia que tiene la enfermería para el periodismo cómo es su trato hacia ella, qué ideas tiene de su

actividad, cómo nos «ven», que lugar nos destinan en los periódicos, etc..., podremos trabajar en los posibles errores de información, que dañen nuestra imagen ante la sociedad.

El conocimiento trae el beneficio de poder trazar estrategias y planes a corto, medio y largo plazo en nuestra relación con el periodismo, impidiendo que se produzcan desviaciones periodísticas que perjudiquen, a nuestra profesión.

Para la elaboración de este trabajo se investigó la posibilidad de encontrar trabajos anteriores con esta misma temática.

El resultado fue pobre, encontrándose un artículo publicado en la revista Rol n.º 147, pág. 47-48 realizado por los enfermeros Jacinto Luis González Oya y M.ª del Mar Alonso Pérez, que llevaba como título «Imagen de la Enfermería a través de los medios de comunicación social en Galicia».

Este artículo publicado, tiene un desarrollo poco profundo en cuanto al análisis de las técnicas periodísticas, tiene un enfoque más bien emotivo y anecdótico, además está realizado sobre periódicos regionales, quitándole una relevancia nacional al trabajo.

En el Am. J. Nurs 83: 48-52, 1983 encontramos un artículo titulado

• **Una profesión en desarrollo, tiene la necesidad de saber en todo momento lo que se dice de ella.**

• En 1991, las noticias de Enfermería en prensa tuvieron un porcentaje de un 13,5%, frente a un 86,5% de sanitarias.

«Improving the image of nursing» firmado por Kalisch BJ y Kalisch PA, en el cual describe cual es la imagen de enfermería en USA, la brevedad del artículo, su antigüedad y la dificultad para encontrar más información sobre él nos llevó a desecharlo como consulta para nuestro trabajo.

Marta Báez López y Col.s. publicaron por intermedio del IASM. de Andalucía un informe técnico que lleva el nombre de Salud Mental y Prensa, año 1987, este informe nos sirvió de guía para la realización de nuestra labor de investigación, la decisión está fundamentada en la buena metodología y rigurosidad científica, que presenta dicho informe.

El estudio tiene como objetivo general «conocer el tratamiento periodístico hacia Enfermería en el período año 1991», para obtener este conocimiento nos haremos dos preguntas como objetivos específicos:

1. ¿Cómo se presenta la información?
2. ¿Qué contenidos aporta?

MATERIAL Y METODOS

Para esta investigación descriptiva, utilizamos como fuente de información al Dossier de Prensa que distribuye el Colegio de Enfermería de Madrid.

Este Dossier tiene las siguientes características:

a) Es realizado por el personal administrativo del Colegio de Enfermería.

b) Recopila las noticias referentes a sanidad publicadas en los periódicos: El País, ABC, La Vanguardia, Diario 16, El Mundo, El Sol, Ya y Epoca (revista).

c) Este dossier contiene la totalidad de las noticias publicadas en el año 1991, excepto las correspondientes al mes de agosto y fechas que contengan puentes festivos, ya que no hay actividad en el colegio.

Debido a que el dossier está compuesto por fotocopias de los periódicos, el texto de las noticias se ve muti-

lado en algunas partes que son importantes para la investigación; faltan datos como: emplazamiento y sección, fue necesario recogerlos en la hemeroteca de la biblioteca nacional.

Para la formulación de las variables utilizamos como marco teórico a la «Teoría General de la Información Periodística».

La utilización de esta Teoría nos permitirá analizar los resultados obtenidos en forma convincente, teniendo claro el concepto que entre el periodista y la sociedad existe un proceso de retroalimentación.

PERIODISTA ← MENSAJE → SOCIEDAD

PROTOCOLO DE VARIABLES

Este protocolo intenta definir todas las variables que son estudiadas en este

• Hasta ahora, enfermería padece un escaso eco en los medios de comunicación.

trabajo, con el fin de ayudar a una mayor comprensión de su significado.

A) VARIABLES DE PRESENTACION

Estas variables están agrupadas en dos grupos: En el primer grupo (A1 a A7) hacen referencia a la naturaleza del emisor y los recursos estilísticos que se utilizan, aunando así las características individualizadas de la noticia.

En el segundo grupo (A8 a A11) describe la presentación física de la información.

Primer grupo

A1) GENERO PERIODISTICO

Como su nombre indica, supone la clase de los mensajes informativos. Hemos elegido los siguientes géneros:

Noticia: Comunicación en general, que tiene el cometido de transmitir hechos actuales.

Crónica: Presenta el texto de forma que los acontecimientos van siendo descritos a medida que van aconteciendo.

Artículo: El texto además de ser informativo, contiene ideología.

Reportaje: Publicación de noticia que resulte interesante.

A2) FUENTE DE INFORMACION

Se refiere al origen de la información, de donde procede ésta.

**PRESENTACION DE RESULTADOS.
DESCRIPCION DE LAS NOTICIAS ESTUDIADAS
PERIODO: AÑO 1991**

| | | |
|--------------------------------------|-----------|--------|
| Total de noticias de sanidad..... | 698 | 86,54% |
| Total de noticias de enfermería..... | 94 | 13,46% |

| PERIODICO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| 1. Epoca | 4 | 4,25 |
| 2. ABC | 30 | 31,9 |
| 3. El Sol | 9 | 9,57 |
| 4. El Independiente | 6 | 6,38 |
| 5. El País | 13 | 13,82 |
| 6. Ya | 15 | 15,95 |
| 7. El Mundo | 7 | 7,44 |
| 8. Diario 16 | 6 | 6,38 |
| 9. La Vanguardia | 4 | 4,25 |

N.º de noticias emitidas por los diferentes periódicos



¿Como presentan los periodistas las noticias de Enfermería?

• La gran mayoría de noticias de la Enfermería proceden de los ministerios, hospitales y tribunales.

- Particulares (profesionales, pacientes, población).
- Institucionales (ministerios, hospitales, centros de salud, etc.)
- Sindicatos.
- Colegios de Enfermería o similares.

A3) BASE DE CONTENIDO

Supone la descripción de hechos, opiniones.

- Descripción: Se presentan los hechos como ocurren.
- Reseña: Descripción breve.
- Opinión: El codificador de la noticia valora los hechos que describe.
- Denuncia: Se exponen los hechos, juzgándolos como irregulares o abusivos.
- Debate: Discusión o controversia entre dos o más interlocutores.

A4) ESTILO

Muestra la actitud del emisor hacia su mensaje.

1. Más emotivo. 2. Menos emotivo.
3. Emotivo ambivalente. 4. Evaluatorio. 5. Neutro.

A5) SUBJETIVIDAD TEXTUAL

Distancia del periodista respecto su

mensaje puede ser mínima, media o máxima.

A6) MODO DE IMPLICACION

Estudia la relación entre el mensaje y la realidad a la que se refiere.

1. Duda. 2. Niega. 3. Confirma acepta. 4. Confirma rechaza. 5. Neutro.

A7) CODIFICADOR DE NOTICIAS

Se refiere a quien escribe la noticia.

1. Reportero. 2. Comentarista. 3. Lector. 4. Redacción. 5. Agencia. 6. Personalidad.

Segundo grupo:

A8) AMBITO DE DIFUSION

Se entiende por el lugar donde se distribuye el periódico: local, autonómico o nacional.

A9) SECCION

En función en qué lugar sale publicada la noticia dentro de las distintas secciones del periódico: Internacional, Policial, Sanidad...

A10) EMPLAZAMIENTO

Es el lugar donde aparece el texto sobre Enfermería, teniendo en cuenta

la página en que aparece, el lugar que ocupa en dicha página y el tamaño que se recogerá dividiendo la página en varias partes.

B) VARIABLES DE CONTENIDO

A estas variables las hemos agrupado en cuatro grupos temáticos, a saber:

B1) SANIDAD Y ENFERMERIA

Se refiere a noticias que tengan información referente a Enfermería en forma tangencial y no como parte fundamental. Siempre en el contexto de sanidad.

B2) DELITOS Y NEGLIGENCIAS

Aquí se incluyen todos los actos juzgables que tengan como origen o que sean derivados de la actividad enfermera.

B3) PROFESION

Incluimos en este punto todas noticias que se refieren a la actividad nuestra. Como por ejemplo: actividades laborales, reivindicativas, de reunión, de iniciativas, técnicas, etc...

B4) FORMACION

Las noticias que contengan información sobre actividades científicas, congresos, o que se refieran a los planes de enseñanza de Enfermería tienen cabida en este ítem.

La metodología de análisis que se utilizará, será ir desmenuzando los resultados de las variables elegidas, para ir luego sacando resultados parciales, que nos permitan ir haciendo una recomposición general, sacar conclusiones amplias y sugerencias relativas hacia el objetivo general.

Los instrumentos que se utilizarán para la descripción de los resultados son:

1. Tabulación general.
2. Características de los listados: generales y por periódico.

ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES DE PRESENTACION

A1) GENERO PERIODISTICO

La mayoría de los textos son del género: Noticia, (54%) es decir informaciones de actualidad. En menor cantidad se aprecian realizaciones



El periodista recoge su información mayoritariamente en los Centros Sanitarios.

con contenido ideológico, como el artículo (30%) y reportajes (14,2%).

A2) FUENTES DE INFORMACION

La procedencia de la parte principal del texto elaborado por el periodista tiene sus orígenes principalmente en instituciones (ministerios, hospitales, tribunales, etc...) (51%). Luego, siguiéndole, en importancia la segunda fuente son los sindicatos, (17%) casi con los mismos valores de los particulares 13% y el Colegio de Enfermería o similares (15%).

A3) BASE DE CONTENIDO

Es mayoría absoluta la presentación del periodista de su labor describiendo lo acontecido (50%). Sigue en orden de cantidad la denuncia (34%) y con porcentaje significativo, quizás por el momento difícil de Enfermería.

A4) ESTILO

Los datos nos indican que prevalece un estilo neutro en la mayoría de los textos periodísticos (51%). A continuación aparece el Estilo Evolutivo (43%), es decir que lo que importa, es lo que escribe el periodista.

A5) SUBJETIVIDAD TEXTUAL

Esta variable analiza la distancia que se encuentra entre su mensaje y el periodista. Mayormente se aprecia que el periodista pone distancia sobre sus informaciones sobre Enfermería (62%), luego en menor cuantía le sigue la distancia media (21%) y corta respectivamente (17%).

A6) MODO DE IMPLICACION

En la relación que hay entre el periodista y el hecho al que se refiere encontramos una implicación neutra con el mayor valor (60%), a continuación el periodista confirma la realidad y la acepta (36%).

A7) CODIFICADOR DE NOTICIAS

Los profesionales del periodismo que difundan mensajes informativos tienen el primer lugar como codificador de noticias (67%), en segundo lugar se encuentra en la redacción (25%), siendo este un grupo presuntamente no especializado como el anterior. En último lugar se encuentra las Agencias de noticias (7%).

A8) AMBITO DE DIFUSION

En esta variable no se profundizó en su análisis debido a las caracterís-

ticas del dossier, al ser diarios de distribución madrileña se puede asegurar con certeza el 100% de su difusión en Madrid. Queda la interrogante de cuántas noticias tuvieron repercusión nacional.

A9) SECCION

La sección correspondiente a Sanidad reúne la mayor cantidad de información (41%) a continuación se alinea con casi los mismos resultados las secciones de Sucesos (20%) y Madrid respectivamente (21%).

A10) EMPLAZAMIENTO

Esta variable la describiremos como el lugar físico donde se escribe la información, teniendo en cuenta el valor que tiene la noticia para el periódico para determinar su emplazamiento. Observamos, que no hay un espacio determinado para Enfermería variando su lugar según el Diario.

A11) FOTOS Y MENSAJE DE LAS MISMAS

Los resultados nos indican en primer lugar a las fotos con personajes en posición pasiva (45%), a continuación se encuentran imágenes que muestran personas con actividad manual o realizando una actividad técnica (36%), apareciendo la intelectual tan solo en un (9%).

ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA VARIABLE DE CONTENIDO (TEMATICO)

B1, B2, B3, B4. CONTENIDO (TEMATICO):

Hay una paridad en el primer lugar entre los temas que abarcan

| TABLA DE DIFUSION DIARIA: PERIODO AÑO 1991 | | |
|--|-----------------|-----------|
| DIARIO | LUNES A SABADOS | DOMINGO |
| EL PAIS | 394.691 | 1.048.000 |
| ABC | 298.000 | 600.000 |
| LA VANGUARDIA | 221.000 | 347.542 |
| DIARIO 16 | 178.957 | 209.491 |
| EL MUNDO | 145.000 | 215.000 |
| EL SOL | 78.000 | - |
| YA | 46.500 | - |

Fuente: Revista Mercado. Año 1992.



¿Qué publicación es la que trae más noticias de Enfermería?

Sanidad y Enfermería (30%) y el que trata los contenidos de Delito y Negligencia (30%). Inmediatamente se localiza los temas referente a la profesión en sí (26%). Por último lo referente a Formación (14%).

DISCUSION

Una primera evaluación de los datos obtenidos de la variable presentación nos muestran las características que tienen aproximadamente el 50% de las noticias: poseen un carácter descriptivo en su base de contenido, un estilo y un modo neutro y se aprecia una subjetividad textual de máxima distancia.

Cualquier hecho que se produzca en la sociedad, necesariamente, debe producir opinión, si el periodista no la vierte, no la escribe, está produciendo una desvirtuación de la noticia, si sólo se preocupa del aspecto formal de la noticia, está produciendo una deformación consciente o inconsciente de la realidad.

El hecho que un periodista de su opinión sobre Enfermería, hace que tenga un compromiso hacia nuestra profesión, con las lógicas responsabilidades que acarrea.

La publicación de una noticia acarrea responsabilidades y presiones de toda naturaleza hacia el periodista responsable. Este está sujeto a las normativas orientativas que cada pe-

riódico tiene, está presionado por sus propias necesidades económicas que lógicamente lo hacen prudente a la hora de dar su opinión, además debe tener en cuenta que su opinión puede tener respuestas (judiciales, desmentidos, cartas al director, etc...) diversas del lector.

Siguiendo la evaluación de los resultados, indican que hay un interés manifiesto de los periódicos, hacia la especialización de las noticias, porque mayormente éstas están incluidas en la sección «Sanidad» y además en alto porcentaje el texto es elaborado por redactores especializados. Cabe explicar también que no todos los diarios incluyen las noticias en «Sanidad», sino que debido al público previamente elegido como cliente las incluirá con otro criterio.

El interés de los periódicos por especializarse en las noticias hace reflexionar si no sería de utilidad impartir cursillos o cursos dirigidos hacia periodistas, con el ánimo de introducirlos en los distintos temas de Enfermería.

El impartirles conocimientos de Enfermería haría que sus posibles opiniones estén fundamentadas correctamente y no estén sujetas a prenociones o ideas preconcebidas extraídas de otra fuente que no sean de nuestros representantes.

En cuanto al tamaño, lamentablemente, las noticias de Enfermería que

tuvieron participación en hojas destacadas se refirieron a hechos relacionados con delitos y negligencias; en pocas oportunidades se logró un lugar destacado para temas referentes a nuestras aspiraciones, intentos o éxitos de nuestra profesión.

Párrafo aparte, merece la variable fotos, que es muy escasa por otra parte en cuanto a cantidad se refiere, el primer lugar lo ocupa el reglón que muestran personas en actitud pasiva, pero lo curioso es el segundo lugar, ocupado por fotos públicas que dan imagen de enfermeras en actitud manual; evidentemente estas imágenes muestran cómo se idealiza a Enfermería.

Fagin y Diers (1983, p. 116) ven a la Enfermería, con una imagen de maternidad, caracterizada por alimentar, cuidar, consolar, reconfortar y otras formas maternas de comportamiento. Por el estudio de las fotos se puede comprender que hemos avanzado poco en cuanto a cambiar la imagen que tiene de nosotros el periodismo y, porqué no, también la sociedad.

En cuanto a los contenidos que tienen las noticias de Enfermería, se llevan «la palma» las referidas a Sanidad y Enfermería, cantidad de noticias que manifiestan el escaso grado de participación que tiene Enfermería en Sanidad, porque de un total de 698 noticias referidas a

• **Sería necesario implantar en los Colegios Profesionales de Enfermería, un gabinete de prensa donde el periodista ayude a dar un mensaje uniforme y coherente a la sociedad de la Enfermería.**

Sanidad, sólo 29 estuvieron relacionadas. En segundo lugar y con la misma cantidad, están las informaciones referidas a Delitos y Negligencias, hechos éstos que en nada favorecen a nuestra imagen; creemos que son acciones que se pueden dar en cualquier profesión, nadie está libre de dar un mal paso, pero en una profesión tan joven como la nuestra, es nefasto; aquí cabe una reflexión, no sería aconsejable forzar a publicar hechos positivos de nuestra actividad, como por ejemplo, investigaciones científicas, premios, congresos, etc... Creemos, que en la etapa en que está Enfermería, se debe utilizar todos los medios para lograr publicar hechos positivos que contrarresten imágenes negativas en la sociedad.

La temática de Enfermería y lo referente a formación, logran un interesante porcentaje en conjunto. Si se tiene en cuenta que el periodista mayormente acusa una tendencia a ir hacia los Colegios y Sindicatos, como fuente de noticia, debe ser aprovechado este hecho por los representantes de Enfermería, para darles a co-

nocer nuestro punto de vista sobre la problemática de Enfermería.

Nuestra imagen cambiará, en cuanto, cada uno de nosotros difunda ésta en forma correcta en nuestra sociedad, claro que primero se requiere un reciclaje profundo en nuestra actividad, acentuando los conceptos de qué es una profesión y qué se necesita para que sea.

Juan Carlos Agulla, en su trabajo «Desarrollo y Estructuras Ocupacionales», presentado en el V Congreso Argentino de Enfermería, dice que: profesión es la institución social de una determinada actividad y que depende: 1.º del grado de desarrollo o nivel de maduración de los conocimientos adecuados a esa profesión, y 2.º del nivel de desarrollo de las estructuras sociales.

Esto quiere decir que no basta que tengamos desarrollado la educación sistemática a través de las Universidades y Escuelas de Enfermería para ser Profesión, sino que necesitamos el reconocimiento social para ser tal.

Si logramos propagar eficazmente

el mensaje correcto, la sociedad sola se encargará de hacer revertir la imagen que tienen de nosotros los periodistas.

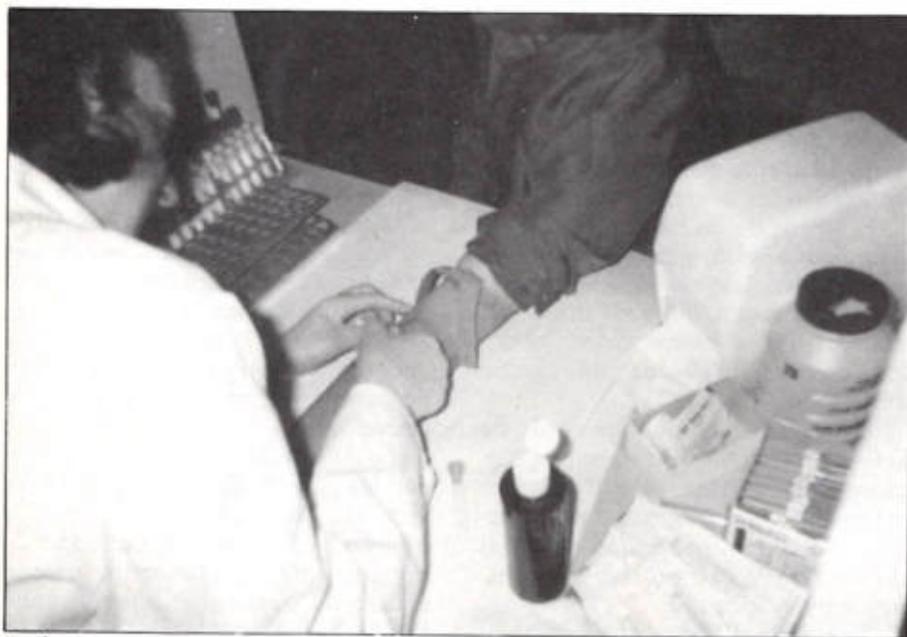
Como sugerencia final, creemos que sería indispensable crear gabinetes de prensa en los Colegios y Sindicatos, con gente especializada que analice permanentemente las noticias que se publican, para poder tener respuestas rápidas a posibles deformaciones sobre nuestra profesión, que conformen estrategias y esquemas a seguir por los diferentes líderes que ocupen lugares de importancia en los múltiples lugares de Sanidad.

Estas estrategias deben tener unas líneas de acción y una conducta adecuada a seguir frente a los medios de comunicación y concretamente con la prensa escrita.

Un mensaje uniforme y coherente es indispensable para dar una imagen correcta de una profesión. Si somos capaces de mantener una relación fluida, libre y eficaz con el periodista, facilitándole en todo momento su trabajo, conseguiremos que Enfermería ocupe el lugar que se merece en la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

- BAEZ LOPEZ, Marta y Cols. Salud Mental y Prensa. IASM. Andalucía 1987.
- GONZALEZ OYA, Jacinto Luis y Cls. Imagen de la Enfermería a través de los medios de comunicación social. Rol. Nro. 147. 47-48.
- SANCHEZ CARRION, J. Javier. Técnica de Análisis de los textos mediante codificación manual. Revista Internacional de Sociología. 1985. Vol. 43 fascículo I. Madrid.
- PORTO PORTO, Benxamin: II Seminario de introducción a la investigación en Enfermería. Asoc. Galega de Enfermería. Galicia, 1991.
- KALISCH, B.J. y KALISCH, P.A. Improving the image of nursing. USA. Am. J. Nursing 83: 48-52, 1983.
- LEDDY SUSAN ET al. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la Salud. América Latina, 1989.
- POLIT, D. y HUNGLER, B.: Investigación científica en Ciencias de la Salud. 3.º edición, Ed. Interamerican. México, 1991.
- LOCATELLI, GRACIELA, B. de y Cols. Fundamentos de Enfermería. Bases Científicas. Pág. 42-43. 1ra. Edición. Ed. El Ateneo. BS. AS., 1989.



Las fotos nos muestran siempre en actividades «maternales» o técnicas.

EL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL TOXICOMANO HOSPITALIZADO (1.ª parte)

Autor: **D. José Salas Márquez.**
ATS. y Licenciado en Psicología
H.U. Virgen del Rocío (SEVILLA)

I. INTRODUCCION

El presente trabajo surge de la necesidad de buscar una solución a la problemática que presenta la atención a los toxicómanos accidentados que acuden al Hospital de Traumatología y Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

Pero esto no tendría mayor relevancia si estos enfermos no plantearan una problemática bastante difícil de resolver, quizás por la dificultad del problema y los insuficientes medios puestos a su disposición.

Cuando un enfermo de este tipo llega al hospital, presenta un doble problema el traumatismo que sufre a consecuencia del accidente, de mayor

• El enfermo presenta un doble problema: el traumatismo y el síndrome de abstinencia

o menor gravedad y la enfermedad de drogadicción que puede producir el síndrome de abstinencia más tarde o más temprano, incrementado por el «shock» y el dolor causados por el trauma. A estos problemas físicos se les une el desconocimiento técnico de la drogodependencia y el condicionante psicológico aversivo por parte del personal sanitario, de lo que resulta una situación incontrolada, estresante y temida que da como resultado la participación de la policía en la mayoría de los casos, al fallar los medios de control apropiados.

El principal objetivo de este trabajo es el proporcionar esos conocimientos adecuados e imprescindibles, así como esbozar algunas pautas de comportamiento o modos de actuación del personal sanitario, para que la asistencia a este tipo de pacientes sea lo más efectiva posible en todos los aspectos.

Para lograr esto será necesario:

1º El poseer una detallada noción de los tipos de drogas, sus efectos y tratamiento.

2º El conocimiento de la personalidad de este tipo de enfermo.

3º La desensibilización por parte del personal sanitario del rechazo que causa el contacto con un drogadicto.

Dadas las limitaciones de espacio exigidas, no es posible el hacer referencia a los tipos de drogas, sus efectos y tratamiento, lo que no consideramos problema dada la cantidad de trabajos publicados al respecto (Nieto y Mejías, 1987; León Fuentes, 1986; Salas Márquez, 1992), por lo tanto

• Se debe conocer el tipo de drogas, personalidad del paciente y evitar el rechazo

nos centraremos en los dos puntos restantes como son el conocimiento de la personalidad del toxicómano y las pautas de comportamientos a seguir con respecto a este tipo de enfermos cuando llega accidentado al hospital.



Cuando un enfermo llega a un servicio de urgencias, no sólo se tiene que tener en cuenta su traumatismo sino el posible síndrome de abstinencia que padecerá.



Una de las salas de urgencias de traumatología, donde se desarrolla el presente trabajo.

La tarea no es fácil ya que existen en interacción una gran cantidad de variables, pero si con este trabajo logramos el conocimiento y desmitificación de la droga, la comprensión de la problemática del toxicómano y la concienciación del problema por parte del personal sanitario, nos daremos por muy satisfechos.

II. LA DROGA

La droga es tan antigua como la humanidad, pero como opina Oliva (1986), desgraciadamente es en estos últimos diez años cuando alcanza mayor actualidad, ocupando un espacio privilegiado en los medios de comunicación de masas. Y esto no porque sea el problema más grave, ya que existen otros de igual o incluso mayor gravedad, como pueden ser los accidentes de tráfico, el paro, el cáncer o la hipertensión, sino por otras razones. En primer lugar, observamos que cuando los medios de comunicación hablan de drogas, se refieren sólo a las ilegales que son las que se traducen mecánicamente en miedo y a la vez son susceptibles de utilización ideológica o política. Lo primero que salta a la vista al leer los titulares de los periódicos es que la droga siempre va unida al concepto de

delincuencia y ésta al de inseguridad ciudadana. Así tenemos que «un problema social (la droga), es asimilado a un concepto de orden jurídico moral (la delincuencia) y ambos a un concepto estrictamente político (la inseguridad ciudadana). De esta forma se minimizan otros aspectos del problema no menos importantes como el sanitario, el social, el psicológico, etc...

Se convierte pues en un problema difícil de resolver por su gran complejidad social, el cual se ofrece de una forma sesgada y limitada. Se hace una manipulación y magnificación del problema que está haciendo más daño que beneficio, sobre todo en una sociedad deficientemente educada en lo sanitario.

Y es que los medios de comunicación se dirigen a un público muy amplio y heterogéneo, por lo que se tienen que filtrar las noticias y consecuentemente se distorsionan, de forma que en el caso de la droga, primero se la identifica con la delincuencia y luego se concluye que todos los dro-



El paciente drogadicto debe recibir, en todo momento, el mismo trato y cuidados por parte de Enfermería, igual que estas madres, felices por la venida de un hijo.

• Detrás del toxicómano existe una problemática psicológica, familiar, escolar, social, laboral, etc.

gadictos son delincuentes. Así se van estableciendo unos estereotipos que se van fijando en la sociedad y hacen que se predisponga a la gente en contra del toxicómano, que se ve discriminado hasta tal punto de producir una xenofobia en las personas que no conocen a fondo la situación.

Pero no pretendemos con esto quitarle importancia al problema, ya que el consumo y uso indebido de drogas se han convertido en un rasgo permanente de nuestra sociedad. Las drogas las consumen muy distintas personas por muy distintos motivos y necesidades, así como son muy numerosos los tipos de drogas consumidas. Y tan nocivas son el alcohol, la nicotina y los medicamentos que alteran el estado de consciencia, como la cocaína o la heroína, lo que ocurre es que las primeras no se consideran problemáticas desde el punto de vista social, pero en un gran porcentaje los adictos a las segundas han empezado por las primeras.

Y es en la adolescencia donde debemos centrar todos nuestros esfuerzos por prevenir el uso de drogas mediante una adecuada educación a los chicos y a sus padres, educación que no se debería centrar en una sola droga sino en los peligros del consumo de drogas en general y así mismo en los beneficios de una vida sana y honesta.

DEFINICION

Existen muchas definiciones de droga aunque aquí sólo citaremos algunas.

Según la Real Academia de la Lengua Española, droga es «el nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales, que se emplean en medicina, en la industria o en bellas artes».

La O.M.S. (1969) dice: «se entiende por fármaco o droga toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste».

La O.M.S. (1974) completó esta definición diciendo que «droga es toda sustancia terapéutica o no, que introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos clásicos o nuevos de administración de los medicamentos, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en él una alteración



Los titulares de los distintos medios de comunicación enfatizan en este grave problema que tiene la sociedad.

física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico».

De todas las definiciones se desprende que la droga altera, de forma atípica, el funcionamiento del organismo humano a nivel físico y/o psíquico.

• Ser drogadicto no implica siempre ser delincuente.

DEPENDENCIA Y HABITO

A la persona que siente una necesidad imperiosa de consumir una droga se le conoce con el nombre de drogodependiente, toxicómano o también fármacodependiente.

La O.M.S. define la toxicomanía como un estado de intoxicación crónica o periódica originado por el con-

sumo repetido de una droga, natural o sintética.

Las principales características de la toxicomanía son:

- Un deseo invencible o una necesidad de continuar consumiendo la droga y de obtenerla por cualquier medio.
- Una tendencia al aumento de la dosis.
- Una dependencia de tipo psíquico y generalmente físico.
- Efectos perjudiciales para el individuo y la sociedad.

La *dependencia física* es un estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos psicofísicos cuando se suprime la toma del fármaco.

La *dependencia psíquica* es una situación en la que un fármaco o droga produce un estado de satisfacción, un impulso psíquico que lleva a tomar periódica o continuamente el

fármaco para experimentar placer o evitar un malestar.

Hay que hacer una distinción entre dependencia y hábito ya que a veces se pueden confundir, aunque existen diferencias significativas como veremos.

Para la O.M.S. hábito es un estado debido al consumo repetido de una droga, que supone:

a) Un deseo de continuar tomando la droga a causa de la sensación de bienestar que produce.



Es en la adolescencia donde padres, maestros y sanitarios deben volcar todo el esfuerzo en educación sanitaria para evitar el peligro que acarrea el consumo de droga.

b) Poca o ninguna tendencia al aumento de la dosis.

c) Una cierta dependencia psíquica respecto a los efectos de la droga, con ausencia de dependencia física y en consecuencia del síndrome de abstinencia.

d) Los efectos perjudiciales, caso de existir, se refieren ante todo al individuo.

TOLERANCIA

Es la capacidad que tiene el organismo para adaptarse a un producto, lo que obliga a aumentar la dosis periódicamente si se quiere obtener los mismos efectos.

La rapidez de aparición de la tole-

rancia varía según las drogas, el individuo y las dosis administradas.

A título de ejemplos sabemos que:

- En los opiáceos se presentan en pocos días y en la heroína puede llegar a las veinticuatro horas.

que le produce la muerte en muchos de los casos.

TOLERANCIA CRUZADA

Fenómeno por el que al tomar una droga aparece la tolerancia no sólo a

• Según el psicoanálisis, existen una serie de posiciones afectivas y actitudes regresivas que favorecen el inicio a las drogas.

esa droga sino también a otra del mismo tipo y a veces de otro. Por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada con la morfina y viceversa; en menor grado, el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo barbitúrico.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Son una serie de trastornos mentales o físicos que sufre el organismo humano cuando se le priva de una sustancia que es necesaria para el mantenimiento de su homeostasis.

III. LA PERSONALIDAD DEL TOXICOMANO

Cancrini (1987) describe al adicto como alguien que se trata a sí mismo medicamentosamente de las dolencias que se ha diagnosticado y de la forma que cree más conveniente. Para este autor, no existe una personalidad típicamente predispuesta a la toxicomanía, sino que la amplia oferta de drogas permite hacer adictos en situaciones muy diversas.

Repetto et al. (1985), sin embargo, afirma que la personalidad previa del toxicómano puede ser de tres tipos.

a) *Liberada*: son individuos que pretenden romper tabúes, hacer lo que les viene en gana, sentirse liberados o libres de las normas y convencionalismos sociales, les gusta probar novedades, hacer ensayos y tener nuevas experiencias.

b) *Psicodélica*: los sujetos con esta personalidad van tras las situaciones extraordinarias, buscan la aventura en la droga.

c) *Nirvánica*: este tipo de personas buscan evadirse de la realidad, son los «pasotas», pretenden pasar de lo que le impone la sociedad, dirigen

- En los barbitúricos alrededor de una semana después de la primera administración.

- Las anfetaminas tardan unos diez días.

- En el alcohol, cuando se bebe regularmente puede presentarse a las dos o tres semanas.

La mayor parte de las muertes llamadas por sobredosis tienen su origen en la tolerancia, debido a que si un sujeto está habituado a consumir una cantidad determinada de droga y por algún motivo deja de consumirla durante un tiempo, el nivel de tolerancia baja, por lo que este sujeto al volver a administrarse nuevamente la misma cantidad sufre una sobredosis

hacia sí mismos su agresividad para bloquear sus relaciones con el mundo y esto les lleva a un nirvana o aniquilamiento de su personalidad.

Estamos de acuerdo con León Carrión et al. (1986), en que la conducta de adicción a una droga como el destino del toxicómano, no depende sólo de unos tipos de personalidad subyacentes ni del ambiente que rodea al individuo, sino que existe una interacción bidireccional entre ambos factores que es la determinante del proceso.

Así mismo, la O.M.S. (1973) afirma, que la dependencia de una persona determinada respecto a una droga particular está en función de tres factores interdependientes:

- 1) Las características personales y los antecedentes.
- 2) La naturaleza de su núcleo socio-cultural general y del más inmediato.
- 3) Las características farmacodinámicas de la droga, teniendo en cuenta la cantidad utilizada, la frecuencia de su uso y la vía de administración.

La toxicomanía no es más que un síntoma y detrás de ella se agrupan siempre una serie de problemas psicológicos, familiares, escolares, sociales, laborales, etc., los cuales interactúan precipitando el proceso.

Comienzo de la adicción

La mayor parte de los toxicómanos empezaron el consumo del tóxico por diferentes motivos, generalmente sociales o personales y en menor número por patologías previas.

• La adicción a drogas pasa por distintas etapas: iniciación, acostumbamiento y de dependencia.

Según Repetto et al. (Op. cit.), en la adicción a una droga podemos observar tres fases sucesivas:

- a) *Fase de iniciación:* El tanto por ciento más elevado de sujetos que prueban la droga por primera vez lo hacen por curiosidad, sin embargo hay otras muchas causas como:
 - Medicamentosa.



La aparición de la tolerancia varía según el tipo de drogas, la persona y las dosis consumidas.

- Política-económica.
 - Social: imitación, imposición, rebeldía, publicidad.
 - Aventura, experimentación.
 - Curiosidad.
- b) *Fase de acostumbamiento:* En esta fase hay ya una adaptación metabólica caracterizada por:
- Aumento de la dosis.
 - Escalada a drogas más fuertes y mezclas.
 - Polidrogomanía: uso indiscriminado.
- c) *Fase de dependencia:* Hay una necesidad perentoria de consumo con:
- Dependencia psíquica y más o menos orgánica (metabólica).
 - Síndrome de abstinencia = urgencia médica.
- Para Rodríguez y Sanz (1987), el comienzo de la adicción se da generalmente en momentos de crisis familiar que se identifica con algunos períodos de separación como: adolescencia, servicio militar, formación de pareja del sujeto o de algún hermano, etc. Se realiza generalmente a través de las drogas socialmente aceptadas como tabaco o alcohol, a una edad temprana (comienzo de la adolescencia). El cambio brusco de la adolescencia supone para el indivi-

duo el comienzo de una vida independiente de la familiar y busca otra sustituta que cree encontrar en los amigos, con sus normas como la de fumar tabaco, porros, etc. Para este tipo de familia es muy traumática la llegada a la adultez del primogénito, el cual llevará el peso de la negociación de independencia que servirá para los demás hermanos.

En el origen de la toxicomanía influye sobremedida la ambivalencia producida en los períodos de ruptura antes citados, en los que se exige al individuo una responsabilidad y un comportamiento maduro y sin embargo se le sigue tratando de forma infantil. Hay una gran dificultad para reconocer la mayoría de edad del primogénito y la droga demora la salida de éste del seno familiar, paralizando asimismo la de los demás hermanos. Toda la familia se vuelca entonces con el problema y se sienten participes de él, reuniendo a todos sus miembros, que es en el fondo lo que querían. La familia, entonces, participa de la situación de adicción procurando la complacencia del adicto y se establece una alianza inconsciente con el mantenimiento del síntoma.

Desde el punto de vista de la psi-



Según Blanco Aguilar, hay determinados factores socio-ambientales que inducen al joven al consumo de drogas.

• **La edad de comienzo es variable, siendo la adolescencia la etapa más crítica**

cológia conductual-cognitiva, las toxicomanías se producen como consecuencia de una serie de reforzamientos producidos contingentemente con la acción de tomar la droga. Los reforzadores implicados pueden ser de naturaleza psicológica, social o fisiológica y tienen una acción poderosa e inmediata sobre la conducta del individuo, potenciada además por factores como la reducción de la ansiedad, mayor reconocimiento social, aprobación de los compañeros, mayor capacidad de mostrar conducta social espontánea y más variada o para evitar los síntomas de retraimiento fisiológico.

Desde el punto de vista del psicoanálisis existen, según Colonna (1981), una serie de posiciones efectivas y actitudes regresivas que son las que favorecen el acercamiento a la droga:

- a) *Posición narcicista*: el toxicómano es un sujeto muy introvertido, siempre deseoso de obtener satisfacciones inmediatas, por lo cual está poco abierto a los cambios afectivos.
- b) *Regresión oral*: caracterizada por una conducta de perversión.
- c) *Actitud masoquista*: el toxicómano mide mal su agresividad. Parece tener una personalidad muy débil y

frágil para poder manifestar directamente su agresividad frente a los demás, por lo que vuelve esa agresividad hacia sí mismo y busca inconscientemente placer en la malignidad de la droga. Este es el aspecto auto-destructivo y suicida del toxicómano.

d) *Trastornos del humor*: son también frecuentes, se observa una gran inestabilidad anímica con cambios del humor que pasan bruscamente de una gran euforia a la tristeza.

Parece ser que los sujetos con personalidad psicótica sufren menos predisposición a la toxicomanía que los neuróticos. Los rasgos neuróticos más característicos de los toxicómanos son los ansiosos e histéricos (como sugestionabilidad y mitomanía). También se observan conductas toxicómanas en algunos indicios de esquizofrenia.

Según un estudio realizado en la provincia de Cádiz por Blanco Aguilar (1986), los factores que actúan potenciando el consumo de drogas según los jóvenes son los siguientes:

- 1.- Falta de trabajo.
- 2.- Disponibilidad de drogas en algunas zonas.
- 3.- Adquisición de dinero ilegal con facilidad.

4.- Presión al consumo que ejercen los amigos.

5.- La orientación poco adecuada que se recibe en la escuela.

6.- La relación de distanciamiento o incomunicación con los padres.

7.- La ausencia en el entorno de alternativas y expectativas.

8.- La fuerte tradición en el contrabando de drogas en ciertas zonas en las que se concentran los jóvenes sin empleo.

9.- La influencia afectiva de algún consumidor en la pareja.

10.- La evasión de situaciones conflictivas.

11.- Infantilidad y mérito.

Según Repetto et al. (Op. cit.), podemos agrupar en cuatro grandes grupos a los drogadictos actuales:

- 1) *Alcohólicos*. - Que pueden ser:
 - Asintomáticos.
 - Sintomáticos (alcoholizados).
- 2) *Abusadores de medicamentos*.
 - Analgésicos.
 - Tranquilizantes hipnóticos.
 - Anorexígenos.
- 3) *Hedonistas y aventureros*.
 - Tabaco.
 - Cannabis.
 - Cocaína.
 - Anfetaminas.
 - Morfínicos.
 - L.S.D.
- 4) *Polidrogaictos*.

Relación entre las distintas drogas y la edad inicial de consumo.- Según un estudio realizado por Martínez, de la Fuente y Arteagoitia (1987), de los drogadictos asistidos en centros de tratamiento en el período 1981 a 1985, se pueden establecer cuatro grupos bien diferenciados de edades en las que comienza el consumo de las diferentes drogas:

1.º El que sitúa sobre los 13-14 años y en que predomina el tabaco y los inhalables.

2.º Por encima de los 17 años, anfetaminas y alucinógenos, aquí se observa una ligera diferencia entre hombres y mujeres, estas últimas comienzan con estas drogas un año antes que los varones.

4.º El resto de las drogas, a partir de estas edades, existiendo también mayor precocidad en las mujeres...

(continuará)

UTILIZACION DE LAS VENDAS DE FIBRA DE VIDRIO EN VENDAJES COMPLETOS O CERRADOS

Autores: **D. Manuel Eloy Díaz Guerrero. D.E.**
D. Arturo de Tarno Manteca. D.E.
D. David Piña López. D.E.
D. Alfredo Borrás Navarro. D.E.
Clinica Sagrado Corazón (Sevilla)



Material utilizado en la colocación de la venda de fibra de vidrio.

RESUMEN

En los últimos años la fibra de vidrio ha evolucionado considerablemente. Su utilización para la confección de un tejido apto para aplicarlos a todo tipo de vendajes completos o cerrados han venido a demostrar las ventajas de sus propiedades, dando lugar a unos vendajes más íntegros, duraderos, rígidos, ligeros y estéticos. Hemos comparado las ventajas de este vendaje con la escayola convencional en dos grupos de veinte pacientes, sobre cuatro variables:

- Mantenimiento de la arquitectura global.
- Deterioro por roce o agua.
- Estado de la piel después de su retirada.

- Grado de comodidad del paciente.

Las muestras han sido analizadas estadísticamente, mediante el test de Fisher (para pequeñas muestras) con corrección de Tocher. Se admitió un valor de $p < 0,05$ como límite de significación estadística.

PALABRAS CLAVES

Fibra de vidrio. Vendaje completo o cerrado. Integridad. Rigidez.

INTRODUCCION

Desde las más antiguas sociedades hasta nuestros días las fracturas han sido tratadas de muy diversas formas. Se han utilizado los más diversos ma-

teriales como férulas de madera, envolturas de cuero endurecido o escayola líquida, empleada por los árabes 1.000 a.C., dejándolas secar a continuación.

Fue Mathison quien ideó en 1852 el vendaje con yeso que poco a poco se ha ido desarrollando hasta la actualidad.

Después han aparecido yesos de mejor calidad, vendas de material sintético y la fibra de vidrio impregnada en resina de poliuretano.

Hemos realizado un estudio comparativo acerca de las características de dos modalidades de vendajes completos o cerrados en fracturas de miembros:

- Escayola convencional.
- Fibra de vidrio.

MATERIALES Y METODOS

Hemos estudiado cuarenta pacientes sobre estas cuatro variables:

- Mantenimiento de la arquitectura global.
- Deterioro por roce o agua.
- Estado de la piel después de la retirada del vendaje.
- Grado de comodidad del paciente.

• La fibra de vidrio es utilizada en los vendajes, con gran éxito, ya sean completos o cerrados



Vendaje completo antebraquial.

Los pacientes se han distribuido aleatoriamente de la forma siguiente:

- Escayola:
 - Fractura miembro superior: 8.
 - Fractura miembro inferior: 12.
 - Fibra de vidrio:
 - Fractura miembro superior: 8.
 - Fractura miembro inferior: 12.
- Los materiales han sido los siguientes:
- Vendaje tubular sintético.
 - Venda sintética.
 - Guantes de látex.
 - Lubricante hidrosoluble.
 - Venda de fibra de vidrio.

METODO

- Poner el miembro lesionado en la posición deseada, generalmente

posición funcional, explicándole al paciente en lo posible dicha posición.

- Proteger la piel con vendaje tubular sintético, después almohadillar con vendaje circular de venda sintética, recubriendo prominencias óseas, evitando dejar arrugas.

- Enfundarse guantes de látex y ponerse lubricante hidrosoluble para poder moldear la venda de fibra de vidrio sin que la resina que lleva impregnada se nos adhiera a los guantes.

- Los rollos de vendas se van sumergiendo en agua a temperatura ambiente, según se van necesitando, durante unos 4-5 segundos, al mismo tiempo que se le comprime para que comience la reacción exotérmica.

• Por sus características es el método ideal de vendaje para las fracturas

- El vendaje se debe aplicar desde la extremidad distal hasta la proximal, evitando pliegues y ajustándose a la anatomía del miembro.

- El tiempo de consolidación es aproximadamente de veinte minutos.

CARACTERISTICAS

La venda está fabricada actualmente con malla de fibra de vidrio impregnada de resina de poliuretano que, sumergida en agua durante unos segundos, provoca una reacción química, con desprendimiento de calor, que la lleva a una rigidez en cuestión de minutos, y que le confiere las siguientes características:

- Ligera de peso, debido a los componentes propios de la venda.

- Rigidez en la arquitectura de la inmovilización.

- Transparencia a los rayos X con lo que se evitan cambios innecesarios en la inmovilización, con los riesgos que ello puede conllevar.

-Transpirable debido al trenzado de la malla, que hace que no produzca maceración de la piel si se ha secado correctamente.

DIAGRAMA DE LOS RESULTADOS

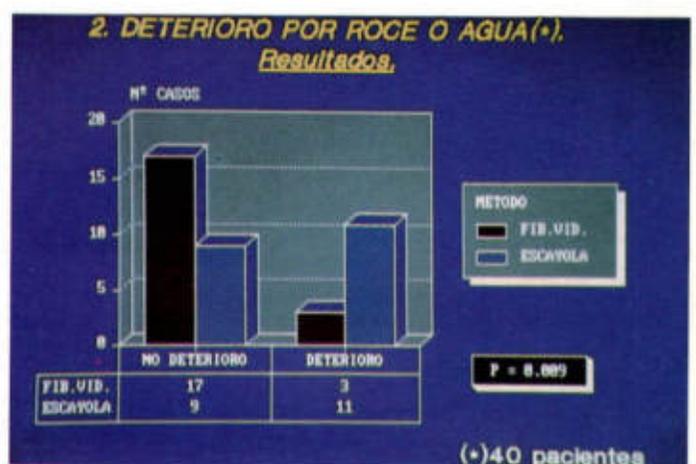
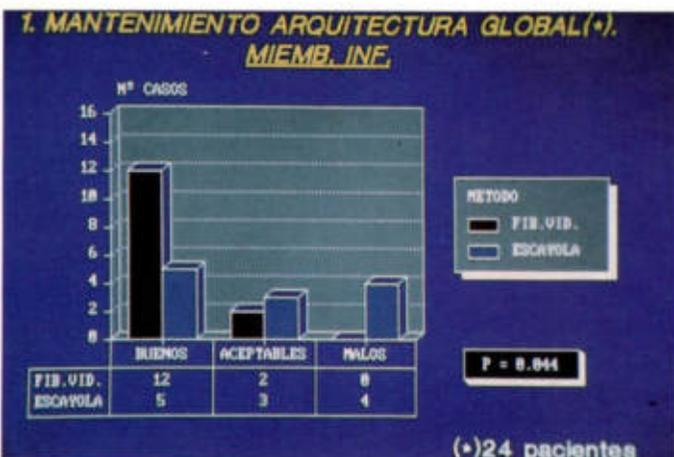
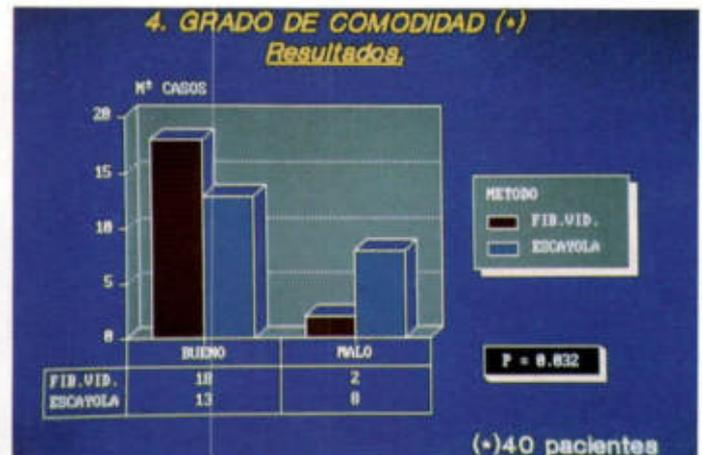
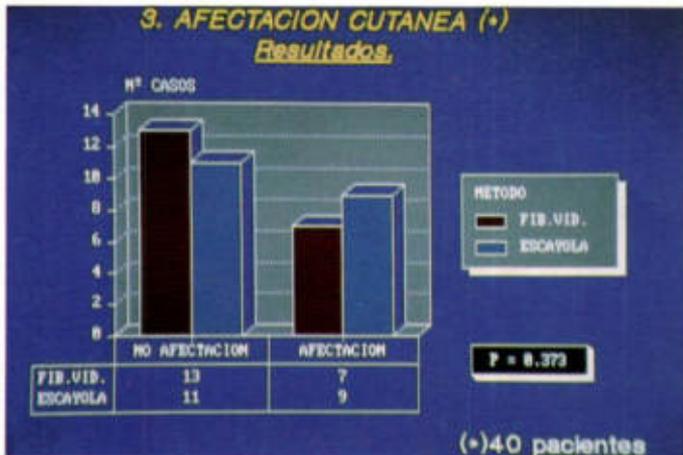


DIAGRAMA DE LOS RESULTADOS



— Integridad, muy resistente al roce y al agua.
 — Rapidez de secado.

RESULTADOS

Estudio estadístico realizado mediante Test de Fisher con corrección de Tocher.

Se admitió un valor de $p < 0,05$ como límite de significación estadística. Los resultados se pueden observar en la siguiente tabla:

| | MANTENIMIENTO ARQUITECTURA GLOBAL | | DETERIORO POR ROCE O AGUA | ESTADO DE LA PIEL | GRANO DE COMODIDAD | |
|--------------------|-----------------------------------|--------|---------------------------|-------------------|--------------------|----------|
| | REGUL MALO | BUENOS | | | PIEL LESIONADA | CONTENTO |
| FIBRA DE VIDRIO | 3 | 17 | 3 | 7 | 18 | 2 |
| VENDAS DE ESCAYOLA | 11 | 9 | 11 | 9 | 12 | 8 |

DISCUSION

La realización de inmovilizaciones se realizan fundamentalmente con los siguientes materiales:

- **Venda de escayola:** Tiras o rollos de algodón saturados con sulfato de calcio deshidratado.
- **Vendas de fibra de vidrio:** Malla de fibra de vidrio saturada con resina de poliuretano.

VENTAJAS

- **Vendas de escayola:**
 - Mantiene inmovilización rígida.

- Posibilidad de realizar férulas que se puedan utilizar en fracturas muy desplazadas.
- Se moldean con facilidad.
- Económica, costo menor por venda.
- **Venda de fibra de vidrio:**
 - Mantiene la inmovilidad rígida.
 - Una vez aplicada seca en 15-20 minutos.
 - Ligera de peso y dureza.
 - Mantiene su integridad al sumergirla en agua.

- Radiotransparencia.
- Bajo riesgo de lesión térmica.
- Baja alergenicidad.
- Estética una vez terminada.

INCONVENIENTES

- **Vendas de escayola:**
 - Sucio de aplicar.
 - Secado lento.
 - Pesado y voluminoso. Grado de incomodidad alto.
 - Puede provocar alergias.
 - Se debilita fácilmente con la humedad y el roce, fundamentalmente

sus extremos proximal y distal y zonas de mayor tensión mecánica.

- Puede haber riesgo de lesión térmica.
- Estética pobre.
- **Vendas de fibra de vidrio:**
 - No se puede utilizar para confección de férulas.
 - Caro.

CONCLUSIONES

Nuestras conclusiones analizadas según test de Fisher para pequeñas muestras con corrección de Tocher, han sido:

- 1º Superioridad en el mantenimiento de la arquitectura global de miembros. (Test de Fisher = 0,009).
- 2º Mayor resistencia al deterioro por roce o agua. (Test de Fisher = 0,008).
- 3º La irritación cutánea es discretamente inferior. (Test de Fisher = 0,373) n.s.
- 4º Mayor grado de comodidad para el paciente. (Test de Fisher = 0,032).

BIBLIOGRAFIA

1. Ronald McRae. Tratamiento práctico de las fracturas. Ed. Interamericana.
2. Nursing Photobook. Ortopedia y traumatología en enfermería. Ed. Doyma.
3. Lions-Petrucelli. Historia de la medicina. Ed. Doyma.
4. Fco. Fernández Estévez. Tratamiento biológico de las fracturas.

CONCURSO N.º 24**SEGUNDO PREMIO.**

Autor: D. J. Manuel Jiménez Martín.
 Colegiado n.º 9.398.
 Máquina: CANON EOS 650.
 Título: «Almonteño, dejame»

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA N.º25

**CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO
 DE ENFERMERIA. TEMA: LA NATURALEZA**

3.º TRIMESTRE AÑO 93 (JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE)

El plazo de presentación finalizará el próximo 30 de agosto 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.



TERCER PREMIO

Autora: Dña. Encarnación Domínguez Sayago. Colegiada n.º 8.806. Máquina: OLYMPUS OM-2.
Título: «Raya Real»

PRIMER PREMIO

DESIERTO: Como se aprecia en la página anterior, el Primer Premio relativo al Concurso fotográfico del presente trimestre ha quedado desierto. El Jurado encargado de calificar el contenido de los originales fotográficos que los profesionales remiten a esta redacción no encontró en su libre decisión, calidad suficiente como para otorgar la primera distinción en esta aparición trimestral, de HYGIA. Esta circunstancia es, creemos, la primera vez que se produce y ojalá que, también, sea la última dado la habitual cantidad y calidad de fotografías presentadas. Curiosamente, el premio desierto se ha producido en relación al tema «Fiestas Populares» donde nuestra provincia tiene suculenta oferta donde elegir. Pero, cosas del destino, no llegó la foto ideal, por una vez.

Jurado calificador del Concurso Fotográfico N.º 24:

- D.ª Amelia Lerma Soriano (Coleg. 3.285)
- D.ª Carmen Vázquez López (Admva. Colegio)
- D.ª Angelines González López (Admva. Colegio)

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS ZONAS BÁSICAS DE NAVARRA: ISABA Y SALAZAR

Autores: **D.ª Pilar Abad Vicente**. D.E.
D.ª Angeles Goya. Trabajadora Social
D. Carlos Vilches. Sociólogo
 Unidad Técnica de Apoyo de la Dirección de Atención Primaria. Pamplona (Navarra).

RESUMEN

Se comparan dos zonas con servicios sanitarios claramente diferenciados. Consideramos que la zona básica implantada ha evolucionado lo suficiente como para compararla con otra limítrofe no implantada.

Se pretendían saber cómo «viven» la atención sanitaria los habitantes de las dos zonas básicas e identificar las diferencias que pudieran existir entre ambas y llegar a determinar los elementos que pudieran favorecer el desarrollo de la Atención Primaria en Navarra.

La encuesta sociológica ha sido el procedimiento empleado para el desarrollo del estudio, donde se valoraron los datos generales y características de la población, la información y percepción de los cambios con relación a la reforma sanitaria y la valoración del usuario sobre los servicios sanitarios recibidos, junto con unas entrevistas semi-estructuradas al personal sanitario de las dos zonas.

Los resultados confirman la mayor satisfacción en la Zona Implantada. El profesional médico está más satisfecho en la zona básica implantada e identifica más ventajas que el profesional de enfermería. En la Zona Básica no Implantada las expectativas hacia los nuevos cambios son altas y bienvenidas.



Ochagavia (Valle de Salazar)

PALABRAS CLAVE:

- Satisfacción del usuario.
- Zona Básica Implantada.
- Zona Básica No Implantada.

INTRODUCCION

El inicio de la reforma sanitaria en Navarra en el Nivel de Atención Primaria¹ (1985), trajo consigo cam-

bios y remodelaciones que aún hoy día continúan.

Así pues este trabajo compara dos situaciones en relación a la organización de la salud, bien diferenciadas de dos zonas básicas, una implantada y otra sin implantar.

Consideramos que con una evolución de más de tres años es suficiente como para poder comparar dos zonas limítrofes y con características similares.

El objetivo último de este estudio era el de conocer como «viven» la atención sanitaria los habitantes de las dos zonas básicas, identificar las diferencias que pudieran existir entre una y otra y en última instancia llegar a determinar los elementos que pudieran favorecer el desarrollo de la Atención Primaria en Navarra.

- *Se pretende saber el grado de satisfacción de los usuarios y los profesionales en dos áreas sanitarias bien distintas.*

• **La encuesta sociológica ha sido el procedimiento empleado para el desarrollo del estudio.**

MATERIAL Y METODO

MARCO TEORICO

Para la realización de este estudio se seleccionaron dos Valles de Navarra² con unas características sociodemográficas y de equipamientos similares.

El valle de Roncal es el más oriental de los Valles Pirenaicos. Ocupa una superficie de 414 km². Constituye una mancomunidad de 7 villas y el municipio de Castillo Nuevo. Su órga-

no de representación es la Junta del Valle.

La zona básica de Salud, está implantada desde el 15 de octubre de 1986. La asistencia especialistas/hospitalarias se ofrece en Pamplona entre 80 y 104 km.

El Centro de Salud está ubicado en Isaba y existe consultorio local o auxiliar en cada municipio.

Está considerada como zona de especial actuación debido a su dispersión geográfica y características climáticas.

El Equipo de Atención Primaria³ (E.A.P.) está compuesto por un celador, tres enfermeras, tres médicos ge-

nerales, un farmacéutico y un veterinario compartido con la zona básica de Salazar.

El Valle de Salazar dispuesto de Norte a Sur ocupa una superficie de 326 km². Constituye una mancomunidad formada por 9 municipios y el Almiradío de Navascués. Su órgano de gobierno es la Junta del Valle.

La construcción del Centro de Salud se ha iniciado en el pueblo de Ezcaroz y cada municipio cuenta con un consultorio local o auxiliar. Empezó a funcionar como Zona Básica el 25 de diciembre de 1990.

Está considerada como zona de especial actuación por su dispersión y ca-

• **No existen diferencias notables en las características sociodemográficas y de equipamientos sanitarios entre los dos valles estudiados: Roncal y Salazar.**



Consultorio de Ochagavía (Valle de Salazar)

acterísticas climo-geográficas. La asistencia sanitaria especialistas-hospitalaria se encuentra en Pamplona a 90 km.

El personal sanitario estaba constituido por tres enfermeras, dos médicos generales y el veterinario compartido con la Z.B. de Isaba. En la actualidad se aumentó en un médico más la plantilla.

En resumen, son dos valles con características similares:

- Dos valles transversales⁴, de trazado perpendicular a la dirección que siguen los accidentes geológicos estructurales.

- Están situados en una zona que posee una de la mayores riquezas forestales de Navarra, así como un gran valor paisajístico.

- Son dos zonas de Navarra de población regresiva.

- Hay un mayor aumento de población envejecida.

- Se está potenciando el turismo «verde» hacia una dinámica que dirija los beneficios económicos hacia los habitantes de la zona. Se trata de que sea un suplemento económico de las zonas sin desplazar las actividades de la agricultura, ganadería y explotación forestal.

- La población en estos dos valles debido a su turismo es muy variable. En determinadas fechas del año llega a ser cinco veces superior.

- **Un objetivo prioritario era saber que visión global tenía el profesional acerca de los cambios que se habían producido y los que tenían que sucederle.**



Casa de Isaba (Valle de Roncal)

– Son dos valles que a pesar de tener una red de carreteras en buenas condiciones y de disponer de transporte público, consideramos, que la población mantiene un sentimiento de aislamiento con respecto a Pamplona.

MATERIAL

El equipo de trabajo estaba compuesto por una enfermera responsable del estudio, la trabajadora social de la Unidad Técnica de Apoyo de la Dirección de Atención Primaria y un Sociólogo con amplia experiencia en el área de la Salud.

El trabajo de campo fue llevado a cabo por tres encuestadoras con experiencia en estudio sociológicos. La enfermera responsable del estudio realizó las entrevistas al personal sanitario de cada zona básica.

Para la financiación del estudio se contó con una ayuda económica del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra para la investigación sanitaria en el área de Atención al Usuario.

METODO

La metodología seguida en este estudio ha estado adaptada a los objetivos planteados inicialmente en el trabajo.

- **En Isaba, tanto médicos como enfermeras, piensan que se puede mejorar el trabajo en equipo.**

La muestra ha sido estratificada por municipios a partir del padrón⁵⁻⁶ de habitantes de abril de 1986 y distribuida proporcionalmente por cuotas de edad y sexo. El universo obje



Centro de Salud de Isaba (Valle de Roncal)

tode estudio se define como la población mayor de 15 años, es decir, de 1905 personas correspondientes a la Z.B. de Salazar y 1380 a la Z.B. de Isaba.

Ficha Técnica:

Margen de confianza: 95%

Margen de error: $\pm 3,5$
 Hipótesis: P=Q=50%
 N.º de encuestas: 1.081
 • 511 ZB Isaba
 • 570 ZB Salazar

Se ha aplicado el test de X^2 (ji-cuadrado/chiscuare) o «test de asociación» para medir la relación de las variables y la existencia de opinión pública en las partes objeto del estudio.

Metodología cuantitativa⁷: Se realizaron entrevistas domiciliarias en la totalidad de pueblos de las dos zonas. Fueron hechas mediante selección al azar, de forma domiciliaria previa distribución de rutas. Se realizaron entre el 20 de noviembre y el 20 de diciembre de 1990. Fue un trabajo laborioso debido a la dificultad de localizar a la población trabajadora y a los más jóvenes que pasan la mayor parte de la semana en la capital.

Las variables principalmente definidas son: Zona Básica, localidad, sexo y edad.

Metodología cuanti-cualitativa:

Fue realizada por medio de una entrevista semi-estructurada al personal

sanitario de cada zona básica. El objetivo era el obtener una visión global de la realidad que los sanitarios estaban viviendo entre los cambios ya producidos o por producirse.

Se hicieron 11 entrevistas, cinco en el valle de Salazar y seis en el valle de Roncal.

RESULTADOS

De las 1.081 encuestas prevista según la muestra, se realizaron 1.039 debido a la gran dispersión de los Concejos y Municipios, a los cambios producidos en el censo en relación al año 1990/91 y sobre todo al recelo de algunas personas y su negatividad a responder al cuestionario. No fue posible realizar 42 encuestas (3,8%). Cuatro fueron de la Z.B. de Isaba y 38 de la Z.B. Salazar. El porcentaje del cuestionario contestado fue del 96,1.

Se pone de manifiesto la similitud no sólo en las características socio-geográficas sino también en las condiciones de la población de estos dos

correspondientes al último trimestre de 1990 en Navarra.

Encontramos una diferencia significativa entre los dos valles, en la variable estudio. En la Z.B. de Salazar la población estudiante es de 9,6% y en la Z.B. de Isaba es de 5,7%.

La gran mayoría de la población de las dos zonas cuenta con cobertura de la Seguridad Social, 98,2% Z.B.I. y 98,5% Z.B.S. Así mismo la población que dispone de un seguro privado es de un 6,1% en la Z.B.I. 4,7% en la Z.B.S. Solamente un 0,4% de la Z.B.I. dice no disponer de ningún seguro.

En lo que se refiere a la utilización de los servicios sanitarios públicos un

servicios sanitarios públicos y en concreto a la Atención Primaria, resulta que es la población de mayor edad la más utilizadora. Un 91,4% de los mayores de 66 años dicen haber acudido al Centro de Salud/Consultorio de la ZB de Isaba y un 74,7% en la ZB de Salazar.

En todos los grupos de edad es más elevada la frecuentación referida a la Zona Básica de Isaba que a la de Salazar. La única diferencia en cuanto a la organización de los servicios es el inicio o no de la reforma sanitaria.

Los motivos por los que los usuarios dicen haber acudido al Centro de Salud/Consultorio son en orden de prioridad los siguientes:

El porcentaje más alto se sitúa en ns/nc con un 34,1% en la Z.B.I. y el 45,7% en la Z.B.S.

El segundo y tercer motivo en la Z.B.I. es la toma de Tensión Arterial (22,9%) y en las enfermedades agudas (20,3%).

En la Z.B.S. resultan ser las enfermedades agudas con un 16,2% y la búsqueda de recetas con un 11,8%.

Con relación a los tiempos de espera en los Centros de Salud/Consultorios, en la Zona Básica de Salazar un 2,6% de la población dice haber esperado menos de cinco minutos, en la Zona Básica de Isaba es un 29%. En ésta zona el 45% dice haber esperado menos de 15 minutos. La Zona Básica de Salazar arroja la cifra de un 12%.

Ha esperado más de media hora un 0,4% en la Z.B.I. y un 31% en la Z.B.S.

La mayoría de la población de Salazar, opina, que el tiempo de espera en la consulta ha sido excesivo (25,6%). La población de la Zona Básica de Isaba (44,4%) valora que el tiempo de espera ha resultado ser «poco» o «normal». En esta misma categoría la Zona Básica de Salazar arroja el porcentaje del 24,8.

Dicen no haber esperado nada un 19,7% y 2,8% en la Zona Básica de Isaba y Salazar respectivamente. A señalar que en las fechas en que se realizó el trabajo de campo, Salazar disponía de un médico menos que Isaba.

En cuanto a la información de la



Urzainqui (Valle de Roncal)

valles: Edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral...

Aunque la mayor parte de la población dispone de teléfono, hay que destacar que un 25% y un 29% en Isaba y Salazar respectivamente carecen de éste medio. De éstos, la mayor parte consideran que tienen fácil acceso al mismo.

El 20,4% de la población de los dos valles carece de medio de locomoción, siendo el 15% para Isaba y el 25,6% para Salazar.

No se dan diferencias significativas en lo que se refiere a la situación laboral. El desempleo es de 6,9% y 4,1% en Isaba y Salazar respectivamente. Estas cifras son menores a las

57,7% de la población de las dos zonas básicas manifiesta haber hecho uso de los mismos en el año 1990. La frecuentación es más alta en la Z.B.I., 64,1% que en la Z.B.S., 51,5%.

En la utilización de la medicina privada (especialidades) en el año 1990 no existen diferencias significativas entre las dos zonas: Z.B.I. 22,7% y 24,8% Z.B.S. Datos que vienen a coincidir con estudios similares realizados en Navarra. Los porcentajes más elevados corresponden en las dos zonas a las especialidades de Oftalmología, 33% Z.B.I. y 26,5% Z.B.S., y Tocoginecología, 27% Z.B.I. y 22% Z.B.S.

En cuanto a la frecuentación de los

• **En el Valle de Salazar, los profesionales desean tener mayor información sobre qué es la Atención Primaria, antes de ser reconvertidos.**

reforma sanitaria, el 71,2% de la Z.B.I. manifiesta haber oído hablar de ella. En la Z.B.S. es de un 68,2%. Este hecho guarda una relación directa con la edad, donde la población más joven muestra mayor conocimiento que la de más edad.

Entre los medios de información destacan los «medios de comunicación»: Z.B.I. 72,9%; Z.B.S. 62,5%.

Esta información llega, un 26,3% en la Z.B.I. y en un 5,8% en la Z.B.S. a través de los sanitarios.

La importancia de la divulgación por «folletos y carteles» en la ZB es del 34,3% frente a un 5,5% en la ZB de Salazar.

Las sesiones celebradas en el Ayuntamiento influyen en la Z.B.I. en un 3% y en la Z.B.S. en un 12,9%.

El 84,7% de la población de Isaba considera que ha mejorado la atención sanitaria de la zona (38,7% «mucho» y 46% «algo»). En la Zona Básica de Salazar resulta ser el 23,1% («mucho» 1,5% y «algo» el 21,6%).

Consideran que la atención ha empeorado un 3,8% en la Z.B.I. (3,6% «peor» y 0,2% «mucho peor»). En la Z.B.S. es un 17% (11,5% «peor» y 5,5% «mucho peor»). En la Z.B.S. el «sigue igual» arroja un porcentaje de 44,5.

La Z.B.I. refiere a «mejor atención» el 48,1%; «mejor servicio» 34,3% y «todo sigue igual» el 4,3%.

En la Z.B.S. «mejor atención» 14,5%, «mejor servicio» 7,3% y «todo sigue igual» 35,5%.

Preguntados los usuarios de la Zona Básica de Isaba sobre la mayor ventaja a raíz de la reforma sanitaria, nos da el 30,6% en «más y mejor atención». Esta pregunta hecha en futuro para la Zona Básica de Salazar la población se refiere a «más y mejor atención» en 28,2%.

Este paralelismo no coinciden en el apartado de inconvenientes. El 34,9% de la Z.B.I. señala que es el desplaza-

miento en caso de urgencia. En la Z.B.S. se da un 69% de abstenciones.

En cuanto a la información dada por los profesionales sanitarios tenemos que, según los resultados, quienes más experiencia e información poseen, mayor facilidad tienen para transmitirla. En esta información no se aprecian diferencias. El profesional médico y de enfermería imparten más información en la Zona Básica de Isaba que en la de Salazar. El 53,8% de la población de Salazar y el 35,9% de la de Isaba no se sienten informados.



Ayuntamiento de Roncal (Valle de Roncal)

El 45,2% de la Z.B. de Isaba y el 78,6% de la Z.B. de Salazar se consideran peor atendidos en la zona rural que en la urbana.

Analizando por edades es la población de 15 a 35 años (71,4%) y los que no han hecho uso del servicio (73,3%) los que manifiestan mayor descontento.

En cuanto a la identificación de la salud con otras actividades de promoción y del medio ambiente, la zona básica de Isaba destaca las actividades en relación a los Programas de Salud y el reconocimiento de nuevos profesionales y nuevas actividades (administrativo, Trabajador Social, Educación para la Salud, charlas...). Las actividades del farmacéutico y veterinario están más reconocidas entre los usuarios de la zona básica de Salazar (control de aguas, piscinas).

Las actividades asistenciales más tradicionales están reconocidas por igual en las dos zonas básicas (vac. antigripal, antitetánica, infantil, visita domiciliaria).

En relación con la asistencia y funcionamiento de la Atención Continuada (Servicio de Urgencia), ha sido utilizada en el último año con más frecuencia por la población de la Zona Básica de Isaba con el 22,7% mientras que en la Z.B. de Salazar ha sido el 10,5%.

La satisfacción de los usuarios se sitúa en la Z.B. de Isaba con el 82,6% y en la Z.B. de Salazar ha sido el 55,4%. A mayor edad mayor satisfacción.

La calificación en el nivel de satisfacción es de «muy malo» y «malo» de 8,6% en la Z.B. de Isaba y de 28,6% en la Z.B. de Salazar; «bueno» y «muy bueno» es el 73,1% en la Z.B. de Isaba y el 51,8% en la Z.B. de Salazar.

En cuanto al conocimiento de los derechos de la población y la utilización de los libros de reclamación, tenemos que el 93,5% de la población de Isaba y el 92,1% de la de Salazar no ha tenido necesidad de realizar la reclamación.

Los que sí han sentido la necesidad de realizarla ha sido de un 2,6% en la Z.B. de Isaba y de un 5,3% en la Z.B. de Salazar en relación a la Atención Primaria. En cuanto a la Atención de Urgencia ha sido un 3,4% de la Z.B. de Isaba y un 3% de la Z.B. de Salazar.

De los que sintieron necesidad de reclamar no llegaron a hacerlo en más de la mitad de los casos (46,7% Z.B.I.; 61,5% Z.B.S.).

Entrevistas a los sanitarios

Dado que la situación actual y experiencia propia de los profesionales

sanitarios de las dos zonas básicas es diferente, no podemos valorar comparativamente los resultados obtenidos. Esto es lo que a nuestro juicio, es más relevante:

1. Zona Básica de Isaba.-

El profesional médico identifica mucha más ventajas en la implantación de la zona básica y su satisfacción es mayor que la de los profesionales de enfermería.

Tanto médicos como enfermeras consideran fundamental la participación Comunitaria en Salud. La orientación que los médicos dan a esta participación tiene un carácter de cooperación y colaboración.

La totalidad de la plantilla de enfermería considera un grave problema el no poder disfrutar de un reciclaje/formación por su condición de eventualidad laboral.

Los médicos consideran un grave problema que el 100% de los profesionales de enfermería estén en situación eventual.

Tanto médicos como enfermeras piensan que se puede mejorar el funcionamiento del trabajo en equipo.

2. Zona Básica de Salazar.-

La información que manejan estos profesionales está influenciada por la recibida de otros compañeros y otros centros o zonas.

No están satisfechos con la información recibida. Piden saber sobre la manera de cómo hacer.

Hay expectativas en relación al trabajo de equipo: Programas de Salud, Trabajo de Equipo en Atención Primaria, nuevos profesionales...

La autonomía de enfermería crea confusión. No se sabe bien qué es, ni están delimitados los campos de actuación.

El concepto de Participación Comunitaria tampoco está muy claro.

El mayor inconveniente está, según los entrevistados, en que la población acepte y entienda el nuevo funcionamiento del servicio de urgencias y el cambio rotatorio de los profesionales.

En general están con ganas de empezar y ver cómo evoluciona la situación.

DISCUSION-CONCLUSIONES

En líneas generales se confirma la hipótesis principal en que la satisfacción del usuario es mayor en la zona básica implantada -Isaba- que en la no implantada -Salazar-.

La utilización de los servicios sanitarios públicos -Atención Primaria- es más elevada en la zona básica implantada que en la no implantada.

La frecuentación en todos los grupos de edad es también más elevada en la zona básica implantada que en la no implantada.

La mayoría de la población mayor de 66 años dice haber acudido al Centro de Salud/Consultorio: 94% Z.B.I.; 74,6% Z.B.S.

La diferencia respecto a los tiempo

ción. El resultado ha sido negativo en un 93,5% en la Z.B.I. y el 92,1% en la Z.B.S.

Quienes sintieron la necesidad de hacerla, no llegaron a realizarla en la mitad de los casos (46,7% Z.B.I. y 61,5% Z.B.S.).

En relación a las entrevistas realizadas a los profesionales sanitarios las conclusiones más relevantes, a nuestro juicio, son que en la zona básica de Isaba, el profesional médico identifica muchas más ventajas en la implantación de la zona básica y se siente más satisfecho que los profesionales de enfermería.

En la Zona básica de Salazar, tanto el colectivo médico como el de enfermería, valoran de una manera confusa el nuevo papel que enferme-

• En Isaba, la Enfermería no está del todo satisfecha mientras que en Salazar, no tienen muy claro cual será su nuevo rol.

de espera es importante entre una zona y otra. La valoración que hacen los usuarios respecto a los tiempos de espera viene a coincidir con la experiencia previa: en Isaba más de la mitad de la población que ha utilizado los servicios de Atención Primaria dice haber esperado «poco» o bien dice «no haber esperado nada» un 64,4%.

En Salazar en este mismo intervalo el porcentaje alcanza un 20,4%. En la zona básica de Salazar el tiempo esperado como «excesivo» es del 25,6% y en Isaba alcanza un porcentaje del 1,4%.

Una parte importante de las dos zonas básicas, ha oído hablar de la reforma sanitaria: 71,2% Z.B.I. y 68,2% Z.B.S.

Considerábamos en las hipótesis (iniciales) que en las zonas rurales la población rural iba a sentirse peor atendida que la población de la capital. Los datos obtenidos así lo demuestran: 45,2% Z.B.I. y 78,6% Z.B.S.

Hemos considerado como un indicador de la satisfacción del usuario la necesidad de que en un momento dado hay sentido hacer una reclama-

ría va adquirido con la implantación de la zona.

Tantos médicos como enfermeras consideran muy favorable su futuro trabajo en equipo con todo lo que ello puede conllevar.

Podríamos resumir y decir que sus expectativas hacia el próximo cambio son altas y bienvenidas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Atención Primaria de Salud: Colección textos legales n.º 3. Navarra.
- 2.- Gran Enciclopedia de Navarra tomo VIII y IX.
- 3.- Memoria de la Zona Básica de Isaba (1989).
- 4.- La mujer en el Pirineo Navarro (1989).
- 5.- Distribución de la población Navarra por municipios, edades y sexo. (Padrón municipal de habitantes del 1-4-86. Gobierno de Navarra).
- 6.- Cendea de Cizur: Estudio socio-cultural 1988. Carlos Vilches.
- 7.- Técnica de Investigación Social. Sierra Bravo. Editorial Paraninfo.

ANDRES FERNANDEZ

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

- **Contribuyó a la reforma de la Congregación de los Hermanos Enfermeros pobres**



S. MARTINEZ
MORAN 1993

«En la historia de cualquier hombre se proyectan las vidas de otros hombres».
Manuel Alvar (1992)

Siendo el capricho siempre intuitivo, comenta Joaquín Marco que hay escritores que abren un mundo y no lo agotan; sin embargo, cuando ha-

- **Durante su vida, ejerce como enfermero particular, hermano mayor y enfermero mayor en el Hospital General.**

blamos y escuchamos de la aventura intelectual de la Enfermería Clásica, aún del frecuente cambio de la visión histórica y la justificación del eco de los postulados en el desvarío universal, las ideas ocurridas en nuestra mente no se impregnan de filosofía, tampoco de esa luz pródiga al olvido instantáneo del mundo diferente y complejo, donde pasan tantas cosas que ni siquiera reposan los conceptos estables en el «constructo» de Richard Dawkins: máquinas supervivientes, vehículos programados con el fin de preservar los egoístas y en ocasiones extremadamente crueles genes (1). ¿Es entonces la literatura memoria y vaivén como nos recuerda Antonio Tabucchi en «El ángel negro» (2), en un país donde al parecer, sólo lee a diario el 18% de su población (3)?

Del nacimiento de Andrés Fernández nos dice en 1724 Luis Bernardino de Obregón que acaeció en Palos, estando sin registrar en los libros bautismales confeccionados a partir de 1565 por los párrocos de la Iglesia de San Jorge (siglo XV). Su pueblo llamado Palos de la Frontera desde 1642, puerto del Condado de Niebla señoreado por los linajes de Medina Sidonia, Miranda y Silva (4), lo abandona muy joven pasando en viaje iniciático al Reino de Portugal (aquel mero azar histórico de Claudio Sánchez Albornoz) en condición de extraño y solitario ilusionado, consigue una madurez hilada con la propia sombra y la ingenua ficción de eternidad. Sin exaltar la marginalidad respecto a la sociedad, busca posibilidades hieráticas en la Mínima obregoniana, realizándose y creciendo en



Palos de la Frontera: fontanilla (S. XIII).

el auspicio de la Casa de Berganza, deudo alavés con sello mayor de hidalguía y ostentación de armas. Sin obtener netas «nemine discrepante» es maestro del amparo, consuelo y cuidado de las criaturas desesperadas que pululan urdiendo una gigantesca alegoría en la tiranía del vivir paradójico.

Corrían los tiempos de incorporación de Portugal y su imperio marítimo a la Corona española, cuando el hermano Andrés llega, quizás, en una emigración «golondrina» a la Nueva Castilla de los efectos estimulantes y orientación precisa de los ejes vitales; Instalado en la Villa y Corte madrileña, ejerce de enfermero particular, ocupando seguidamente los cargos de hermano mayor y enfermero mayor en el Hospital General, fundado en 1586 por Bernardino Obregón (5) y considerado como «cabeza y fuente de los demás...».

Para Dasso Saldivar, todo creador que lo sea de verdad sabe que lo es; Andrés Fernández frente a ídolos y héroes es antiépico con una convicción subyacente llevada por la simplicidad, alejada de cualquier veleidad, a perseguir no una norma sino una forma desde la soledad, el humanismo, la crítica y la duda, pues de

balde no había vivido esa gran epidemia de 1597-1601 causante de medio millón de víctimas. Motivado por la propia ignorancia y el desconocimiento del oficio (6) de religiosos y seglares impuestos o no, circunstanciales (conducta es «lo que se hace» y no «por qué se hace»), el incremento de hospitales civiles (en 1603 el bien intencionado Felipe III funda el Hospital de San Antonio de los Portugueses, a instancias del Consejo de Portugal) y las acogidas de transeúntes menesterosos (es famosa la ronda de «pan y huevo» que efectuaba la Hermandad del Refugio y Piedad de Madrid, formada en 1615), el «el 17 de Diciembre de 1624 años» siendo enfermero mayor, concluye bajo la experiencia de 24 años (6), el libro «Instrucción de enfermeros, y métodos de aplicar los remedios que los médicos ordenaren, para la salud y regalo de los enfermos», aunque parece ser ya escrito, inconcluso, en 1617. Este tratado de 4 ediciones (Madrid, 1624 y 1650, Zaragoza, 1664 y Madrid, 1728) (7), por cierto, según noticias, el primero publicado y dirigido por y para enfermeros, es un clásico, desde la pedagogía a la estética enfermera, útil para entender quiénes somos y dónde

• **Su obra póstuma fue «Instrucción de Enfermeros».**

estamos, al mostrar sin la ayuda de grabados en 31 capítulos: preceptos (obediencia, sahumero, baño con sábana mojada en vino (7), etc.), doctrina (opinión, encomienda, lógica, etc.), con términos anatómicos, botánicos, cuidadores, dietéticos, éticos, higiénicos, instrumentistas, medicinales, organizativos, patológicos, sintomatológicos y vestimentales.

Con esta obra y la reforma de la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros pobres, ya distinguida con una cruz negra por el papa Paulo V, culmina su azofra al llegar la fecha del óbito el 15 de enero de 1625, año del proceso de los alumbrados de Sevilla.

AGRADECIMIENTO:

Por la colaboración prestada a Dña. María del Rosario Navarro Molina, D. Manuel Jesús García Martínez, D. Adolfo de Salazar Mir y D. Julio Izquierdo Labrador.

BIBLIOGRAFIA:

- Javaloyes, Iñigo: José Madeu, tras los secretos del cerebro. Madrid, ABC Cultural nº 72, Prensa Española, S.A., 1993.
- Tabucchi, Antonio: En ángel negro. Barcelona, Anagrama, 1993.
- Montero, Rosa: Leer. Madrid, El País, nº 5.770, 1993.
- Morales Padrón, Francisco: Diario de Colón. Colón y los duques andaluces. Sevilla, ABC bº 28.059, Prensa Española, S.A., 1992, XLVII.
- Martínez Morán, Gregorio: Bernardino Obregón. Sevilla, Revista Científica Hygia, Colegio de Enfermería, nº 23, 1º trimestre 1993, pág. 40.
- Fernández, Andrés: Instrucción de Enfermeros, y Métodos de aplicar los remedios que los médicos ordenaren para la salud y regalo de los enfermos. Madrid, 1624.
- Domínguez-Alcón, Carmen: Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid, Ediciones Pirámide, S.A., 1986, págs. 54, 55, 58.

• **Su vida estuvo basada en la soledad, humanismo, la crítica y la duda.**

DIAGNOSTICO DE SALUD EN LA DIABETES

Autores: **D.ª María Angustias García Vilchez**. Enfermera.
D. Juan José Bretones Alcaraz. Médico.
D.ª Plácida Gómez Serrano. Enfermera.
D.ª Elena Gracia Serrano. Médico.
 (Centro de Salud del Marquesado. Granada)

INTRODUCCION

Este estudio pretende reivindicar para los centros de salud la capacidad de trabajar con la sistemática más puntera en atención primaria: Asistencia protocolizada y evaluada tras un estudio intensivo previo del problema.

Son muchas las medidas de promoción de la salud que podemos realizar, y dado que contamos con unos recursos limitados, está claro que hay que priorizar, invirtiendo tiempo y dinero en las actividades más rentables.

De esta forma, los principios de administración se han hecho aplicables al campo de la sanidad. Hoy, se tiende a realizar actividades previamente estudiadas, protocolizadas y aceptadas por los miembros del equipo de salud, partiendo de un conocimiento profundo del problema y con unos objetivos previamente fijados. Todo este conjunto de actividades se han de evaluar e introducir las modificaciones que se crean necesarias. Esto es, en resumen, un programa de salud.



Situación geográfica de la zona básica al Marquesado en la provincia de Granada.

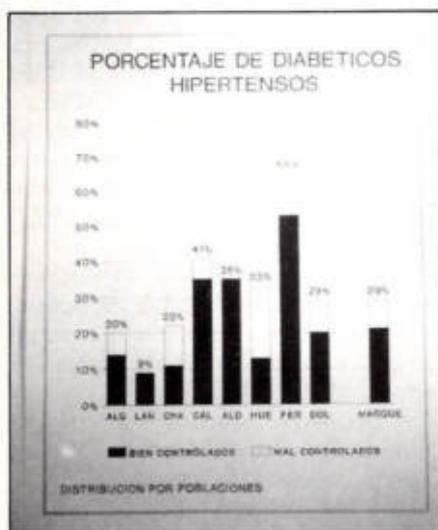
Siguiendo esta línea, y ya centrándonos en la diabetes, los profesionales del Centro de Salud del Marquesado nos marcamos el objetivo de trabajar de forma programada ante esta enfermedad, que por su prevalencia y efectos sobre la salud consideramos prioritaria.

Como primer objetivo, se imponía realizar un diagnóstico de la situación de salud con una doble finalidad. Por una parte, conocer el problema al que nos vamos a enfrentar y por otra tener recogidos una serie de datos que nos permitan valorar en qué modo hemos influido con este paquete de medidas sobre la enfermedad y en qué forma hay que modificarlas.

Según el segundo informe de la OMS sobre diabetes en 1980 (1), podemos clasificar la diabetes mellitus en los siguientes grupos:

A) DIABETES TIPO I o INSULINO-DEPENDIENTE: suele tener inicio brusco antes de los treinta años, con tendencia a la cetosis y probable etiología autoinmune. Tiende a subclasificarse en la 1a y 1b, según a evolución de los anticuerpos anti-isletos.

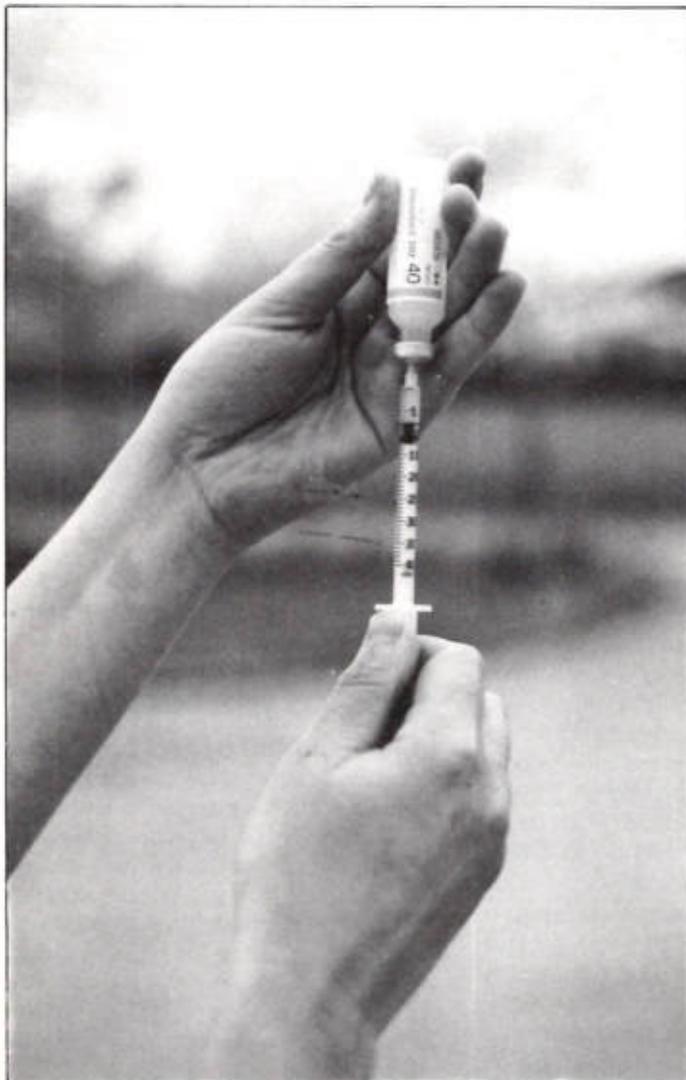
B) DIABETES TIPO II o NO INSULINO-DEPENDIENTE: suele iniciarse lentamente después de los cuarenta años, con alta incidencia en obesos, sin tendencia a la cetosis y evidente etiología hereditaria. Dentro de ésta hay a su vez varios subgrupos, uno



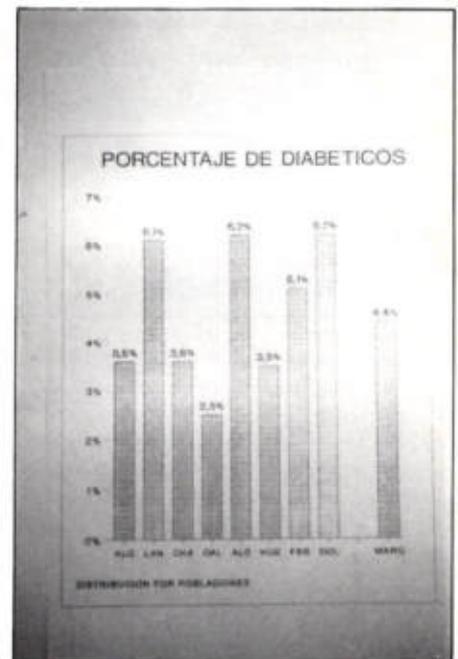
• **Priorizar las actividades para conseguir los objetivos con el mínimo costo, es la tarea de la Atención Primaria.**



El Centro de Salud de Alquife, corresponde a un módulo II, y es donde se realiza la asistencia continuada.



De los diabéticos estudiados, 59 son insulino-dependientes.



de los cuales es la diabetes tipo MODY o diabetes del adulto en el joven.

C) DIABETES ASOCIADA: A su vez puede subclasificarse en diabetes por enfermedad pancreática, relacionada con hormonas contrarreguladoras (sind. Cushing, feocromocitoma, etc.), malnutrición, etc.

D) INTOLERANCIA A LA GLUCOSA: Consiste en una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, que se diagnostica por medio de la sobrecarga oral de glucosa. Entre un 1-5% al año desarrollan diabetes y a los quince años la mayoría han normalizado su situación. No presentan alteraciones microvasculares renales ni retinianas, pero tienen más riesgo de macroangiopatía cerebral y coronaria. Mejoran reduciendo el peso.

E) DIABETES GESTACIONAL: Alteración del metabolismo de los hidratos de carbono que se presenta durante el embarazo. No incluye las diabéticas que quedan embarazadas.

F) SITUACIONES DE RIESGO (no son formas de diabetes).

- Anomalía previa de la tolerancia a la glucosa.

- Anomalía potencial de la tolerancia a la glucosa.

Este estudio se enmarca en un esfuerzo coordinado de los miembros del Centro de Salud del Marquesado para mejorar la salud de nuestros diabéticos. Son dos los proyectos

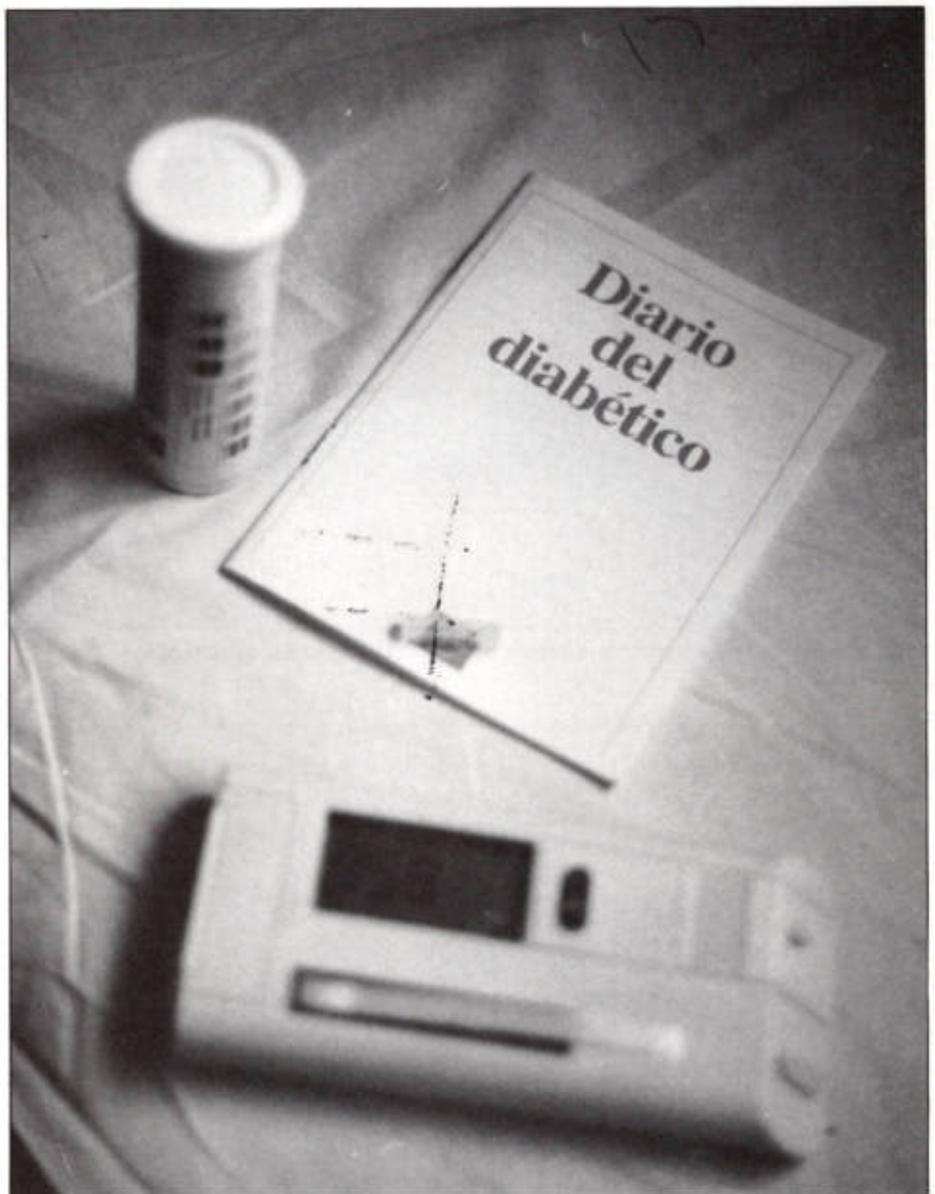
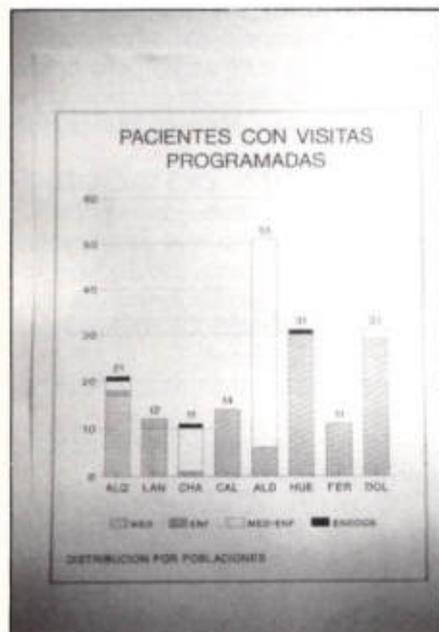
• **El trabajo en equipo y multidisciplinario, indispensables en los Centros de Salud para su buen funcionamiento**

puestos en marcha de forma conjunta. Por un lado, un protocolo de actuación, que define de forma clara y concisa los conceptos y situaciones relacionadas con esta patología y la conducta a seguir en las distintas situaciones. Interrelacionado con el anterior, surge este trabajo para tener un conocimiento lo más exacto posible del problema y para poder realizar en el futuro la evaluación del protocolo de actuación.

El nivel educativo de la población es enormemente bajo, existiendo un 52% de analfabetismo funcional. Dentro del grupo de personas alfabetizadas, la mayoría no han completado el nivel primario de estudios. Este panorama, afortunadamente está cambiando radicalmente en las nuevas generaciones, donde ya el porcentaje de niños no escolarizados es prácticamente nulo, cursando la mayoría de ellos la EGB completa.

La población activa se dedica a la agricultura, la ganadería y a la minería.

La agricultura es pobre, cerealista



Diverso material utilizado para el control de la Diabetes.

y minifundista, con predominio de secano y regadíos eventuales próximos a Sierra Nevada.

El pastoreo y la elaboración artesana de queso siempre en explotaciones familiares complementa la economía de subsistencia de muchas familias.

La explotación minera más importante se encuentra ubicada en los términos municipales de Alquife y Lanteira, es propiedad de la Compañía Andaluza de Minas. Se trata de una explotación de mineral de hierro a cielo abierto, que cada vez precisa menos trabajadores y que revierte sus beneficios fuera de la comarca.

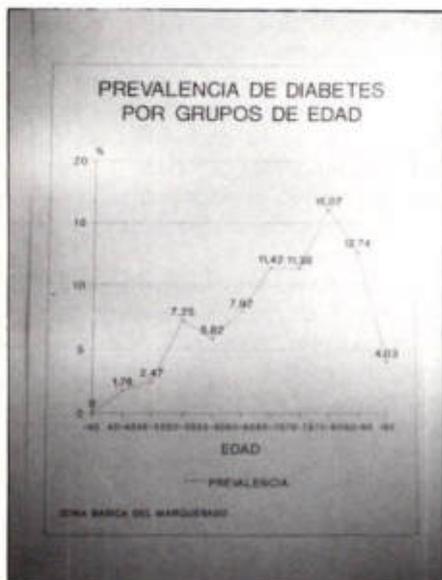
Hay que destacar un importante número de parados censados, que en

la práctica se traduce en un alto porcentaje de población en edad activa con trabajos precarios y falta de estabilidad en el empleo.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

El trabajo se ha realizado en la Zona Básica del Marquesado, la cual se encuentra al este de la provincia de Granada, en la parte septentrional de Sierra Nevada. Limita al este con Fiñana y Baza; al sur, con las Alpujarras; al oeste, con Alcadia de Guadix, y al norte, con Gor y Baza. Está situada en una meseta con una altitud media superior a los 1.000 metros, ocupando una superficie de 555 km².

Forman la comarca los municipios de Jerez del Marquesado, Lanteira, Alquife, La Calahorra, Ferreira, Aldeire, Dolar, Huéneja y Charches, con un censo que oscila entre los 444 habitantes de Ferreira y los 1.567 de Huéneja.



En la zona vive una población de hecho de 9.623 habitantes (según el padrón municipal de 1985). Cifras que se ven incrementadas en un 40% en los meses de julio y agosto.

En los años 60-70 los habitantes de la comarca se vieron empujados a

• **Estudio descriptivo transversal, con un total de 18 parámetros estudiados en los pacientes.**

emigrar, unos a Cataluña y otros al extranjero. La población residente se redujo prácticamente a la mitad. A partir de 1980, esta corriente migratoria se ha invertido y muchos de los antiguos pobladores están volviendo a sus municipios de origen.

INFRAESTRUCTURA SANITARIA

a) Recursos humanos

La atención sanitaria en la comarca del Marquesado del Cenete recae fundamentalmente en los profesionales de atención primaria del Centro de Salud del Marquesado: 8 enfermeros, 8 médicos, 1 trabajador social, 1 auxiliar de clínica, 1 auxiliar administrativo y 6 celadores conductores.

Estructurados en 8 UAF formadas por enfermero y médico, teniendo a su cargo la atención de un municipio cada una de ellas, excepto la Calahorra, que atiende también Ferreira.

El segundo nivel para la mayoría de especialidades está en Guadix, a una distancia que oscila entre 13 km. para Jerez del Marquesado y 35 km. para Charches, con una isocrona de 15 y 45 minutos, respectivamente.

La asistencia de tercer nivel se presta en la Resistencia Sanitaria Virgen de las Nieves, en Granada, y en el Hospital Comarcal de Baza.

La medicina privada tiene escasa relevancia, no existiendo en la zona básica ninguna consulta, aunque existe un sector de población que acude a determinados especialistas de Guadix.

Las «medicinas» alternativas no tienen trascendencia en la zona.

b) Recursos materiales

Se dispone de un módulo 1 en cada municipio, excepto en Ferreira, que cuenta con un módulo 0, y Alquife, que tiene un módulo 2. Asimismo, hay un módulo 0 en la Huertezuela, dependiente de la UAF de Alquife.

• **Conocer el problema, protocolos de actuación y evaluación, son los pilares básicos de este estudio.**

La asistencia de 8 a 15 horas se presta en los distintos municipios, mientras que la asistencia continuada se presta en el módulo de Alquife.

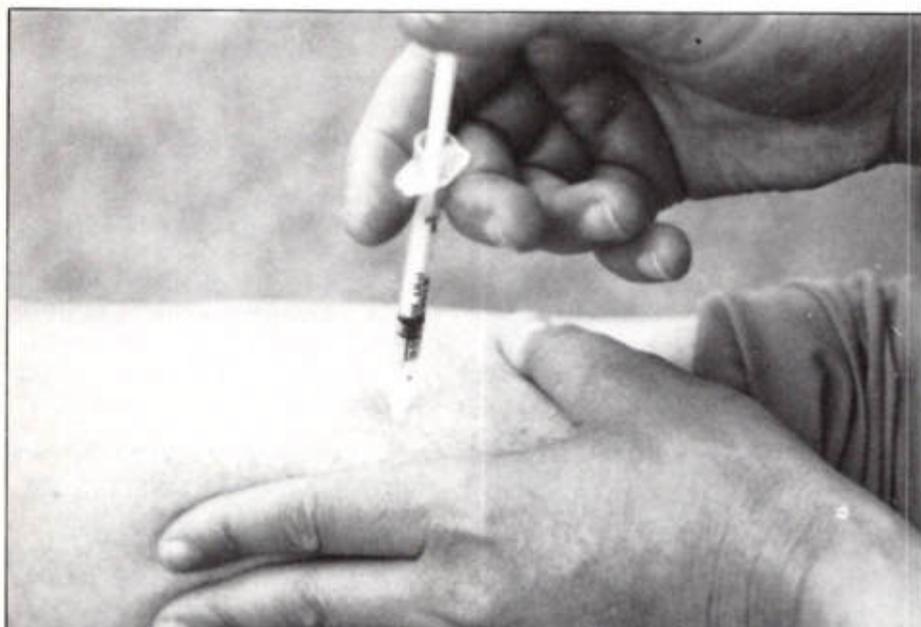
MATERIAL Y METODOS

El estudio ha consistido en la realización de una auditoría interna de todas las historias clínicas personales de cada uno de los municipios.

Se trata de un estudio descriptivo transversal, cuya fecha de corte es el 1 de octubre de 1991.

De todas las historias personales se ha sacado el nombre, población, número de historia, año de nacimiento, sexo, año de la última analítica general, si estaba o no diagnosticada de diabetes y si cumplía criterios diagnósticos.

De los pacientes diagnosticados de diabetes, además se ha recogido el número de visitas en el último año, si



El fin de la Educación Sanitaria es conseguir el autocuidado de la patología por parte del enfermo.

se realizaron visitas programadas en este período y qué profesionales las llevaron a cabo, si se derivaron a endocrinología, si realizan control de tensión arterial, si son hipertensos y si están controlados de ésta, si se han realizado controles electrocardiográficos y de peso, si fuman, el tratamiento que realizan y el control bioquímico de su diabetes, así como el tratamiento que sería recomendable con los datos de que se dispone.

Todos estos datos han sido procesados mediante el programa de ordenador D Base III plus, mediante el cual, se han obtenido listados nominales de cada uno de los apartados

estudiados clasificados por municipios, para ser distribuidos a la UAF correspondiente.

PARAMETROS ESTUDIADOS

1) Población historiada y su relación con el censo.

2) Distribución etárea e índice de Sundbarg.

3) Pacientes diagnosticados de diabetes: incluye todos aquéllos que en la historia consta como tales, independientemente de los criterios seguidos.

4) Pacientes diabéticos: se ha obtenido mediante una corrección del listado anterior, excluyendo los que presentan criterios incompletos o dudosos.

5) Sexo de los pacientes diabéticos.

6) Año de la realización de la última analítica en la población mayor de cincuenta años.

7) Población pendiente de realizar sobrecarga oral de glucosa: incluye a la población con cifras de glucemia elevadas no diagnósticas.

8) Pacientes diagnosticados con criterios incompletos o dudosos: Son aquéllos que a pesar de estar diagnosticados como diabéticos no cumplen los siguientes criterios:

- Glucemia al azar mayor de 200 mg % asociado a síntomas o signos de enfermedad.

- Glucemia basal igual o mayor a 140 mg % en más de una ocasión.

- Glucemia mayor de 200 mg% a las 2 horas de la sobrecarga oral de glucosa.

9) Media de visitas por diabético.

10) Pacientes que realizan visitas programadas: recogiendo además quién realiza las mismas de forma habitual y qué pacientes fueron derivados a endocrinología.

11) Diabéticos a los que se ha realizado algún control de tensión arterial.

12) Diabéticos hipertensos y control de su hipertensión: como criterio de compensación hemos considerado los valores medios durante el último año, siguiendo las cifras recomendadas por la OMS al respecto.

13) Diabéticos y estudio electrocardiográfico: hemos reflejado la realización en los tres últimos años de un ECG.

14) Diabéticos con control de peso.

15) Diabéticos y tabaco.

16) Tratamiento que realizan nuestros diabéticos.

17) Control bioquímico y tratamiento aconsejable: como criterios de compensación hemos seguido los que se especifican en el protocolo de diabetes del centro.

• De 7.371 habitantes de la zona básica, el 5,13% están diagnosticados de diabetes.



Un buen control de la glucemia está relacionado con un peso normalizado.

• Entre otros casos, se advirtió la relación que existe entre la diabetes con HTA, Epoc, obesidad, etc.

- Cifras de fructosamina por debajo de 320 mg %.
 - Tratados con dieta o sulfonilureas a dosis submáximas: hasta 130 mg % en ayunas.
 - Tratados con sulfonilureas a dosis máximas o insulina: hasta 150 mg % de glucemia en ayunas.
- Destacamos que cada UAF dispone de un lector fotométrico para la determinación de glucemia capilar.

RESULTADOS

La distribución etárea de la población censada es la siguiente:

| | |
|-----------------------------------|--------|
| Población de 0-7 años | 5,66% |
| Población de 0-15 años | 16,71% |
| Población de 16-65 años | 64,89% |
| Población de más de 65 años | 18,15% |

Se encuentran distribuidos en 2.969 familias, la mayoría de ellas formadas por menos de 3 miembros (57,79%).

Sobre una población censada de 7.371 habitantes en el censo de 1989, hay un total de 5.532 historias personales, lo que corresponde a un 75,05%.

La edad media de la población historizada es de 48 años, presentando la siguiente distribución por grupos de edad:

| | |
|-------------|-------------------|
| 0-14 años: | 797 habitantes. |
| 15-50 años: | 3.235 habitantes. |
| > 50 años: | 2.400 habitantes. |
| > 75 años: | 577 habitantes. |

Con un índice de Sundborg (x1= 0,24 <<< x 2= 0,59) que indica que se trata de una población regresiva.

El número total de personas diagnosticadas de diabetes asciende a 284 (5,13%), aunque de éstos 40 tienen unos criterios que consideramos dudosos, estando por tanto pendientes de confirmación. Hemos detectado 4 pacientes que cumplen criterios de diabetes que no están diagnosticados, por lo que el número total de diabéticos es de 244 (4,41%).

Estratificando por edades vemos que la cifra de diabéticos en los distintos grupos es la siguiente:

| | |
|------------|--------------------------------------|
| < 50 años: | 9 diabéticos (prevalencia 0,28%). |
| > 50 años: | 235 diabéticos (prevalencia 9,79%). |
| > 65 años: | 160 diabéticos (prevalencia 12,60%). |
| > 75 años: | 76 diabéticos (prevalencia 13,17%). |

La población mayor de 50 años no sometida a screening asciende a 1.045 personas.



La mediación de glucemias mediante tiras reactivas es la manera más fácil, rápida y fiable de control en la Diabetes.

Hay otro grupo de población que incluye a 71 personas pendientes de la realización de una sobrecarga oral de glucosa para confirmar el diagnóstico.

Centrándonos en la población diabética, vemos que 51 pacientes no han sido visitados en el último año, 60 lo han sido entre 1 y 3 veces, 32 entre 4 y 6 veces y 101 en más de 6 ocasiones.

De los pacientes diagnosticados, 182 han realizado las visitas de forma programada, realizándose estas consultas sólo por Enfermería en 117 casos, en 4 casos sólo por médico y en 58 casos por enfermero y médico. Sólo 3 pacientes fueron derivados a endocrinología.

A 184 diabéticos (75,40%) se les ha tomado la tensión arterial, siendo hipertensos 76 de ellos, o sea, un 31,14% de los cuales están controlados de su hipertensión 59 (77,65%).

A 92 pacientes (11,88%) se les ha realizado E.C.G.

A 138 enfermos (56,55%) se les ha pesado.

19 diabéticos son fumadores, lo que corresponde a un 7,78%; en 60 casos no se ha registrado si tienen o no el hábito.

De los 244 diabéticos, 13 (5,32%) no consta que estén realizando tratamiento; 25 (10,24%) realizan tratamiento con dieta; 139 (65,96%) están tratados con sulfonilureas; 59 pacientes (28,92%) con insulina, de los cuales 30 en una dosis, 28 en 2 dosis y 1 en

3 dosis; 3 con insulina más sulfonilureas, y 1 con insulina más biguanidas.

El número de pacientes que cumplen criterios de compensación es de 120, lo que corresponde a un 49,18%.

El nivel de autocontrol y autodeterminaciones se puede considerar nulo, en lo que a pacientes con diabetes tipo II se refiere.

Estos datos se pueden desglosar por tratamientos: (Ver cuadro I).

- 13 Sin tratamiento: Com. 0; no comp. 5; sin datos, 8.
- 25 Dieta: Comp. 15; no comp. 10.
- 139 Sulfonilureas: Comp. 66; no comp. 70; sin datos, 3.
- 2 Biguanidas: Comp. 0; no comp. 2.
- 3 SU + biguanidas: Comp. 0; no comp. 3.
- 30-1 dosis insulina: Comp. 18; no comp. 11; sin datos, 1.
- 28-2 dosis insulina: Comp. 20; no comp. 8.
- 1-3 dosis insulina: Comp. 0; no comp. 1.
- 3 SU + insulina: Comp. 1; no comp. 2.
- 1 Bigua. + insulina: Comp. 0; no comp. 1.

Pensamos que se debería valorar el realizar un cambio en el escalón terapéutico en 76 pacientes.

- 13 sin tratamiento: 13 deberían iniciar tratamiento.
- 25 dietas: a 10 se les debería añadir SU.
- 139 sulfonilureas: 40 deberían pasarse a insulina.
- 2 biguanidas: 1 pasar a SU y otro a insulina.
- 3 DU + biguanidas: 3 deberían pasar a insulina.

- 30-1 dosis insulina: 2 a SU; 1 a insulina en 2 dosis.
- 28-2 dosis insulina: 2 a insulina en 1 dosis y en 1 añadir SU.
- 3 SU + insulina: 1 debería pasar a insulina en 3 dosis.
- 1 Biguanidas + insulina: 1 a insulina + SU.

DISCUSION

Aunque nos ha faltado algún dato en la recopilación de historias clínicas, no hemos observado que esto haya interferido en el resultado final.

Hemos excluido de los 9 municipios que forman la comarca de la zona básica del Marquesado, Jerez del Marquesado, por ser escaso el período transcurrido desde la puesta en marcha de las historias clínicas.

El porcentaje de población historizada corresponde a un 75%, considerándolo adecuado, con una edad media de 42 años.

Los porcentajes de prevalencia de diabéticos probablemente están estimados a la baja, pues hay un grupo de población que no ha sido estudiada analíticamente. Dado que la inci-



total entre los cuales pudiera haber un porcentaje de sujetos con intolerancia a la glucosa y diabetes no detectadas.

De los 284 personas diagnosticadas de diabetes (5,13%), encontramos 40 con unos criterios que consideramos dudosos, pudiéndose tratar en algunos de los casos de sujetos con intolerancia a la glucosa, estando

De las 71 personas encontradas pendientes de la realización de una sobrecarga oral de glucosa, podríamos encontrar por un lado un porcentaje a considerar de sujetos con intolerancia a la glucosa, y por otro un número de diabéticos que no sería de mucha importancia, dado que la presentación de diabetes conlleva en la mayoría de los casos a una sintomatología previa que nos hace llegar a su diagnóstico.

Los 51 pacientes encontrados que no han sido visitados en el último año, consideramos que en su mayoría son pacientes de edad avanzada que realizan frecuentes cambios de municipio por circunstancias familiares.

BIBLIOGRAFIA

1. Anders Green, MD. Epidemiologic and public health aspects of insulin-treated diabetes in Denmark. *Diabetes Care* 1985; 8: 77-81.
2. Buitrago F. y cols. Evaluación de la calidad asistencia prestada a la población diabética en un centro de salud. *Atención primaria* 1989; 6: 38-44.
3. Cano JF., Trilla M. Diabetes Mellitus. En: Martín Zurro A, Cano JF. *Manual de atención primaria*. 2.ª edición. Ed. Doyma, Barcelona 1989.
4. Clua JI, Queralt ML. Uso de los medios de diagnóstico y control del diabético en una zona rural. *Atención Primaria* 1989; 6: 46-51.
5. Costa B y cols. Evaluación multicéntrica de un programa de diabetes en la atención primaria de Tarragona. *Atención primaria* 1991; 8: 22-28.
6. Esteban A., Fernández-Segoviano P. El control de la calidad asistencial, una responsabilidad compartida. *Rev. Clin. Esp.* 1988; 182: 166-170.
7. Galvez R., Delgado M., Bueno A. Epidemiología descriptiva. En: Piedrola Gil G. y cols. *Medicina preventiva y salud pública*. 9.ª edición. Ed. Masson-Salvat, Barcelona.
8. Hernández J.M. y cols. Diagnóstico de salud de la población diabética en la comarca de Priorat (Tarragona). *Atención Primaria*; 8: 668-674.
9. Lloveras G. Papel de los profesionales de atención primaria en la atención del paciente diabético. *Atención primaria* 1989; 6: 9-10.
10. Trilla M., Muñoz A., Martín J.A., Espluga A. Programas de educación diabetológica. *Med. C. (Barc.)* 1990; 94: 339.

| TRAT.ACT. | NUM. | COMPEN. | NO COMPE. | SIN DAT. | TRAT. RECOM. |
|---------------|------|---------|-----------|----------|---------------|
| SIN TRAT. | 13 | 0 | 5 | 8 | INICIAR TRAT. |
| DIETA | 25 | 15 | 10 | 0 | 10 SU |
| SU | 139 | 66 | 70 | 3 | 40 INSULINA |
| BIGUANIDAS | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 SU-1 INSU |
| SU + BIGUANI | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 INSULINA |
| 1D INSULIN | 30 | 18 | 11 | 1 | 2 SU - 1 a 2D |
| 2D INSULIN | 28 | 20 | 8 | 0 | 2 1D-2 I+SU |
| 3D INSULIN | 1 | 0 | 1 | 0 | ENDOCRINO |
| INSUL + SU | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 a 3D |
| BIGUA. + INSU | 1 | 0 | 1 | 0 | SU + INSULIN |

SU: Sulfonilureas. INSU-INSULIN: Insulina. BIGUA-BIGUANI: Biguanidas.

CUADRO I: DISTRIBUCION DE RESULTADOS DEL ESTUDIO

• La incidencia de la enfermedad adquiere un gran auge a partir de los cincuenta años.

dencia de la enfermedad se dispara a partir de los 50-55 años de edad, hemos registrado la población mayor de 50 años no sometida a screening, que asciende a 1.045 personas, lo que supone un 11% de la población

por tanto pendientes de confirmación. También encontramos 4 pacientes que cumplían criterios diagnósticos y que no estaban diagnosticados. Quedando las cifras de pacientes diabéticos en 248 (4,48%).

CONCLUSIONES DEL XX CONGRESO MUNDIAL DE ENFERMERIA



- La investigación es una necesidad imperiosa como sustento de la práctica y del desarrollo profesional; la investigación en Enfermería debería estar orientada prioritariamente hacia la práctica profesional.

Los programas de investigación han de estar guiados en todo momento por principios éticos; el Consejo Internacional de Enfermería promueve la comunicación e intercambio de los resultados de las investigaciones.

- Asociaciones miembros insten a los responsables sanitarios de los países a adoptar las políticas pertinentes conducentes a la protección inmunitaria de los trabajadores de salud en su medio laboral, la necesidad de sensibilizar al personal de enfermería, a los empleadores y a la población en general de los riesgos profesionales, de los trabajadores de la salud.

- La Enfermería debe tender a

orientar su actividad profesional, con criterios empresariales, para ello es preciso que dichas Asociaciones establezcan programas educativos sobre legislación, economía sanitaria y gestión empresarial.

- Se adopta la creación de una red, eficaz de comunicación que contribuya a mantener un buen nivel de información entre Asociaciones y Profesionales.

Casos de violencia contra el personal de Enfermería, incluido el acoso sexual: Se adopta la determinación de organizar programas educativos y utilizar los Medios de comunicación para sensibilizar a la población y a los propios enfermeros/as de las diferentes manifestaciones de violencia.

Se acuerda aconsejar a los Gobiernos, para que apoyen las investigaciones sobre el papel de los contaminantes químicos en la capacidad del

sistema inmunitario y realicen los estudios epidemiológicos de madres e hijos.

- Las personas tienen derecho a recibir toda la información necesario sobre sus problemas de salud, tratamiento y sus consecuencias. Se acuerda que los enfermeros promuevan activamente el derecho del individuo a: elección libre del profesional de salud y de aceptar o de rechazar el tratamiento después de haber sido adecuadamente informado.

Igualmente se propone promover el derecho del individuo de morir dignamente y escoger o rechazar la ayuda religiosa.

- Se llega a la conclusión universal de implantar un modelo unificado de enfermería especialista, adaptado a la indiosincronía de los diferentes pueblos.

- Se abrió un importante debate sobre los argumentos presentados sobre la obligatoriedad del test del SIDA, centrados en la necesidad de tomar todas las medidas posibles para proteger a los pacientes contra el virus del SIDA, una enfermedad que podría afectar a más de un millón de personas de todo el mundo en la próxima década.

Los costes del test obligatorio deberían compensar con creces el coste de exposición del paciente a esta enfermedad; teniendo presente que la seguridad del paciente que viene a nosotros para el cuidado es lo primordial. Por unanimidad todos los asistentes se negaron a aceptar esta propuesta. Ya que el coste de los test para todo el personal sanitario supondría un importante despilfarro antiético de los recursos económicos, que podrían aprovecharse mejor para prevenir y tratar la enfermedad.

Novedades bibliográficas



BREVE SINOPSIS DEL LIBRO

«La Enfermería Sevillana. El Colegio y su Historia. 1900-1930»

Se acaba de editar «La Enfermería Sevillana. El Colegio y su Historia 1900-1930». Es un intento por ahondar y sacar a flote las raíces de la

Enfermería desde sus orígenes más remotos, pero también más fiables, hasta nuestros días.

Este primer e inicial tomo abarca una época donde los pasos que dieron aquellos «HISTÓRICOS» se desenvuelven entre la orfandad, el pesimismo y la esperanza. Los primitivos Practicantes, continuadores de los Sangradores, tenían tan poco bagaje científico y reconocimiento social como infinita ilusión por consolidarse como estamento útil e importante cara a la Salud de los ciudadanos.

Frente al poder de los Médicos, consagrados desde mucho tiempo atrás, aquella primitiva Enfermería apenas si contaba con la certeza de que un simple puñado de hombres —apenas veinte, treinta en su núcleo germinal— podía ir desarrollando hasta alcanzar lo que hoy es día es la actual Enfermería, un colectivo que, sólo en Sevilla, agrupa a 6.500 personas.

El intento del Colegio de Sevilla está hecho en base a recuperar algo que no ha contado hasta el momento presente, pero que se antoja ineludible a la hora de hablar de futuro para esta profesión. Cualquier actividad que ignora su pasado está condenada a perder el tren del porvenir. Esto, que suele ser sistemáticamente cierto, se iba a cumplir en lo que se refiere a Enfermería si no llega a ser porque el Colegio de Sevilla ha querido ser el primero en España que ha puso manos a la obra para recuperar el tiempo que se fue a partir de una modesta idea aparecida en las páginas del BOLETÍN INFORMATIVO, publicación mensual, edita el propio Colegio.

Si Enfermería busca su auténtico camino, debe empezar a conocer quiénes fueron sus «Marañones», o «Jiménez Díaz», si vale el ejemplo. Con esa intención aparece este libro, de unas generaciones de hombres y mujeres que dieron todo al servicio a la salud de los ciudadanos a cambio de muy poco. Sea llegada la hora de hacerles justicia a través de 250 páginas que unos autores (Vicente Villa García-Noblejas, Carmelo Gallardo Moraleta,

Elena Jaldón García), han querido publicar desde el Colegio.

DEMENCIAS. CONCEPTOS ACTUALES

F. Bermejo P. - T. del Ser
240 páginas
P.V.P. 3.750 ptas.

En el próximo futuro las demencias, especialmente la enfermedad de Alzheimer y las demencias de origen vascular, van a ser uno de los más importantes problemas de salud, situación que pondrá en aprietos al sistema asistencial que se verá desbordado. Las administraciones sanitarias deberían ser más previsoras y ordenar mayores recursos, no tan sólo para la atención a pacientes demenciados sino también para incrementar las posibilidades de investigación en nuestro país.

Por otra parte el aumento de recursos e iniciativas para la investigación contribuye decisivamente a difundir la cultura científica, como es el caso de este libro, tanto entre los especialistas, como entre los generalistas, de manera a estimular y favorecer el estudio diagnóstico más riguroso de cada paciente, aspecto este más importante cuando se considera la posibilidad de una demencia secundaria a un trastorno curable.

AUTOEVALUACION EN PEDIATRIA

Carmen Martínez González
y Elia Acitores Suz
297 páginas
P.V.P. 2.800 ptas.

Resulta evidente que hoy día el examen tipo test es el más utilizado como forma de evaluación de conocimientos.

La literatura pediátrica española posee muy escasos libros dedicados a la autoevaluación, pese a su muy apreciable valor pedagógico. En efecto, son contados los textos pediátricos españoles contruidos a base de preguntas y de respuestas múltiples, como éste que ilusionadamente prologamos. Su estudio, sin duda alguna, resultará muy útil para el aprendizaje de la pediatría práctica y para la formación continuada. Mencionemos también que su

lectura será muy provechosa para la preparación de un tipo de pruebas —los exámenes tipo test— que son casi las únicas que se practican en nuestros días.

Los quince capítulos de que consta este libro versan sobre las distintas especialidades pediátricas, planteando una amplísima gama de preguntas. Las respuestas se explican breve, pero suficientemente, y todas ellas se fundamentan en una bibliografía exigua, pero de reconocimiento unánime.

Es admirable la habilidad con que las autoras superan la mayor dificultad de esta obra. Aludo a que en los libros de tests, lo complejo no radica en señalar cuál es la respuesta verdadera, sino y sobre todo, en que las preguntas se formulen clara y correctamente.

AVANCES EN EL SINDROME DE TURNER. ASPECTOS CLINICO-ENDOCRINOLOGICOS Y NEUROPSICOLOGICOS

Ricardo García Bouthelie, José Antonio Portellano Pérez, Rocío Mateos Mateos, Isabel Asensio Monge, Manuel García de León, Angel Hernanz Macías, Francisco Mejorada Jiménez, Isabel González Casado
73 páginas
P.V.P. 2.700 ptas.

Desde esta perspectiva, el objetivo de esta monografía no es otro que el de conocimiento de las características psicológicas del síndrome de Turner (inteligencia, personalidad y rendimiento neuropsicológico). Para ello, y considerando la necesaria interacción de las distintas disciplinas científicas que se engloban dentro de la neurociencia, nuestro estudio aborda los aspectos endocrinos, neuroquímicos y neurofisiológicos del síndrome de Turner, que van a refrendar los resultados obtenidos en la exploración psicológica.

La participación de distintos profesionales: psicobiólogos, bioquímicos, neurofisiólogos y endocrinólogos en la realización de esta investigación permitirá, sin duda, impulsar con fuerza nuevos estudios interdisciplinares sobre el síndrome de Turner en España.

Ediciones DIAZ DE SANTOS, S.A.

c/. Juan Bravo, 3.º 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.

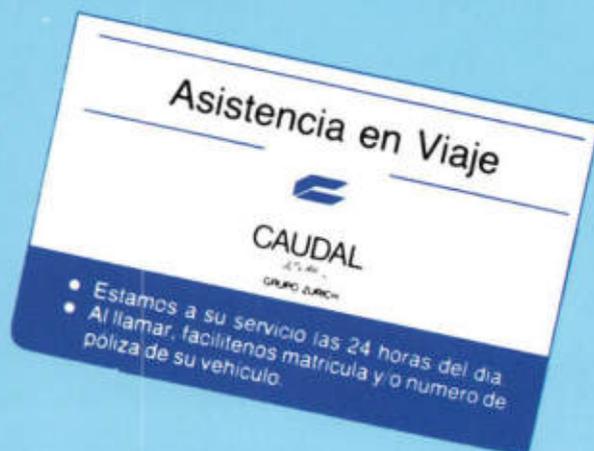
Se tiene derecho con ella:

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 COMPAÑIA**

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

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

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:

BASES

- 1.ª **Denominación:** Título: «Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla».
- 2.ª **Objeto:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3.ª **Dotación:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, de TRESCIENTAS MIL (300.000) para el premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4.ª **Presentación:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentarán por duplicado ejemplar en papel tamaño D.I.N. 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)