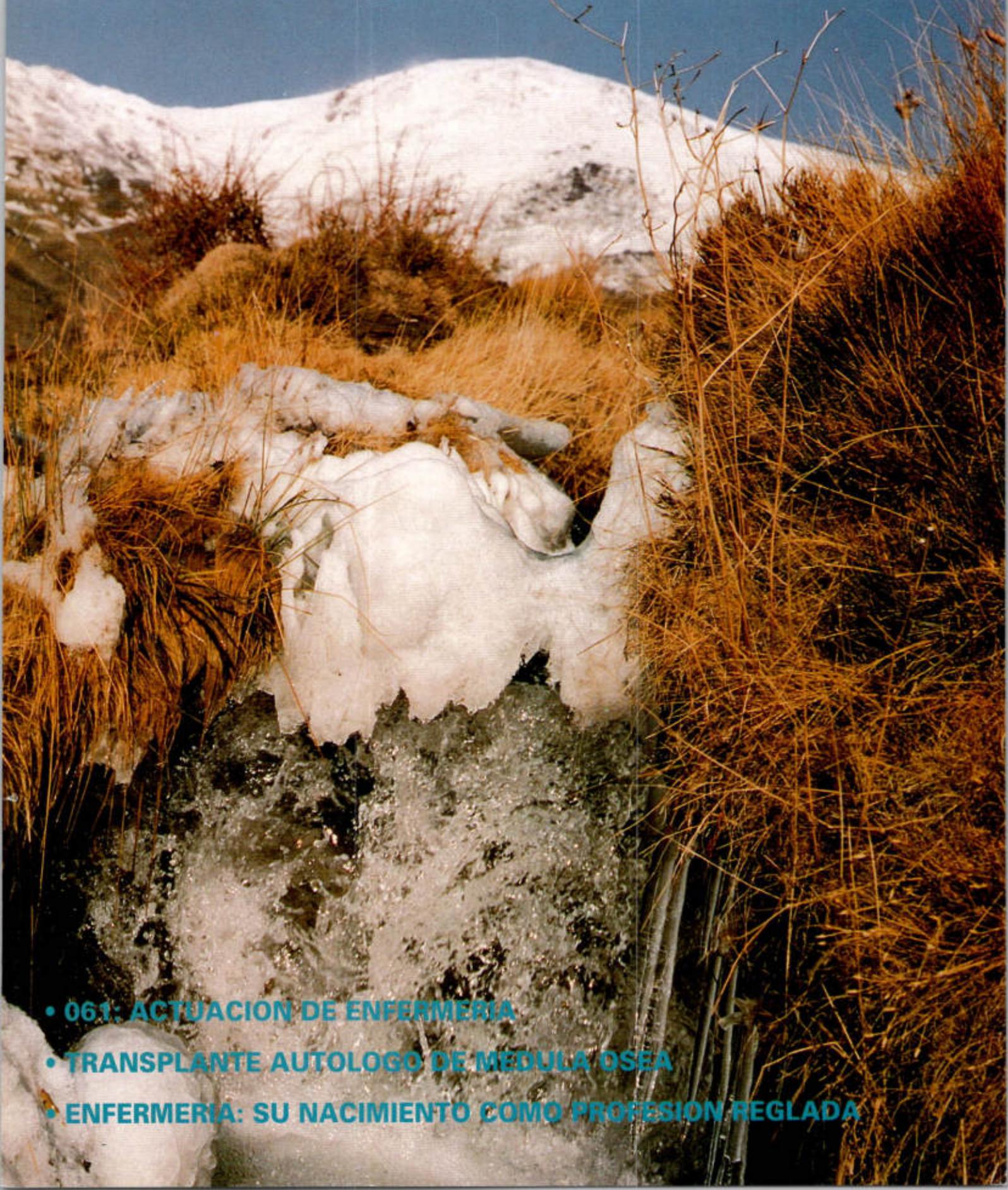




HYGIA

Revista Científica
del Colegio de
Enfermería de Sevilla



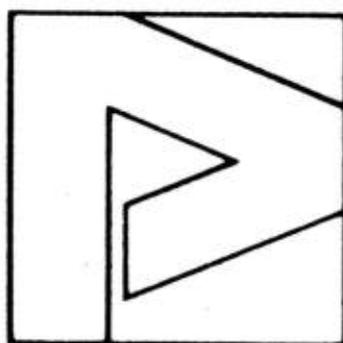
- 061: ACTUACION DE ENFERMERIA
- TRANSPLANTE AUTOLOGO DE MEDULA OSEA
- ENFERMERIA: SU NACIMIENTO COMO PROFESION REGLADA

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

HORAS LECTIVAS O EL PROFESIONAL DEL AÑO 2000

Recién iniciado el año 1994, muchos son los frentes donde Enfermería va a estar implicada, sea para bien o para todo lo contrario. El año 93 se fue dejando un regusto a crisis que preludia otro calendario pleno de «accidentes» en forma de recortes, carencias y agobios presupuestarios de todo tipo y condición.

Pero, a la hora de saludar este número de HYGIA, no queremos ahondar en un determinado aspecto que afecte a la profesión sino en el candente asunto de las horas lectivas que configuran el marco académico donde se forman los futuros profesionales.

El Colegio de Sevilla, datos cantan no ha sido una estatua de sal a la que se puedan achacar inhibiciones en el peliagudo recorte de las horas lectivas de la carrera. Es más, hubo quien nos pudo acusar de ser más papista que el propio pontífice aunque, a la vuelta de unos pocos años, el tiempo, por desgracia, nos otorgó la razón y el peligro que denunciábamos por aquel entonces (1988) sigue siendo el obstáculo número uno a la hora de edificar la Enfermería del año 2000 sobre unos conocimientos sólidos y de calidad.

Fuimos abanderados en poner freno legal, en la medida de nuestras posibilidades, a la primera rebaja de créditos y seguimos estando en la misma onda: Enfermería no puede permitirse tener una Carrera con 2.250 horas de estudio o, lo que es igual, bajo mínimos en relación tanto a lo que demanda la Directiva de la Comunidad Europea como, lo más esencial, la necesaria preparación para prestar las mejores atenciones al usuario, principio y fin de nuestro quehacer.

Porque baste recordar unos simples datos para atender la gravedad del presente asunto: Frente a las 4.600 horas lectivas que se necesitaban en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios —es decir, el programa de todos aquellos con más de diez años de ejercicio— Enfermería bajó a 2.700 horas a raíz de una reforma (R.D. 1.466/90) que no fue sino compás de espera ante la última e impresentable decisión del Consejo de Universidades planteando una nueva rebaja hacia los 225 créditos objeto de discordia.

Sirva este comentario para el profesional de Sevilla tenga la certeza de que su Colegio Oficial no sólo no tiró la toalla en la labor de rechazar semejante nivel académico sino que proseguimos con las gestiones al máximo nivel que, por discreción, obviamos momentáneamente desmenuzar hasta no ver los primeros y ojalá que esperanzadores resultados.

El Colegio de Enfermería sevillano, consciente de su responsabilidad individual y colectiva, hará todos los esfuerzos que sean menester, tanto de gestión como de concienciación, para que no llegue a consumarse el atropello que el Consejo de Universidades pretende con esta carrera de la Salud. Porque, entre otras cosas, estaríamos ante una incongruencia de calibre: después de luchar por estar dentro de la Universidad, su órgano responsable nos quiere colocar en una posición indefendible por mucho que se empeñen su ¿responsables? Así lo entiende desde el más lego en materia educativa, hasta determinados círculos de la propia Comunidad Europea. Demos tiempo para que las horas lectivas no vuelvan a sufrir una nueva agresión. Este Colegio Oficial, callada pero tenazmente, seguirá luchando para evitar lo que sería un desafuero: dejarnos lejos de Europa y limitar los futuros profesionales a actuar dentro de nuestras fronteras sin posibilidad de asomarse al exterior. Pero, eso sí, el problema es de todos, afecta a todos, y todos debemos asumirlo.

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
- ESTUDIO VACUNACION ANTIGRIPIAL.....	5
- ENFERMERIA: SU NACIMIENTO	9
- 061 ACCIDENTES	13
- CUIDADOS POST-OPERATORIOS	16
- TRANSPLANTES MEDULA OSEA	19
- CONCURSO FOTOGRAFICO N.º 26.....	24
- FIABILIDAD EN RESULTADOS	26
- PARTERAS Y MATRONAS	30
- EDUCACION PARA LA SALUD	34
- GRANDES DE ENFERMERIA	36
- NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS	38



Autor: **Manuel Salvador Rguez.**
Título: «Deshielo en el Veleta».

ESTUDIO DE LAS REACCIONES DE LA VACUNACION ANTIGRI PAL (Campaña 1992-93)

Autor: **Antonio Fco. Portillo Torres. D.E.**
M.ª Angeles Alvarez Jiménez. D.E.
 Centro de Salud de Arahal (Sevilla)

1. INTRODUCCION

La sociedad actual exige a todos los colectivos que actúan en Salud Pública una constante implicación en aquellos procesos que colaboren en una mejor y mayor calidad de la Sanidad. Esta razón nos movió a realizar el presente informe sobre las reacciones de la vacunación antigripal. En nuestro ánimo está el poder cumplir el fin antes mencionado.

El presente estudio viene a demostrar que, aunque existe una voluntad por parte de la población en general, en las consultas de Enfermería (C.E.) se produce una respuesta insuficiente hacia la vacunación antigripal.

Contamos con los datos de las tres últimas campañas de vacunación realizadas. Así como con el número de personas incluidas en las C. E. en el Centro de Salud de Arahal. En esquema sería:

De estos datos obtenemos que el incremento durante las sucesivas campañas de vacunación ha sido muy superior al incremento de las personas incluidas en las C.E.; ésto es debido a que se ha ampliado la cobertura de la vacunación a una mayor diversidad de personas, y así como a que la población de las C.E. sigue rehusando la vacunación.

Actualmente este Centro cuenta con diez consultas de enfermería, existiendo adscritos a ellas 1.690 usuarios. A todos ellos se les preguntó sobre si habían recibido la vacunación antigripal; de ellos, 664 (un 39,28%) contestaron que habían sido vacunados, el resto no quiso vacunarse, alegando para ello varias razones:

- * Padecer una enfermedad intercurrente durante la campaña.

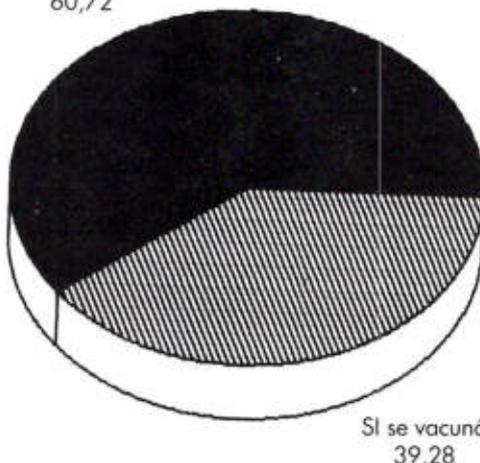
- * No creerla beneficiosa.

- * Antecedentes adversos en ellos mismos o en familiares o conocidos.

Gráficamente, las personas incluidas en las C.E. que recibieron la vacunación en relación con las que no la recibieron, quedaría así:

PERSONAS INCLUIDAS EN C.E. (1992)

NO se vacunó
60,72



SI se vacunó
39,28

Gráfico 1

2. MATERIAL Y METODO

Realizamos una encuesta a las personas incluidas en C.E. sobre si se vacunó o no en la campaña sobre vacunación antigripal; en caso afirmativo, comprobar si hubo o no reacción a dicha vacuna. La campaña se realizará durante los meses de septiembre, octubre y noviembre.

Las vacunas utilizadas en este centro fueron Imuvac (R), Antigripal Pasteur (R), Antigripal Llorente (R) y Antigripal Leti (R). Las cuatro contenían la formulación recomendada por la O.M.S.: cepas de virus de la gripe expresados en hemaglutinina:

- * A / G U I Z - HOU/54/89 (H3N2)

- * A / S I N G A P O - RE/6/86 (H1N1)

- * B / Y A M A G A - TA/16/88

- * Agente conservador: Tiomersal (DCI), 0,05

- * Excipiente: c.s.p. 0,5 ml.

Campaña de vacunación	N.º total de vacunados	N.º Personas incluidas en consulta de Enfermería
1990-91	966	1.200
1991-92	1.509	1.317
1992-93	1.967	1.690

La encuesta se realizó en cada C.E. a cada paciente durante las citas programadas, durante los meses de octubre (1992), noviembre (1992), diciembre (1992) y enero (1993).

En la encuesta, los datos tomados hacen referencia al sexo, la edad y si presentó o no reacción después de haberle aplicado la vacunación. En caso de presentar reacción, dividimos ésta en:

- *reacción leve*: cuando aparece enrojecimiento en la zona de punción y/o prurito moderado;

- *reacción grave*: cuando aparece fiebre y/o inflamación y endurecimiento de la zona de punción y/o la persona debió permanecer encamada debido a los síntomas gripales.

II. RESULTADOS

Detallamos los datos obtenidos través de los profesionales de Enfermería en las distintas consultas.

ESTUDIO DE LAS REACCIONES DE LA VACUNACION ANTIGRI PAL EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA								
Nombre profesional Pacientes	Pacientes Por sexo		Pacientes Por edad		Sin	Reacción		Total
	H	M	<60	>61		Leve	Grave	
	D. Velázquez	25	34	07	52	43	14	02
M. Gallego	16	21	14	23	30	07	00	37
M.ª J. Rivera	35	31	10	56	59	05	02	66
M.ª H. Moreno	27	59	19	67	62	18	06	86
J. Martín	14	36	17	33	40	10	00	50
I. Velasco	19	16	09	26	30	03	02	35
F. Reina	42	58	28	72	97	03	00	100
A. Portillo	70	72	32	110	121	20	01	142
R. Pérez	25	25	07	43	43	01	06	50
A. Cominero	12	27	18	21	34	03	02	39
Total	285	379	161	503	559	84	21	664



Cobertura de vacunación en Residencia a personas imposibilitadas

Englobando a todos los pacientes incluidos en las C.E. del Centro de Salud de Arahal, tenemos que la población vacunada en dichas consultas, por sexo y por edad corresponden a los gráficos 2 y 3.

**POBLACION CONSULTADA
POR SEXO**

HOMBRES
42,92



MUJERES
57,08

Gráfico 2

• **«Las reacciones de tipo adverso a la vacuna son mínimas»**

POBLACION CONSULTADA POR EDAD

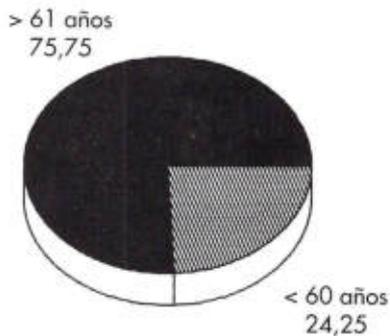


Gráfico 3

En cuanto a si presentó o no reacción, y dentro de ésta si fue leve o grave, obtenemos el gráfico 4.

REACCIONES VACUNACION ANTIGRI PAL

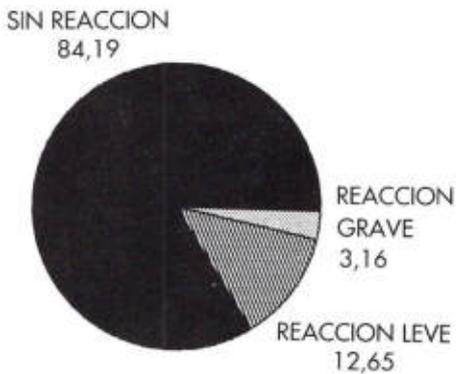


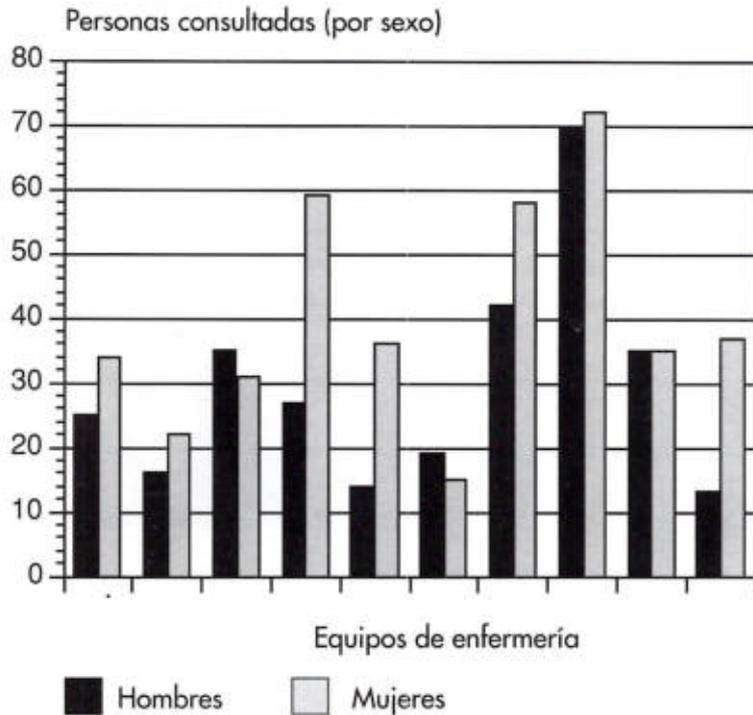
Gráfico 4

• **«Actualmente, la respuesta de la población es insuficiente hacia la vacunación antigripal»**

Podemos separar las personas consultadas en cada C.E.:

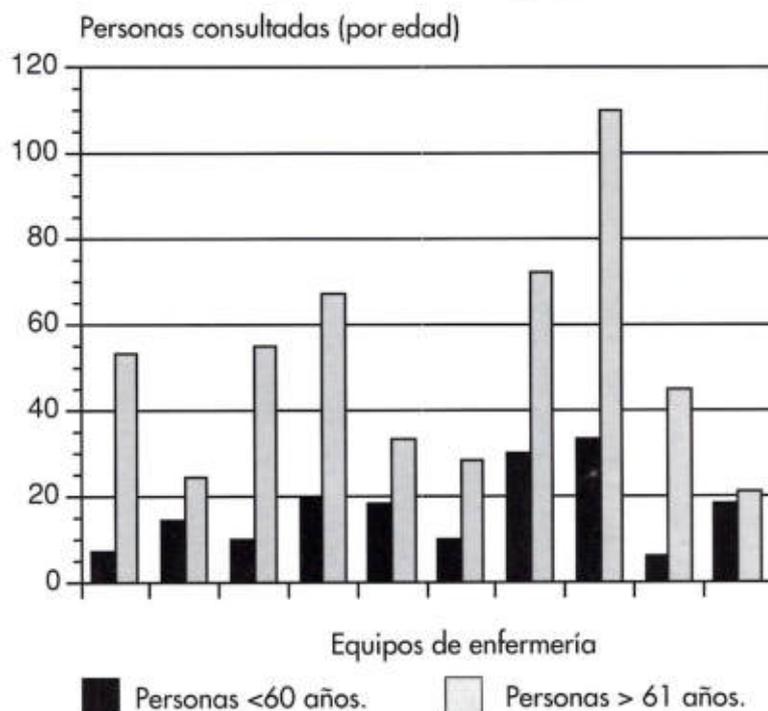
- Por sexo:

CONSULTAS DE ENFERMERIA vacunacion antigripal



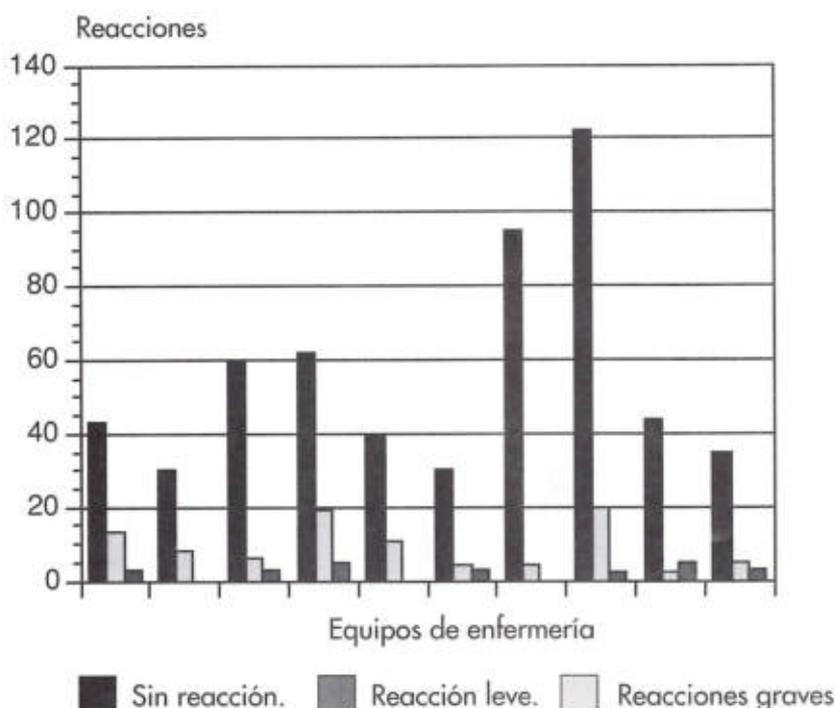
- Por edad:

CONSULTAS DE ENFERMERIA vacunacion antigripal



– si presentó o no reacción post-vacunal y qué tipo de reacción

**CONSULTAS DE ENFERMERIA
vacunación antigripal**



• «Pese a la voluntad de la población, existe una respuesta insuficiente hacia la vacunación antigripal»



Grupos de riesgo en espera de la vacunación en Sala de Vacunas

**IV. DISCUSION.
COMENTARIO**

De los datos obtenidos nos encontramos que, en la población estudiada:

- * el 57.08% son mujeres.
- * el 42.92% hombres.
- * el 75.75% son mayores de 61 años, y
- * el 24.25% menores de 60 años.

Todo ello no ha influido en cuanto a que se haya presentado o no reacción post-vacunal.

De la población vacunada en C.E. (664 personas) sólo apareció reacción en el 15.81% (105 personas), siendo el 12.65% del total (84 personas) las que presentaron reacciones leves, y el 3.16% del total (21 personas) las que padecieron reacciones graves. El resto, 84.19% (559 personas) no presentó reacción.

V. CONCLUSION

Pensamos que la población incluida en las C.E. debe realizarse la vacunación antigripal, ya que el porcentaje que presentó reacción adversa es mínimo, a lo que deben sumarse los beneficios que de por sí puede aportar la propia vacuna.

Para llevar esta conclusión a cabo, nos proponemos hacer una CAMPAÑA INFORMATIVA, aclarando dudas en la población, e insistiendo en los beneficios que puede aportar la vacunación antigripal.

Esta campaña consistirá en:

- motivar a las personas en las C.E.;
- charlas en el Hogar de Ancianos;
- charlas/mensajes informativos en radio/TV local;
- carteles anunciadores...

BIBLIOGRAFIA

Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J.F.: *Manual de Atención Primaria* (2.ª edición).

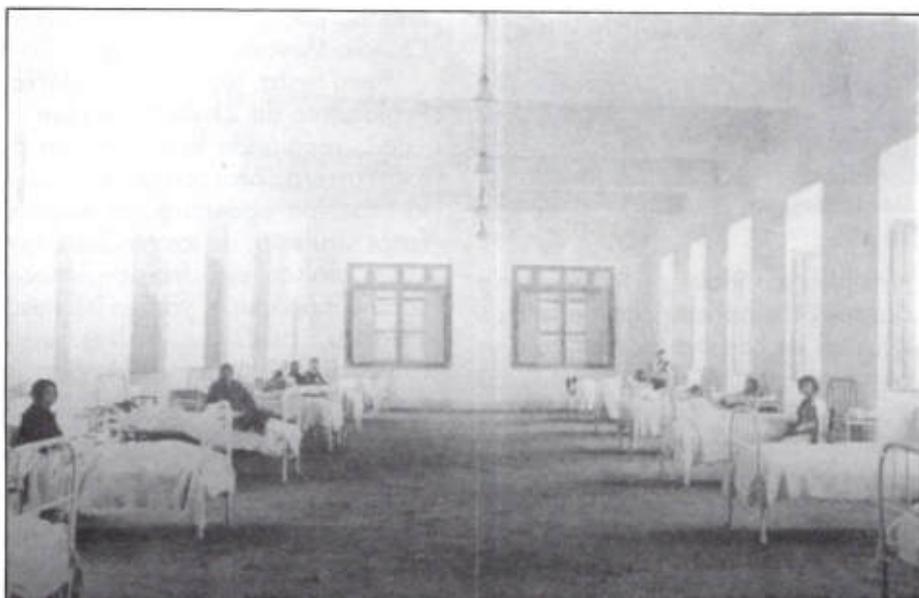
Ministerio de Sanidad y Consumo: *Guía de Enfermería en Atención Primaria de Salud*. (2.ª edición).

Piédrola, G. et al.: *Medicina Preventiva y Salud Pública* (8.ª edición).

Vademecum internacional (edición 1991).

ENFERMERIA: SU NACIMIENTO COMO PROFESION REGLADA

Autor: **Carmelo Gallardo Moraleda.** ATS/D.E.
Africa Gil-Martin Yuste. ATS/D.E.
Elena Jaldón García. ATS/D.E.



Sala de enfermas

INTRODUCCION

La «profesión de Enfermería» que hoy conocemos como tal ha surgido en fechas relativamente recientes por la unión de tres estamentos dedicados a ocupaciones sanitarias, y que entre todos ellos abarcaban los diferentes aspectos de una misma actividad profesional.

Pero, con anterioridad al ejercicio de esos actos, conformaban otras tantas ramas profesionales claramente diferenciadas entre sí, ya que distintas eran las materias de aprendizaje, las áreas de actuación, las funciones laborales y el marco legal en que se desenvolvían, aunque las mutuas interferencias hicieran que —en la práctica— las líneas divisorias no estuvieran tan definidas como era de desear.

El inicio o nacimiento de la Enfermería como profesión o, lo que

es lo mismo, como actividad sanitaria reglamentada, hay que centrarlo, por tanto, en el momento en que se crean de modo oficial las primeras carreras auxiliares médicas, las cuales se irán estructurando a través del tiempo por diferentes reglamentaciones y por las respuestas que en cada momento surgen de sus miembros.

PANORAMA Y ANTECEDENTES INMEDIATOS

El cuadro existente cuando tal acontecimiento se produce está compuesto por un abigarrado panorama de oficios y profesiones sanitarias, de cuyos principales protagonistas, en lo que a esta historia se refiere, podemos significar los siguientes:

A) BARBEROS

Separados de los cirujanos en 1728, ya que la cirugía comienza a transformarse en una verdadera ciencia moderna (1), pero que seguía jugando un papel importante en ausencia de otros profesionales más cualificados (2).

B) SANGRADORES

Autorizados legalmente por Real Cédula de Felipe V el 29 de febrero de 1717 (3) y que venían a sustituir a los cirujanos sangradores (4). Cubrían las funciones de realizar flebotomías, el uso de sanguijuelas y el ejercicio de dentista (5) juntamente con los barberos, hasta que a éstos se les prohíbe todo ejercicio sanitario por Real Orden de 16 de mayo de 1826 (6).

C) CIRUJANOS MENORES

Paso obligatorio para poder acceder a la categoría de cirujano (7). Tienen a su cargo la cirugía menor y actúan como ayudantes de los cirujanos.

Por Real Cédula de 6 de mayo de 104 se les autoriza a tener barberías, lo que da lugar a conflictos con los barberos.

D) COMADRONAS O PARTERAS

Mujeres experimentadas y de «moral intachable», autorizadas para atender aquellos partos en los que no era necesaria la presencia del Médico o en ausencia del mismo (8).

E) ENFERMERAS/OS

Conjunto compuesto en casi su

totalidad por personal religioso o mujeres piadosas y que eran responsables de los «cuidados» de los enfermos (9).

F) MOZOS Y SIMILARES

Conocidos, también, con el nombre genérico de «enfermeros», realizaban las funciones más desagradables o que necesitaban mayor esfuerzo físico y por razones de recato... (10).

CREACION OFICIAL DE LAS CLASES DE AUXILIARES SANITARIOS

El «Plan de Olavide» (1768), surgido tras el «Informe de los Estudios» de Carlos Mayans, que le fue encargado por Carlos III en 1767, modificará sustancialmente la enseñanza en España (11). Posteriormente, como consecuencia de la «Reforma Ilustrada» (1785), el panorama sanitario general sufrirá una gran afectación, sobre todo el sistema hospitalario (12), con la consiguiente repercusión en el aspecto profesional.

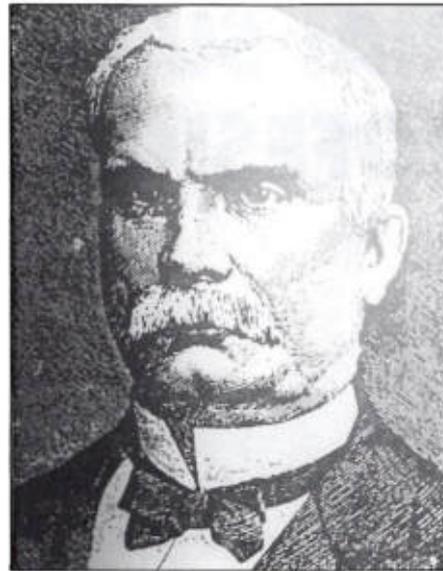
Pero será durante el reinado de Isabel II cuando se van a producir las Reglamentaciones que más van a contribuir a su clarificación y la aprobación definitiva de los «Auxiliares Médicos», es decir, Practicantes y Matronas.

PRACTICANTES

Por el «Plan de Fermín Caballero» de 10 de octubre de 1843, se regula la docencia de la Cirugía menor, que pasa a ser función de los «Prácticos en el Arte de Curar».

En el nuevo Plan de Estudios de 17 de septiembre de 1845, de Pedro José Pidal, se prevé la reglamentación de esas actividades, repartidas hasta entonces entre algunos de los pertenecientes a ese grupo de los llamados «subalternos».

La esperada Reglamentación llega en 1846, por Real Orden de 29 de junio, creando el título de



Claudio Moyano

«Ministrante» y que podía obtenerse después de haber practicado dos años en un hospital de más de cien camas, reunir una serie de requisitos y aprobar el correspondiente examen. Tras eso, quedaban autorizados para «sangrar, aplicar medicamentos al exterior, poner cáusticos y cauterios, extraer dientes, limpiar la dentadura, ejercer el Arte de Callista y vacunar».

La creación de estos Ministrantes o «Cirujanos Menores» plantea una serie de conflictos, tanto con los sangradores como con los cirujanos, por problemas de identificación y de funciones.

En cuanto a los primeros, el problema queda resuelto por una Real Orden de 24 de junio de 1847, posibilitando la convalidación a los Sangradores que tuvieran título, otorgado por el Protomedicato de Navarra con fecha anterior al 10 de junio de 1845. Tanto a ellos como a los que no convalidaron el título se les faculta para poner vacunas «con acuerdo de un profesor de Medicina o Cirugía», por Real Orden de 24 de enero de 1853, como ya tenían reconocido los Ministrantes, pero advirtiéndole que será así «hasta tanto se organice definitivamente esta profesión»

La solución prevista llegaría tras la publicación de la «Ley Orgánica» el 28 de noviembre de 1855, que abre las puertas a la creación de Practicantes y Matronas como consecuencia lógica ante las necesidades requeridas por la nueva situación sanitaria que se había creado.

Este hecho sucedería el 9 de septiembre de 1857 por una Ley de Instrucción Pública, entonces firmada por el ministro de Fomento, Claudio Moyano Samaniego.

Pero esta ley y el posterior Reglamento de 21 de noviembre de 1861, regulando la enseñanza de esa carrera, provocarán de nuevo la reacción opositora, en muchos casos virulenta, de los Médicos, que consideraban esa decisión innecesaria e inoportuna, ya que las necesidades podrían haber sido cubiertas satisfactoriamente por las treinta y cinco clases diferentes de facultativos que entonces existían (13).

Es obligado pensar que además de esas razones, posiblemente válidas, existiera un cierto miedo a ir perdiendo funciones y privilegios, como poco antes había sucedido con los Cirujanos, a quienes se les privaba de un medio de vida como era el tener Barberías, por Real Orden de 1 de octubre de 1860, como consecuencia del enfrentamiento que vienen manteniendo con los Barberos.

Y para justificar ese argumento, diremos que ya por entonces estos nuevos profesionales, que se sienten y reconocen como los sustitutos y herederos de los Sangradores y de los Cirujanos Menores o Ministrantes (14), han ido asociándose en sus Organizaciones o Colegios (15), algunos de los cuales ya gozaban de una importante infraestructura en la que contaban incluso con publicaciones propias (16). Esto les dotaba de una fuerza que les permitía hacer frente a cualquier reivindicación justa, llegando hasta denunciar los casos de intrusismo amparados por los propios

Hospitales y consiguiendo que se publicase una Real Orden en contra de esas prácticas el 28 de mayo de 1866.

Como la razón de la fuerza está casi siempre del lado de los más poderosos, un Real Decreto de 7 de noviembre de 1866, firmado por Manuel de Orovio, suprime la enseñanza de la Carrera de Practicante y creando en su lugar a los «Facultativos Habilitados de Segunda Clase».

Pero poco después, el 28 de agosto de 1867, se prohíbe ejercer a los Sangradores que no tuvieran el título de Practicante, y como consecuencia de la Revolución de 1868, que trajo consigo la liberalización de la enseñanza, se vuelve a restablecer los estudios de Practicantes por Real Orden de 27 de octubre de ese año. Y ello en base a que **«es de reconocida necesidad que al lado de los Profesores de Medicina exista aquella Clase para que les auxilie en la parte puramente mecánica y subalterna de la Cirugía»**.

A causa de estas dos últimas disposiciones, los Practicantes van a formar Asociaciones o Colegios con ese nombre (17), donde analizarían la Real Orden de 6 de octubre de 1877, publicada tras dos años de experiencia con los Cirujanos Dentistas (4 de junio de 1875), en la que se establece que **«los títulos de Practicante que se expidan en lo sucesivo no habilitarán para ejercer el Arte de Dentista»**.

MATRONAS

La Carrera se crea por el artículo 41 de la misma Ley que aprobaba la de Practicante.

En la Reglamentación de 1861 se les exige a las aspirantes tener más de veinte años, frente a los dieciséis de los Practicantes, y ser casadas o viudas.

El título les autoriza para **«asistir a partos y sobrepartos naturales, pero no a los preternaturales o laboriosos»** Igualmente pueden

atender **«como meros auxiliares del Médico a las embarazadas, parturientas o paridas»**.

A las Matronas que tenían título otorgado por el Protomedicato de Navarra hasta el día 10 de junio de 1845, se les otorga el poder cambiarlo por el que se iba a crear, previo pago de cien reales, por Real Orden de 25 de octubre de 1854.

Tras la Reglamentación de la

Carrera, en noviembre de 1888, por las mismas causas que concurrían en el caso de la otra carrera auxiliar, habrá un paréntesis sin mayores afectaciones. Pero el 31 de enero de 1902 las Matronas sufrirán en duro golpe con la autorización a los Practicantes para poder asistir a los partos normales (18). Pero a cambio, el 10 de agosto de 1904 se autoriza a la



Una entrañable fotografía: la pionera española de los años veinte ejerciendo su labor.

mujer a acceder al título de Practicante (19).

LA TERCERA VIA: ENFERMERAS

La presencia de la mujer enfermera, en su mayoría religiosa, experimenta un avance en la última mitad del siglo XIX, debido, principalmente, a dos acontecimientos: la epidemia de cólera (1855-1885) y la guerra de Africa (1859-1860).

Dado que con ellas no podían cubrirse todas las demandas, una Real Orden de 6 de julio de 1864 dispone la «creación de un Comité a fin de que se instruya y organice Secciones de Enfermeras y Voluntarios de la Clase Civil para procurar socorro a los heridos en los campos de batalla», lo que da lugar a la aparición de las «Secciones de Señoras de Caridad» y «Los Hermanos de Caridad o Enfermeros Voluntarios», que se formaban a través de textos breves y de carácter religioso (20).

Tras la aprobación de los Estatutos de la Cruz Roja Española, por Real Orden de 31 de julio de 1868, que sustituye a las «Asociaciones de Socorro a los Heridos, aparecen las «Secciones de Damas de la Cruz Roja» (21).

La necesidad de estas profesionales era cada vez más real y urgía la reglamentación legal de su enseñanza. Un paso decisivo se dio con la creación en 1895 de la primera Escuela de Enfermeras de España, llamada «Santa Isabel de Hungría», por el Doctor Federico Rubio y Gali, en Madrid (22).

En enero de 1904, una Ley de Instrucción General de Sanidad Pública, que supone un avance en la organización de las profesiones sanitarias, limita la de «Auxiliares» a las de Practicantes y Matronas (23).

Pero, por fin, el 15 de mayo de 1915, el Conde de Collantes, Ministro de Instrucción Pública, pone su firma a un Real Decreto por el que se crea la profesión de Enfermera. La Orden, que se publica en La Gaceta del día 21 de ese mismo mes (24), provocará el contencioso por parte de los



Dr. Federico Rubio

Practicantes, perdido finalmente, y manifestaciones públicas en todas las provincias, por considerar que con esta medida se dividía aún más a las Clases Auxiliares. A cambio, se pide insistentemente la creación del «Auxiliar Unico» (25).

Este mismo año, la Escuela fundada por el Doctor Rubio es distinguida como «Real Escuela». Con este estímulo, y en base a las necesidades existentes, se dio paso a la aparición de otras Escuelas y a diferentes Cuerpos de Enfermeras, en ocasiones un tanto de forma incontrolada (26).

BIBLIOGRAFIA

José E. Lassarte Calderay. Tesis doctoral: «La Prensa de las profesiones auxiliares sanitarias en Andalucía. Estudio socioprofesional (1916-1936)». Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

(1) Luis de Goenechea Alcalá-Zamora. «El Hospital de Mujeres de Cádiz». Public. Uriach. 3º Ep. nº 24.

(2) Luis de Goenechea. Opus Cit.

(3) Antonio Orozco Acuaviva. «Notas para la Historia de la Enfermería Gaditana». Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Cádiz. 1983.

(4) «La Teoría de los Cuatro Humores». Public. Uriach. nº 36.

(5) Antonio Orozco Acuaviva. Opus Cit. Luis de Goenechea. Opus Cit.

José Ignacio de Arana y Arrumio. «Práctica y enseñanza médicas en el Guadalupe Medieval». Public. Uriach. nº 18.

(6) Los datos y fechas referidos a Reales Ordenes que se recogen sin número de llamadas están tomados, al igual que éste, de:

«Formulario Enciclopédico. Legislación Sanitaria». Tercer Volumen. Barcelona, 1892.

(7) Antonio Orozco Acuaviva. «Francisco Canivell y la Asamblea Amistosa Literaria de Jorge Juan». Public. Uriach. nº 27.

(8) Luis de Goenechea. Opus Cit.

(9) Silvia García Barrios y Elena Calvo Claro. «Historia de la Enfermería». Univ. de Málaga, 1992.

Igual que en la llamada anterior, existen abundantes referencias en la Prensa profesional de los Practicantes entre os años 1916-1930.

(10) Abund. Refer. en Prensa Prof.

(11) Francisco Aguilar Piñal. «El Plan de Estudios de Cándido Mº Tringueros: 1768». Univ. de Barcelona. 1984.

(12) Alvar Martínez Vidal. «La vinculación de Andrés Piquer al Hospital General de Valencia». Public. Uriach. nº 20.

(13) A. Alberrocin Teulón. «La titulación médica en España durante el siglo XIX». Cuadernos de Historia de la Medicina Española nº XII.

(14) «El Practicante Almeriense». Abril, 1929. Página 10.

(15) «El Practicante Gaditano». Marzo, 1924. Página 5.

(16) Antonio Checa Godoy. «Historia de la Prensa Andaluza». Publicaciones Blas Infantes, 1991.

(17) «El Practicante Almeriense». Octubre, 1928.

Portada Estatutos año 1928.

(18) Antonio Orozco Acuaviva. «Notas para la Historia...».

«El Practicante Gaditano». Enero, 1917. Página 3. Febrero, 1917. Pág.16.

(19) Silvia García y Col. Opus Cit.

Antonio Orozco. Opus Cit.

(20) Luis S. Granjel. «Nicasio Landa, Médico Militar Ochocentista». Public. Uriach. nº 16.

(21) Luis S. Granjel. Opus Cit.

(22) Antonio Orozco A. Opus Cit.

(23) Antonio Orozco. pus Cit.

Silvia García y Col. Opus Cit.

(24) José E. Lassarte Calderay. Tesis doctoral. Recomendada consulta.

(25) Carmelo Gallardo, Elena Jaldón y Vicente Villa. «La Enfermería Sevillana. El Colegio y su Historia (1900-1930)».

Public. Colegio Enfermería Sevilla. Abril, 1993.

(26) Carmelo Gallardo, Elena Jaldón y Vicente Villa. Opus Cit.

061: ACTUACION DE ENFERMERIA EN ACCIDENTES DE TRAFICO

Autores: **Pablo Gordillo Fernández**, D.E.
Alfonso Yañez Cartizo, D.E.
 Equipo Emergencia Sanitaria «061» (Sevilla)

INTRODUCCION

En España mueren anualmente 9.300 personas por accidentes de tráfico, de las cuales 1/3 corresponden a individuos menores de veinticinco años, y además resultan heridos más de 170.000 (un 30% de ellos, graves). El 65% de las muertes se producen en el transcurso de la primera hora y el 60% antes de tener la posibilidad de ingresar en el hospital. A esto se le ha llamado «la hora vital», en la que pueden llegar a disminuirse tanto la muerte como la paraplejia en un 25%.

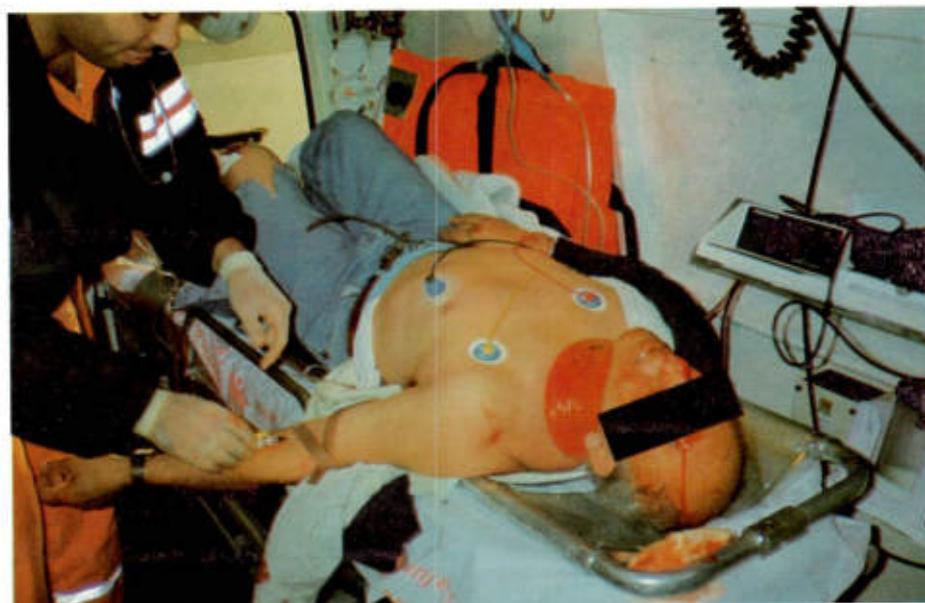
Pero si además pudiéramos obviar el sufrimiento humano que conlleva el accidente de tráfico y cuantificásemos el coste económico subsiguiente, observaríamos que alcanza un gasto del 2% del PIB. Estos datos justifican por sí solos la creación de equipos móviles precoces, coordinados y activos en el lugar del accidente. En este estudio se pretende divulgar las actuaciones realizadas en accidentes de tráfico por los Equipos de Emergencias Sanitarias del 061 de Sevilla en sus nueve primeros meses de funcionamiento (abril-diciembre de 1992).

Nuestro protocolo de actuación se basa en:

- Valoración y estabilización del paciente «in situ».
- Evacuación y transporte en el medio óptimo para la continuidad del tratamiento «in itinere».
- Revisión y análisis que permitan la formación continuada.

OBJETIVOS

- Establecer patrones de riesgo y población diana.
- Divulgar la actuación de Enfer-



Accidente de moto. Traumatismo craneoencefálico y traumatismo cervical, haciendo el enfermero canalización venosa periférica.

mería en el medio prehospitalario (accidentes de tráfico).

- Revisión de nuestros sistemas de recogida de datos para constatar la validez de los mismos.

MATERIAL Y METODO

El material se ha extraído de los archivos del Centro de Comunicaciones de Urgencias (CCU) de Sevilla, revisando un total de 2.503 historias clínicas, de las que 501 han sido accidentes de tráfico, siendo éstas la base de nuestro trabajo. Hemos establecido los siguientes parámetros de estudio:

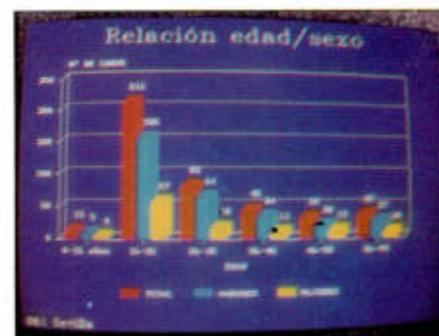
Edad, sexo, tipo de accidente, día de la semana, hora, valoración del Glasgow, tipo de traumatismos, fracturas abiertas y cerradas, localización de heridas, canalización de vías, inmovilizaciones, etc.

La metodología utilizada fue la revisión y anotación de los datos

para su posterior proceso informático en una base de datos (Dbase-3 plus). Los gráficos han sido realizados con el programa Harvard Grafic.

RESULTADOS

1. Relación edad-sexo (gráfico nº 1)



Hemos dividido las edades en intervalos de diez años, excepto entre los 0-15 y 59-99, debido a su

baja incidencia. El hecho más significativo es que entre los 16 y 25 años se triplica el número de accidentes (212), de los cuales 155 fueron varones y 57 mujeres. A su vez, de estos 155 casos de varones, el 82% iban en motocicletas y el 17% en automóvil.

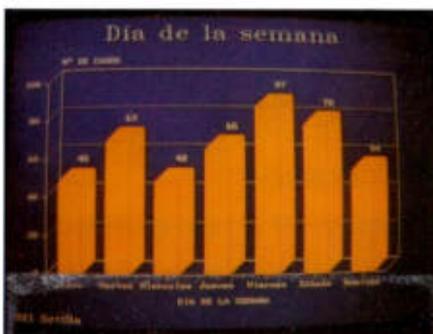
De las 57 mujeres de este grupo de riesgo, el 76% conducían motocicletas y el 24% automóviles.

2. Tipo de accidente (gráfico nº 2)



La mayor incidencia corresponde a motoristas, con un 45% sobre el total de accidentes. Los de coche suponen el 35%, mientras que los atropellos el 17% (generalmente personas mayores).

3. Día de la semana (gráfico nº 3)



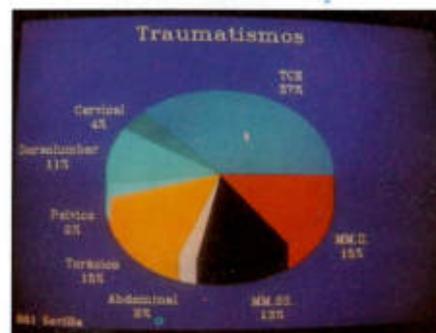
El viernes, con 87 accidentes, y el sábado, con 78, son los días con mayor siniestrabilidad.

Hemos de destacar que nuestro campo de actuación en UVI-móvil abarca unas cronas de llegada al lugar de 20 minutos máx., por lo que la incidencia en domingo, día aprovechado por la familia para salir al campo o playa, con 54 casos, se vería notablemente incre-

mentado si contabilizáramos los accidentes producidos en carretera, fuera del ámbito urbano y periferia 4. Hora (gráfico nº 40)

Es entre las 21 y las 24 horas, con 79 intervenciones, el intervalo horario con mayor tasa de accidentes. Significativo es observar cómo entre las 1 y 4 de la madrugada no disminuyen proporcionalmente el número de accidentes respecto del volumen de circulación en esas horas. Las causas hay que buscarlas en la ingesta de alcohol y no respetar las normas de circulación.

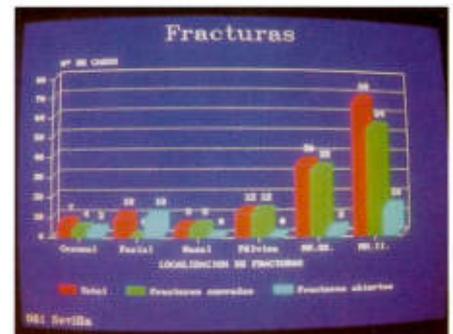
5. Tipo de traumatismo (gráfico nº 5)



El traumatismo más frecuente es el TCE, con 134 casos asistidos. Hemos de destacar que como TCE se ha englobado tanto el traumatismo craneal como el encefálico. Respecto a los traumatismos de columna que podían llevar asociado una lesión espinal, nos encontramos con 16 casos de T. cervical, 37 de dorsal y 3 de lumbo-sacro.

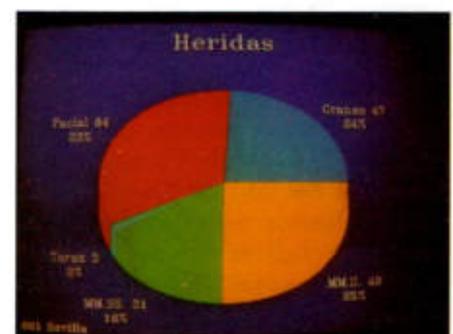
Cabe recordar que son las secciones medulares a nivel cervical las que producen en su mayoría tetraplejía, mientras que a nivel dorsal y lumbar producen paraplejía. A su vez, los traumatismos en miembros inferiores (MM.II) suman 54 casos, al igual que los torácicos. Respecto al resto de traumatismos destacan los de miembros superiores (MM.SS), con 36 casos, y los de abdomen y pelvis, con 9 cada uno. A todos estos traumatismos se les aplicó la inmovilización preventiva más adecuada en espera de ser confirmada, tras radiología, una posible fractura en el medio hospitalario.

6. Fracturas (Gráfico nº 6)



Se contabilizan en este apartado las fracturas diagnosticadas «in situ». El mayor porcentaje corresponden a las de MM.II, con 68 casos, de las que 54 eran cerradas y 14 abiertas. Le siguen en frecuencia las de MM.SS, con 36 casos (33 cerradas y 3 abiertas). Todas las fracturas faciales asistidas eran abiertas (10), mientras que todas las de pelvis fueron cerradas. De las 7 craneales, 4 eran cerradas y 3 abiertas. Añadir que para las inmovilizaciones, el equipo cuenta con férulas neumáticas tetracamerales, colchón de vacío, así como collarines cervicales, tabla espinal y camilla de tijeras, que facilita una correcta evacuación y transporte.

7. Heridas (Gráfico nº 7)



El mayor número de heridas se localizaron a nivel de cara y cráneo, con 64 y 67 casos, respectivamente. Las heridas en MM.II, en número de 49, suponen el 25% del total, mientras que las de MM.SS, con 31, contabilizan el 16%.

8. Glasgow

Un parámetro que nos puede servir para establecer estadios de



Tecnología puntera para las urgencias móviles.

gravedad y evolución en nuestro medio es la escala de Glasgow. En ella se valora la respuesta motora (de 1 a 6), respuesta verbal (de 1 a 5) y la apertura de ojos (de 1 a 4). De esta forma la puntuación mínima sería de 3 y la máxima de 15.

A nuestra llegada al lugar del accidente valoramos:

- 16 casos de Glasgow igual a 3.
- 22, entre 4 y 7.
- 11, entre 8 y 11.
- 334, entre 12 y 15.

DISCUSION

Consideramos de vital importancia el comienzo de la asistencia sanitaria «in situ», tanto por las vidas que se pueden salvar como por la gran cantidad de secuelas que se evitan. En esta nueva



Comienzo del tratamiento, curas locales durante el trayecto al hospital dentro de la UVI-móvil 061.

forma de asistencia prehospitalaria la Enfermería juega un papel incuestionable con el inicio de cuidados y aplicación de técnicas propias de nuestra carrera profesional. Es de destacar, por ejemplo, cómo el 30% de los pacientes precisaron la canalización de vías venosas en el propio lugar del accidente.

Así mismo, Enfermería también interviene directamente en el rescate e inmovilización del accidentado, en su valoración inicial y seguimiento y en la aplicación de técnicas (no específicamente nuestras) en caso de varias víctimas, etc.

RESUMEN

Tras la revisión de 2.503 historias clínicas, que comprenden el periodo abril-diciembre de 1992, se activó a los equipos de emergencias en 501 ocasiones para asistir accidentes de tráfico (1 de cada 5). De ellos, más de 1/3 correspondieron a jóvenes entre 16 y 25 años. El día de mayor siniestrabilidad es el viernes y el intervalo horario más frecuente entre las 21 y 24 horas. Respecto a los traumatismos predomina el TCE, seguido de los de MM.II, siendo estos últimos donde mayor número de fracturas se producen.

AGRADECIMIENTO

Al personal del Centro de Comunicaciones, por su colaboración en el archivo de historias clínicas.

BIBLIOGRAFIA

E. Alted López. Atención al paciente politraumatizado. Medicina Intensiva Práctica.
 Teresa G. González. Llegar a tiempo. Tráfico. Nº 85. Febrero 1993.
 G. Riancho Ocejo. Revisión de los casos de traumatismos asistidos por el S.A.M.U. del Excmo. Ayuntamiento de Bilbao. Vol. 4, nº 6. Noviembre-Diciembre 1992.

RECEPCION Y CUIDADOS INMEDIATOS EN POSTOPERATORIO CARDIOVASCULAR INFANTIL

Autores: *Concepción Rodríguez Pérez. ATS/D.E.
 **Aurora Ortega Vega. ATS/D.E.
 **Cecilia Ruiz Ferrón. ATS/D.E.
 ***José A. Moreno Asensio. ATS/D.E.
 *U.C.I. Reina Sofía (Córdoba)
 **U.C.I. Pediátricos H. Virgen del Rocío (Sevilla)
 *** Urgencias H. Osuna (Sevilla)



Toda suerte de cuidados al postoperatorio.

INTRODUCCION

Dada la complejidad del enfermo cardiovascular y la cantidad de aparatajes y conocimientos que han de manejarse en torno suyo, conducen al personal sanitario a situaciones de tensión y estrés. Si esto es así, se aumenta más aún la inquietud del profesional cuando este paciente es pediátrico, ya que tienen menor tiempo y capacidad de resistencia ante las adversidades; por todo ello, hemos intentado señalar los materiales necesarios para realizar una buena y rápida recepción de estos pacientes, así como aprender a identificar y a

actuar ante las prioridades que su cuidado impone.

PREPARATIVOS PREVIOS AL INGRESO DEL PACIENTE

En primer lugar, asegurar que no existe ningún impedimento para que se realice la intervención quirúrgica: fiebre o deterioro del estado del paciente... Una vez iniciada la intervención contactamos con quirófano para tomar algunas datos muy útiles para la preparación de su recepción: edad, peso, patología y tipo de intervención.

Una vez obtenidos, comenzamos los preparativos del aparataje:

1.- Respirador: Servo 900 C o Heardine según la edad y peso del paciente. Siempre serán respiradores volumétricos y deben tener las tres fases del destete, es decir:

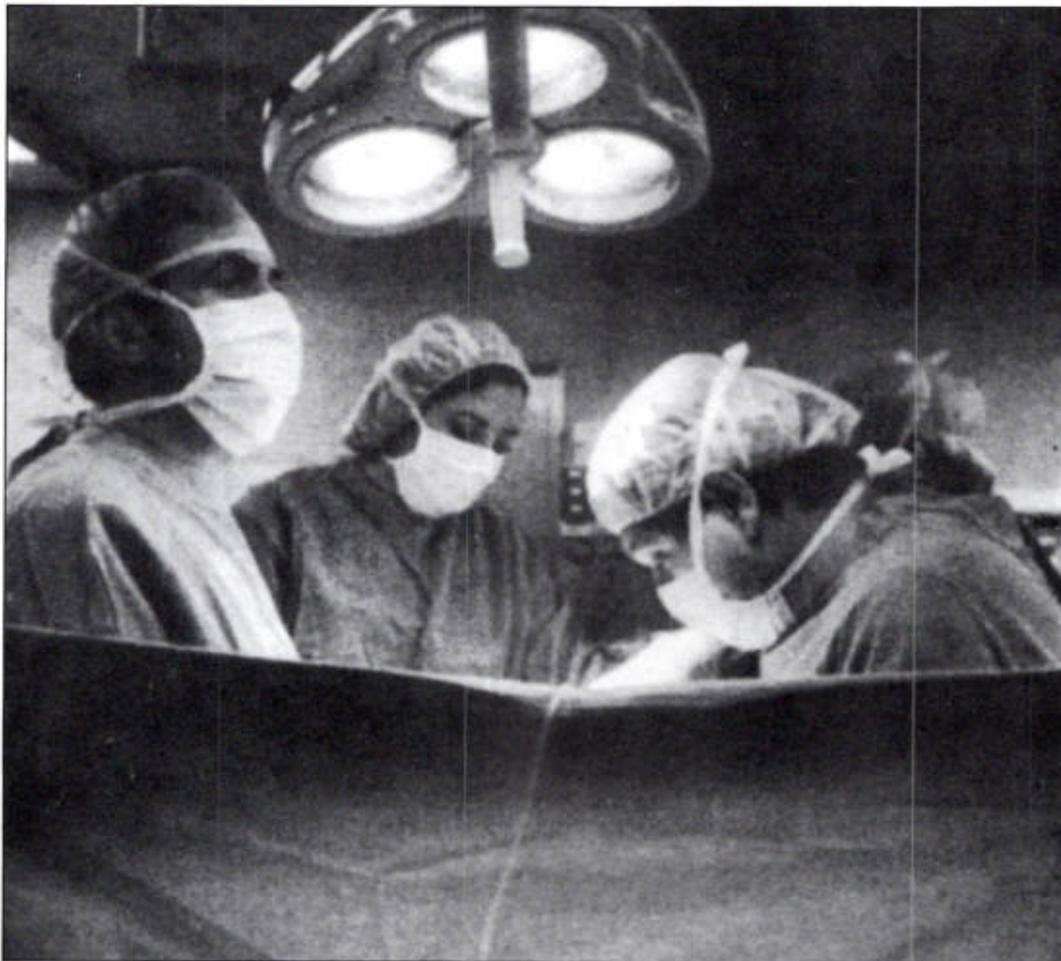
- a) Fase Controlada.
- b) Fase asistida-controlada.
- c) Fase Asistida.

2.- Monitor de pulso: Comprobar su perfecto funcionamiento y que esté dotado de funciones que permitan el control de FC., FR., curva de P.A. y a veces para una segunda curva de presión (para aurícula izquierda o art. pulmonar), a su vez también puede dar datos sobre la P.V.C.

3.- Cápsula de presión arterial: Servirá para monitorizar de forma constante la P.A. y P.V.C. del niño. Esta cápsula requiere una preparación específica; para ello se necesita:

- a) Bolsa de suero glucosado al 5% para purgar todo el sistema, además de una bolsa de presión.
- b) Heparina; se utilizará un mg. por cada 100 cc. de s.G. 5%.
- c) Kit de monitorización:
 - Sistema desechable de presión.
 - Cable adaptador al monitor.
 - Cápsula o transductor al monitor.

Una vez purgado el sistema se aportará al mismo una presión de 300 mmHg. con el manguito. Este



El profesional de Enfermería debe extremar sus acciones tras la intervención.

proceso va encaminado a evitar cualquier tipo de burbujas de aire en el sistema y sobre todo en el transductor, ya que ésto falsearía los datos hemodinámicos obtenidos.

Llegado a este punto procedemos a calibrar la cápsula a la altura de la aurícula derecha del paciente. Así quedará la cápsula unida por un lado a la arteria y por otro a una vía central para control de la P.V.C.

El «kit» de monitorización posee un intrafló o válvula que regulará un flujo de entrada de 3cc./h. de suero heparinizado.

4.- Preparación de una segunda cápsula si fuese necesario.

5.- Preparación de dos tomas de vacío con dos aspiradores, uno para aspiración continua que se conecta al drenaje pleural (PLEUR-EVAC) y otro para aspiración de secreciones y para mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea.

6.- Sondados de aspiración de varios calibres.

7.- Urinómetro para conectar a sonda vesical y controlar la diuresis.

8.- Ambú y mascarilla que se adapten al niño y conexión a toma de oxígeno.

9.- Manguito de P.A. y frasco vacío para S.N.G.

10.- Pulsiosímetro.

Además, informaremos del número de vías y localización de las mismas; para **elegir las vías centrales del territorio superior para tomar datos hemodinámicos (P.V.C.) y las del inferior para la administración de drogas vasoactivas** no interrumpiendo así el paso de las mismas, con lo cual tendremos un mayor control de la dosis administrada.

11.- Preparación de las drogas vasoactivas: dopamina, dobutamina, Nitroprusiato... en bombas o perfusores de infusión continua.

12.- Preparación del resto de las perfusiones y mantenimientos de las vías.

13.- Preparación de la analítica que se realizará al ingreso así como la petición de Rx de torax de control.

14.- Ataduras y férulas para la inmovilización del niño a su llegada.

15.- Se ha de tener siempre cerca y comprobado material de urgencia inmediata: desfibrilador, carro de parada y aparato de E.C.G.

16.- Marcapasos externo.

RECEPCION DE U.C.I.-P. DEL PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

La recepción tiene una finalidad: controlar y estabilizar al paciente

en el menor tiempo posible; para ello señalaremos un orden aproximado, según prioridades:

1.- Proporcionar soporte ventilatorio conectando el respirador y comprobando buena ventilación del paciente.

2.- Necesitar datos hemodinámicos: se conecta la arteria a la cápsula de presión y ver en monitor si describe una buena curva y el valor de la misma (lo cual nos dará el primer dato sobre el estado hemodinámico).

3.- Monitorizar la frecuencia cardíaca y respiratoria.

4.- Conexión del Pleur-Evac y comprobación de la permeabilidad de los tubos pleurales.

5.- Conexión de las perfusiones y sueros prescritos a las vías venosas.

6.- Conexión de la sonda vesical a urinómetro.

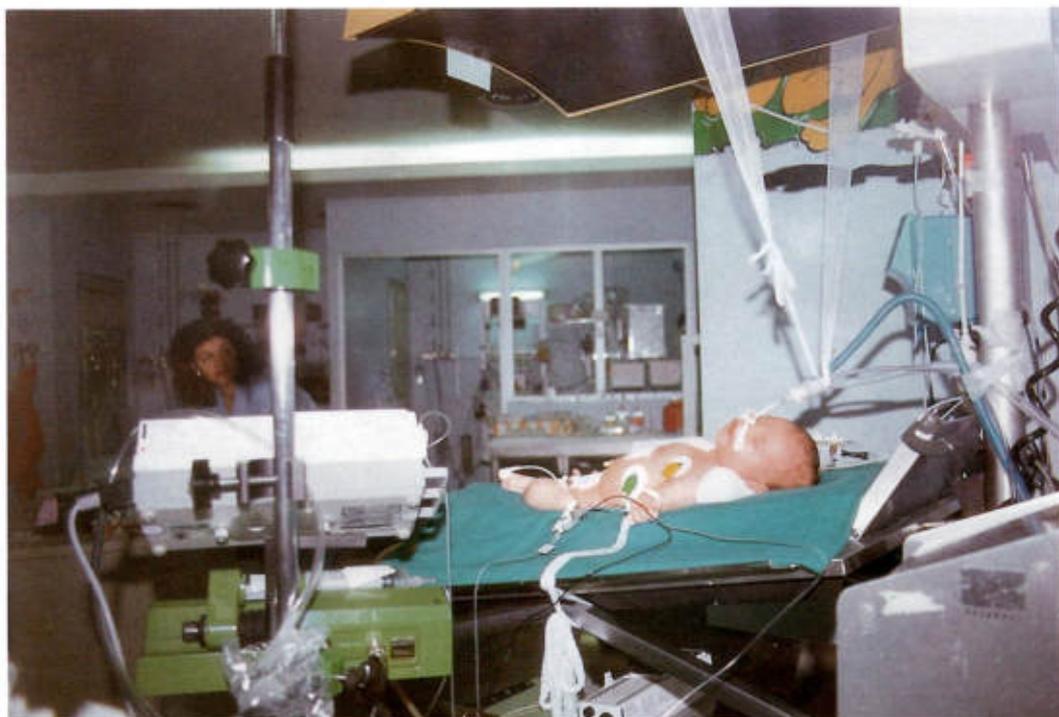
7.- Colocación de pulsiosímetro para obtener datos continuamente sobre la saturación de oxígeno.

8.- Marcapasos externo. Se tendrá preparado y se conectará si así se nos indica.

9.- Control de la temperatura corporal.

10.- Tomar los primeros controles hemodinámicos. Al comienzo cada media hora y se irán espaciando cuando el estado del paciente lo permita. Las constantes que se controlarán serán:

- Frecuencia cardíaca.
- Frecuencia respiratoria.
- Tensión arterial.
- Presión venosa central.
- Temperatura.
- Medición del drenaje pleural.
- Diuresis.
- Anotación de los parámetros



Aspecto de una U.C.I. de Hospital Infantil.

del respirador y los cambios que en él se realicen.

Todo esto se registrará en la gráfica diaria de U.C.I.

11.- Cursaremos petición de Rx de torax post-intervención.

12.- Extraeremos y cursaremos la analítica normal en este tipo de intervenciones y que consistirá en:

- Gasometría arterial.
- Bioquímica completa con osmolaridad.
- Estudio de coagulación completo.

13.- Realizaremos E.K.G. de control.

Hasta aquí sería la actuación inmediata al ingreso. Posteriormente, se ha de tener un especial cuidado en:

14.- Mantener permeable la vía aérea.

15.- Mantener permeables los drenajes pleurales así como observar detenidamente la cantidad y calidad de lo drenado ya que puede dar datos sobre todo dos importantes complicaciones:

- Dehiscencias de suturas (sangrado abundante).

- Posibilidades de taponamiento cardíaco (escaso o nulo sangrado).

16.- Diuresis, de especial interés en pacientes infantiles donde el control de líquidos tanto insstilados como eliminados ha de ser exhaustivo.

CONCLUSION

La finalidad de una buena recepción es tener al paciente controlado y estabilizado en el menor tiempo posible y una buena forma de conseguirlo es siguiendo un orden de prioridades. A su vez un buen seguimiento del post-operatorio inmediato puede prevenir complicaciones importantes como son el «shock» hipovolémico y el taponamiento cardíaco.

BIBLIOGRAFIA

- Millar, S.; Sampson, L.K.; Soukup, H.M.: «Terapia intensiva». Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1990.
- Barrett, V.; Beck, M.L.; Dexter, L.: «Cuidados Intensivos en Enfermería». Nursing Photobook. Ed. Doyma. 1986.

TRANSPLANTE AUTOLOGO DE MEDULA OSEA (T.A.M.O.)

Autor: **Aurelio Freire Martin, D.E.**
(Serv. de Hematología y Hemoterapia,
Criopreservación y médula ósea,
Hospital «Virgen del Rocío»)

1. INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es presentar la metodología empleada en nuestro hospital para la obtención, concentración y criopreservación de médula ósea de cara al trasplante autólogo de la misma, así como la presentación de los resultados obtenidos en 45 M.O. correspondientes a 41 pacientes afectados de hemopatías malignas.

El trasplante autólogo médula ósea (T.A.M.O.), procesada y criopreservada, es un procedimiento terapéutico empleado en el tratamiento de pacientes con leucemia, tumores sólidos e incluso numerosas afecciones congénitas.

En los últimos años, la investigación de las enfermedades hematológicas, su desarrollo y pautas de tratamiento, ha evolucionado enormemente experimentando últimamente un auge espectacular. Actualmente, gracias al trasplante de M.O., así como más recientemente de Stem-cell periférica (1,2), se han abierto nuevas expectativas de vida para todos aquellos pacientes afectados tanto de leucemias y linfomas como de otras neoplasias no hematológicas.

Así, el T.A.M.O. ha conseguido una carta de naturaleza propia entre los métodos terapéuticos empleados en el campo de la hematología, representando una alternativa al trasplante alogénico, del que como sabemos muy pocos enfermos pueden beneficiarse (25%) por carecer de donante histocompatible (3).

La médula ósea extraída puede conservarse a 4° C, pero 48-72 horas, sin embargo si queremos conservarla durante más de 72 horas hay que criopreservarla (4),

lo que evidentemente conlleva un planteamiento completamente distinto en cuanto a infraestructura, personal especializado, coste económico, etc..

Iniciales clave: T.A.M.O. - C.M.N.n. - C.F.U. - G.M. - M.O.
- Trasplante Autólogo de Médula Osea (T.A.M.O.)

Las características de los pacientes quedan expuestas en la Tabla 1.

La obtención de la médula ósea se efectuó en quirófano (siempre el mismo) bajo anestesia general y mediante aspirados en crestas ilíacas anteriores y posteriores (foto 1), calculando un volumen de extracción de 15 a 20 ml/Kg. del pacien-



1. Punción y extracción de la MO en crestas ilíacas posteriores

- Células Mononucleares (C.M.N.n.).
- Médula Osea (M.O.). (*)

2. MATERIAL Y METODOS

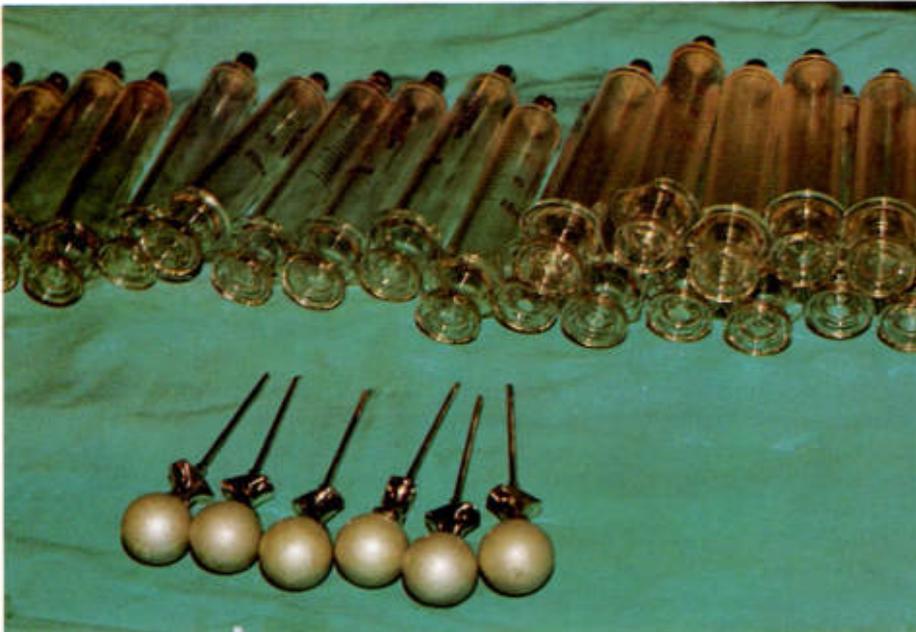
2.1. OBTENCION DE LA MEDULA OSEA

Desde Junio de 1988 hasta Abril de 1991 se han extraído en nuestro servicio un total de 45 M.O. para T.A.M.O..

te, para tratar de obtener un número mínimo de células nucleadas de $3-4 \times 10^8$ /Kg.

La técnica de extracción seguida por nosotros ha sido la de Thomas, utilizando los trócares, agujas y jeringas de éste tipo (foto 2), sin que

(*) CFU: Unidad Formadora de Colonia
CFU: Unidad Formadora de Colonia-Granulocítica
CFU-GM: Unidad Formadora de Colonia-Granulomonocítica.



2. Trócares y jeringas utilizados en la extracción de MO.

existan diferencias notables con lo publicado anteriormente por otros autores (5).

Se utiliza un equipo de recolección y filtración (foto 3) de un sólo uso (Baxter), por el que pasamos la médula ósea obtenida para ser filtrada por gravedad en filtros de 500, 300 y 200 micras (foto 4), en orden decreciente y en el propio quirófano. Una vez realizado esto, se traslada al laboratorio de médula ósea para su posterior procesamiento.

2.2. CONCENTRACION DE LA MEDULA

La concentración de la médula ósea obtenida en quirófano, la hacemos persiguiendo unos objetivos :

- 1.- Reducción de volumen
- 2.- Eliminación de hematíes
- 3.- Eliminación de granulocitos

Fundamentalmente empleamos un método automático para la concentración de M.O., que creemos cumple perfectamente estos objetivos.

• El primer punto nos interesa mucho, ya que efectivamente se reduce el VOLUMEN a congelar; lo que conlleva una serie de ventajas como son el menor espacio a ocupar en el contenedor y la menor cantidad de agente crioprotector a infundir.

• En cuanto a la ELIMINACION de hematíes, es importante hacer notar que éstos se hemolizan en el proceso de congelación y pueden producir hemoglobinuria en el receptor.

• La reducción de granulocitos es fundamental ya que también se destruyen durante el proceso de congelación/descongelación, y conducen a la formación de agregados con

pérdida de viabilidad celular. (6)(7)

Para la concentración de M.O. hemos utilizado dos métodos:

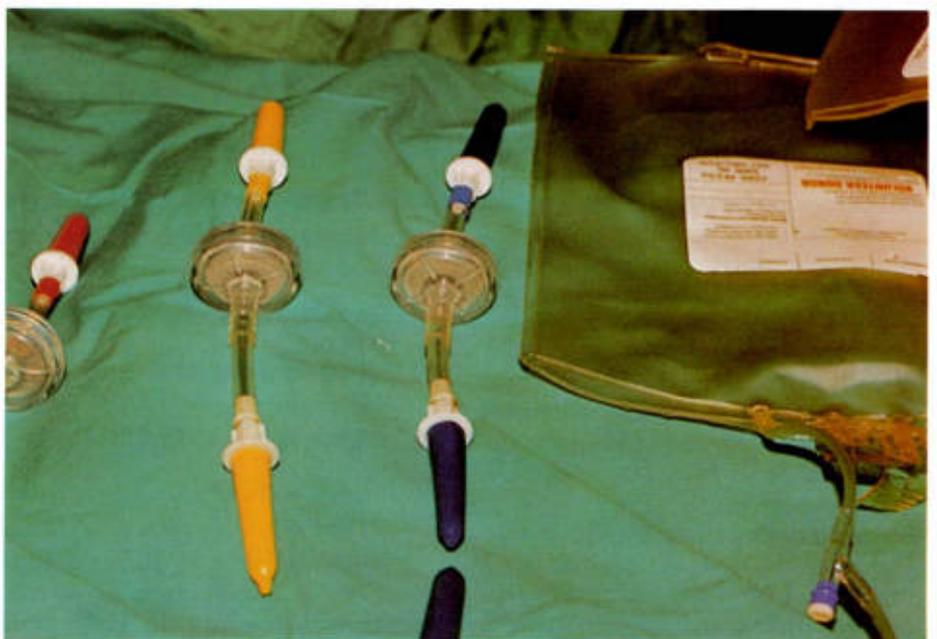
a) En 6 casos, un método de doble centrifugación en bolsa, utilizando centrifugas convencionales del Banco de Sangre, con una primera centrifugación invertida, a 700 g. durante 7 minutos y a 20° C. de temperatura, y previa retirada de la masa roja hasta unos 3 cm. de la capa leucoplaquetar; una segunda centrifugación en posición vertical a 2.000 g. durante 8 minutos y a 20° C. de temperatura.

b) En los restantes casos hemos utilizado un método automático mediante el separador de células de flujo continuo CS-3.000.(foto 5).

Este separador procesa el material medular mediante el acople de un equipo o kit de aféresis de un solo uso, siendo un sistema cerrado compuesto por una serie de clamps, tubos y unas bolsas de transferencia, separación y recolección, donde se van a depositar por centrifugación las células, según su densidad.

El método de concentración que empleamos en nuestro servicio consta de dos fases :

1ª. Fase. Que consiste en la ELIMINACION del plasma hemolizado. La M.O., dado la forma de ex-



3. Bolsa de recogida de MO y filtros de 500, 300 y 200 micras.

tracción que tiene, se acompaña siempre de una hemólisis más o menos importante lo que hace que la selección de células no sea buena.



4. Filtrado por gravedad de la MO en el propio quirófano

En nuestro servicio hemos diseñado un programa que nos permite realizar ésta eliminación dentro del separador, con lo que reducimos la manipulación sobre la médula ósea obtenida.

Para ello realizamos lo que se denomina un PLASMA COLLECT de la cantidad de plasma hemolizado que previamente hemos calculado existe en la médula ósea por el hematocrito.

Este plasma se va depositando en una de las bolsas de transferencia (PL-732) que lleva el sistema. (foto 5)

Una vez alcanzado el punto final de ésta fase, se desconecta la bolsa de M.O. del separador y se lleva a la cámara de flujo laminar donde se le añade una cantidad de plasma isogrupo e irradiado igual a la de plasma extraído.

Después de ésto, se conecta la bolsa nuevamente al separador celular y realizamos la 2ª. fase que es la de concentración propiamente dicha.

2ª. Fase. Para ésta fase utilizamos el programa nº.1 o de recolección de plaquetas pero modificando el programa básico. El volumen procesado es de cinco veces el volumen de M.O. existente.

Una vez realizado el paso por el separador estas cinco veces, se efectúa un proceso de REINFUSION automática, que a modo de resumen diremos que lo que hace es devolver a la bolsa de médula ósea los componentes sanguíneos que quedaron en el kit de aféresis. Este proceso de reinfusión es importante llevarlo a cabo puesto que si por cualquier razón hay un mal rendimiento del proceso habría que repetir la concentración.

El volumen del concentrado final es de 200 ml., por médula, aunque en algunos casos se estimó oportuno reducir el volumen a 100-125 ml., mediante centrifugaciones con control manual, en el propio separador.

Por último, el concentrado obtenido se coloca en agitación suave durante unos minutos para una perfecta homogeneización y posteriormente se extraen los controles pertinentes, (control para recuento en autoanalizador y para cultivo medular) bajo campana de flujo laminar, colocando un punto de inyección en la propia bolsa concentrada.

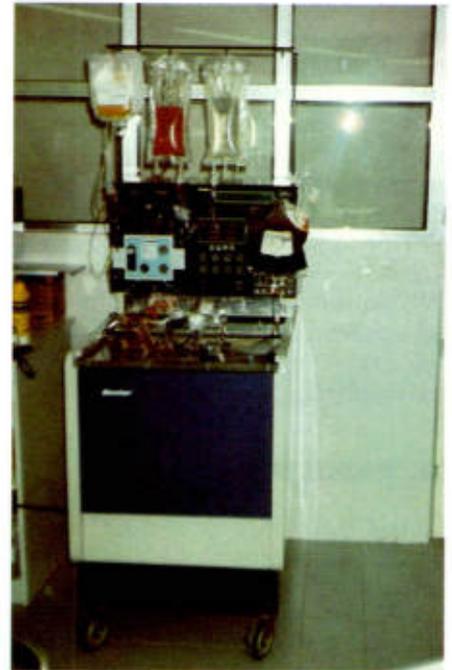
Después de ésto, el concentrado medular se coloca a 4° C. (hielo picado) hasta su posterior congelación.

2.3. CRIOPRESERVACION

Para la criopreservación de células vivas, se necesita una VELOCIDAD DE CONGELACION CONTROLADA (3), porque de ello depende la viabilidad celular.

La técnica de congelación utilizada por nosotros consiste en mezclar volumen a volumen (a partes iguales) la suspensión medular con una solución crioprotectora que contiene el 80% de plasma isogrupo y el 20% de DMSO (Dimetilsulfoxido) que es el agente crioprotector usado, para que al final resulte siempre una concentración de DMSO del 10 %, que es la que ha demostrado ser la ideal. (foto 6)

Hay que tener un cuidado espe-



5. Separador celular CS-3000 de flujo continuo utilizado en la concentración de la MO

cial en la adición de la solución crioprotectora a la M.O., debiendo hacerlo muy lentamente para favorecer el equilibrio osmótico (nosotros lo hacemos a razón de 10 ml./min.), y además lo haremos a 4°C. (hielo picado), porque a temperaturas superiores el DMSO resulta ser muy tóxico para las células.

La suspensión medular así preparada, se introduce en bolsas especiales de congelación de Teflon-Kapton, (Gambro) (foto 7) y después de sellarlas mediante un sellador térmico, (foto 8) se secan muy bien y se colocan sobre planchas de aluminio para conseguir mejor homogeneización del contenido medular y mejor difusividad térmica.

Posteriormente se depositan en un congelador programado por microprocesador (Cryoson BV-10) (foto 9) que en síntesis realiza un programa de congelación que ocasiona un descenso térmico de 1°C./min. hasta -60°C., y de 5°C./min. hasta -120°C..

Finalizado éste programa que viene a durar una hora y media, se trasladan las bolsas a un contenedor de Nitrógeno líquido a -196°C., (foto 10) donde se conservan hasta

su posterior descongelación cuando se realice el trasplante al paciente.

Junto con las bolsas también congelamos 2 ó 3 alícuotas que nos sirven para realizar en los días posteriores a la congelación y previamente al trasplante, controles de recuento y viabilidad celular mediante tinción con azul tripan, así como cultivo in vitro de CFU-GM.

Esto nos orienta sobre la criopreservación y nos permite, al menos teóricamente, hacernos una idea de los resultados en las bolsas.

3. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en las M.O. procesadas se detallan a continuación.

El Volumen Medio Extraído ha sido de 1.298 ml., con un promedio de células totales de 4.31×10^8 /Kg. y un rango que va desde 1.82 a 6.66.

Los resultados obtenidos con uno y otro método de concentración usados, quedan reflejados en la tabla 2.

La reducción de volumen parece algo mejor con el método de doble centrifugación, pero hay que tener en cuenta que el método automático incluye un mayor número de casos, con mayor variabilidad y además algunas de las M.O. que hemos procesado corresponden a pacientes pediátricos en los que la reducción de volumen es siempre menor.

En cuanto a la reducción de hematíes, sí existe una diferencia clara entre uno y otro método con resultado notablemente mejor con el método automático.

En lo que se refiere a la recuperación de células totales, no se puede comparar, puesto que el método automático consigue un concentrado medular con una alta purificación de células mononucleadas (C.M.N.) (80%), y por ello la recuperación de células totales, probablemente puede parecer muy baja. Sin embargo, como podemos ver en la tabla 2, la recuperación de C.M.Ns. es muy alta, y esto precisamente es lo que perseguimos y realmente lo que nos interesa.

Con respecto a la congelación, los controles realizados en el material criopreservado, tanto en las alícuotas como en las bolsas, en aquellos casos en los que el enfermo se ha trasplantado, ofrecen una recuperación celular de 86.8 %, con una viabilidad de 80 % y una recuperación de CFU-GM de 108 %.

4. DISCUSION

De los resultados, se puede decir que referente a la obtención y criopreservación, prácticamente no existe diferencia notable con otros centros de trabajo.(8)

En cuanto a la concentración, diremos que los dos métodos utilizados por nosotros cumplen los objetivos marcados a priori, y pueden ser utilizados con éxito en cualquier centro. El método manual resulta más asequible a cualquier hospital y aunque tiene mayor manipulación puede resultar útil para un porcentaje de M.O. en los que no sea necesario un concentrado celular de gran pureza. El método automático, sin embargo, requiere fundamentalmente un equipamiento más complicado y costoso pero tiene la ventaja de ofrecer un concentrado con una alta purificación de C.M.N.s. y una baja contaminación de hematíes y granulocitos, por lo que resulta de gran utilidad en aquellos casos en los que haya que realizar tratamiento in vitro de la MO..

Además, la recuperación de C.M.N.s. con el mismo, es mejor que lo que hasta ahora se ha descrito con este separador celular. La mayoría de los trabajos publicados en éste sentido no consiguen recuperaciones superiores al 75 %,(9) y además tienen una mayor manipulación de la médula ósea. Nuestro método consigue recuperaciones de C.M.N.s. superiores al 80 % en menor tiempo y con menor manipulación.

Podemos finalizar diciendo que si bien el trasplante autólogo de M.O. , a diferencia del alogénico, requiere una tecnología de laboratorio que puede parecer complicada y sobre todo tediosa por su larga



6. División de la suspensión modular obtenida, en bolsas

duración, una vez puesta a punto y llevada a cabo por personal especializado convierte dicho trasplante en una realidad posible en muchos hospitales y que puede beneficiar como ya se mencionaba al principio a un alto porcentaje de enfermos con neoplasias hematológicas y no hematológicas.

Son precisamente éstas últimas las que probablemente presentan un mayor porcentaje de éxitos en éste trasplante, sobre todo aquellas que siendo químico y radiosensibles, no presentan infiltración medular.

Creemos muy conveniente presentar nuestra metodología de trabajo para que sea conocida por todos aquellos relacionados con la oncohematología y poder ofrecer esta alternativa a un gran número de pacientes para los que ello puede representar una mejor expectativa de vida.

AGRADECIMIENTOS

- A la Dra. Carmona, sin cuya ayuda no hubiera podido realizar éste trabajo.

- A mis compañeros del Servicio de H. y H., especialmente a Joaquín Alcán.

Al Jefe del Servicio Dr. Rodríguez F., J.M., por su estímulo para la realización del presente trabajo.



7. Introducción de la bolsa de MO en una cámara de congelación programable por microprocesador



8. Almacejane de las alicuotas congeladas, en el contenedor de Nitrógeno líquido a -196°C

BIBLIOGRAFIA

1. Obtención y criopreservación de células progenitoras pluripotenciales hematopoyéticas de sangre periférica. Rodríguez F., JM., Carmona G., M., Ruiz G., M., Noguero N., P. y cols. *Biología y Clínica Hematológica* 1989; 11: 199-205.

2. La autotransfusión de células Stem como alternativa al trasplante autólogo de médula ósea. Sureda A., Odriozola J., y cols. *Sangre* 1990; 35 (1): 54-59

3. El trasplante de médula ósea. *Vox Dic.* 1988

4. La criopreservación de precursores hematopoyéticos. García J., Martínez E. *Biología y Clínica hematológica* 1983; 5:99-107

5. Técnica de extracción y concentración de médula ósea. Experiencia preliminar.

Madoz P., Pastoret C., Lluch A., Ayats R., Arguelages E. *Bio. Clin. Hemat.* 1988; 5:79-86.

6. Revisión de los aspectos termodinámicos y cinéticos implicados en un proceso de criopreservación biológica. Vila L., García J. *Bio. Clin. Hemat.* 1983; 5:135-142

7. Principios físico-químicos de la criopreservación de material-biológico. Vila L. *Biol. Clin. Hematol.* 1984 6:227-236

8.-Trasplante autólogo de médula ósea García Conde J. *Revista Clínica Española Vol.* 183 n°3 1988.

9.-Automated processing of human bone marrow can result in a population of mononuclear cells capable of achieving engraftment following transplantation E.M. Areman, H. Cullis, T. Spitzer, and R.A. Sacher *Transfusión Vol.* 31 N° 8, 1991.



9. Colocación de la plancha y bolsa de MO congelada, en el contenedor de Nitrógeno Líquido a -196°C

CONCURSO Nº 26

SEGUNDO PREMIO

Autor: Myriam García-Cascón
Sánchez
Título: «Una infancia diferente».
Coleg.: 9.438.
Máquina: Canon EOS-600.

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA n.º 27

CONCURSO FOTOGRAFICO
PERMANENTE DEL COLEGIO
DE ENFERMERIA.
TEMA: MOMENTOS NAVIDEÑOS

**1.º TRIMESTRE AÑO 94
(ENERO-FEBRERO-MARZO)**



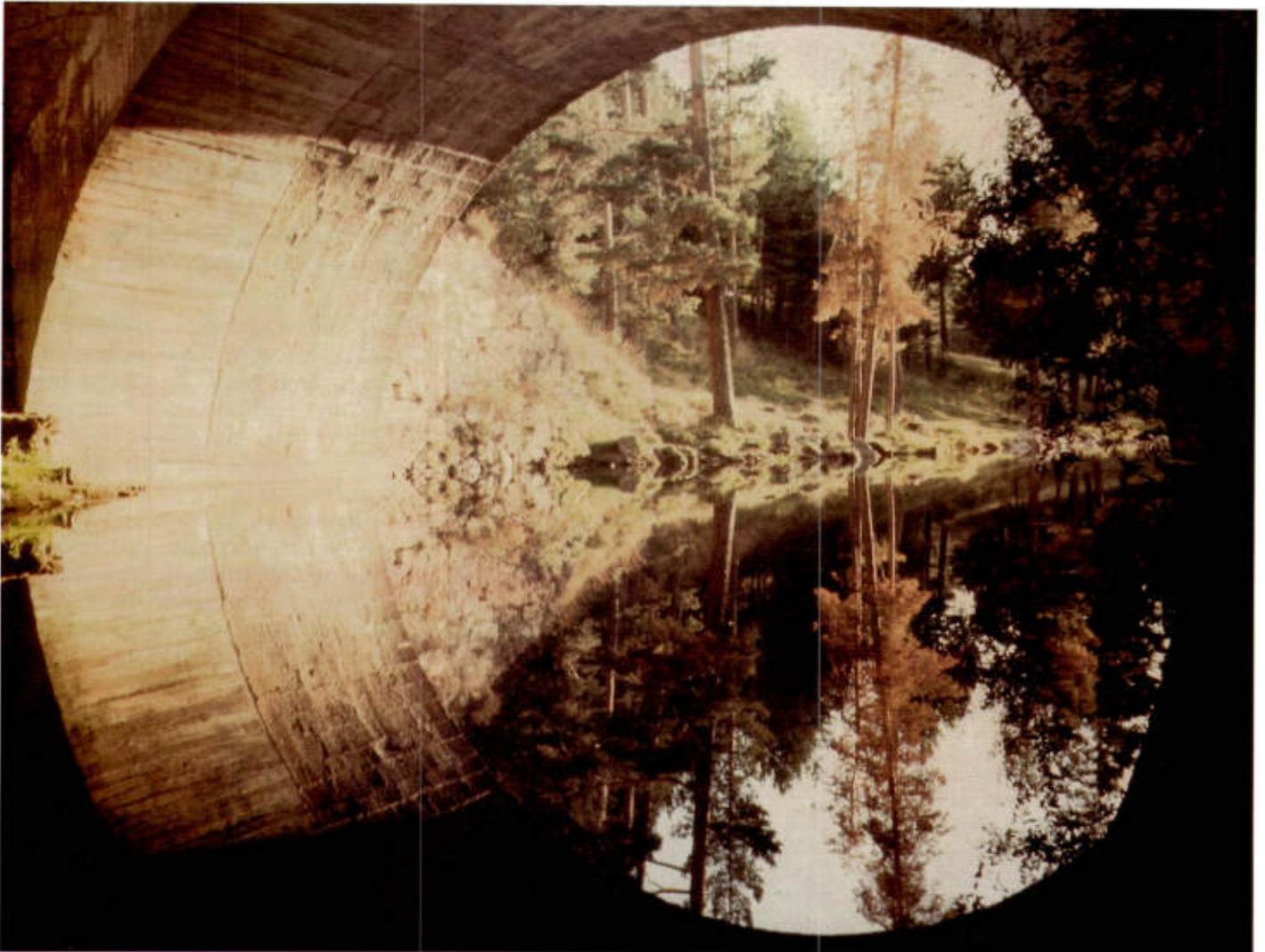
El plazo de presentación finalizará el próximo 25 de febrero de 1994.

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 único premio**, cada una de las cuales irá en sobre cerrado e identificada 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

Autor: D. José Luis Santos
Serrano

Título: «¿Sueño o realidad?».

Coleg.: 2.545.

Máquina: Olympus-OM-1.

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.

Jurado calificador del Concurso Fotográfico N.º 26:

- D. José Luis Ramos Molino (Seguros Caudal)
- D. Fco. Javier García Moreno (N.º Coleg. 11.249)
- D. Eduardo Javier Pomares Fuertes (Banco Popular)
- D.ª M.ª Angeles García Murillo (N.º Coleg. 11.497)

FIABILIDAD EN RESULTADOS DE CULTIVOS EN CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR

Autora: **M.^º Rosario Rejón García, D.E.**
(Consulta Planificación Familiar, Hospital General, Jaén).

RESUMEN

En este trabajo se pone de manifiesto la influencia negativa que tiene sobre los resultados analíticos obtenidos en muestras de flujo cervical la mala conservación y el retraso en su procesamiento.

PROLOGO

La creación de las Consultas de Enfermería y el trabajo con Diagnósticos de Enfermería han sido el punto de partida hacia unas funciones propias de nuestra Profesión constituyendo la base para planificar y llevar a cabo tareas independientes, haciendo posible que la mejora en la calidad asistencial no dependa sólo del Facultativo sino también del Sector Enfermería.

Al mismo tiempo, el deseo de lograr el reconocimiento de la ENFERMERIA como CIENCIA nos conduce, inevitablemente, por el camino de la METODOLOGIA. Dichas funciones propias unidas a esta metodología han posibilitado el diseño, realización y evaluación del trabajo investigación que exponemos a continuación.

INTRODUCCION

La labor se desarrolla en una Consulta de Planificación Familiar de Segundo y Tercer Nivel. Dentro del Protocolo habitual de Consulta, se realiza un cultivo de flujo cervical de cada paciente, de cuyo resultado se deriva la posibilidad, o imposibilidad, de realizar otro tipo de pruebas o utilizar algunos métodos contraceptivos.

Un cultivo positivo puede dar lugar a las siguientes pautas:

Usuaris de DIU:

- No inserción hasta comprobar



Mesa exploratoria y colposcopio donde se ha realizado la toma de muestras.
(Foto Carmen Rueda).

después del o de los tratamientos que el cultivo se ha negativizado.

- En caso de recidivas, que no ceden a tratamiento, retirada del DIU.

Pacientes de esterilidad o infertilidad:

- Imposibilidad de realizar Histerosalpingografía y Microlegrado.

Pacientes para bloqueo tubárico:

- No se práctica intervención hasta la erradicación de la infección.

Con esta descripción tratamos de hacer ver la importancia que tienen los resultados de esta prueba en nuestro trabajo.

Dándose un porcentaje muy alto de infecciones, observando que las pacientes, en una gran mayoría, se mantenían asintomáticas y las exploraciones ginecológicas eran normales, hicimos un pequeño estudio

preliminar donde se observó que todos los cultivos que se hacían en Consulta a partir de las 11 horas daban resultados positivos en un número muy elevado comparativamente con los que se realizaban antes de esa hora.

Puestos en contacto con el Servicio de Bacteriología, nos informamos que su sistemática de trabajo consistía en procesar las muestras que llegaban hasta las 11 horas en el mismo día, mientras que, a partir de esa hora, se dejaban a temperatura ambiente para procesarlas al día siguiente.

Creando que esta positividad en los resultados podía deberse a una mala conservación de muestras o retraso en el procesamiento, se diseñó el siguiente estudio para tratar de comprobar estadísticamente la apreciación empírica.

METODOLOGIA

Para el estudio estadístico se ha seleccionado aleatoriamente, de entre las pacientes que acuden antes de las 11 horas a la Consulta de Planificación Familiar del H.G.E. de Jaén, una muestra de 80 ítems. La población de referencia es la de la zona de influencia de la Consulta, mientras que el análisis de datos será comparativo.

De cada paciente que forma parte de la muestra se toman dos cultivos de flujo cervical exactamente iguales a los que denominamos (a) (b):

(a) Muestras enviadas antes de las 11 horas.

(b) Muestras enviadas después de las 11 horas, (es decir, al día siguiente).

Para efectuar el análisis estadístico se utilizarán técnicas descriptivas

y, posteriormente, técnicas no paramétricas.

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Con los resultados de los análisis remitidos por el Laboratorio de Bacteriología se puede efectuar el siguiente ANALISIS ESTADISTICO DESCRIPTIVO (arriba indicado):

Gráficamente, estos resultados se presentarían de la siguiente forma:

También se construye una tabla de contingencia 5x5 de las muestras enviadas antes de las 11 horas por las muestras enviadas después de las 11 horas, (al día siguiente):

Para el ANALISIS ESTADISTICO INFERENCIAL se utiliza el test de McNemar para la significación de los cambios, que es particularmente apropiado para los diseños de «antes y después» en los que cada persona es usada como su propio control y en la medida tiene la fuerza de una escala nominal y ordinal. Se aplica pues en estudios en que la gente podría funcionar como su propio control y en los que la medición nominal se usaría para señalar el cambio de «antes» a «después».

Para probar la significación de cualquier cambio observado con este método se elabora una tabla de contingencia 2x2 que representa al primer y al segundo conjunto de respuestas de los mismos individuos. Tal tabla de contingencia ha resultado ser, para nuestro caso, la siguiente:

ANTES 11 H.	DESPUES 11 H.	
	No cambio	Cambio
No infectado	23	27
Infectado	20	10

Al aplicar el estadístico test de McNemar se encuentra que existen diferencias significativas ($p < 0.01$), y por tanto rechazamos la hipótesis nula de «no diferencias antes y después».

ANALISIS DE RESULTADOS

En principio, y como puede ob-

Tabla de valores para muestras enviadas antes de las 11 H. FRECUENCIAS

Cand. A	E. Coli	F. F	Negativo	Otras	TOTAL
8	5	5	50	12	80

Tabla de valores para muestras enviadas antes de las 11 H. PORCENTAJES

Cand. A	E. Coli	F. F	Negativo	Otras	TOTAL	N
10.00	6.25	6.25	62.50	15.00	100.00	80.00

Tabla de valores para muestras enviadas después de las 11 H. FRECUENCIAS

Cand. A	E. Coli	F. F	Negativo	Otras	TOTAL
8	23	6	23	20	80

Tabla de valores para muestras enviadas antes de las 11 H. PORCENTAJES

Cand. A	E. Coli	F. F	Negativo	Otras	TOTAL	N
10.00	28.75	7.50	28.75	25.00	100.00	80.00

servarse en el gráfico que hemos denominado «representación conjunta comparativa», se ve empíricamente y de inmediato que la presentación del cultivo de flujo cervical después de las 11 horas (al día

siguiente), lleva a que disminuya alarmantemente (del 62.50% al 28.75%), el número de resultados negativos, al mismo tiempo que se observa un aumento también alarmante (desde el 62.50% al



Representación gráfica de los resultados del presente trabajo

28.75%), de E. Coli además de aumentar, aunque menos significativamente, otros grupos de gérmenes.

Otros resultados experimentales se deducen de la tabla de contingencia 5x5 que se presenta a continuación del gráfico anterior. Tomando, por ejemplo, los individuos que en la muestra (a) presentan resultado bacteriológico negativo (NEGATIVO=62.50% en la tabla de PORCENTAJES), observamos mirando la tabla de PORCENTAJES POR FILAS que, después de las 11 horas (al día siguiente), el 6% presentan Candidiasis, el 28% presenta E. Coli, el 6% Flora Fecal, el 14% presenta algún otro tipo de infección, mientras que sólo el 46% mantiene su negatividad.

Por último, el test de McNemar nos indica claramente, $p > 0.01$, que existen diferencias significativas entre el «antes» y el «después»; es decir, la mala conservación de las muestras de flujo cervical y retraso en su procesamiento da lugar a una alteración en los resultados de los análisis.

CONCLUSIONES

a) Se demuestra empíricamente la alteración de resultados analíticos en las muestras de flujo cervical mal conservadas y con un procesamiento retardado.

b) Se demuestra científicamente que dicha conclusión experimental puede generalizarse a toda la población; es decir, al conjunto de mujeres usuarias de la Consulta de Planificación Familiar del Hospital General de Especialidades de Jaén.

c) El resultado anterior puede hacerse extensivo sin preocupación al conjunto de mujeres usuarias de Consultas de Planificación Familiar o cualquier Consulta relacionada con temas ginecológicos en donde se lleve a cabo la toma de muestras de las que se ha ocupado este estudio, supuesto que las condiciones ambientales se mantengan similares.

d) A la vista de lo anteriormente expuesto, observamos que la fiabilidad de los resultados de cultivos no procesados el mismo día de su reco-

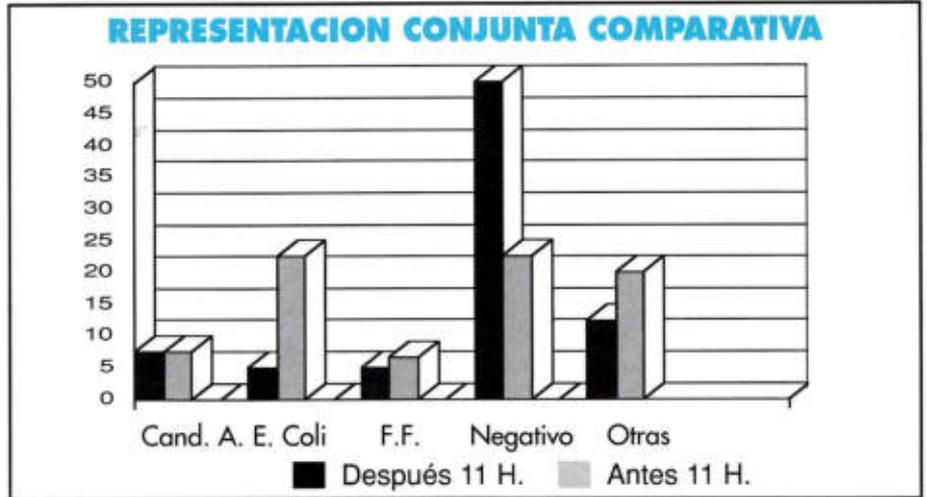


Tabla de muestras enviadas antes de las 11 (Filas) por muestras enviadas después de las 11H. (Columnas)
FRECUENCIAS

	Cand.A	E. Coli	F. F	Negativo	Otras	TOTAL
Cand.A	5	0	0	0	3	8
E. Coli	0	5	0	0	0	5
F. F	0	2	3	0	0	5
Negativo	3	14	3	23	7	50
Otras	0	2	0	0	10	12
TOTAL	8	23	6	23	20	80

Tabla de muestras enviadas antes de las 11 (Filas) por muestras enviadas después de las 11H. (Columnas)
PORCENTAJES

	Cand.A	E. Coli	F. F	Negativo	Otras	TOTAL	N
CAND. A	6.25	.00	.00	.00	3.75	10.00	8.00
E. COLI	.00	6.25	.00	.00	.00	6.25	5.00
F. F	.00	2.50	3.75	.00	.00	6.25	5.00
Negativo	3.75	17.50	3.75	28.75	8.75	62.50	50.00
Otras	.00	2.50	.00	.00	12.50	15.00	12.00
TOTAL	10.00	28.75	7.50	28.75	25.00	100.00	
N	8	23	6	23	20	80	

Tabla de muestras enviadas antes de las 11 (Filas) por muestras enviadas después de las 11H. (Columnas)
PORCENTAJES POR FILAS

	Cand.A	E. Coli	F. F	Negativo	Otras	TOTAL	N
Cand. A	62.50	.00	.00	.00	37.50	100.00	8.00
E. Coli	.00	100.00	.00	.00	.00	100.00	5.00
F. F	.00	40.00	60.00	.00	.00	100.00	5.00
Negativo	6.00	28.00	6.00	46.00	14.00	100.00	50.00
Otras	.00	2.50	.00	.00	12.50	15.00	12.00
TOTAL	10.00	28.75	7.50	28.75	25.00	100.00	
N	8	23	6	23	20	80	



Material básico de consulta utilizado para la recogida de muestras.

gida es cuando menos dudosa, por lo cual creemos que sería necesario un cambio en el planteamiento de recepción y procesamiento de muestras.

RESULTADOS

A. La pauta seguida frente a cultivos positivos antes del estudio que nos ocupa, era la siguiente:

1. Cultivo positivo, implica tratamiento.
2. Después de una semana de terminado el tratamiento, nuevo control.
3. Si el nuevo cultivo es positivo, implica tratamiento y nuevo control; y así sucesivamente.

A partir del estudio realizado y de las conclusiones obtenidas, se cambió la pauta de actuación con las usuarias frente a los resultados de los cultivos:

Con todas las pacientes de cultivos positivos que se mantenían asin-

tomáticas, con exploración ginecológica normal y si su cultivo había sido tomado después de las 11 h., se tomaban dos actitudes dependiendo del germen:

- i) Se ponía tratamiento y se la citaba en el próximo ciclo, sin nuevo control, para seguir su proceso.
- ii) Se seguía con el proceso directamente.

Es pues evidente que como consecuencia se ha producido una disminución en las Lista de Espera, al no existir la obstrucción de las recidivas.

B. Es obvio también que el cambio de pauta de actuación frente a cultivos positivos, ha hecho disminuir el número de peticiones de cultivos por recidivas, lo que ha llevado aparejado un ahorro económico importante si tenemos en cuenta que el coste de cada cultivo es de 1.552 ptas. aproximadamente, (sin incluir mano de obra, sólo: Torundas, Placas, Reactivos, etc.). La disminución de cultivos por recidivas se puede cifrar en un 89'3%.

C. Actualmente en nuestro Hospital, el horario de recepción y procesamiento de las citadas muestras se ha ampliado.

D. Hacer patente que la Investigación en Enfermería no sólo puede conducir a mejorar la calidad asis-

tencial, sino a racionalizar los recursos e incluso a restringir el gasto sanitario.

Como aportación final es importante resaltar que esta «mala conservación de muestras», no es una actuación tercermundista, como podría parecer, sino que es un hecho frecuente y común en todos los Servicios de Bacteriología donde se trabaja en un sólo turno ya que la conservación de estas muestras se hace a temperatura ambiente, debido a que en frigorífico podrían desaparecer determinados gérmenes y en estufa podrían aumentar otros, por lo que la única actuación posible para garantizar la fiabilidad de resultados sería procesar en horas cercanas a la recogida de muestras, o al menos en el mismo día.

AGRADECIMIENTO

A Francisco Prieto Muñoz, Médico de Planificación Familiar del H.G.E. de Jaén, sin cuya colaboración habría sido imposible la realización del presente trabajo.

El diseño y análisis estadístico de los datos ha sido realizado por el equipo de investigación de la Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas de Jaén compuesto por el Prof. Dr. Agustín Muñoz Vázquez y los Profesores Emilio Lozano Aguilera, José Rodríguez Avi y Juan Carlos Ruiz Molina.

• La mejora en la calidad asistencial en este terreno es, también, una parcela donde debe influir Enfermería

PARTERAS Y MATRONAS: SU INSTRUCCION EN EL SIGLO XVIII (1.ª parte)

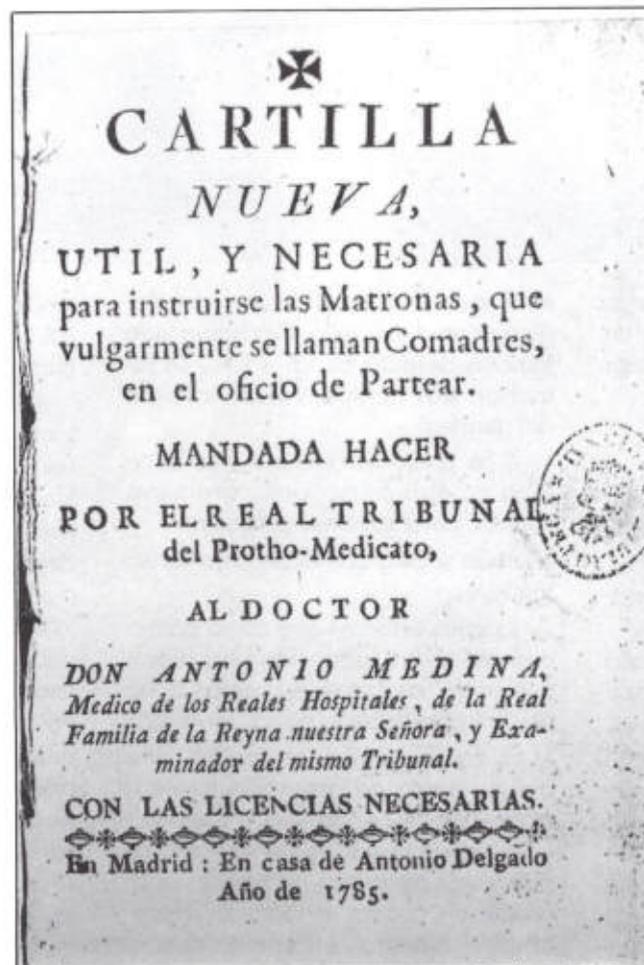
Autores: *Manuel J. Garcia Martinez
 *Juan Ignacio Valle Rocero
 **Antonio M.ª Claret Garcia Martínez
 *D.E., H. Virgen del Rocío. Sevilla..
 **Ldo. Geografía e Historia.

INTRODUCCION

El interés por regular legalmente la profesión de partera data de varios siglos, quedando constancia de ello en distintos documentos: cédulas reales, circulares, pragmáticas (1). Esta preocupación se hacía extensible, también, a la formación de la futura profesional, dado que de su impericia en la práctica diaria se derivaban lesiones, a veces irreversibles, cuando no la propia muerte de la parturienta o del niño.

Así surge la idea de editar, bajo el reinado de Fernando VI, mediados el XVIII, un libro de texto, un manual oficial, de fácil comprensión, en forma de cartilla, y que se tituló *Cartilla nueva, útil, y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear*. Esta tarea fue encomendada por el Protomedicato (2) al doctor don Antonio Medina, como queda reflejado en la propia obra.

En cuanto al período de vigencia de esta Cartilla, y por la diferencia de tiempo entre las dos ediciones que conocemos, treinta y cinco años, se puede deducir que dicho manual fue empleado por espacio de al menos cuarenta años, hasta prácticamente principios del siglo XIX, ya que en la Real Cédula de 6 de mayo de 1804 se vuelve a encargar a las autoridades académicas correspondientes la confección de un nuevo libro de texto para la instrucción de las parteras. Podemos afirmar, por lo tanto, que la publicación de la *Cartilla nueva, útil, y necesaria...* fue una consecuencia directa de la promulgación de la ley de 21 de julio de 1750, en la que se establece de nuevo la obligatoriedad de pasar examen a las futuras parteras.



Portada de la obra analizada: Cartilla Nueva... Año 1785.

Entre las distintas acepciones que la Real Academia de la Lengua establece del término «cartilla», entresacamos la siguiente: *cualquier tratado breve y elemental de alguna profesión, oficio o arte*. Estas concisas palabras definen muy bien, a nuestro juicio, la obra que ahora presentamos, pues se trata de un pequeño volumen que recoge sucintamente aquellos conceptos básicos sobre distintas materias (anatomía, fisiología, partos...) que la aspirante a partera debía conocer perfectamente. Estos conocimientos se plasmaban en forma de preguntas y respuestas breves para su más fácil asimilación y memorización. Ello es explicable si se tiene en cuenta el nivel cultural de las matronas de la época, por lo general deficiente, y cuyo ejercicio profesional se basaba fundamentalmente en la práctica más que en la teoría.

El objetivo que nos hemos planteado en el presente trabajo es, pues, analizar el contenido de este manual para matronas del siglo XVIII, e ilustrarlo con algunas aportaciones legales que hacen alusión directa al mismo.

MATERIAL Y METODO

La edición de la *Cartilla nueva, útil y necesaria...* que hemos analizado es la del año 1785, impresa en Madrid, localizada en la Biblioteca Nacional (Madrid).

Las ilustraciones que acompañan el texto se han extraído, en su gran mayoría, de esta obra. El método seguido ha sido el estudio y análisis de las distintas partes que componen el libro: Prólogo y cuatro Capítulos, destacando aquellos aspectos que puedan parecerse de mayor interés para el conocimiento de la obra.

Agradecemos a la Biblioteca Universitaria de Sevilla y a la Nacional de Madrid las facilidades para la localización del material.

UNAS PALABRAS SOBRE EL AUTOR: DOCTOR ANTONIO MEDINA

Nos consta, y así está recogido en la portada de la Cartilla, que la realización de la misma fue encargada por el Real Protomedicato a don Antonio Medina, a la sazón médico de los Reales Hospitales, de la Real Familia de la Reina y examinador del Tribunal de dicha institución.

Al ostentar el cargo de protomédico (etimológicamente del pref. **proto = primero, y médico**, el primero y principal de los médicos; médico del rey que componía el Tribunal del Protomedicato), el doctor Antonio Medina ejerció gran influencia en las distintas reformas educativas tendentes a la regulación de los estudios médicos y demás profesiones sanitarias.

Intervino muy directamente en la elaboración de un plan de enseñanzas muy completo para establecer, dentro de los hospitales generales y del Hospital de la Pasión de Madrid, un Colegio o Academia de Medicina práctica. No sabemos la razón, pero la ejecución de tan noble pensamiento no se llevó a cabo (3).

Obtuvo los honores de Médico de Cámara el 2 de julio de 1791, como Decano de la Audiencia Médica del Tribunal del Protomedicato, jurando dicho cargo once días

más tarde. En cuanto a su obra, además de la *Cartilla nueva, útil y necesaria...*, compuso un *Curso de Cirugía* (Madrid, 1750), para los alumnos de dicha carrera (4)

y que para este efecto se forme una Cartilla, por la qual se instruyan para el examen; y no mereciendo en este la aprobación; queden privadas con graves penas de exercer dicho oficio.

En cumplimiento de esta Real resolución, ha mandado el Tribunal publicar esta Cartilla, que contiene lo mas principal que debe saber una Matrona, las circunstancias que deben asistirle, y la obligacion en que por razon do oficio se constituye. Toda en methodo de preguntas, y respuestas, y con la posible brevedad, y claridad; por que

En el Prólogo de la Cartilla, el doctor Medina, autor de la misma, hace referencia a la resolución del Real Protomedicato de examinar nuevamente a las Matronas a partir de 1750

ANALISIS DEL CONTENIDO

La obra que estudiamos, *Cartilla nueva, útil y necesaria...*, es un volumen de reducido formato, en tamaño de octava, de 90 páginas en total, 12 de las cuales comprende el Prólogo. Se halla dividida en cuatro capítulos; sus títulos, así como el número de preguntas con sus respectivas respuestas, son los siguientes:

Prólogo.

Capítulo Proemial: 8 preguntas.

Capítulo Segundo: «De la Anatomía», 17 preguntas.

Capítulo Tercero: «Del estado de preñez», 26 preguntas.

Capítulo Cuarto: «En que se trata del Parto», 26 preguntas.

El contenido queda estructurado, pues, en 77 preguntas sobre las materias reseñadas anteriormente.

Resulta curioso el propio título del libro: *Cartilla nueva...* Ello puede sugerirnos la existencia de otra anterior, sobre la que se aportan nuevos datos. No obstante, nos inclinamos a pensar, más bien, tras verificar la edición primera, con el mismo título, que el término *nueva* hace alusión a la innovación, a la idea de editar por primera vez un manual para la formación de las parteras o matronas y que sirviera de texto para superar posteriormente el correspondiente examen.

El autor, doctor Medina, emplea repetidas veces a lo largo de la obra la comparación de términos, así como la asociación de ideas, para dar a conocer el contenido. Ello, sin duda alguna, favorecerá el aprendizaje a estas mujeres que aspiraban a ejercer la profesión en un futuro más o menos inmediato. Prescinde de los conceptos superfluos y de aquéllos otros que, según él, no tenía por qué conocer la matrona y que entraban a formar parte del conocimiento del

cirujano. Recuérdese que el trabajo desarrollado por la matrona se incluía, en esa época, como rama subalterna de la Cirugía.

PROLOGO

Varias ideas son las que recoge el doctor Medina en el prólogo de la Cartilla.

La primera de ellas, constituyendo ello un elemento muy empleado en los libros impresos en el siglo XVIII, es un comentario de tipo religioso, en este caso sobre la sentencia bíblica *parirán las mugeres sus*

hijos con dolores; para que estos dolores y sufrimientos fuesen tolerables, encontró la ayuda y consuelo de estas profesionales, las matronas, cuya necesidad *tiene casi igual antigüedad a la del mundo*.

Continúa el autor de la Cartilla con un somero recuerdo histórico, citando algunas de las parteras famosas de la antigüedad: la que asistió el parto de Raquel, o aquella otra que atendió el gemelar de Tamar; Agnodice, que ejerció en Grecia, y que haciéndose pasar por hombre, una vez descubierta por el Senado ateniense, logró convencer a los miembros de esta venerable institución para que en adelante esta profesión fuera realizada sólo por mujeres.

Abundando en este punto nos recuerda que *con la más madura reflexión y prudencia se estableció por costumbre y por ley, fuese el partear peculiar ejercicio de las mugeres (...)*.

Al hablar de los comadrones o parteros en España, nos dice el doctor Medina que hasta el siglo XVII se desconocían, y que *sólo por abuso cohonestado con la impericia y desconfianza de éstas (las matronas), en desprecio del mayor recato, se han introducido los hombres comúnmente a practicarlo (...)*.

Sobre la importancia de la instrucción de las parteras, y dado que sólo en Castilla, por medio de una Real Pragmática, se había suspendido el examen a las mismas, el Real Tribunal del Protomedicato, en vista de las nefastas consecuencias de esa medida, recurre al Rey y se consigue que *todas las Mugeres que viven de este oficio, y las que en adelante le hubiesen de ejercer, sean examinadas, así en Theórica como en Práctica por el Protomedicato, y que para este efecto se forme una Cartilla por la qual se instruyan para el examen (...)*.

para las Matronas 3

timidez del vulgo aprehende.

P. Qué prendas deberá tener una Matrona para profesar el Arte de Partear?

R. Lo primero, ha de emprender este ejercicio quando se halla en una edad proporcionada, para poder emplear el espacio de algunos años en la Theórica, y reglas de la Práctica; porque si quando ya vieja lo intenta, se le ha pasado el tiempo oportuno de aprender, su entendimiento, y sentidos se hallan ya débiles para ello, y sus corporales fuerzas insuficientes.

Lo segundo, no se deben admitir á este ejercicio las muy jóvenes, ni las doncellas, sino es:

Entre las cualidades recomendadas para ser una buena matrona, figuraba el de comenzar estos estudios a una edad «proporcionada».

Fruto de ello fue la *Cartilla nueva, útil y necesaria...* que ahora les presentamos y que contiene *lo más principal que debe saber una matrona, las circunstancias que deben asistirle y la obligación en que por razón de oficio se constituye*.

CAPITULO PROEMIAL

Abarca este primer Capítulo 10 páginas de la Cartilla y 8 preguntas con sus respuestas. La mayor parte del mismo hace referencia al *Arte de partear* y a las cualidades, físicas y morales, que deben acompañar a las matronas.

La primera cuestión formulada es la definición del *Arte de partear*, entendiéndose como tal *aquella doctrinal instrucción que enseña las cosas necesarias para el conocimiento del objeto de este Arte, y*

un método para dirigirlo y correrlo en los trabajos y riesgos de sus partos.

Como podemos observar se habla ya de un cuerpo doctrinal de conocimientos, de una formación y de un método a emplear, conceptos que de alguna forma intentan llenar a esta profesión de un contenido científico.

Sobre el *objeto de este Arte* se responde que *la muger en el estado de preñez, hasta el fin de su puerperio ó sobreparto*. No se especifica el tiempo que duraría el período denominado puerperio, pero es curioso destacar que entre las funciones de la matrona se contemplaba la prestación de cuidados durante el embarazo y en el citado puerperio, y no limitarse sólo al hecho material de la asistencia al parto.

A la pregunta de *¿Cuál es el sugeto que lo debe exercitar?*, cuestión que se planteó en el Prólogo de esta obra, se contesta que *por lo regular y común una Matrona en quien concurren las necesarias prendas*, debiéndose dejar los partos dificultosos, distócicos, a los cirujanos, también denominados comadrones.

A continuación se aborda, en seis páginas, las cualidades que debe reunir toda buena matrona. La pregunta está formulada, y como puede verse no exenta de belleza literaria, del siguiente modo: *¿Qué prendas deberá tener una Matrona para profesar el Arte de Partear?*

Doce deben ser las virtudes, esencialmente, que ha de reunir la partera. La primera de ellas es que ha de iniciarse en este ejercicio *en una edad proporcionada...*, *porque cuando ya vieja lo intenta, se le ha pasado el tiempo oportuno de aprender (...)*. No se deben admitir las muy jóvenes ni las doncellas, *si no es en el caso de destinarse por suficiente tiempo, desde esta edad, al lado de Matronas hábiles ó Cirujanos prácticos (...)*.

Deben tener una salud robusta *porque si son débiles ó enfermas, no pueden tolerar el trabajo de trasnochar (...); son también inhábiles las excesivamente gordas.*

Los requisitos, en cuanto a los miembros superiores de la futura partera, han de ser: *no ha de tener la mano callosa, ni disformemente grande, como asimismo no ha de tener los dedos ó el brazo encorvados ó convulsos, ni con otro algún vicio de los que quitan ó debilitan el sentido del tacto.*

En cuanto al nivel cultural recomendado: *a de saber leer y escribir suficientemente, y ha de tener entendimiento capaz de aprender lo que sus Maestros le enseñen (...).* Otras cualidades apreciadas, ya en el plano anímico, de gran importancia según el autor, y que debe poseer una buena matrona, es que debe ser *vigilante y cuidadosa, de genio dócil y propenso á admitir el dictámen de sus mayores en suficiencia; debe ser misericordiosa y buena cristiana, y confada más en los auxilios de Dios que en los de su Arte; asimismo ha de ser de ánimo benigno, paciente y alegre con modestia, porque la pusilanimidad de las Parturientes se depone con estos agradables afectos.*

Se incide en que no debe faltar al secreto profesional y concluye este ramo de virtudes con que *debe ser templada, con especialidad en el uso del vino, pues de lo contrario se constituyen inútiles y perjudiciales.* Finaliza este Capítulo afirmando que el Arte de Partear *es de dos maneras: Teórico y Práctico, y que su enseñanza debe fundarse en el conocimiento anatómico de las partes de la generación en la muger (...).*

CAPITULO II: «DE LA ANATOMIA»

Dedicado íntegramente a la definición de conceptos anatómicos, se recogen en este Capítulo, en un total de 17 preguntas y sus respuestas, lo más esencial sobre esta materia. La primera de estas pre-



Imagen de una matrona del siglo pasado. Ilustración extraída de la obra «La Comadre», Madrid, 1851.

guntas es *¿Qué Anatomía debe saber una Matrona para ser buena?*, respondiéndose lo siguiente: *debe saber superficial y distintamente la constitución de la pelvis huesosa y de las partes situadas en el infimo vientre, que se llaman Genitales.*

Como autor de un curso de cirugía y, por lo tanto, conocedor profundo de esta disciplina, el doctor Medina dedica varias páginas de su Cartilla a explicar sucintamente la composición del aparato genital femenino. De forma muy gráfica y elemental, usando las comparaciones frecuentemente, va definiendo una a una cada parte del aparato reproductor.

Así, por ejemplo, al hablar del útero o matriz, lo define con estas palabras: *es una entraña hueca compuesta de tres túnicas o telas bien fuertes, de figura de una ventosa, para que en ella se engendre, aumente, y mantenga la criatura hasta el tiempo del parto.* Y sobre el tamaño de este órgano, en vez de emplear medidas para expresar-

lo, utiliza elementos bien conocidos por las aspirantes: *en las doncellas es de la magnitud de una nuez; en las casadas como una mediana calabaza (...).*

Se definen los siguientes términos: Pelvis ósea (Espondiles de los lomos, Hueso Sacro, Rabadilla, Innominados -o sin nombre, formados por el Anca, la Cadera y el Pubis o Empeine-), Matriz o Utero, Vagina, Vulva, Clitoris, Uretra, Ninfas e Himen.

A continuación vamos a seleccionar algunos de ellos y transcribir su definición textualmente, con objeto de tener una visión de la anatomía de hace dos siglos y medio.

¿Qué es Clytoris? Respuesta: Un cuerpo redondo del tamaño del extremo del dedo pequeño, semejante en la figura y substancia al miembro viril, que se sitúa en lo alto de la vulva. Este en las doncellas es poco notable, pero con los ardores de la venus se engrandece de suerte que algunas veces ha sucedido estar pendiente fuera de la vulva, y dar con este motivo á creer erradamente la conversión de muger en hombre.

¿Qué son Nymphas? Respuesta: Son dos carnosidades, como dos crestas de gallo, que se sitúan una á cada lado de la uretra, y unidas por la parte de arriba, le forman al Clytoris su cubierta.

El conocimiento anatómico era importante no sólo para el ejercicio diario de la profesión sino, además, para elaborar los informes correspondientes cuando la matrona era llamada a declarar ante un juez, cosa al parecer no infrecuente en aquellos tiempos: *para fundar en él (conocimiento anatómico) las declaraciones que ante los Jueces se les ofrezca hacer en las demandas de sospechosa virginidad, estupro e impotencias.* La estima y reconocimiento social de la matrona, como puede verse, era importante.

(Continuará)

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA

Autores **Enrique Martínez Crespo**
Juan Agustín Morón Marchena. (Pedagogo)
Marta Hernández Pozas. (ATS)
 (Deleg. de Salud. Ayunt. Dos Hermanas).

La «salud» se constituye hoy en día como una cuestión social, comunitaria. Ya no es simplemente la ausencia de enfermedad. Presenta numerosos ámbitos de actuación, entre los que destaca la labor educativa. Y de la misma forma que no compete exclusivamente a los médicos, la Educación para la Salud no debe recaer sólo en los maestros. Los sanitarios pueden jugar en este caso una labor importante.

La mortalidad infantil, hasta el pasado siglo, tenía como principales causas las enfermedades infecciosas y agudas, para dejar paso, desde el comienzo del presente, a los accidentes y patologías crónicas. Este cambio se debe a la mejora en higiene pública, nutrición o en medidas preventivas y terapéuticas específicas.

La Organización Mundial de la Salud señaló en 1958 los pilares básicos en la prevención de accidentes infantiles: epidemiología, legislación y educación. La responsabilidad depende, pues, de toda la sociedad, en cada colectivo. Puede decirse que las medidas socioambientales son efectivas a corto y medio plazo, actuando principalmente sobre las causas externas y el medio en que se ha producido el accidente, pero la educación individual y colectiva sí incide directamente en el individuo. De ahí la importancia de tratar esta problemática desde un *ámbito sociopedagógico*. No puede decirse que sean abundantes los estudios sobre accidentes infantiles. Además, cada investigación está realizada en un contexto concreto y con unos parámetros, cotas y taxonomías diferen-

tes: unos consideran los márgenes de edad 6-14, 0-18... otros sólo consideran que un hecho es «accidente» cuando deja alguna consecuencia física en 2-3 días, etc. Sin embargo, podemos enumerar algunos datos que coinciden en diversos estudios:

- Los accidentes son la primera causa de muerte infantil en los países desarrollados y en gran parte de países en vías de desarrollo.

- En España se estima que se producen más de 200.000 al año.

- En los ochenta comienza a disminuir la tasa de mortalidad por accidentes en la infancia (12 muertes por 100.000 habitantes), descenso no significativo estadísticamente que se produce desde 1951.

- La mayoría de los accidentes son de carácter leve y se localizan en la cabeza, miembros inferiores y superiores.

- Un gran número de accidentes se producen en presencia de adultos (por lo que se desprende que la solución a los mismos no pasa por «amarrar» a los niños junto al adulto).

- El grupo de edad con mayor tasa de mortalidad es el de menores de un año. El descenso de mortalidad por accidentes no es significati-



El 43% de los accidentes infantiles tienen lugar en el hogar, sobre todo en menores de 5 años.

vo en los grupos menores de un año y 1-4 (sí en el grupo 5-9).

- La causa de accidentes que porcentualmente ha aumentado es el tráfico, disminuyendo la mortalidad por ahogamiento, quemaduras, intoxicaciones y sofocación. Entre los 0-4 años casi la mitad de los accidentes son caídas, seguido de intoxicaciones, tránsito, quemaduras y sofocación. A los 5-9 años permutan sus posiciones tránsito (aumenta con la edad) e intoxicación. Las heridas son muy frecuentes.

- Los niños se accidentan más que las niñas.

- En una ciudad, uno de cada diez niños ha tenido un accidente.

- Entre 0-4 años los accidentes son más frecuentes en el hogar, pero al aumentar la edad toma más peligrosidad la calle. La mayoría de los estudios señalan que son más frecuentes en fines de semana y por la tarde.



El uso inadecuado de la electricidad y falta de información provocan numerosos accidentes domésticos.

Las causas de los accidentes infantiles (por porcentaje), según diversas fuentes, se sitúan en torno a:

- Caída	52,6%
- Tránsito	12,2%
- Intoxicación	10,7%
- Quemadura	6,3%
- Sofocación mecánica ..	3,3%
- Arma de fuego	1,0%
- Ahogamiento	0,7%
- Otros	9,7%
- No consta	3,5%

En cuanto al lugar donde se producen los accidentes, se suele distinguir el hogar, la calle y el colegio. Aproximadamente, un 57% tienen lugar en la escuela (caídas sobre todo en el gimnasio y en las zonas de juego y recreo), incluyendo el trayecto hasta el mismo. El restante 43% corresponde al hogar (preferentemente en los menores de cinco años) y lugares públicos.

Una investigación reciente de la OMS en diversos países europeos sobre los estilos de vida de los escolares de alumnos de 11, 13 y 15 años que cursaban 6º EGB, 8º EGB, 2º FP-1 y 2º BUP (encuesta de marzo de 1991) señala que el 63% de los alumnos declaran que han tenido algún accidente con heridas o lesiones que precisaron atención

médica. Por lo que respecta al periodo referido al último año, el 33% señaló que habían tenido al menos un accidente que requirió atención médica, al «practicar algún deporte» (casi el 25% de los casos), «en el colegio», «en casa», «en la calle o en el parque» (entre el 5% y 10%), «conduciendo una bicicleta» (5%), o «conduciendo una motocicleta», «de pasajero en moto», «en coche», «atropellado por vehículos»... (menos del 5%).

Estos datos anteriores demuestran la importancia que presentan los accidentes infantiles y sus consecuencias. Por ello, la Delegación de Salud del Ayuntamiento de Dos Hermanas (Sevilla) se planteó la necesidad de llevar a cabo un proyecto de prevención de los mismos, teniendo en cuenta algunas de las consideraciones mencionadas: dirigida a toda la población (aunque prioritariamente a la infantil), actuar desde una perspectiva social y educativa, participación de todos los estamentos implicados (incluidos los especialistas sanitarios)... Así se puso en marcha en el presente año el Programa de «Prevención de Accidentes en la Infancia» de tipo socioeducativo, con un equipo de profesionales multidisciplinar (sanitarios, médicos, pedagogo...) que se basa en un concepto de partida: los accidentes infantiles pueden ser prevenidos, y por lo tanto, evitados. No son fruto del azar, sino de otras

causas y factores de índole personal y socio-ambiental. Sirvan las líneas anteriores para fundamentar el mismo dentro del ámbito de la Educación para la Salud y que en otro trabajo se describirá este programa, partiendo de los objetivos marcados y las distintas actividades llevadas a cabo.

Dicho programa se desarrolla actualmente y tendrá continuidad en próximos años, pues debe considerarse más bien como un proyecto, donde la prevención de accidentes es en cierta forma un proceso o medio que pretende ser, en definitiva, un aspecto más de la vida saludable.

Por último, señalar que se adjunta bibliografía centrada específicamente en los accidentes infantiles. En ellos podremos encontrar datos estadísticos, consejos y recomendaciones para prevenir los mismos, pautas metodológicas para llevar este tema al ámbito escolar...

BIBLIOGRAFIA

- ANDRES, A., GOMEZ, I. y MALO, J.: «Accidentes domésticos infantiles (I)», en *Infancia*, nº 2, 1990, pp. 38-41.
- «Accidentes domésticos infantiles (II)», en *Infancia* nº 3, 1990, pp. 40-43.
- ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA: «Accidentes en la infancia: epidemiología, frecuencia y prevención», en *Anales Españoles de Pediatría*, 1974.
- «Plan Español para la Prevención de accidentes en la infancia», Asoc. Española Pediatría, Madrid, 1979.
- CONSEJERIA EDUCACION Y CIENCIA Y CONSEJERIA SALUD Y CONSUMO: «Propuesta de Educación para la Salud en los Centros Docentes», Junta de Andalucía, 1986.
- COSTA, M., LARREA, M. y LOPEZ, E.: «Salud infantil y comunidad», en *Infancia*, nº 10, 1991, pp. 35-37.
- DIPUTACION PROVINCIAL DE SEVILLA: «Educación para la prevención de accidentes infantiles». Dipción. Pcial. Sevilla, Sevilla, 1985.
- FERRERO, C.: «La Educación para la Salud en la Educación Infantil», en *Infancia* nº 15, 1992, pp. 41-43.
- FORTUNY, M. y MARINE, C.: «Prevención de accidentes». Barcanova, Barcelona, 1983.
- MORON, J.A., VAZQUEZ, A. y VAZQUEZ, J.: «Prevención de accidentes en la infancia desde el marco educativo», Ayto. Dos Hermanas, Sevilla, 1993.
- OMS: «Accidentes en el hogar». OMS, Ginebra, 1966.
- UNICEF: «Prevención de accidentes en los niños». UNICEF, Madrid, 1979.



Imagen de la Campaña

JEANNE MANCE

Autor: **Gregorio Martínez Morán. D.E**
(Hosp. «Virgen Macarena», Sevilla)



«Conozcan todos que una mujer sabe ejercer el valor y cursar las ciencias».

María de Laborda (1775)

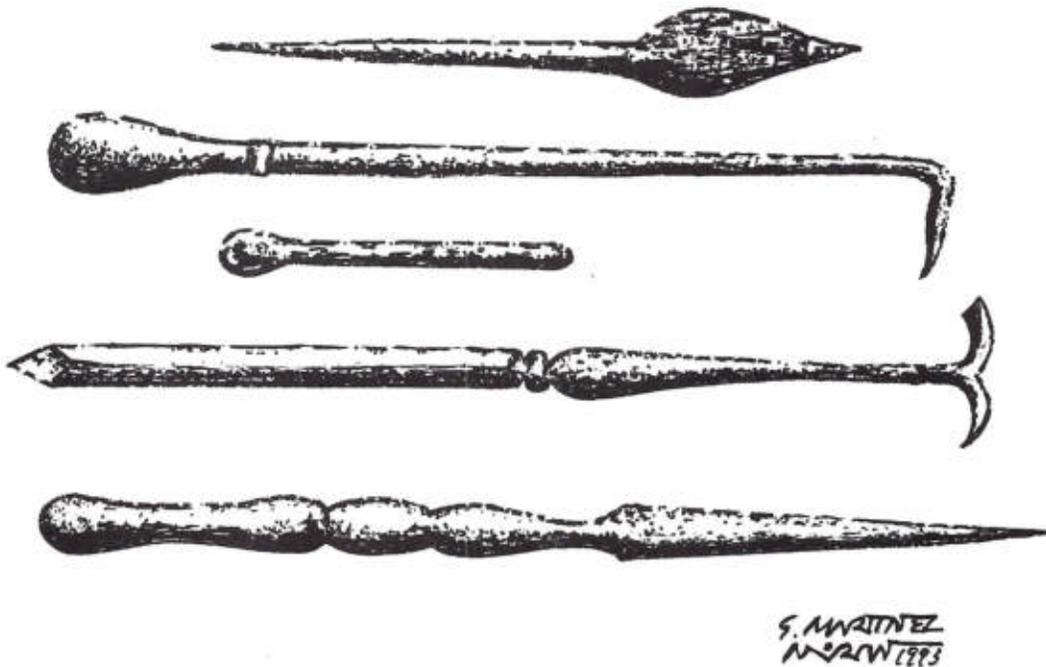
James M. Redfield sugiere el conocimiento de la cultura para interpretar el relato; efectivamente, la cuestión de

la aventura debido a la herencia indoeuropea se articula en los valores individuales sobre ejes, por lo general polémicos, de inconcebible paciencia, grosería en las gracias (tal como Plauto previniendo, argüía a Horacio) y el hilo sentimental calificado por Adolfo Bioy Casares; Esta trilogía constituye la unidad de intención en las crónicas escritas por individuos en

ocasiones ciegos y hurgadores siempre en vidas de algún que otro apocrisario (dignatario palatino), heresiarca (promotor de herejía) «miles gloriosus» (soldado fanfarrón), purgopolinice (conquistador de fortalezas), y también como dice Mario Bunge, en «la cara incruenta de la mujer amante, solícita y laboriosa». Sin embargo, a pesar de los destellos, nunca en historias conexas de enfermería, obviándose en la perspectiva social el rigor, la riqueza de relación humana y la innegable potencia intelectual.

La aventura colonial en «Kanata» (país del Canadá) de tendencia contradictoria y periódica guarda relación de hábitud de origen con siberianos, inuit (hombres por excelencia), islandeses, genoveses, portugueses, españoles, ingleses y franceses; precisamente con éstos últimos y en el siglo que se desgranó la voz recóndito, parte la ejemplar andanza enfermera sin fantasías medievalizantes gracias a los cuidados y enseñanza de Marie Hobu, integrante en 1617 de una expedición de Samuel de Champlain, el llamado «padre del Canadá» por efectuar a la tierra de los cuatro inmensos conjuntos doce viajes, el primero en 1603 y el último en 1633.

Es el año de 1606 significativo para muchos por las ochenta platerías de Lima y la construcción del acueducto de México y para menos, el feliz nacimiento de Jeanne Mance, hija de acaudalados padres franceses, educada en el París de la escrupulosa disciplina formal por la advocación ursulina, aprende cuidados de enfermería en 1638 con ocasión de una



Instrumentos quirúrgicos franceses del siglo XVII

plaga pestífera. En 1641 junto a dos únicas mujeres y bajo el auspicio de la filántropa Madame de Bullion se une al grupo de los setenta colonos de Paul Chomedey de Maisonneuve, haciéndose a la mar al sobrepasar las torres de la Chaîne y Saint-Nicolas del canal de ese ajetreado puerto de la Rochela y recalar en Quebec, centro neurálgico de la conquista francesa en Norteamérica, pasando su rudo invierno con las Hermanas Agustinas que le proporcionaron conocimientos cuasi enciclopédicos de enfermería y gobierno de hospital, dada la dilatada experiencia sanitaria de la orden, organizada por el teocrático papa Inocencio IV en el siglo XIII para atender el Hôtel Dieu de París. El 17 de mayo de 1642 llega de la antigua ciudad india de Hochelaga, participando activamente en la fundación de Fort Ville-Marie (futura Montreal).

En 1643 por el impetuoso asalto de tribus iroquesas de las «cinco naciones» (coyuga, mohawk, oneida, onondaga y séneca) en el que se impuso la lucha cuerpo a cuerpo, Jeanne Mance con energía y tolerancia, en un tabuco del fuerte impro-

visa un hospital, cuidando sola a combatientes heridos por flecha, pella y pólvora. Una vez restablecida la ansiada y corta paz en el territorio (por algo Charles-Louis de Secondat Montesquieu sentenció: «la naturaleza había dispuesto sabiamente que las tonterías de los hombres fueran pasajeras»), en octubre de 1644 funda el Hôtel Dieu de Ville-Marie en una especie de blocao aspillerado, cubierto y rodeado de empalizada con foso, cumpliendo así el difícil encargo confiado por la generosa Madame de Bullion y emplear con maneras delicadas su tiempo de vida cotidiana cuidando eficientemente colonos, soldados e iroqueses guerreros o no, estando dispuesta para preparar hierbas medicinales, vendar heridas, practicar la deseada «saignée» (sangría) como primer tratamiento sin ritualismo, curar tumefacciones, úlceras y la temida necrosis por exposición a baja temperatura.

Justamente cuando Blaise Pascal bajo el seudónimo de Montalte termina de publicar en marzo de 1657 las «Dieciocho cartas provinciales» atacando la Sorbona, los jesuitas y los abusos de la casuística,

la enferma Mlle. Mance regresa a la metrópoli gala sin deseos frágiles, aún del ambiente esnobista de color bistre, teniendo que frecuentar círculos culturales con área de validez para conseguir la dádiva del «Louis d'or et soeur». Ya en 1660 con el necesario dinero y la colaboración de las hospitalarias Sor Judith Moreau de Bresolles, Sor Marie Maillet y Sor Catarina Mace, todas de la Sociedad de San José de la Flèche de Anjou, da un importante y necesario auge al Hôtel Dieu, particularizando la función asistencial, la administrativa y la docente.

Esta pionera, cofundadora de Montreal y considerada la primera enfermera profesional de América del Norte, fallece en 1673 después de treinta y cinco años de fértil aportación al desarrollo de la enfermería postransicional. Su configuración para alejarse del olvido se ceta en Archives des Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph, Hôtel Dieu, Montreal.

BIBLIOGRAFIA

1. Redfield, James, M.: La tragedia de Héctor. Barcelona, Destino, 1992.
2. Bunge, Maria: La Historia secreta de la conquista de América. ABC n.º 28.060. Sevilla, Prensa Española, S.A., 1992.
3. Bioy Casares, Adolfo: Un campeón desparejo. Barcelona, Tusquets, 1993.
4. Donahue, M. Patricia: Historia de la Enfermería. Barcelona, Ediciones Doyma, 1988.
5. Frank, Siester Charles Marie y Elizondo, Sor Teresa: Desarrollo histórico de la Enfermería. México, D.F., Ediciones científicas la Prensa Médica Mexicana, S.A., 1981.

Novedades bibliográficas



BREVE SINOPSIS DEL LIBRO

«La Enfermería Sevillana. El Colegio y su Historia. 1900-1930»
P.V.P. 1.900 ptas.

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.

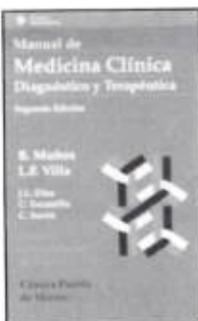
Este primer e inicial tomo abarca una época donde los pasos que dieron aquellos «HISTÓRICOS» se desenvuelven entre la orfandad, el pesimismo y la esperanza. Los primitivos Practicantes, continuadores de los Sangradores, tenían tan poco bagaje científico y reconocimiento social como infinita ilusión por 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 en 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 puesto manos a la obra para recuperar el tiempo que se fue a partir de una modesta idea aparecida en las páginas del BOLETIN 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.



MANUAL DE MEDICINA CLÍNICA

B. Muñoz — L.F. Villa
1.000 páginas
P.V.P. 6.695 ptas.

Este excelente Manual de Medicina Clínica contiene un conjunto de protocolos muy útiles para el diagnóstico y tratamiento de las principales enfermedades médicas a las que el facultativo se enfrenta en su quehacer diario. La información que aporta, precisa y rigurosa, contribuye a hacer más ágil el proceso de toma de decisiones del clínico.

La segunda edición de este Manual de Medicina Clínica constituye una importante mejora con respecto a la primera al haberse enriquecido, ampliado y actualizado considerablemente el contenido original.



TECNICAS DE DIAGNOSTICO EN VIROLOGIA

Julio Coll Morales
345 páginas
P.V.P. 3.890 ptas.

El autor de esta obra, Julio Coll Morales, es Doctor en Biología por la Universidad Complutense de Madrid y Ph. D. en Biología por el Instituto de Tecnología de Massachusetts (MIT).

Ha sido director de investigación y

consultor de varias compañías españolas de biotecnología y acuicultura, dedicándose principalmente a la docencia de postgraduados y al desarrollo de técnicas de diagnóstico y vacunación.

Técnicas de Diagnóstico en Virología es un libro práctico y de aplicación. Es útil tanto al clínico (sanidad animal, vegetal y humana) como al estudiante, divulgador e investigador. Este trabajo expone en un marco global las tecnologías que se emplean y la situación actual de investigación de las que se podrían utilizar en el campo del diagnóstico virológico.



ALIMENTACION INFANTIL

M. Hernández Rodríguez
440 páginas
P.V.P. 5.800 ptas.

Desde la aparición de la primera edición de esta obra el interés de los médicos, del resto del personal sanitario y de la sociedad en su conjunto por todo lo relacionado con la alimentación infantil se ha incrementado notablemente.

Por eso, y a pesar del deseo de que este libro se mantenga dentro de los límites de un manual básico sobre la alimentación del niño normal y el tratamiento dietético de los procesos más comunes, ha sido necesario ampliarlo y adaptarlo a la situación actual.

Los cambios han afectado sobre todo a las dos últimas secciones: la alimentación del niño en situaciones patológicas y las técnicas especiales de alimentación.

De esta forma, aún conservando su orientación inicial de libro básico de alimentación infantil, dirigido al pediatra y al médico general, puede ser útil a los especialistas en nutrición clínica que deseen conocer con más amplitud los problemas nutricionales del niño y adolescente.

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



WWW.CANALARIO.ES

FOTO: J.E. MUÑOZ MOYA

«EL ANCIANO TERMINAL»

III JORNADAS NACIONALES

DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

ORGANIZACIÓN:



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA
Y GERONTOLÓGICA**



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN
ENFERMERÍA DE SEVILLA**

SEVILLA, 5 AL 7 DE MAYO DE 1994

INFORMACIÓN:

ATECSAL - TELÉFONO Y FAX: (95) 457 84 76