



HYGIA

Revista Científica del Colegio
de Enfermería de Sevilla

Nº 27 • 1er Cuatrimestre de 1.994

AÑO VIII

- FASE DE REHABILITACION
- AHOGAMIENTO Y SEMI-AHOGAMIENTO
- ATENCION DOMICILIARIA
- ATENCION ENFERMERIA



**BANCO
POPULAR
ESPAÑOL**



**BANCO DE
ANDALUCIA**

PRODUCTOS FINANCIEROS

CREDITO HIPOTECARIO POPULAR

- Para 1ª viviendas
- Hasta el 80% del valor pericial
- Plazo: hasta 12 años
- Tipo de interés: 9.00% variable • 9.50% fijo
- Comisiones: de apertura, 0.50%, por una sola vez, de estudio exento, de cancelación anticipada exento.

CREDITO ESTUDIOS Y/O FORMACION POSTGRADO

- Tipo de interés: 10.00% variable
 - Plazo: hasta 24 meses
 - Comisión de apertura: 0.50%, por una sola vez
- Para la financiación de cursos de formación y especialidades profesionales

CREDITO POPULAR Y CREDITO PERMANENTE POPULAR

- Tipo de interés: 12.00% variable
- Comisión de apertura: 1.00%
- Plazo: hasta 5 años, con amortizaciones mensuales
- EL CREDITO PERMANENTE POPULAR, permite la reutilización del principal amortizado y su vencimiento puede ser fijado hasta 10 años.

Estos créditos están especialmente indicados para la compra de bienes y servicios.



CREDITOS EN CONDICIONES PREFERENTES

- Adaptados a sus necesidades
- Fácil tramitación
- Condiciones preferentes

**EL BANCO POPULAR ESPAÑOL TIENE UNA SUCURSAL EN LA
SEDE DEL COLEGIO DE ENFERMERIA**

TELEFONOS: 453 75 64 - 492 50 63 - 492 49 66

**Y PARA SU MAYOR COMODIDAD PUEDE USTED DIRIGIRSE A
CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DEL GRUPO BANCO POPULAR, EN
SEVILLA Y PROVINCIA EN DONDE SE LE ATENDERA
EN ESTAS CONDICIONES.**

HYGIA: UN NUEVO IMPULSO

Con el presente número, la Revista HYGIA experimenta una sensible transformación, como rápidamente puede comprobarse. Cuando hemos cumplido los 27 números y el octavo año de vida, los responsables de este Colegio, y de esta publicación, siguen buscando fórmulas que permiten potenciar en la medida de nuestras posibilidades las idems de una Revista que, poco a poco, se ha ido haciendo un sitio entre las que aspiran a ser estables y mejores dentro del planeta de la Enfermería en España.

Para que tal cosa ocurra, la mejora en el contexto general de HYGIA, deben producirse dos factores esenciales. De un lado, la voluntad de los profesionales para seguir utilizando estas páginas como marco donde exponer los aspectos técnicos de la profesión. Y de otro, la voluntad del Colegio Oficial de Sevilla para potenciar, económica e informativamente hablando, la propia realidad de HYGIA.

Al cabo de estos años transcurridos desde su aparición, ambas cosas parecen ir encadenadas. Los colegiados - sevillanos o no - pensando en nosotros a la hora de redactar sus trabajos y el Colegio hace los esfuerzos imaginables para sacar a la luz una Revista como la que ahora tiene en las manos: a color, con cuidada edición, potenciando sus contenidos, resaltando la imagen del colectivo y de sus protagonistas en nuestra provincia.

Ínútil decirle al colegiado el coste - en pesetas y horas de esfuerzos - que a los responsables de esta publicación acarrea su edición. Pero con ser esto importante, lo trascendente es que lejos de estancarnos, queremos que HYGIA siga avanzando por los caminos que demanda el colectivo al que va dirigida y los tiempos en que nos ha tocado vivir. Si estamos frizando el siglo XXI, no tenemos más que una obligación, intentar, cuando menos, potenciar este esfuerzo hecho 40 páginas que hablan única y exclusivamente de enfermería desde una perspectiva técnica.

Ojalá que hasta el último de nuestros lectores entienda en su exacta dimensión el mensaje del presente editorial. Que no es otro que remarcar la voluntad de seguir informando, desde cualquier punto de vista, pero sobre todo aquello que afecte al colectivo de la Enfermería, Ahí sí que creemos llevar la delantera respecto a no pocos. La mejor evidencia es este otro avance.

EDITA:

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

DIRECTOR

José M^º Rueda Segura

SUBDIRECTOR

Francisco Buena Martín

DIRECCION TECNICA

Miguel Angel Alcántara González

JEFE DE REDACCION

Vicente Villa García-Noblejas

CONSEJO DE REDACCION

Carmelo Gallardo Moraleda

Juan Vicente Romero Lluch

Amelia Lerma Soriano

Antonio Hernández Díaz

M^º Dolores Ruiz Fernández

Alfonso Alvarez González

M^º Carmen Fernández Zamudio

Hipólito Gallardo Reyes

PRODUCE:

A/F IDEA PRODUCCIONES, S.L.

Tirada: 8.500 ejemplares

D.L.: SE-470-1987

FOTOMECANICA

AFA-3

SUMARIO

EDITORIAL	3
AHOGAMIENTO Y SEMI-AHOGAMIENTO	5
PARTERAS Y MATRONAS (II)	10
PLANIFICACION FAMILIAR Y CONSULTA	16
FASE DE REHABILITACION	
EN GRANDES QUEMADOS	19
ATENCION DOMICILIARIA	
Y EDUCACION DIABETOLOGICA	24
ATENCION DE ENFERMERIA	30
GRANDES DE ENFERMERIA	35



Autor: Concepción Velez Guzón
Título: Convergencia

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.

AHOGAMIENTO Y SEMI-AHOGAMIENTO:

FISIOPATOLOGIA Y ACTUACION DE ENFERMERIA

AUTORES:
CARMEN M^º HERRERA VACA
Hospital Infantil, V. Rocío

ALFONSO YAÑEZ CASTIZO
D.E. Hospital V. Macarena.

OBSERVACIONES

CONCEPTO DE AHOGADO:

En primer lugar habrá que definir el concepto de ahogado, que no conllevaría actuación ninguna (ya que está muerto) del que por el contrario es subsidiario de nuestra actuación, que es semi-ahogado.

Se entiende por tal aquella persona que tras sufrir accidente por sumersión es rescatado y reanimado y sobrevive al hecho.

Según Modell (1971) cabe distinguir 5 tipos de circunstancias en las que ocurre un accidente asfíctico en el agua:

1.- Semi-ahogado sin aspiración, que es aquel que sobrevive temporalmente al efecto de la asfixia debida a sumersión.

2.- Semi-ahogado con aspiración que sobrevive temporalmente a la asfixia y a la aspiración de líquido.

3.- Semi-ahogado con muerte diferida, que es aquel que fallece tras una aparente RCP

4.- Ahogado sin aspiración de agua que es aquel que muere por obstrucción respiratoria y asfixia mientras está sumergido en un medio líquido.

5.- Ahogado con aspiración, que es el asfixiado tras aspirar líquido mientras está sumergido.

FISIOPATOLOGIA CLINICA

Diremos que el pronóstico depende de la cantidad de agua aspirada y de la calidad, como también de la diferencia entre agua salada y dulce, y de la contaminación.

ALTERACIONES RESPIRATORIAS

Son las más graves debido sobre todo a la obstrucción de una parte de ellas con pérdida de su área total y



Necesidad de formación en el tema.

la disminución de la capacidad de distensión pulmonar.

Esto es común para todo fluido, pero sobre todo el agua de mar

que provoca gran irritación y transudación de la pared bronquial,

dando edema que agrava el cuadro de obstrucción.

Además el agua de mar, hipertónica provoca en el alveolo una destrucción parcial de la membrana alveolo-capilar, y pérdida del recubrimiento alveolar y surfactante pulmonar, lo que disminuye la fuerza de tensión superficial del alveolo que tiende a colapsarse. La destrucción del surfactante es más manifiesta con acción del agua dulce.

El factor decisivo de la disminución de la capacidad de distensión pulmonar sea agua salada o dulce parece ser el hecho de que se forme un gran edema debido al gra-



Ejercicios de rescate de semi-ahogado con helicóptero

diente osmótico entre sangre y contenido alveolar. El plasma fluye de los vasos al intersticio y de allí al alveolo bronquiolos anegándolos.

ALTERACIONES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR

CORAZON

Inmediatamente tras el anegamiento apare-

ce la bradicardia de origen reflejo, pero si sobrevive aparece la taquicardia motivada por la hipoxia y la acidosis. Alteraciones electrocardiográficas debido a la hipoxemia miocárdica con imágenes isquémicas, elevación ST, inversión onda T, alteraciones de la conducción: descenso de la amplitud onda P y alargamiento

PR, o incluso disociación AV.

Esto se ha estudiado en animales ahogados, habiendo pocos datos de clínica humana.

CIRCULATORIO

La tensión arterial es una constante que varía de unos sujetos a otros. Normalmente aparece la hipotensión ya que coincide con bradicardia inicial que posteriormente tiende a normalizarse.

En otras ocasiones la hipotensión inicial se acompaña de cuadro de Shock.

También existen relación entre niveles de O₂ y de CO₂ de la sangre arterial y de los cambios de volumen circulatorio, cuya disminución, por paso del fluido al pulmón puede agravarse por pérdida de fluido intravasculares por alteraciones en la permeabilidad de la membrana capilar.

GASES EN SANGRE

El 85% de los ahogados mueren por alteraciones agudas de las tensiones de los gases en sangre y balance ácido-base.



Ejercicios de rescate de submarinistas.

Inmediatamente tras accidente aparece hipoxemia que en el caso de agua salada puede darse entre las 24 y 72 horas según la cantidad aspirada, pero que con un adecuado rescate y ventilación más oxigenoterapia hacen que aumente la PO₂.

Inmediatamente tras el anegamiento se observa una caída del pH que es rápidamente compensado si se aspira poco fluido, pero si la cantidad es elevada la acidosis es progresiva. Se produce acidosis mixta: respiratoria y metabólica, la respiratoria debido a la retención CO₂ por hipoventilación y la metabólica por activación del metabolismo anaerobio celular.

VOLUMEN SANGUÍNEO

Tras aspiración de agua salada puede verse un volumen superior en tráquea al instalado inicialmente, contrariamente a lo observado en el anegamiento por agua dulce.

Esto es debido a la

hipertonicidad del agua que extrae plasma del torrente circulatorio hacia el pulmón.

mia prolongada lleva a lesiones neurológicas irreversibles, aunque se han descrito casos de supervivencia

dilatación del estómago, peligro de diarreas debido a que el agua salada es absorbida y pasa a la luz intestinal.



Calentamiento y oxigenoterapia.

CAMBIOS ELÉCTRICOS

Tras aspiración de agua salada los electrolitos aumentan aunque sería necesario gran cantidad de agua anegada para producir alteraciones fisiopatológicas importantes.

ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

Casi todos los ahogados sufren un periodo de inconsciencia debido a la hipoxia cerebral. La hipoxe-

tras periodos de 10 a 40 minutos de apnea, esto parece explicarse por la hipotermia de los ahogados que se sabe actúa como protector del SNC.

Cuando la hipoxemia y la acidosis revierten normalmente el paciente recobra la conciencia.

ALTERACIONES DEL APARATO DIGESTIVO

Normalmente debido a que degluten gran cantidad de agua les produce una gran

ALTERACIONES RENALES

Secundariamente a la hipoxemia y a una acidosis severa se puede desarrollar necrosis tubular aguda e insuficiencia renal. Todos presentan oliguria por la hipotensión.

ESTADIOS Y CUIDADOS

Nos referimos al medio extrahospitalario y por consiguiente con actuación en el lugar del evento y con los medios de que disponemos en la UVI-

MOVIL.

Lógicamente estos fenómenos son proporcionales al volumen de líquido aspirado y al que también podemos añadir el hecho de que lleve traumatismos asociados.

Como norma general los clasificamos en:

1) Pacientes que no han sufrido un verdadero ahogamiento sino que presentan hipotermia, taquicardia debido a la ansiedad, agotamiento físico, alteraciones de la conciencia: desorientación, obnubilación, hipotensión.

ACTUACION DE ENFERMERIA

Calentamiento: evitar fugas de calor con mantas o aplicación de un foco de calor.

Oxigenoterapia:
mediante mascarilla
administrar oxígeno

Monitorización:
colocar electrodos y
conexión al monitor.

Control de constantes: Tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, saturación de O₂

2) Comienzo de un



Material necesario para una vía perisférica.

verdadero ahogado, con obstrucción de vía respiratoria y agotamiento, ligera cianosis, vasoconstricción periféricas, estado semicomatoso, hipotensión.

ACTUACION DE ENFERMERIA

Apertura de la vía
aérea

Posibilidad de colo-

car cánula de guedel,
según estado de con-
ciencia

Calentamiento.

Oxygenoterapia.

Monitorización.

Control de constantes.

Canalización de vía venosa periféricas: Basílica o cefálica del calibre adecuado según necesidad. Los

sueros que frecuentemente se usaran serán expansores plasmáticos para elevación de T.A. y bicarbonato para corrección de acidosis metabólica.

3) Se trata de un verdadero ahogado, con obstrucción de la vía respiratoria, hipoxia manifiesta. Frecuentemente el enfermo está agitado.

ACTUACION DE ENFERMERIA

Colocación de cánula de quedel.

Oxygenoterapia.

Monitorización.

Canalización de vía venosa periféricas que se usará además para



Material necesario para sondaje nasogástrico.

administrar medicación para la sedación.

Control de constantes.

Colocación de sonda vesical de Foley del nº adecuado que permita medir el volumen de diuresis y la respuesta renal.

4) Existe ya hipoxia severa sobre todo a nivel cerebral. Sujeto en estado de coma, vías respiratorias obstruidas, riesgo de parada respiratoria.

ACTUACION DE ENFERMERIA

Apertura de vía aérea. Valorar la posibilidad de intubación endotraqueal y colaboración en el caso de que se llevase a efecto.

Ventilación con

ambu mas O2 o conexión a respirador si disponemos de él.

Colocar cánula de guedel y ventilación con ambu conectado a oxígeno si no se ha

intubado.

Resto igual.

5) Ahogado en parada respiratoria, pupila midriáticas, próxima parada cardiaca, hipotonía generalizada, arreflexia.

ACTUACION DE ENFERMERIA

Colaborar en la intubación endotraqueal.

Resto igual.

6) Estado de muerte aparente. Glasgow 3.

Iniciar RCP avanzada.



Material necesario para sondaje vesical.

RESUMEN

Todo lo que hagamos ante el semi-ahogado lo podemos resumir diciendo que el factor tiempo juega contra nosotros y que nuestra decisión debe de ser lo más rápida y eficaz. Los factores adversos son la hipotermia y la hipoxia contra los que luchamos con el calentamiento y oxigenoterapia, acompañado posteriormente por canalización de vía periférica, sondaje nasogástrico y vesical, y control de constantes dependiendo del estado de gravedad que tenga el individuo.

PALABRAS O FRASES CLAVES

- Diferencia entre ahogado y semi-ahogado.
- Importancia de la oxigenoterapia.
- Calentamiento.
- Importancia de la canalización venosa periférica.
- Sondaje nasogástrico y vesical.
- En parada cardiorespiratoria iniciar RCP.

BIBLIOGRAFIA

- Medicina subacuática e hiperbárica. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Instituto Social de la marina. Coordinador Fernando Gallar. Edición 1991. Pag. 157-195.
- Patología y tratamiento del ahogado y semi-ahogado. Autor Modell JH, 1971
- Tratado de enfermería práctica Du-Gas, 3ª edición. Pag. 401-402, 440-465
- Conclusiones del II encuentro sobre seguridad Marítima. Isla Cristina. Octubre-93. Organizado por O61 Sevilla, colaboran I.S.M. y Protección Civil

PARTERAS Y MATRONAS

CAPITULO III: "DEL ESTADO DE PREÑEZ"

Comprende este tercer capítulo 25 páginas de la Cartilla y 26 preguntas con sus respectivas respuestas, haciendo referencia al estado de gravidez y a las circunstancias que le rodean.

Autores:

Juan Ignacio Valle Racero. Matrona H.U. Virgén del Rocío

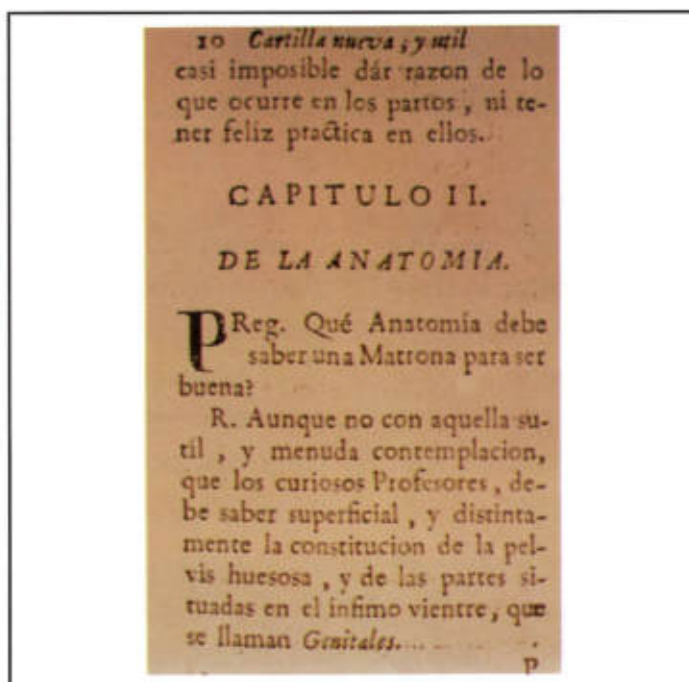
Antonio Claret García Martínez. Universidad de Sevilla

Manuel Jesús García Martínez. Matrona H.U. Virgén del Rocío

La primera cuestión que plantea es **¿Cuántas otras partes debe una Matrona considerar y conocer en el estado de preñez en la muger?**, respondiéndose lo siguiente: **Cinco: el fetus, las membranas en que está incluido, el licor en que nada, la placenta y el cordón umbilical.**

A continuación, el autor de la Cartilla desglosa cada una de estas cinco partes, dando respuesta a las cuestiones más básicas que sobre ellas puedan suscitarse a las futuras matronas.

Insistiendo en los comentarios de tipo religioso que hacíamos referencia al tratar el Prólogo, es interesante entresacar el siguiente punto: **¿Qué tiempo necesita el fetus para gozar del Alma racio-**



La importación del conocimiento anatómico queda puesta de manifiesto en la obra, dedicándole todo un capítulo.

nal?, a lo cual se responde: **El principio de la Medicina señala determinados días; y a este dictamen se acomodan las leyes. Pero en un asunto tan obscuro es lo mejor afirmar que quando el embrión tiene ya sus partes organizadas, de suerte que sean capaces de exercitar las acciones vitales, cria Dios, y le infunda el Alma racional, que le constituye hombre, lo qual podrá ser en unos más temprano que en otros, según la mejor disposición de los principios de la generación.** Respuesta extensa pero sumamente interesante por la ingente cantidad de connotaciones que conlleva y plantea sobre, el todavía hoy deba-

tido, tema de la animación y constitución del cuerpo racional.

A continuación se aborda el tema de las membranas fetales, definiéndose como **telas en figura de bolsas: la primera, que se llama Chorion, es gruesa y esponjosa, con muchos vasos de sangre, y está arrimada a la pared interna de la matriz. La segunda, que se dice Amnion, es delgada y transparente, y está casi pegada á la primera.**

Al hablar del líquido amniótico o **licor** en que nada el feto, ya próximo al desenlace del parto, dice que **(...) rompiéndose las membranas, se derrama; y es lo que llaman romper la fuente.**

Siguiendo con las partes constitutivas del estado de preñez, se

describe la placenta y la unión de ésta a la matriz por la **vid ó cordón umbilical**; la implantación de la placenta **por lo común al fondo del útero** y otras veces **se pega a un lado ó al otro**, recalcando lo problemático de su expulsión y **los fluxos de sangre** que a veces esto origina. Concluye el análisis de dichas partes con la definición de cordón umbilical y el número de placentas que pueden encontrarse en el útero.

A continuación, a la pregunta de **¿en qué se conocerá que una muger está preñada?**, el autor responde que para que las señales de preñez no induzcan a engaños u errores las matronas **podrán formar concepto por la relación, por la vista y por el tacto**. El doctor Medina se deja llevar en su descripción por la rica sintomatología que cada uno de estos aparatos conllevan para confirmar el estado de preñez.

El papel asesor y educador de la Matrona de la época queda puesto de manifiesto en la siguiente pregunta, formulada del siguiente modo:

Quando una muger se presente con todas ó las más de estas señales, ¿Qué le deberá aconsejar la Matrona para que se gobierne y no aborte? La respuesta es tan amplia como sugestiva: **Que se abstenga de la frecuente cohabitación (...); que no haga ejercicio inmoderado; que se quite la cotilla (...); que procure mantener el ánimo sereno (...), etc.**

También se destaca en este capítulo cuál debe ser la actitud ética de la Matrona en el caso de que por cualquier motivo se le solicitase su intervención en un aborto. En este delicado asunto se le recuerda la actitud a mantener, exhortándole finalmente a **no solo no condescender con el intento de las solicitantes, sino por cuantos medios dicte la prudencia disuadirlas, inclinándolas al temor de Dios y de la Justicia**.

Al hablar de **mola**, además de definirla y comentar los tipos, el autor facilita a la Matrona **cinco inequívocas señales para distinguir el**

preñado de un verdadero fetus del de una mola.

Las preguntas siguientes aluden a la situación natural que tiene la criatura dentro del vientre, las posiciones que ésta adopta y, además se describe el fenómeno de inversión que acontece a finales del octavo mes o principios del noveno que es **á lo que llaman dar la buelta la**

Concluye el presente capítulo haciendo referencia a los siguientes conceptos: término regular de la madurez fetal, definiendo las preñeces de siete u ocho meses **por una especie de aborto**, y las de un año u dos **por monstruosidad**; se habla de **los preñados maliciosos**, y de cómo la Matrona debía conocer cuándo una preña-

36. Cartilla nueva, y útil
potencia; para poseer el Alma
racional, que mediante la malva-
da intención de abortar, se le
quiere privar: y así deben, no
solo no condescender con el in-
tento de las solicitantes, sino por
cuantos medios dicte la pruden-
cia disuadirlas, inclinándolas al
temor de Dios, y de la Justicia.

P. Qué se debe entender por
Mola?

R. Una imperfecta masa de
carne engendrada dentro del úte-
ro, por vicio, y defecto en las
causas de la generacion.

P. Quántas diferencias de Mo-
las se observan?

R. Muchas: unas que son pe-
queñas, y se expelen al tercero,
ó

Las instrucciones dadas por el Real Protomedicato a la matrona con respecto al aborto, eran muy claras ... y rígidas.

criatura, a colocándose ya en situación para el decisivo momento.

da tenía una criatura muerta en su vientre, y su actuación inmediata, debiendo para ello

disponer que sin dilación se avise al Médico y Cirujano para que consultado el verdadero juicio que se deba hacer, den las providencias para el remedio.

CAPITULO IV: "EN QUE SE TRATA DEL PARTO"

Se centra íntegramente en el fenómeno del parto, comprendiendo este último capítulo un total de 30 páginas de la Cartilla y 26 preguntas con sus respuestas.

La primera de ellas, **¿Qué es Parto?**, es contestada como **la salida de la criatura fuera de la matriz en su debido tiempo**. Se define y diferencian dos tipos de partos, distinguiendo entre el **natural y el preternatural**; según el doctor Medina, el primer es aquel **que se logra con facilidad, sin más auxilio que los esfuerzos de la naturaleza**, siendo el segundo o preternatural aquel **que además de los conatos de la naturaleza, necesita para lograrse la industria y el socorro del Arte**. Dentro de este último diferencia el **trabajoso, como aquel en quien padecen extra-**

para las Matronas. 47.

R. Disponer que sin dilación se avise al Médico, y Cirujano, para que consultado el verdadero juicio que se debe hacer, den las providencias para el remedio; pues este caso trae dificultades, que no las puede superar la Matrona, y complicación de accidentes, en que no tiene la inteligencia necesaria.

CAPITULO IV.

EN QUE SE TRATA DEL Parto.

P Reg. Qué es Parto?

R. La salida de la criatura fuera de la matriz en su debido tiempo.

En los partos difíciles y complicados, la matrona debía avisar al médico o cirujano, pues ella "no tenía la inteligencia necesaria".

ordinariamente la Madre y la criatura, aunque esta se presente en su natural situación y el dificultoso, que es aquel otro que por mala situación de la criatura no se puede lograr sin la operación manual.

Seguidamente se describe cuál debe ser la situación que debe traer la criatura para que el parto sea natural, así como la posición de la cara del feto.

La pregunta **¿En qué conocerá la Matrona que una muger está próxima a parir?** es respondida con siete argumentos siendo éstos,

muy resumidamente, los siguientes: **lo primero, en que toda la elevación del vientre en parte se ha bajado hacía el empeyone (...); lo segundo, en que tienen dolores fuertes, que empiezan en las caderas y, siguiendo por todo el vientre, rematan en el pubis (...); lo tercero, en los frecuentes pujos de ambas vías; lo cuarto, en lo abochornado, y encendido del semblante; lo quinto, en que los pulsos se ponen más fuertes y acelerados; lo sexto, en que suelen acometer vómitos (...), y finalmente, lo séptimo, en las señales que el tacto ofrece.**

Con respecto al uso del tacto por parte de la Matrona se dice que **haviéndose cortado bien las uñas de las manos, se untan los dos primeros dedos con azeyte y con manteca, y se introducen blandamente y hacia arriba por la vagina**, sirviendo éste para la certificación de la conclusión del parto, especificándose en qué tres ocasiones debe usarse: **antes que empiece el dolor, en el tiempo que dure el dolor, y después de pasado el dolor**. Se detallan todas ellas y se insiste en la cautela que debe seguirse en su uso, procurando no rom-

per anticipadamente la fuente **porque si se retarde el parto, será trabajoso por falta de humedad.**

Se habla también de la **posición** en que la Matrona debe acomodar a la parturienta para el momento decisivo del parto, refiriéndose las modalidades varias que se adoptan: **unas quieren parir de pie, puestos los codos sobre una mesa, otras sobre la cama, otras arrodilladas**, describiéndose una forma típica al uso de la época: (...) **y otras sobre las rodillas de alguno que esté sentado en una silla poltrona.** Finalmente se aconseja que **es la más cómoda, natural y segura situación la que se logra en una camilla hecha á propósito.** Y ya, de esta suerte preparada la cama, **se la debe recorta a pie y medio de la orilla, con el medio cuerpo y cabeza algo levantados, de suerte que ni del todo esté acostada, ni del todo sentada.**

Se comenta, asimismo, la postura adecuada de la pelvis en el período expulsivo para que sea lo más eficaz posible, recabando para ello la ayuda necesaria **para asegurar estable esta situación se dispone que dos o tres Asistentes a propósito la tengan y acompañen.**

En las últimas páginas se hace alusión a epígrafes tan interesantes como la **administración de lavativas cuando lo requieran las circunstancias; aplicación al vientre de paños de manteca, la administración de**

caldo o chocolate bien calientes.

Una vez nacida la criatura, y con respecto al material a emplear para recibirla, el autor nos dice que **debe recibirla en una sábana suave, doblada y caliente, y tener la precaución de curar el vientre de la madre, y estar prevenida, y tener a mano un hilo fuerte doblado cinco veces ya con nudos para los extremos,**

para con él poder ligar el cordón umbilical **á la distancia de un dedo del ombligo** y, posteriormente, cortarlo con unas tijeras a dos dedos de la ligadura. Continúa el autor describiendo las distintas maniobras a realizar por la Matrona para la **expulsión de las Partes**, detallándolas una a una.

Finaliza el capítulo describiéndose los cuidados higiénico-sanitarios a prestar en el postparto inmediato, **pasados los doce primeros días**, en los cuales tiene lugar la expulsión de los loquios **o purgación**; para los cuidados del ombligo se aconseja emplear

para las Matronas 61

riente, así para hacer con exactitud estas observaciones del tacto, como para ejecutar con comodidad la maniobra del parto?

R. Aunque unas preñadas, ó por costumbre, ó por gusto, quieren parir en pie, puestos los codos sobre una mesa, ó sobre la cama, otras arrodilladas, y otras sobre las rodillas de alguno, que esté sentado en una silla poltrona; es la mas cómoda, natural, y segura situación la que se logra en una camilla hecha á propósito; ó si no quieren tener la incomodidad de mudarla despues del parto, en la suya acostumbrada, preparandolo antes con varios

Hace dos siglos la mujer paría de pie, de rodilla o acostada en una camilla, recomendándose esta última postura sobre las demás.

polvos de arrayan y rosa, y para abrir los oídos y nariz de la criatura **una mecha de lienzo suave y caliente.** Por último, para ayudar a la expulsión del meconio se debe administrar **jarave de peonía y azeyte de almendras dulces.**

APENDICE DOCUMENTAL

Transcribimos a continuación dos de los tres Artículos que componen la **Real Cédula de 21 de Julio de 1750**, dado la importancia que para la matrona poseen.

LEY X

D. Fernando VI en Buen Retiro a 21 de Julio de 1750

Examen de parteros y parteras para poder exercer su oficio, baxo la instrucción que estableciere el Protomedicato.

El Tribunal del Protomedicato me ha hecho presente, que de algunos tiempos a esta parte, acontecían en esta Corte, y en las principales ciudades y poblaciones de las Castillas, muchos malos sucesos en los partos, provenientes de la impericia de las mugeres llamadas parteras, y de algunos hombres que, para ganar su vida, habían tomado el oficio de partear; dimanando este universal perjuicio de haberse suspendido por la Ley 2. de este título el exámen que antes se hacía de las referidas parteras por los Protomédicos.

1. Para evitar en los sucesos estos graves perjuicios, conformándome con lo que me ha consultado el Consejo, he venido en mandar, que sin embargo de la expresada Ley 2. todas las personas que bueren de exercer el oficio de parteros ó parteras, hayan de ser precisamente examinadas, entendiéndose quedar exceptuados los casos de necesidad; y para que esta providencia tenga el debido cumplimiento, concedo permiso al Tribunal del Protomedicato para que establezca las prudentes reglas con que deberán hacerse los exámenes, señalando las personas por quienes se practiquen fuera de la Corte y sus cinco leguas, formando la necesaria instrucción de lo que podrán y deberán hacer las parteras y lo que les está prohibido y deben omitir en el uso de su ejercicio, executándolo lo mismo por lo respectivo a los

parteros en la forma que lo estime conveniente el Tribunal.

2. Asimismo he venido en aprobar el arancel formado por el Protomedicato de los derechos que se deberán satisfacer por lo exámenes, en virtud del qual las parteras que se examinarán el Tribunal y fuera de la Corte, deberán aprontar cada una la cantidad de cien reales vellón, repartiendo los de esta suerte: sesenta y dos para el arca del mismo Tribunal, treinta para el Secretario por razón de la nota de exámen y despacho del Título que se ha de dar, y los ocho restantes para el Cirujano que debe concurrir al acto del exámen; entendiéndose que éstos no se exigirán de las parteras que se examinarán fuera, quedando a su beneficio para satisfacer parte de los gastos que se les causarán en las diligencias de exámen.

A MODO DE CONCLUSIONES

1.- La obra Cartilla nueva, útil y necesaria..., por su configuración y finalidad, es, probablemente, el primer texto oficial para la instrucción de las matronas en nuestro país.

2.- Su contenido, junto a la parte práctica, era el exigido para superar el examen y obtener el Título de matrona o partera.

3.- Editada a mediados del XVIII, surge como

una necesidad en la formación de estas profesionales y es consecuencia directa de la aplicación de un texto legal (1750)

4.- Su contenido, redactado de forma breve y amena en forma de preguntas y respuestas, era asequible a mujeres con un mínimo nivel cultural. A pesar de denominarse Cartilla, encontramos en ella un buen nivel de conocimientos ginecológicos y obstétricos, teniendo en cuenta la época en que se publica.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- | | | | |
|---|---|--|---|
| MEDINA, A.: Cartilla nueva, útil y necesaria para instruir a las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear. Impreso en la Casa de Antonio Delgado. Madrid, 1785 (Biblioteca Nacional) | Española. Volumen XII. Universidad de Salamanca. Salamanca, 1973. | RECIO, P.: La Comadre. Biblioteca Ilustrada de Gaspar y Roig. Gaspar y Roig Editores., Madrid, 1851 | de la situación académico-legislativa de la Matrona según la Real Cédula de 6 de Mayo de 1804. II Jornada Nacional de Investigación en Historia de la Enfermería Española. Albacete, 1993. Actas en prensa. |
| ALBARRACIN TEULON, A.: La titulación médica en España durante el Siglo XIX. Cuadernos de la Historia de la Medicina | ESEVARRI CHAVERRI, C.: Historia de la Enfermería Española e Hispanoamérica. Salvat Editores. Barcelona, 1984 | REAL CEDULA DE 21 DE JULIO DE 1750. De la obra: Novísima recopilación de las leyes de España. Tomo IV. Libro VIII. | VENTOSA ESQUINALDO, F.: Historia de la Enfermería española. Editorial Ciencia 3 Madrid, 1984. |
| | IBORRA, P.: Historia del Protomedicato en España (1477-1822). Acta Histórico-Médica Vallisoletana. Tomo XXIV. Universidad de Valladolid. 1987 | TITULO X. LEY X. Madrid, 1805. | |
| | | VALLE RACERO, J.I., GARCIA MARTINEZ, A. C. y GARCIA MARTINEZ, M.J.: Análisis | |

CONCURSO N° 27

33 3º PREMIO



José M^a Valseca Fernández. N° Col. 10.239 Maquina: Minolta X-700

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA N° 28

CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE ENFERMERIA

TEMA: SEMANA SANTA • 1º CUATRIMESTRE DE 1994

El plazo de presentación finalizará el próximo 15 de junio de 1994.

BASES:

Premios

1º Premio: 50.000 ptas.

2º Premio: 25.000 ptas.

3º Premio: 10.000 ptas.

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

PLANIFICACION FAMILIAR Y DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER GINECOLOGICO

M^a Luisa López Collantes de Terán. (D.E.)
Encarnación Fernández Zamudio. (Matrona).

INTRODUCCION

Las matronas y enfermeras estamos poniendo en marcha junto con médicos generales y ginecólogos lo que globalmente se puede llamar Programa de Planificación Familiar y Diagnóstico Precoz del Cáncer Ginecológico. En casi todos los medidos nos encontramos que

este programa tiene una cierta dificultad de implantación y posiblemente mayor en la población rural.

La educación sexual, prevención y tratamiento de enfermedades en adolescentes, mujeres fértiles de mayor edad y climáticas, es la base del programa. Sin embargo, nos encontramos con niveles sociocultura-

les bajos, reticencia, "Vergüenzas" y hábitos ancestrales difíciles de cambiar.

El propósito de este trabajo fue investigar mediante el estudio de una serie de datos y el análisis de los mismos llegar a algunas conclusiones para la mejor marcha de nuestro programa.

MATERIAL Y METODOS

Forman parte de este estudio las mujeres fértiles y climáticas de la población de Burguillos, zona básica de Guille-na (provincia de Sevilla). Según la pirámide de población, hay 1364 mujeres desde los 10 años, siendo la población total e derecho de 3317 personas. (Fig. 1)

Desde enero de 1990 a agosto de 1993, se han estudiado 141 historias. Hay que hacer constar que este programa estuvo ausente desde noviembre de 1991 hasta noviembre de 1992.

Para el proceso de captación se ha seguido la derivación médica, charlas en asociaciones, educación maternal y en



Exploración realizada en consulta.

consulta de enfermería a la que acudían por otras causas.

Realizamos historia completa analizando especialmente los siguientes datos: Motivo de con-

sulta, edad, número de gestaciones si las hubiere, enfermedades, molestias o alteraciones ginecológicas, métodos anticonceptivos anteriores y actuales.

Se siguió un protocolo que consistió en exploración general incluyendo palpación de mamas a cargo del facultativo y exploraciones complementarias: Tensión arterial, peso, hemograma completo, bioquímica, citología y frotis vaginal (si la mujer presentaba sintomatología ginecológica). Todas estas exploraciones complementarias la realizábamos en consulta de enfermería.



Profesional de enfermería en un momento de la entrevista

Posteriormente se evaluaba, se trataba si había alteraciones, dábamos consejos de tipo sexual, prevención de enfermedades, aconsejábamos el método anticonceptivo idóneo y en algunos casos derivábamos a ginecología a otros programas de enfermería.

RESULTADOS

1.- Por edades las mujeres vistas menores de 20 años (adolescentes) fueron 10, lo que corresponde a un 7%

Entre 20 - 29 años: 70 (49.6%)

Entre 30 - 39 años: 48 (34%)
Entre 40 - 50 años: (climaterio): 9 (6.3%).

Mayores de 50 años (menopausia): 4 (2.8%). (Fig 2).

2.- La media de gestaciones fue de 2.8

3.- El motivo de consulta fue:
- Planificación familiar: 67 (47.5%)

- Revisión anticonceptivos orales (A.C.O.): 34 (24.1%)

- Revisión general: 15

- Disfunciones sexuales: 72 (51%)

- E.T.S.: 3 (2.1%)

- H.T. A.: 11 (7,8%)

- Obesidad: 23 (16,3%)

- Aumento de lípidos: 7 (4,9%)

- Cardiopatía: 2 (1,4%)

- Alteraciones psíquicas: 2 (1,4%). (Fig.4).

5.- Los métodos anticonceptivos empleados con anterioridad fueron los siguientes:

- Coitus interruptus (C.I.): 79 (56%)

- A.C.O.: 41 (29%)

- Preservativo: 32 (22,6%)

- D.I.U.: 5 (3,5%)

- Ovulos vaginales: 1 (0,7%).

(Fig. 5)

En ocasiones empleaban varios métodos indistintamente.

6.- Los métodos anticonceptivos que empleaban en la actualidad

- C.I.: 51 (36,1%)

- A.C.O.: 42 (29, 7%)

- Preservativo: 22 (15,6%)

- Ligadura tubárica: 4 (2,8%)

- Vasectomía: 1 (0,7%).

- Ovulos vaginales: 1 (0,7%).

(Fig. 6)

También ocasionalmente utilizaban más de un método anticonceptivo.

7.- Rechazaron el método indicado 17 mujeres, la mayoría utilizaban como método anticonceptivo el C.I.; si bien es cierto que a veces lo alternaban generalmente con el preservativo y/o A.C.O.

8.- No volvieron a revisión 37 mujeres.

DISCUSION

El estudio realizado, a nuestro juicio está condicionado por dos factores fundamentales: el bajo nivel sociocultural de la

(10.6%)

- Climaterio: 5 (3.5%).

- Revisión D.I.U.: 20 (14.1%)

- Anorgasmia: 3 (2.1%)

- Sintomatología genital por derivación médica: 15 (10,6%). (Fig. 3).

Hay que hacer la salvedad que algunas mujeres venían a consulta por varias causas.

4.- La patología detectada ha sido la siguiente:

- Irregularidades menstruales: 20 (14,1%)

- Floras mixtas y exudados inflamatorios: 40 (28,3%).

- Displasias: 1 (0,7%)



Material y utensilios utilizados en la práctica



Material y utensilios en educación sanitaria.

población y el poco tiempo que lleva en marcha el programa, más aún, si consideramos que se ha seguido de una forma irregular con una inactividad de 1 año.

El número de mujeres estudiadas es porcentualmente muy baja en relación con la población global. Es llamativo sobre todo el escaso número de adolescentes y climatéricas controladas.

La mayoría de las consultas eran por planificación familiar; si bien es cierto que en la historia y en las posteriores explora-

ciones detectábamos patología, disfunciones sexuales y sobre todo una casi total ignorancia relacionada con estos temas.

La ignorancia, la confusión y los hábitos de la población seguidos ancestralmente nos lleva en ocasiones al rechazo de nuestros consejos e indicaciones así como a la ausencia a revisiones, sino de un número importante de mujeres, más de las que nosotras deseábamos. Estos datos coinciden con otros estudios realizados. (1,2).

El protocolo, consejos preventivos y métodos anticonceptivos

los hemos tratado individualmente basándonos en (3,4,5). La experiencia en el trato con las mujeres de nuestra población nos indica sobre todo un rechazo al D.I.U. y en muchos casos del preservativo por parte del varón.

La conclusión más importante que hemos sacado de los resultados es que en nuestro medio, con un programa adecuado, seguido regularmente, mucha dedicación y a medio plazo, podríamos conseguir unos resultados mucho más esperanzadores.

RESUMEN

Analizamos el programa de Planificación Familiar y Diagnóstico Precoz del Cáncer Ginecológico, según los resultados obtenidos. El bajo nivel sociocultural de la población y el poco tiempo que está en marcha el programa nos lleva a resultados: de dificultad de implantación, conductas no ocasiones de nuestros consejos no volviendo algunas de ellas posteriores revisiones.

Cuando el programa se ha llevado de forma más intensa y regular los resultados han ido siendo secuencialmente más alentadores.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- A. GONZALEZ et. al: Actividades preventivas y planificación familiar en mujeres de 15 - 30 años. "Matronas hoy". 1993; 3: 17 - 19.
- 2.- J.L. GARCIA FERNANDEZ: El embarazo no deseado en adolescentes. "Revista Rol de Enfermería". 1991; 158: 37 - 42
- 3.- CONCEPTOS BASICOS DE PLANIFICACION FAMILIAR: "Asociación de planificación familiar de Madrid". M^{ra} Luisa López Collantes de Terán. D.E.
- 4.- IV CONGRESO ESTATAL DE PLANIFICACION FAMILIAR: Sevilla 2,3,4 noviembre 1989.
- 5.- ENFERMERIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICIA.: 1984

FASE DE REHABILITACION

EN GRANDES QUEMADOS

Autores:

Pero M^a Vida Blanca.

M^a Dolores Gamero García.

Francisca González López.

Manuel Reina Jiménez.

D.U.E. Hospital Virgen del Rocío.

INTRODUCCION

Hacia el final de la etapa aguda postquemadura el sujeto centra su atención, cada vez más en los cambios de su imagen y en el estilo de vida

que requerirán. Es factible que se precise la cirugía reconstructiva para mejorar los resultados estéticos y funcionales. La orientación psicológica y laboral suele resultar

muy útil.

Los familiares del enfermo también necesitarán apoyo y orientación para ayudar al paciente a recuperar un estado óptimo de salud.

OBJETIVOS EN LA FASE DE REHABILITACION

Optimización de la movilidad física.

Evitar complicaciones en la curación de la herida

Optimización del reposo.

Organización de actividades.

Cuidados en el hogar y vigilancia periódica.

OPTIMIZACION DE LA MOVILIDAD FISICA

Uno de los aspectos prioritarios en los cuidados al quemado es prevenir las complicaciones resultantes de la inmovilidad. La respiración profunda y los cambios posturales son medida indispensables para prevenir la atelectasia y neumonía, controlar el edema

e impedir la aparición de úlceras por decúbito y contracturas. Estas intervenciones se modifican para satisfacer las necesidades de cada personas.

Las camas neumáticas y giratorias suelen resultar útiles, al igual que la deambulación temprana.

Cuando resultan afectadas la extremidades inferiores, deben aplicarse vendajes elásticos de compresión antes de pasar a posición erecta.

Las quemaduras guardan un estado dinámico durante un año o más después del cierre de la herida. A lo largo de tal período, deben ponerse en práctica medidas vigorosas para prevenir las contracturas y cicatrices hipertróficas. Los

ejercicios pasivos y activos de arcos de movimiento se inician el día de recepción del paciente en el hospital y continúan después de los injertos, dentro de las limitaciones de cada caso.

Las férulas suelen colocarse en las extremidades para el control de las contracturas. En esta situación, debe vigilarse en búsqueda de signos de insuficiencia vascular y compresión nerviosa.

EVITAR COMPLICACIONES EN LA CURACION DE LA HERIDA

Las principales complicaciones son:

Cicatrices Las cicatrices hipertróficas y contracturas de las heridas son más probables



Las quemaduras superficiales evolucionan bien, las profundas dan lugar a cicatrices hipertróficas.

se la lesión inicial se extiende a la dermis profunda. La curación de estas heridas se acompaña de la sustitución de la piel normal por tejidos con gran actividad metabólica, que carecen de la arquitectura normal de la piel. En la capa colagénica subyacente al epitelio, los fibroblastos proliferan en forma gradual. Los miofibroblastos, células contráctiles, también están presentes en las heridas inmaduras. En la medida en que se contraen estos elementos, las fibras de colágeno, que normalmente se depositan en haces rectos, tienden a tener una disposición ondulante. Tarde o temprano, los haces de colágeno adquieren aspecto enrollado y surgen nudos colagénicos. La cicatriz está muy enrojecida por su carácter hipervascular, es protuberante y dura.

La herida guarda un estado dinámico durante un año y medio a dos años después de la quemadura. En este período la aplicación de prendas de compresión elástica induce a la laxitud de los haces de colágeno y

aumentan su orientación paralela a la superficie de la piel, con desaparición de los nódulos dérmicos. Con estos dispositivos, el colágeno se reestructura y disminuye su vascularidad y celularidad.

Las cicatrices hipertróficas pueden causar contracturas graves en las articulaciones afectadas. No obstante, estas cicatrices se limitan al área lesionada y experimentan regresión gradual con el paso del tiempo.

Queloides: En otros pacientes surge una masa de tejido cicatrizal que rebasa los límites de la herida y que se denomina queloide. Este tipo es frecuente en personas de piel muy pigmentada y tiende a recidivar tras su escisión quirúrgica.

Curación deficiente: La curación deficiente de las heridas puede guardar relación con factores múltiples, como las infecciones y nutrición inadecuada. La albuminemia menor de 2 g/dl es un factor frecuente de los trastornos de cicatriza-

ción de heridas en quemados.

Contracturas: El área quemada se acorta en virtud de la fuerza que ejercen los fibroblastos y la flexión de los músculos como parte natural en su cierre. La fuerza opuesta que ejercen las férulas, tracción, movimientos intencionados y cambios de posición son imperativos para contrarrestar las deformaciones derivadas de este proceso en quemaduras que afecten articulaciones.

Gran parte de los cuidados a



A los 16 días les de segundo grado están prácticamente curadas, las de tercer grado listas para recibir injerto.

largo plazo de las quemaduras son responsabilidad del paciente y de sus familiares. El quemado por lo general sale del hospital con heridas pequeñas,

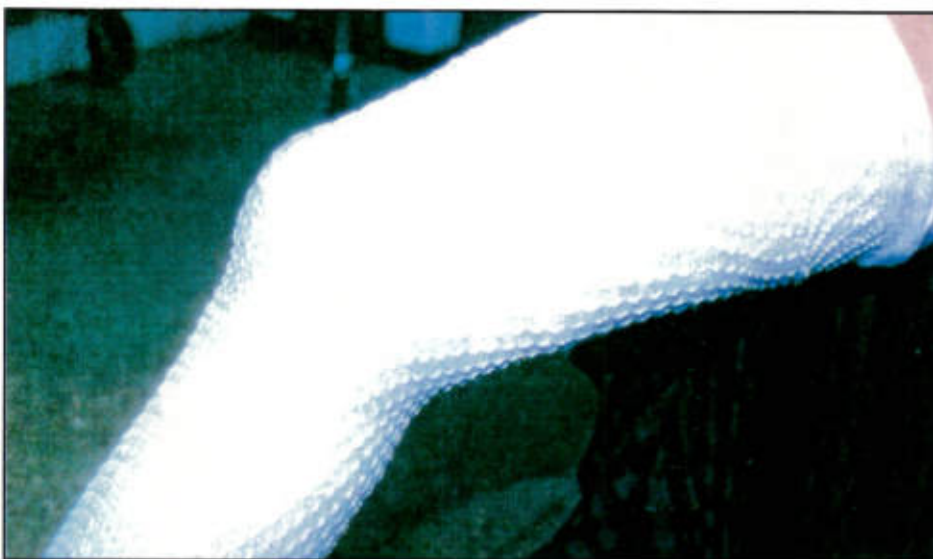
abiertas y limpias que cicatrizan bien pero despacio. Estas áreas deben lavarse todos los días con jabón neutro además de emplear las cremas o apósitos descritos.

Las áreas propensas a cicatrices hipertróficas requieren el uso de prendas compresivas a

al menos un año después de ocurrida la quemadura.

OPTIMIZACION DEL REPOSO

Las intervenciones de enfermería deben realizarse conforme al régimen terapéutico y el dolor que acompaña a los



Fijación con mallas elásticas que permitan la deambulación.

medida, de esta manera se favorece el retorno venoso. Es necesario instruir al paciente sobre la necesidad de lubricación y protección de la piel que cura, así como el uso de las prendas de compresión durante

movimientos en pacientes con quemaduras. Suelen estar confundidos y desorientados, además de carecer de la energía necesaria para su participación óptima en sus propios cuidados. El personal de enfermería debe

organizar la asistencia a cada paciente de manera que se logren períodos ininterrumpidos de sueño. Un momento adecuado para el reposo es después del estrés que acompaña a los cambios de apósito y ejercicios, cuando las medidas analgésicas todavía pueden ser eficaces. Este plan puede comunicarse a los familiares y al resto del personal asistencial.

Los hipnóticos administrados por la noche suelen mejorar el sueño. Los quemados, con frecuencia, tienen pesadillas relacionadas con la situación en que tuvo lugar la quemadura, de modo que el personal de enfermería debe escucharlos y tranquilizarlos cuando las pesadillas y otras expresiones de temor y angustia sobre el pronóstico de la lesión provocan insomnio.

ORGANIZACION DE ACTIVIDADES

La disminución del estrés metabólico con medidas antálgicas, prevención de escalofríos y optimización de la integridad de todos los sistemas y aparatos corporales ayudan a que el paciente conserve energía para las actividades terapéuticas y la cicatrización de la herida. El personal de enfermería debe incorporar los ejercicios fisioterapéuticos en el plan asistencial, a fin de prevenir la atrofia muscular y conservar la movilidad necesaria para las actividades cotidianas. El aumento gradual de la tolerancia, fuerza y resistencia del paciente se logra cuando las actividades se organizan de manera que sean de duración creciente. Debe vigilarse fatiga, fiebre y tolerancia

al dolor, además de emplear parámetros que nos sirvan para organizar el ritmo de actividades de forma cotidiana. Esto abarcan la organización de visitas familiares, terapia recreativa o lúdica, escuchar la radio o ayudar al paciente en la caminata por los pasillos, actividades que sirven como distracción mejoran el estado psíquico del quemado y aumentan su tolerancia a las actividades físicas.

CUIDADOS EN EL HOGAR Y VIGILANCIA PERIODICA

El acortamiento de la estancia en el hospital, ha hecho que el cuidado de quemados en consultas externas y a domicilio adquiera una importancia cada vez mayor. El paciente y sus familiares deben recibir gradualmente enseñanzas durante el curso de la hospitalización



Es importante que los periodos de descanso sean los más prolongador posible.

incluso atemorizante para algunos. Sin embargo, con el aliento y el apoyo del personal sanitarios la mayoría de los pacientes pueden encargarse de los cuidados de las quemaduras con escasa necesidad de participación profesional. Los cuidados de vigilancia seria-

mo antes de que este salga del hospital. Muchos pacientes necesitan fisioterapia o terapia ocupacional en consultas externa con frecuencia varias veces por semana.

La información relativa a ejercicios específicos, uso de prendas de comprensión elástica y férulas u otros dispositivos se analizan de manera concreta con el paciente y familiares que participan en los cuidados. También se le brindarán instrucciones por escrito.

El envío o canalización de un sujeto a un médico general es preciso para que se continúe la atención de los problemas médicos preexistentes o nuevos.

Los pacientes reciben atención en un centro para quemados usualmente regresan al mismo de forma periódica para la evaluación de su estado por parte del personal, modificación de las instrucciones para los cuidados en el hogar y organización de la cirugía reconstructiva. Otros son supervisados por el cirujano plástico o general que los atendió durante la hospitalización y



Movilización precoz de las articulaciones afectadas.

para que se encarguen de los cuidados de la herida.

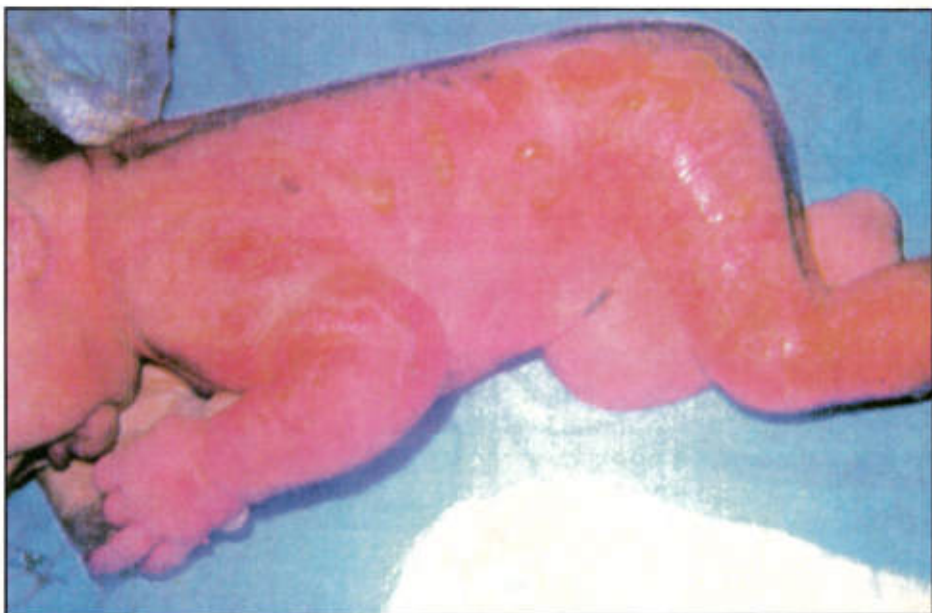
Observar las quemaduras y tocarlas suele resultar difícil e

da de quemados se planean cuidadosamente con participación de todo el personal relacionado con la atención del enfer-

suelen ser enviados al mismo para su rehabilitación antes de que regresen al hogar.

Algunas personas, en particular quien no tienen familiares o amigos que les ayuden, necesitan el envío a un servicio de enfermería comunitaria que les pueda brindar la ayuda en los cuidados de la herida y ejercicios en el hogar. Las personas con depresión grave o duradera, así como quienes tienen dificultad en el ajuste en sus funciones sociales y laborales suelen requerir la consulta con psicólogo, psiquiatra u orientador vocacional.

En diversos países existen grupos de autoayuda para pacientes con quemaduras que ponen sus servicios a disposición de los mismos. Estos servicios abarcan la visita de personas (con frecuencia víctimas de quemaduras que se han recuperado) en el hospital o el hogar con las llamadas periódicas al paciente o sus familiares para brindarles apoyo emocional y orientación a cerca de los cuidados de la piel, uso de cosméticos y problemas relacionados con el ajuste psicosocial. Estos organismos y muchos centros regionales de atención a quemados patrocinan reuniones y actividades sociales a las que pueden asistir paciente una vez que abandonan el hospital.



Especial cuidado precisan en esta fase de rehabilitación recién nacidos y niños.

BIBLIOGRAFIA

MANUAL MERCK.:

"Trastornos debidos a agentes físicos".
Ediciones Doyma.

Pág. 2596-2621. Barcelona. 1989.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL
HOSP. FOR SICK CHILDREN.

TORONTO. CANADA.

"Quemaduras graves". EN: MANUAL DE
ENFERMERIA

PEDIATICA. Salvat editores. pág. 98-
109. Barcelona. 1988.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL
MASSACHUSETTS HOSPITAL. BOSTON.

"Cuidados de enfermería en las quemaduras". EN: MANUAL
DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA.
pág. 292-308.

Salvat editores. 1991.

APUNTES DEL CURSO DE EXPERTOS
UNIVERSITARIOS EN URGENCIAS Y

CUIDADOS INTENSIVOS.

BRUNNER, L.S., SUDDARTH, D.S.:

"Trastornos integumentarios". En:
ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA.
Ed. Interamericana. Pág. 1319-1351.
1988.

ATENCION DOMICILIARIA Y EDUCACION DIABETOLOGICA

Autores:

Encabo Moratilla, Juan Carlos

Flores Hernández, Eloy

Guisado González, M^o José

Núñez Jurado, Concepción

Rodríguez Rodríguez, Isabel

C. Salud de S. Pablo

C. Salud de Candelaria

RESUMEN

La dependencia del paciente diabético incluido en visita domiciliaria respecto al entorno familiar; nos llevó a estudiar aquellos aspectos que determinan el conocimiento sobre dicha enfermedad, y concretamente, el nivel de conocimientos que poseen paciente y cuidador en diabetes.

Así, durante los meses de Marzo y Abril de 1993, se pasó un cuestionario de conocimientos generales sobre diabetes a 38 diabéticos y 36 de sus

respectivos cuidadores, adscritos a la Z.B.S. de S. Pablo, Sevilla. La edad media de los diabéticos varones es de 72 ± 10.65 , (18.4%) y de 77.77 ± 8.51 , (82.6%) para las mujeres. La edad media de los cuidadores varones es de 57.62 ± 17.66 , (22.2%) y de 47.71 ± 12.1 (77.8%) para las mujeres.

Se analizaron otras variables como: nivel de instrucción actividad ocupacional, valoración sensoriomental, tratamiento, control diabetológico y relación de parentesco. El nivel de conocimientos de los diabéticos y

cuidadores, 65.8% y 11.1% respectivamente, se catalogó de PESIMO o INSUFICIENTE; así mismo, el nivel del 47.2% de los cuidadores se catalogó de LIMITE.

El resultado del estudio sugiere adoptar estrategias alternativas encaminadas a aumentar el nivel de conocimientos sobre diabetes, minimizar las diferencias entre ambos grupos y elevar el grado de autonomía del paciente diabético y su familia respecto del problema. Palabras clave: DIABETES - VISITA DOMICILIARIA - EDUCACION SANITARIA.



Atención domiciliaria. Alternativa a la prestación integral de cuidados de enfermería.

INTRODUCCION

La Diabetes Milletus en los países desarrollados constituye un problema prioritario al ser una de las patologías crónicas más frecuentes (prevalencia (2-6 %); así mismo, la alta mortalidad relacionada con distintas patologías asociadas; diversos factores de riesgo y complicaciones de distinta naturaleza y elevado coste socio-sanitario (tratamiento y vigilancia constantes, repercusiones socio-familiares, sociales y laborales),

hacen que el Equipo de Atención Primaria asuma las funciones de diagnóstico, tratamiento y Educación Sanitaria de los diabéticos que pertenecen a la Zona Básica de Salud, que reclaman la necesidad de una Atención Integral de Salud.

Una de las facetas a señalar, desde este punto de vista Integral, es el de la educación y formación de los propios diabéticos sobre su enfermedad, constituyéndose en un recurso terapéutico tan importante como la dieta, el ejercicio y las drogas.

El objetivo general de la educación en la formación de todo diabético debe ser el de darle la posibilidad y la capacidad de ser una persona apta para la vida y psíquicamente estable, con el fin de que pueda integrarse normalmente en la sociedad sin que su enfermedad suponga obstáculo para ella.

Así pues, proporcionar una buena información, una adecuada formación y un buen asesoramiento permanente en el seguimiento de su enfermedad, teniendo en cuenta las formas de vida individual; favorecen que las personas diabéticas se responsabilicen de su enfermedad y eleven su nivel de autonomía.

Como alternativa al seguimiento del diabético en consulta dentro de la prestación integral de cuidados de Enfermería en Atención Primaria de Salud, surge la Atención Domiciliaria, cuyo objetivo específico sería "la prevención y tratamiento correcto de las complicaciones agudas, así como prevenir o disminuir las secuelas de las



Información, formación y buen asesoramiento elevan el nivel de autonomía del diabético y del cuidador.

complicaciones tardías".

Para ello es fundamental conseguir la implicación y participación tanto del diabético (eje central) como del cuidador (familiar o no), al ser éste quien ocupa parte del autocuidado del paciente, dentro del plan de cuidados establecido en función del proceso educativo y de formación.

Así pues, dada la dependencia, en mayor o menor grado, del paciente diabético incluido en visita domiciliaria, respecto del entorno familiar entendido como unidad de salud o enfermedad; nos proponemos estudiar aquellos aspectos que se ocupan del conocimiento sobre dicha enfermedad y concretamente, el nivel de conocimientos que de ella poseen paciente y familia. Ello nos permitirá adoptar estrategias alternativas, como agentes educadores, y así elevar el grado de autonomía del paciente y su familia respecto del problema.

DESCRIPCION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE SAN PABLO

La Z.B.S. (población urbana) donde se encuentra ubicado el Centro de Salud atiende a dos núcleos de población netamente diferenciados respecto al nivel social, económico, tipo de vivienda y nivel de instrucción. Así distinguimos, Sta. CLARA, zona residencial que acoge a un sector de población de nivel ALTO, y POLIGONO DE SAN PABLO, que acoge a una población de nivel MEDIO-BAJO, (tabla 1)

La población estimada alcanza alrededor de 25.686 habitantes, correspondiendo a S. Clara y P.S. Pablo, 8.190 y 17.496 habitantes, respectivamente.

Respecto a la población atendida por Enfermería en la Z.B.S., (diagramas 1 y 2, tabla 2)

Tabla 1.

(%)	S. CLARA	S.PABLO	SE.CAP.
ANALFABETISMO	12.25	30.8	38.6
TASA DE PARO	3.3	9.8	6.9
DEPENDENCIA JUVENIL	38.9	21.5	31
DEPENDENCIA SENIL	6.2	15.3	15
DEPENDENCIA GENERAL	45.1	36.8	46
NATALIDAD ANUAL (X 1000h.)	9.9	7.8	12
ENVEJECIMIENTO	1.4	7.6	10.2

tabla 2

DISTRIBUCION POBLACION DIABETICA EN C. ENF.

por : SEXO

41.2% (Varones) 58.2% (Hembras)

por: TRATAMIENTO

DIETA	A.D.O.	INSULINA
20%	51%	29%

OBJETIVOS

Primero.- Describir la población con diagnóstico médico de diabetes, reflejado en la hª clínica habitual, incluida en visita domiciliaria según el protocolo del Centro de Salud de la Z.B.S. de S.Pablo y considerada apta según una escala prefijada (entre 0 y 7, sobre un máximo de 15) para responder al cuestionario de conocimientos sobre diabetes.

Segundo.- Describir la población que se ocupa del cuidado de los diabéticos aptos, incluidos en visita domiciliaria, entendido éste como control de cuidado en la higiene, dieta, determinación de glucemias, ejercicio y/o tratamiento.

Tercero y cuarto.- Medir el conocimiento general sobre diabetes que poseen las poblacio-

nes anteriormente descritas.

Quinto.- Ver si existen diferencias significativas entre el conocimiento general sobre diabetes que poseen los diabéticos y sus cuidados.

MATERIAL Y METODOS

Para el presente estudio el Equipo de Investigación necesitó de los siguientes recursos: infraestructura física del Centro de Salud, material de oficina (fotocopias, papel, pizarras, etc.), sistema de registro, habituales y específicos del estudio.

En la primera quincena de Marzo de 1993 se recogió la totalidad de población diabética incluida en visita domiciliaria, utilizando como soporte de registro los archivos de las Consultas de Enfermería del Centro de Salud de S. Pablo, contabili-

zándose:

1º.- Una población total con patología crónica e incluida en el seguimiento, bien en consulta o atención domiciliaria, de 2.727 pacientes.

2º.- Una población total de 771 diabéticos incluida en dicho seguimiento.

3º.- Una población total de 51 diabéticos incluidos en atención domiciliaria.

Un una primera fase, la población diabética en visita domiciliaria, fue clasificada como APTA o NO APTA para abordar un cuestionario general sobre conocimientos en diabetes.

La valoración de cada diabético se hizo conjuntamente entre Investigador y Enfermero asignado a los distintos diabéticos, para minimizar el desconocimiento que de cada diabético pudiera tener el Investigador y las posibles confusiones, respecto de los items del test de valoración sensorial y de las funciones mentales que para cada diabético pudiera tener el Enfermero asignado.

De las 51 valoraciones realizadas, 8 se clasificaron como NO APTOS y 43 como APTOS.

En cada uno de los domicilios de los diabéticos valorados como APTOS (cita concertada), previo adiestramiento sobre la técnica y método de encuesta a emplear, cada dos investigadores (sin relación de cupo) pasaron los cuestionarios en espacios físicos diferentes, el primer investigador al diabético apto y el segundo a su cuidador; con el siguiente desarrollo: presentación formal, objeto del estudio, verificación de los datos del diabético, recogida de los datos del cuidador, modo de responder el cuestionario, realización del mismo, agradecimientos y despedida. Los posibles abandonos fueron debidos a: negativa a colaborar, -0-; ingresos hospitalarios, -1-; cambios de residencia, -3- y éxitos -2-. Así pues, el total de abandonos más aquellos que se consideraron no aptos, redujo a -38- el número de diabéticos y 36 el de cuidadores, a los que se les pasó el cuestionario general sobre diabetes.

Los datos obtenidos se recogieron mediante sistema de registro específico, anexos (1,2,3,4), manejándose manual e informáticamente. Para el tratamiento estadístico se calcularon las distintas distribuciones (frecuencias y porcentajes), medidas de tendencia central y dispersión; y para la comparación entre grupos se aplicó el test estadístico Chi-cuadrado "c".

RESULTADOS

1º Objetivo:

La distribución por sexo de la población diabética incluida en visita domiciliar es de 18.4%

para hombres, y de 82.6% para mujeres.

La edad media (± 1 desviación estándar) en hombres es de 71 $\pm$ 10.65 (rango de 50 a 84), y en mujeres de 77.77 $\pm$ 8.51 (rango de 55 a 91).

La distribución respecto de Nivel de Instrucción es:

POBLACION ANALFABETA, de 28.9%; SIN ESTUDIOS, de 55.3%;

ESTUDIOS PRIMARIOS, de 15.8% y ESTUDIOS SUPERIORES de 0%.

La distribución respecto de la Actividad Ocupacional es:

OPERARIOS diversos sectores, de 44.8%; HOGAR, de 31.6%;

dientes únicamente dos se auto-administran la insulina, (5.2%).

Sólo encontramos a un diabético (con tto. A.D.O.) que realiza la determinación de glucemia para el autocontrol, (2.6%).

La distribución respecto a la valoración de los sentidos y funciones mentales es: entre 0-1, 39.5%; entre 2-3, 26.3%; entre 4-5, 18.4% y entre 6-7, 15.8%.

2º Objetivo:

La distribución por sexo de la población de cuidadores es de 21% para hombres, y de 79% para mujeres.

La edad media (± 1 desviación estándar) en hombres es de 57.62 $\pm$ 17.66 (rango de 30 a 75), y en mujeres de 47.7



Información, formación y buen asesoramiento elevan el nivel de autonomía del diabético y del cuidador.

SECTOR SERVICIOS, 21% y AGRICULTURA, de 2.6%.

La distribución respecto del Tratamiento Diabetológico es: con INSULINA (asociado o no con A.D.O.), de 36.8%; con

A.D.O., de 36.8% con DIETA, de 26.4%.

De los diabéticos insulidepen-

$\pm$ 12.1 (rango de 17 a 69).

La distribución respecto del Nivel de Instrucción es:

POBLACION ANALFABETA, de 0%; SIN ESTUDIOS, de 47.2%; ESTUDIOS

PRIMARIOS, de 50% y ESTUDIOS SUPERIORES de 2.8%.

La distribución respecto de la

Actividad Ocupacional es:

HOGAR, de 63.9%; SECTOR SERVICIOS, 25%, OPERARIOS diversos sectores, de 11.1%; y AGRICULTURA, 0%

En relación al parentesco cuidador/diabético encontramos: HIJO/A, de 55.6%; ESPOSA/A, de 22.2%; SOBRIÑO/A, de 11.1% YERNO/NUERA de 8.3% y NIETA/A, de 2.8%.

En relación al control de la diabetes; de los cuidadores que se ocupan de diabéticos insulidependientes al 18.5% de diabéticos con ADO, el 7.9%, y de los cuidadores que se ocupan de diabéticos con dieta, el 2.6%.

3º y 4º Objetivos:

Si analizamos el cuestionario de conocimientos sobre diabetes por el tipo de pregunta formulada (diagrama 1), encontramos:

1º Más de la mitad de los diabéticos y sus cuidadores consideran normal la glucosuria.

2º Más de la mitad de los diabéticos y sus cuidadores ignoran la posibilidad de extracción de piezas dentarias aun padeciendo la enfermedad.

3º y 4º La experiencia personal o familiar hace elevar el nivel de aciertos cuando se toca el tema "complicaciones de la diabetes": insuficiencia circulatoria y cicatrización torpida.

5º, 6º y 7º Más que resaltar la importancia de un tratamiento adecuado, cabría preguntarse si diabético y cuidador conocen realmente cuál es la relación insulina/diabetes.

8º, 9º y 10º De igual manera cabría comentar si cuidador y diabético manejan aceptablemente las equivalencias de los alimentos (recordemos que 1 63.9% de los cuidadores se dedican a los quehaceres del HOGAR)

11º, 12º, 13º y 14º Más de

cia. 18º, 19º y 20º Si bien el cuidador parece conocer la relación ejercicio/glucemia, cuando asociamos insulina en dicha relación los porcentajes de aciertos vuelve a caer de manera significativa (< del 42%).



Implicación y participación del diabético y del cuidador en la planificación, ejecución y evaluación del plan de cuidados.

la mitad de los encuestados consideran como anormal 200 mgr/dl, sin embargo el nivel de aciertos desciende considerablemente al tratar de identificar los síntomas de HIPER/HIPOGLUCEMIA (10.5% y 44.4% para diabéticos y cuidadores respectivamente). Además, cabe destacar que el 68.4% de los casos, es el personal de Enfermería quien se encarga de la determinación de glucemias. 15º, 16º y 17º Hay un alto porcentaje de encuestados que consideran las ventajas de un correcto calzado. Sin embargo los demás aspectos higiénicos parecen tener menos relevan-

Si analizamos los resultados por el número de respuestas acertadas (diagrama 2): Obtenemos una media de respuestas acertadas (+/- 1 desviación estándar) de 7 +/- 2.9 para los diabéticos, de los cuales el 65.8% tienen un conocimiento pésimo o insuficiente. De igual modo, obtenemos una medida de respuesta acertadas (+/- 1 desviación estándar) de 11.9 +/- 3.2 para los cuidadores, de los cuales el 80.6% tienen un conocimiento límite o aceptable.

5º Objetivo:

En el 10.5% de los casos el nivel de conocimientos de diabético fue mayor que el del cui-

dador.

En el 7.9% de los casos el nivel de conocimientos fue el mismo.

En el 81.6% de los casos el nivel de conocimientos del diabético fue menor que el del cuidador.

Destacar, que si variables como edad, nivel de instrucción, actividad ocupacional y tratamiento pueden influir sobremanera en el nivel de conocimientos, es curioso observar que aquellos diabéticos cuyo resultado en el cuestionario fue mayor o igual que el del cuidador, su valoración de los sentidos y funciones mentales estaba comprendida entre 0 y 3, el 15.8%, que representa el 24% del total así clasificados. Sólo en un caso el diabético cuya valoración sensorial fue de 5 obtuvo un nº de aciertos igual al de su cuidador (2.6%).

Finalmente, podemos decir que existen diferencias significativas (significación estadística, $p=0.001$), por lo que es poco probable que el resultado observado sea debido al azar.

CONCLUSION

Si comparamos los resultados obtenidos en nuestra Z.B.S. con estudios similares (únicamente, nivel de conocimientos sobre la enfermedad del paciente diabético ambulatorio en consulta de Enfermería -3-), es curioso observar que éste se encuentra entre los niveles del diabético incluido en visita domiciliaria y el de su cuidador; lo que nos hace pensar en la complicidad de nuevas variables como podría ser el

grado de responsabilidad o implicación en el proceso salud-enfermedad.

Finalmente, vistas las diferencias existentes entre el diabético

Cabría también preguntarse, si el modelo de Educación Sanitaria utilizado es el correcto, en cuanto a filosofía y métodos; y por qué no, en cuanto a



Se hace necesario un modelo de intervención encaminado a minimizar las diferencias entre diabético y cuidador.

co incluido en visita domiciliaria y su cuidador (familiar o no), en cuanto al conocimiento general sobre la diabetes, nos lleva a concluir que si bien estas diferencias tuvieran relación con la edad avanzada de los pacientes, deterioro de las funciones sensorio mentales, incapacidades físicas que presentan para el autocuidado, tipo de tratamiento diabetológico y bajo nivel de instrucción; no por ello, debieran ser considerados como obstáculos a superar por el profesional de Enfermería a A.P.S., dentro del proceso de Educación para la Salud, sino como aspectos a valorar en el mismo proceso educativo, participativo y de formación del diabético en visita domiciliaria, así como del cuidador.

determinados aspectos éticos se refiere. Preguntas como, ¿hasta que punto consideramos al paciente como un todo?, nos haría cuestionar, como profesionales de Enfermería, si no estaríamos relajando el concepto de Salud Integral. Así pues, como objetivos a corto plazo, damos a conocer al Equipo de Enfermería del Centro de Salud, los resultados del estudio; y a largo plazo, replantear el modelo educacional vigente y diseñar un nuevo modelo de intervención alternativo encaminado a minimizar las diferencias entre ambos grupos y elevar el grado de autonomía del paciente diabético y su familia respecto del problema.

ATENCION DE ENFERMERIA

AL PACIENTE ONCOLOGICO SOMETIDO A TELERADIOTERAPIA

D. Carlos Moyano González
D.E. Centro Regional de Oncología (Sevilla)

Debido, por una parte, a la enorme versatilidad que se nos exige a los profesionales de Enfermería para desarrollar nuestra labor en cualquier terreno, ya sea intra o extrahospitalario, y por otra, la existencia de "superespecialidades" denominadas así tanto por su complejidad como por lo limitado en su campo de acción, llegamos a encontrarnos, a veces, en situaciones comprometidas que vienen derivadas de nuestro desconocimiento en tal o cual materia y valga en este caso concreto el empleo de radiaciones ionizantes con fines terapéuticos (Radioterapia) como ejemplo. Es por esto por lo que tratamos de exponer unos conocimientos básicos que ayuden al profesional a clarificar posibles dudas sobre una materia que no es usual y sobre la que recaen, por esta razón, algunos bulbos. Con respecto al paciente que procede a recibir un tratamiento radioterápico digamos que podemos encuadrarlo dentro de un patrón conductual en el que la intranquilidad y el temor a la "agresión" a la que

le vamos a someter se suma, de forma paradójica, la sumisión e intento de superación de la enfermedad acrecentándose aún más, si cabe, en los casos más extremos. Físicamente el paciente comienza a ver mermadas sus capacidades, ya sea por el dolor, por la impotencia funcional de algún miembro o por la pérdida de peso ocasionada nada por la anorexia así como por otros síntomas confluyentes en el tipo específico de cáncer (disnea, tos, tenesmo vesical o rectal...)

En conjunto, y sin caer en dramatismos, podemos decir que se trata de un paciente que comienza a deteriorarse tanto física como psicológicamente y que exige respuestas y soluciones a sus dolencias. Desde un punto de vista muy particular pensamos que el EMPATIZAR con el mismo en la mayoría de ocasiones aunque, indudablemente, habría que tener en cuenta la contaminación psicológica a la que se ve sometido el profesional de Enfermería y los errores a que ello le puede llevar en el trato con el mismo y con su entorno familiar.

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO: INFORMACION Y EDUCACION DEL PACIENTE.

INFORMACION

El paciente es derivado a los radioterapeutas por diversos especialistas para que establezcan el tratamiento radioterapéutico adecuado; el primer contacto del paciente con el Servicio de Radioterapia lo tiene con el médico que procederá al reconocimiento de la lesión y, posteriormente, al establecimiento de la zona o "VOLUMEN BLANCO" que deberá irradiarse limitándose lo máximo posible para evitar la afectación de tejidos sanos. Es por ello que se recurre a la SIMULACION de la zona mediante ESCOPIA tras lo cual se tatuará el punto medio o los límites de la región o CAMPO a irradiar como guía en cada sesión. Por lo general el paciente desconoce prácticamente el tratamiento y lo poco que conoce es, en ocasiones, por información deformada procedente de otros pacientes lo cual contribuye a

su vez acrecentar el temor que pudieran acarrear. Es por esto por lo que el primer contacto con el paciente por nuestra parte debe encaminarse a desmitificar toda la información errónea que ha recibido previamente y explicar paso a paso, en un lenguaje adecuado a las posibilidades del paciente todo lo que se le efectúa en cada momento.

Aspectos generales:

Tras la simulación procedemos a orientarle en el Servicio ubicándole en lo que será su entorno durante toda la fase del tratamiento: Sala de espera, servicios WC, secretaría, sala de tratamiento... Asimismo se le informará sobre la existencia de dispositivos de circuito de TV e interfonos que permitirán establecer contacto visual y oral con el paciente mientras dure la sesión. Durante la misma el paciente permanecerá aislado dentro de un búnquer plomado.

Aspectos técnicos:

La simulación de la zona dará ocasión para explicarle en qué zona de su cuerpo recibirá la radiación y permitirá, además, exponerle cómo se desarrollará cada sesión, el tiempo que durará y el número de sesiones de que se compone el mismo.

Aspectos específicos:

Conjuntamente debemos cerciorarnos de los posibles inconvenientes del paciente, si los hubiera, para asistir a tratarse diariamente ya sea por limitaciones económicas o físicas que le impidan el traslado desde su domicilio hasta el Centro Hospitalario. En cualquiera de estos casos remitiríamos al trabajador Social del mismo. Por otra

parte, concienciar en lo posible al paciente para que nos informe sobre cualquier cambio en su estado físico durante el tratamiento incidirá en la buena evolución del mismo mermando la probabilidad en la aparición de secuelas.

Educación Sanitaria:

Una de las funciones que Enfermería debe desempeñar en este Servicio consiste en hacer comprender la trascen-



La radioescopia permite delimitar el VOLUMEN BLANCO a irradiar.

dencia del tratamiento al que se somete el paciente, por tanto, darle las instrucciones pertinentes al fin de evitar cualquier complicación que incida sobre su estado de salud. Resulta obvio que la información que demos al paciente deberá adaptarse siempre al nivel sociocultural tanto en su contenido como en su forma. Una buena comprensión del fundamento de la terapia facilitará la colaboración del paciente enor-

memente.

Prevención de las Secuelas:

Las radiaciones ionizantes serán capaces de provocar diversos trastornos comunes a la práctica totalidad de pacientes a medida que la dosis absorbida va aumentando o, lo que es lo mismo, van sucediéndose las sesiones. Por ello se les darán unas normas higiénico-dietéticas para iniciarlas desde la primera sesión hasta la finalización del tratamiento. Para la cobertura de la piel de la zona a tratar así como para las pacientes mastectomizadas y para aquellos que irradiarán en la región abdominal se exponen en los siguientes cuadros.

Atención psicológica al paciente:

Cuando el paciente acude por primera vez para recibir la primera dosis se muestra, en términos generales, muy ansioso por desconocer la capacidad agresiva del tratamiento a lo que suman, por una parte, la certeza del diagnóstico y, por otra, la información subjetivizada que posiblemente le haya llegado de otros pacientes. Por esta razón, una comunicación adecuada con el enfermo así como un trato cordial nos permitirán tranquilizarle en gran medida; pasada la primera sesión y al comprobar la "inocuidad" del tratamiento (no siente dolor alguno) conseguiremos un estado emocional más estable. Indudablemente existen ciertos factores que debemos tener en cuenta para una mejor comunicación y que repercutirán en la mejor aceptación del tratamiento; de todos ellos, la EDAD resulta decisiva sobre todo en los casos más extremos

(niños y ancianos). Ciñéndose más concretamente al caso de los niños que acuden a tratamiento tengamos presente que es muy probable que hayan sido sometidos a intervención quirúrgica o tratados con citostáticos (técnicas agresivas que evidentemente condicionan su comportamiento) La forma de proceder en estos casos es diversa y va desde el tratarles cuando están somnolientos, pasando por inmovilizaciones y, en casos extremos, llegando a la administración de narcóticos e incluso a la anestesia cuando todas las medidas anteriores han fracasado. El narcótico comúnmente utilizado en el SVO. de Radioterapia de Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío es el Hidrato de Cloral administrándose en dosis de 50 mgrs/kg. de peso por vía oral con el que consigue inducir el sueño obteniéndose muy buenos resultados por su buena tolerancia y su ausencia de efectos secundarios. En muy raras ocasiones se procede a la inducción anestésica. Al margen de todo lo dicho hasta el momento no podemos olvidar la relación con los familiares, que en muchas ocasiones es más compleja, si cabe, que la establecida con el propio paciente; la razón es clara: el familiar vive muy de cerca la evolución del ser querido y busca una solu-



El campo a irradiar se identifica topográficamente con el tejido tumoral a tratar.

ción en cualquier terapia angustiándose cuando no aparecen los resultados deseados. Es comprensible que este factor unido al económico incidan en su comportamiento mostrándose irascibles sin causa aparente; en estos casos Enfermería deberá actuar desde un plano de ayuda y orientación a cualquier duda que planteen. Como decíamos en la introducción, el EMPATIZAR con el enfermo y familiares nos puede ayudar a



Las lesiones cutáneas se originan con mayor frecuencia en las zonas de pliegue que reciben radiación.

actuar de la forma más adecuada en cada caso.

ACTUACION DE ENFERMERIA DURANTE EL TRATAMIENTO:

A lo largo del desarrollo del tratamiento en sucesivas sesiones (fraccionamiento de la dosis absorbida) es posible que el paciente padezca ciertos efectos adversos pese a haber seguido las normas aconsejadas antes de iniciarlo. Estos efectos adversos responden a diversas circunstancias (radiosensibilidad de los tejidos irradiados, capacidad de regeneración celular de los mismos, estado general de paciente, comportamiento nutricional del mismo...) y, aunque se centrarán muy a menudo en las zonas tratadas, la repercusión será sistémica. Sin embargo y para una mejor comprensión lo abordaremos desde los conceptos de Efectos adversos LOCALES Y SISTEMATICOS.

Efectos adversos locales:

Centrándonos en las posibles regiones irradiadas vemos en los cuadros que siguen a continuación el efecto que ocasionan y la correspondiente actuación de Enfermería.

Efectos adversos sistémicos:

Todos los descritos en los cuadros ponen de manifiesto una repercusión sistémica en el paciente en dos alteraciones:

Alteración del estado nutricional. emocional. Con respecto al estado nutricional digamos que el paciente cae en un círculo vicioso del que difícilmente puede salir si no es concienciándole de la degradación en

CABEZA Y CUELLO

ZONA	EFFECTO	ACTUACION
Cuero cabelludo	Alopecia reversible	
S.N.C.	Edema e inflamación oclusión, necrosis.	Control de cefaleas. Control de respuesta a esteroides
Globo ocular	Irritación glándulas lagrimas conjuntivitis; cataratas.	
Cavidad oral	Xerostomia. Caries dental Mucositis. Pérdida de gusto. Disfagia.	Extremar asepsia. Enjuagues con agua y zumo de limón o agua bicarbonatada. Control de peso No alimentos fríos o calientes. No tabaco ni alcohol.

REGION TORACICA

ZONA	EFFECTO	ACTUACION
Región mamaria (Pulmón)	Neumonitis Fibrosis	Medidas higiénicas tendentes al ali- vio de la tos y disnea. Rehabilitación.
Región precordial (Corazón)	Pericarditis Miocarditis Fibrosis.	Control de posibles molestias toráci- cas.
Región esternal (Esófago)	Esofagitis Disfagia y odinofagia Fibrosis	Administración de antieméticos y antiácidos. Dietoterapia adecuada. Control de peso.

PIEL

ZONA	EFFECTO	ACTUACION
Tegumentos (Piel y anejos)	Radiodermatitis: 1ª fase: Eritema simple. 2ª fase: A: Radiodermatitis húmeda. B: Radiodermatitis seca 3ª fase: Telangiectasias. Necrosis profundas.	Hidratación y medidas gene- rales. Medidas generales en la radiodermatitis húmeda. Empleo de fármacos: Antisép- ticos, pomada estimulante de reepitelización.

SISTEMA INMUNE

ZONA	EFFECTO	ACTUACION
Sistema inmune (Médula osea)	Leucopenia Tromboцитopenia Anemia que aumenta con la qui- mioterapia.	Profilaxis de hemorragia e infecciones (Dietoterapia)

TEJIDO ESQUELETICO

ZONA	EFFECTO	ACTUACION
Tejido esquelético	En el niño pueden aparecer alte- raciones del crecimiento	Información a padres del problema potencial

la que está cayendo. La anorexia conduce paulatinamente a la astenia y este a la astenia y esta redonda en la primera. Enfermería aconsejará una dietoterapia adaptada a las condiciones de cada paciente intentando que la riqueza calorífica y el equilibrio de los componentes de la misma sean la tónica general. Por ejemplo:
Disfagia leve-moderada



En raras ocasiones es preciso someter al niño-paciente a anestesia por falta de colaboración.

Dieta hidrocarbonada con porcentaje significativo de proteínas. (Purés de verduras, papillas de cereales y frutas, postres lácteos y abundantes líquidos...)

Disfagia intensa

Dieta hipercalórica e hiperprotéica. (Leche, miel, huevo crudo en pequeñas cantidades y repetidas ocasiones. Zumos de fruta sino hay pirosis.) En casos extremos la necesidad de nutrición se hace perentoria pero es imposible vencer la obstinación del paciente lo que repercute en su estado emocio-

REGION ABDOMINAL

ZONA	EFEECTO	ACTUACION
Región epigástrica (Estómago)	Náuseas y vómitos Estenosis Ulceración y necrosis	Administración de antieméticos y antiácidos. Control de corticoterapia. Control de peso
Región periumbilical (Intestinos)	Diarrea y tenesmo rectal Estenosis y necrosis Síndrome de malabsorción.	Administración de antidiarreicos Dieta baja en fibra. Higiene perineal, perianal o periestomal; según el caso.
Región púbica (Vejiga)	Cistitis Fibrosis vesical	Incremento en la ingesta de líquidos ligeramente ácidos. Administración de antisépticos. Consejos higiénicos (Evitar retenciones voluntarias).
Región perineal (Aparato reproductor)	Varón: Oligospermia Esterilidad temporal Mujer: Esterilidad	Información sobre los efectos de la radiación



Instante del tratamiento mediante telecobaltoterapia Co60.

nal mostrándose depresivo, "sin

ganas de seguir viviendo" como afirman algunos. Con respecto al estado emocional.

Digamos que atraviesa varias fases desde el principio del Tto.

1. Etapa de temor ante el desconocimiento acerca del tto. qué me van a hacer.

2. Etapa de consentimiento a lo largo del tto. y donde se repite la pregunta ¿Me curará?

3. Etapa depresiva o de resignación en el caso de deterioro progresivo donde el paciente suele preguntar ¿Cuándo notaré mejoría?

4. Etapa efusiva o de agradecimiento en caso de mejoría. Para una correcta actuación en todo momento es preciso seguir las evoluciones, por tanto, de cada paciente de forma taxati-

va mediante la Hoja de Enfermería.

ACTUACION DE ENFERMERIA DESPUES DEL TRATAMIENTO:

La rehabilitación es el peso posterior al tratamiento radioterápico para algunos paciente, con concreto para las pacientes mastectomizadas así como para los laringectomizados.

Mastectomizadas:

Las mujeres intervenidas y radiadas, todo ello en un período de unos tres o cuatro meses, han visto mermada su capacidad de movimiento en el miembro superior del lado intervenido no sólo por la falta del tejido muscular resecado sino también por la inactividad durante la convalecencias. Si bien es cierto que durante el tratamiento radioterápico enseñamos unos ejercicios para la rehabilitación del miembro e insistimos en su práctica competente, por su mayor conocimiento al Fisioterapeuta esta función.

Laringectomizados:

Estos pacientes van merma- das sus posibilidades de comunicación lo que para algunos de ellos les acarrea problemas de adaptación al medio social. En estos casos es el Logopeda quien se encargará de dicha rehabilitación.

CONCLUSIONES:

A modo de resumen debemos tener en cuenta los siguientes puntos ante un tratamiento radioterápico:

El fin de la RADIOTERAPIA es inhibir la multiplicación celular atípica que engrosa la masa tumoral. A pesar de que EL PACIENTE NO SIENTE DOLOR ALGUNO DURANTE LA SESION estamos ante un tratamiento muy agresivo. El paciente, antes de comenzar el tto., piensa que sentirá dolor fundamentándose en la información errónea que le llega. (Es muy usual escuchar la expresión: "me van a dar corrientes") La desmitificación de la información deformada que arrastra el paciente será el paso previo de nuestra actuación para conseguir su confianza y colaboración.

Es fundamental, para evitar la aparición de efectos adversos secundarios al tratamiento la VALORACION del paciente desde el principio al fin por lo que la HOJA DE ENFERMERIA RESULTA IMPRESCINDIBLE.

BIBLIOGRAFIA

- Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Editorial Interamericana. Vol. 1 Brunner-Suddarth.
Enfermería Médico-Quirúrgica. Editorial Interamericana. Vol. IX Long-Philips
Medicina Interna. Editorial Doyna. Vol. 1
Física e Instrumentaciones médicas. Universidad de Sevilla. Vol II Zaragoza-Gómez Palacios

GRANDES DE ENFERMERIA

JUANA INES DE ASBAJE

AUTOR:

Gregorio Martínez Moran. (D.E. Hospital Virgen Macarena).

*Poner riquezas en mi entendimiento
Que no mi entendimiento en las riquezas.*

Sor Juana Inés de la Cruz.

Teágenes de Regio en el siglo VI a. J.C. cuando palpitaba el problema del arjé (origen), sugiere que los textos significan siempre bastante más de lo que dicen; sin embargo, la exi-

gencia universal del siglo XX en la búsqueda de la noción de sociedad civil le añade a manera de los gentiles: aún de la ingenuidad del espíritu y del circunstancial no entender.

Con o sin interpretación alegórica y fuera del etnocentrismo, los distintos cambios del cariz historiográfico, en la cuasi fluctuante evolución enfermera subyacen en lenta



G. MARTINEZ
MORAN

maduración entre nostalgias, anhelos y quejas, debido a la síntesis arrebatadora del sentido de la responsabilidad social hacia la necesidad del cuidado de la comunidad natural, ejercido por personas de apreciación múltiple o de clave parcial,

ideales ilustrados y los valores éticos.

Estando avanzada la segunda expansión colonizadores, de emigración familiar en brusca detención, comenzada en 1546 al descubrirse las minas de cuarzo argentífero en Zacate-

dos, desgaste, formas de silencio repostería, cantos, danzas, cabalgata, latines y alfas castellanas. Con siete años de edad, sabiendo leer y escribir (iniciada a los tres años) solicita "estudiar las ciencias" en escuelas y Universidad de México (funda-



mediante servicio místico colectivo o individualizado, tantas veces anónimo, y contrata a jornal según coste de oportunidad; ambas prestaciones, coexistiendo de manera simultánea son notables en momentos violentos y desvergonzados por la inusitada adherencia común a los

cas, por la búsqueda de las Siete Ciudades de Oro, Juana Inés nace el año 1651 entre sábanas de limpio holán en una alquería de la aldea de San Miguel de Nepantla, territorio Amecameca, siendo su niñez allegada a imágenes perceptuales de furia, raíces, adamasca-

da el veintiuno de septiembre de 1551, primera en el continente americano), después, se traslada con su familia a la ciudad de México y "deprende" gramática y oye teología. En la pronta adolescencia, gracias a su fecunda espontaneidad ofrece creatividad luminosa y belle-

za espléndida en mostrada suficiencia y sin actitud envanecida con su propia precocidad para disfrutar de fama, beneplácito y licencia en la corte virreinal de Nueva España del marqués de Macera: Antonio Sebastián de Toledo.

Por cuestiones relativas de seguridad, conjetura y moral de juventud ingresa ceremoniosamente el día catorce de agosto de 1667 en la contemplación del Carmelo, saliendo un dieciocho de noviembre por motivos de enfermedad. En 1669 debido al principio vivificante de la fe y el reto de la elaboración, profesa en el claustro de San Jerónimo, bajo el nombre de Sor Juana Inés de la Cruz tras superar los muchos inconvenientes de su vasta instrucción, ocupando oficio de contadora, archivera y también, enfermera al saber materia química, acaso del novedoso "gas silvestre" (anhídrido carbónico obtenido en 1640 por Juan Baptist Van Helmont), botánica, circulación de la sangre, arqueísmo, humores, sueño, unturas, embrocaciones, sangrías, perrillos, cataplasmas, baños, sahumerios y demás remedios puestos siempre generosamente a disposición de arrepentidas greñudas y enfangada, expósitos calatos y alicaídos y, pordioseros desharrapa-

dos y macilentos.

Exenta del hedonismo burgués, graduando el bondadoso socorro, guisando comida limosnera y cuidando lo individual de la enfermedad en fatal "fiebre epidémica" que azotó la ciudad de México, por entonces la Atenas del Nuevo Mundo, fallece contagiada Sor Juana Inés de la Cruz el año 1695. Las campanas de iglesias y conventos doblan anunciando el tránsito de irrepetible mujer: "la Décima Musa", fruto de una actividad de consagración sin eufemismo y una dimensión trilogista: ascetismo, enfermería y arte poética desde el rigor de la celda, lejos del teatro tráfago costumbrista, acompañada de una biblioteca propia de cuatro mil volúmenes (vendida en 1691 junto a instrumentos científicos y musicales para beneficios de pobres) y virando el joven afán literario hacia la reflexión, el análisis y la ciencia, asimismo, influida por la lírica amplia y profunda de Horacio (definido por Hugo de Trimberg "prudens et discretus") se erige sin efectistas golpes de talento, a base de humanismo, culteranismo y conceptismo en vanguardia espiritual y figura señera del barroco hispanoamericano en período restrictivo y convencional con una nueva actitud cartesiana, didáctica y

libre en un numen vertido en villancicos, comedias de capa y espada, sainetes, prosa, métrica, drama, coplas y autosacramentales que testimonian cuarenta y cinco obras enriquecedoras del lenguaje literario, por ello, destacan: Santo Rosario, Tratado técnico de música, Respuesta a Sor Filotea de la Cruz, El Divino Narciso, Los empeños de una casa, la Purísima, Neptuno Alegórico, la protesta, Inundación castálida, Amor es más laberinto, San Hermenegildo, el Centro de José, Primero sueño, etc.

BIBLIOGRAFIA

Newman, J. H. : La fe y la razón. Madrid, Ediciones Encuentro, 1993.

Larousse, Gran Enciclopedia, vol. III, Barcelona, Editorial Planeta, S.A., 1977

Fernández del Castillo, Francisco: Historia de la Medicina, Sor Juana Inés de la Cruz y la medicina de su tiempo. México D.F., Revista el Médico, 1956

Frank, Sister Charles Marie y Elizondo, Sor Teresa: Desarrollo histórico de la Enfermería, México, D.F., Ediciones científicas la Prensa Médica Mexicana, S.A. 1981. Bouillaud, J.: Ensayo sobre la filosofía médica, y sobre las generalidades de la clínica médica. Madrid, Imprenta de la viuda de Jordán e hijos, 1841.

González Porto - Bompiani: Diccionario Bompiani de autores literarios, vol. III. Barcelona, Editorial Planeta - De Agostini, S.A., 1988.

NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS

EDICIONES DIAZ DE SANTOS, S.A.

C./ JUAN BRAVO, 3º A 28006 MADRID

TELF.: (91) 431 29 82 FAX: (91) 575 55 63



GESTION ESTRATEGICA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

- JAIME VARO
- 594 PAGINAS
- P.V.P. 4.950

La preocupación por la calidad de la atención médica es tradicional entre los profesionales del sector; sin embargo, garantizar la calidad de la asistencia sanitaria es un concepto todavía novedoso y confuso para la mayoría de los profesionales de la salud.

Este libro pone de manifiesto, de forma didáctica, los principios de la gestión estratégica de la calidad y establece una diferenciación nítida entre los fundamentos generales de la calidad y la gestión de la misma, su planificación, control y mejora.

El trabajo ordenado del autor consigue, en esencia, el fin último de su justificación, proponer un marco conceptual que permite aplicar la gestión estratégica de la calidad en los centros sanitarios.

Joaquín Colomer Sala
Conseller de Sanitat i Consum
Generalitat Valenciana

Las Sociedades que progresan están destinadas a mejorar, cambiando lo que hacen, cada vez en menor tiempo. Cambiar a mejor los productos, las estrategias y los métodos.

Y este proceso de incorporación de valor añadido a los resultados de la actuación humana, la calidad, junto a la innovación y formación, es un factor muy importante. tal es así, que la cultura del culto a la calidad es un rasgo típico de las organizaciones modernas.

Pero incorporar la calidad no es una cuestión inocente. La calidad es un concepto integral que requiere para el éxito de su aplicación y desarrollo, partir, al menos, de los siguiente: una Sociedad con capacidad para reconocer la calidad necesaria, para exigirla, para democratizarla y, finalmente, una Sociedad con capacidad para garantizar la calidad, a través de la formación de los medios instrumentales e institucionales adecuados.

Resulta estimulante que el Dr. Varo ha incorporado al valor añadido de nuestra Sociedad un libro, precisamente, sobre la gestión estratégica de la calidad de lo más importante de la condición humana: la salud y, en concreto, acerca de la gestión

de la calidad en los sistemas sanitarios. Sólo por esta razón resultaría estimulante, pero además, es un gran libro.

Un libro que nos enorgullece a todos.
Justo Nieto Nieto Rector de la
Universidad Politécnica de Valencia.



NUEVAS PERSPECTIVAS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

- J. M. ARANDA REGULES
- 402 PAGINAS
- P.V.P. 3.735

Este libro está escrito pensando en el proceso de cambio que los servicios de Atención Primaria necesitan para convertirse en un instrumento que mejore el nivel de salud de las personas y su satisfacción con ellos.

El análisis del cambio de una estructura social, su contexto, los factores que lo condicionan y las formas como puede dirigirse es el enfoque que prima en esta obra.

¿Centro de Salud o ambulatorios de lujo? ¿Cómo se transforma una institución destinada a atender la primera solicitud de atención médica en un centro de salud? ¿Cuáles son los elementos definitorios del nuevo modelo? ¿Es viable este cambio en la actual coyuntura económica y social?

Uno de los protagonistas claves de esta transformación son los propios profesionales que trabajan en el centro. Esta es la razón por la que este libro va dirigido a ellos. Estamos hablando de la relación médico/paciente, de cómo distribuir y dedicar la jornada de trabajo diario, de qué problemas considerar prioritarios, de la relación entre compañeros, de cómo establecer vínculos con otras instituciones, grupos y personas del barrio, de cómo ganar el suficiente apoyo político y social para que la Reforma se extienda al 100% de la población. Si estos problemas no los abordan y resuelven los que trabajan dentro del Centro de Salud no lo hará nadie. Todo lo más que se puede pedir a la Administración es que cree el espacio favorable el soporte para que los cambios puedan realizarse sin altos costes personales.

Este libro pretende ser una ayuda para ellos. Han pasado más de diez años desde la creación de la especialidad de Medicina Familiar, primer paso del cambio.

Hay centros de salud que llevan ocho años de funcionamiento. Consideramos que

es hora de iniciar una evaluación crítica de nuestro trabajo a la luz de la realidad que vivimos.

Los autores



MANUAL DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN ENDOCRINOLOGIA

- FEDERICO J.C./
SORIGUER ESCOFET
- 206 PAGINAS
- P.V.P. 2.575

En éste, un manual eminentemente práctico que pretende ocupar un lugar encima de la mesa de la Consulta de Pruebas Funcionales o en el bolsillo de la bata de quienes tienen que enfrentarse al diagnóstico diferencial de las enfermedades de las que se ocupa la Endocrinología.

Es la Endocrinología la especialidad de las pruebas funcionales por antonomasia. Desgraciadamente la complejidad y provisionalidad del conocimiento en Endocrinología trasciende también al campo de las pruebas diagnosticas, muchas de las cuales son realizadas más con intención de conocer los mecanismos de la enfermedad (fisiopatología) que propiamente identificar una enfermedad.

la tradición clínica aconsejaba no pedir una prueba diagnóstica que no se supiera interpretar. La moderna investigación clínica ha demostrado suficientemente los riesgos de solicitar pruebas cuyo poder diagnóstico se desconoce. Es pues de gran importancia, en la medida que sea posible, que los clínicos conozcan los límites de cada proceso de intervención terapéutica, por el conocimiento de su eficacia, efectividad y eficiencia.

Este manual presenta de manera casi tabular las pruebas diagnosticas (excepto las morfológicas) más usuales en la clínica endocrinológica, eludiendo cualquier interpretación fisiopatológica. Cuando ha sido posible se ha recogido la información sobre los valores predictivos de la prueba. Al final de cada capítulo unas páginas en blanco incitan al usuario a actualizar o completar cada capítulo, según la experiencia e información de cada clínico. El Manual pretende sobre todo facilitar el trabajo de aquellos clínicos y de aquellos servicios que aún no hayan elaborado su propio manual de operaciones de pruebas funcionales en Endocrinología.



**Ilustre Colegio Oficial
de Enfermería**



CAUDAL
SEGUROS
GRUPO ZURICH

SEGURO DE AUTOMOVILES



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

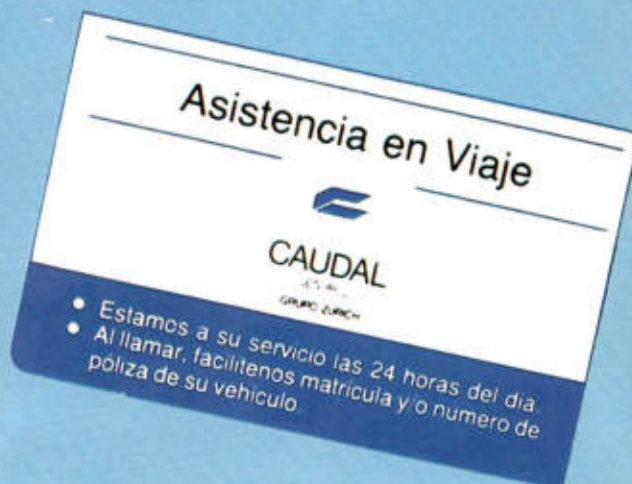
Se tiene derecho con ella:

Desde el Km. 0

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

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

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



PRECIOS MUY ESPECIALES PARA LOS COLEGIADOS DE SEVILLA

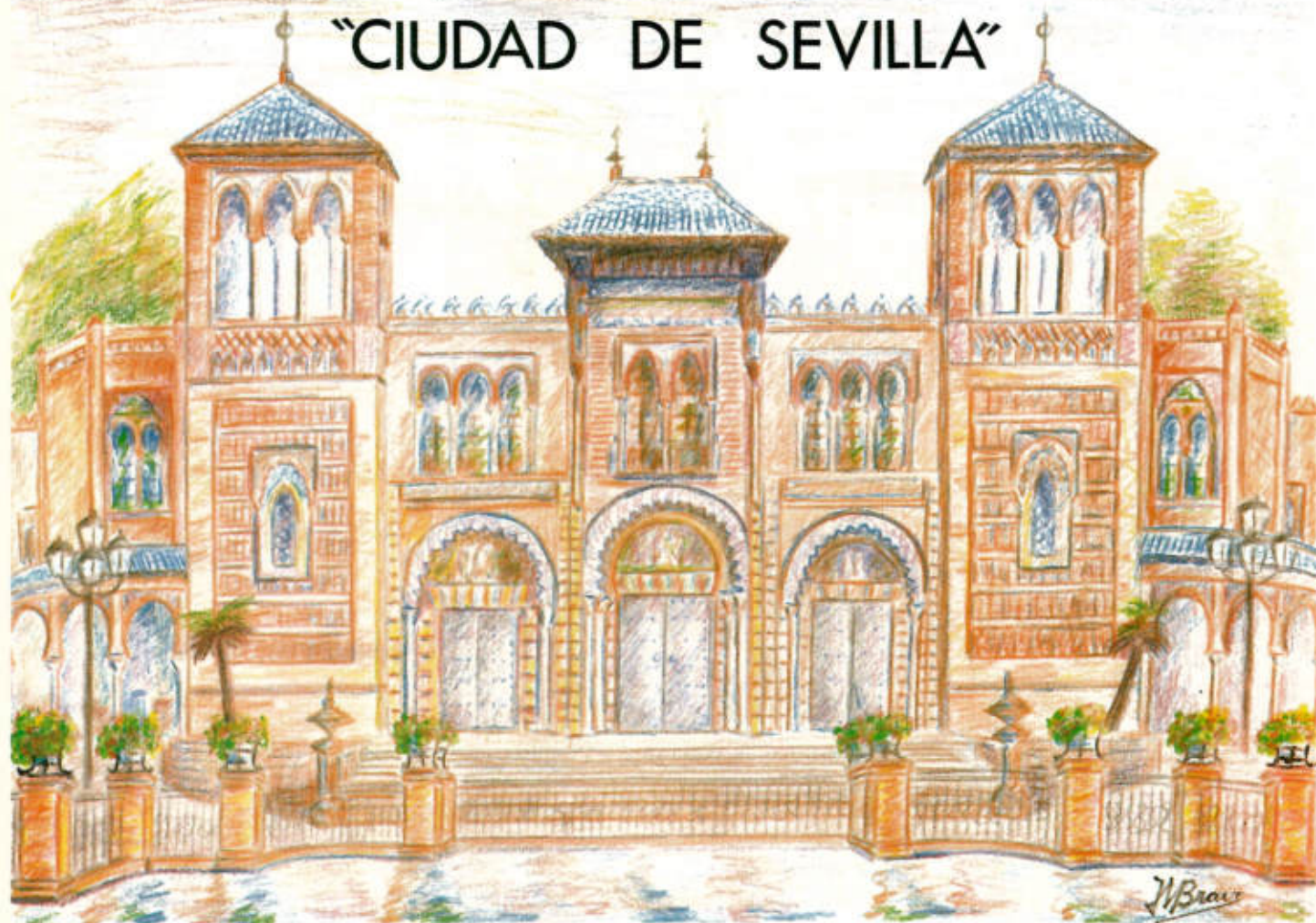
**«CAUDAL» MANTIENE LAS BONIFICACIONES QUE SE TENGAN
CON OTRA COMPAÑÍA**

**SEGURO ESTE DONDE ESTE Y DURANTE LAS 24 HORAS DEL 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

10º CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA

"CIUDAD DE SEVILLA"



PREMIOS

PRIMERO: 600.000 PESETAS

SEGUNDO: 300.000 PESETAS

TERCERO: 200.000 PESETAS

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

B A S E S

- 1.ª **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2.ª **OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3.ª **DOTACIÓN:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, de TRESCIENTAS MIL (300.000) para el premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4.ª **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentarán por duplicado ejemplar, en tamaño DIN A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, y encuadrados; incluirán en separata un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
- 5.ª **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6.ª **JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien él delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del jurado serán Diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- 7.ª **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable.
- 8.ª **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos que opten al premio serán remitidos por correo certificado, con acuse de recibo, al Colegio de Enfermería, apartado de Correos n.º 3.027. 41080 SEVILLA. Deberá indicar en el sobre únicamente: para el "10º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla". No llevará remite, ni datos de identificación del autor, o lugar de trabajo, ni agradecimientos, ya que el incumplimiento de estas bases dará lugar a la exclusión del trabajo. Los trabajos serán firmados con seudónimo y acompañarán sobre cerrado con la misma identificación en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección completa, lugar de trabajo, si lo hubiese; certificado de colegiación reciente y "currículum vitae" que se abrirá tras las concesiones de los premios.
- 9.ª **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "10º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 10.ª **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación previa de las presentes Bases.
- 11.ª **TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de Octubre de 1994.
Los Premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.
El fallo del jurado se hará público el día 15 de diciembre de 1994.



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERIA
DE SEVILLA

Premios 1993:

- 1.º D. Santiago García Torres (Huelva)
- 2.º Dª Nuria Martí Guadaño (Barcelona)
- 3.º Desierto

**BANCO
POPULAR
ESPAÑOL**

