



# HYGIA

Revista Científica del Colegio  
de Enfermería de Sevilla

Nº. 28

AÑO VIII

- 
- Prevención de accidentes en la infancia desde el ámbito comunitario.
  - Procesos de atención en enfermería en pacientes con colostomía.
  - Citas con nuestra historia.
  - Necesidad del informe de alta hospitalaria de enfermería en el Hospital Universitario Virgen del Rocío.
  - Ampliación cobertura programa de vacunación infantil en Z.B. Marchena.
  - Enfermería ante la administración de surfactante en R.N. con distress respiratorio.

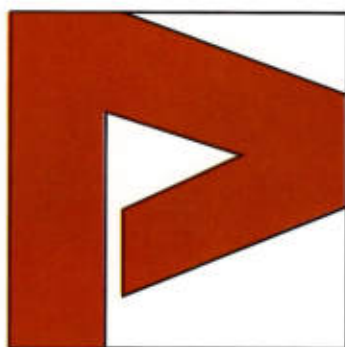
# EL BANCO POPULAR DESDE AHORA CON LA ENFERMERIA SEVILLANA

**Instalado desde julio de 1993 en la propia sede colegial extiende sus ofertas a todas las sucursales y Banco de Andalucía en Sevilla y provincia**

Esta entidad mantiene colaboración con la Enfermería de todas y cada una de las provincias españolas.

Pues bien: con unas condiciones más favorables de las que disfrutaba hasta ahora nuestro Colegio Provincial, el profesional ATS/DE sevillano tiene a su disposición el Banco Popular Español no sólo en la oficina instalada en nuestra Casa sino en todos los pueblos de la provincia y sucursales de la capital, tanto del Banco Popular como del Banco de Andalucía, perteneciente al mismo Grupo.

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



**BANCO  
POPULAR  
ESPAÑOL**



**BANCO DE  
ANDALUCIA**

**Créditos a interés  
preferente**



**Créditos para cursos  
de formación**



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



**Tarjeta Visa  
organización  
colegial Enfermería**



**Seguros y planes de  
pensiones**

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

## ENFERMERIA DEBE REACCIONAR

Corría el año 1977 y el Gobierno de entonces se planteó algo tan sencillo como, a la postre, difícil de alcanzar: meter la profesión de Enfermería en el ámbito de Formación Profesional (F.P.). Corre 1994 y el Gobierno de ahora pretende algo que está por ver: potenciar los nuevos títulos de F.P. para atacar a la profesión de Enfermería. ¿Ayer como hoy? Ojalá.

Esta podía ser, de forma resumida, la historia según sucede. Y conviene tenerla muy presente, principalmente para aquellos profesionales jóvenes, que en 1977 estaban literalmente entre pañales o casi, al objeto de que conozcan la verdad, y en toda su extensión, lo que tuvo que suceder para que las actuales Escuelas tengan el añadido de "Universitarias".

Sucedió que, en el lejano 77, ante las maniobras de la Administración, toda la Enfermería —pero TODA— se movilizó como un sólo hombre/mujer y los intentos gubernamentales no sólo no lograron sus propósitos sino que Enfermería, en lugar de caer en la F.P., acabó relanzándose a las aulas de la Universidad. Y pasó que la movilización se escribió en forma de protestas, paros, asambleas... buscan el mejor horizonte para el colectivo. Justo el que ahora disfrutamos. ¿Disfrutamos?

Porque estamos en el 94 y diecisiete años después, otra vez la amenaza. Han pasado apenas unas semanas desde que el Ministerio de Educación reconociera su torpeza en el asunto de las horas lectivas de la carrera para que se intente la misma jugada pero al revés, pretendiendo aupar a los técnicos de F.P. a la altura de la Enfermería en cuanto a funciones y competencias. Entonces, como ahora, se imponía reaccionar. Sensibilizarse ante la gravedad. En esta textura no valen posturas cómodas o pasotismos. Que los más jóvenes reconozcan que, gracias a las protestas de 1977, ahora son Diplomados Universitarios.

Porque la amenaza duerme en el cajón del Ministro Suárez Pertierra en forma de ¡doce! nuevas titulaciones en F.P., que, de triunfar, acabarán no sólo con gran parte del empleo de la Enfermería sino con la profesión misma. Frente a los puristas que veían —antes y ahora— una Enfermería limitada, la Organización colegial entendió —y entiende— que Enfermería es un ente complejo, con distintas especialidades y disciplinas, precisamente donde radica su grandeza.

Por lo mismo, cuando el Ministerio de Educación pretende desgajar la realidad de nuestra profesión, urgen posturas firmes y globales. No se puede consentir que aparezcan "técnicos en Enfermería" con misión de prestar cuidados al ciudadano porque eso presupone que alguien sobra en el espectro sanitario. ¿Quién?: El del salario más elevado: Enfermería.

Somos un colectivo de miles de personas que viene desde muy atrás, cien años de antigüedad nos avalan. Poco hay que demostrar a estas alturas acerca de la importancia y labor de la Enfermería en España. Ahora bien, lo que sí hay que demostrar es que no nos pueden quitar nuestro sitio. Y lo que pretenden con los técnicos de F.P. Para ese viaje no hubieran hecho falta tantas alforjas en forma de Universidad, selectividad, notas, luchas por el puesto, formación permanente, entrega, servicio, dedicación... Si el Gobierno quiere reducir costes pagando a menor precio mano de obra más barata, que le explique al ciudadano que los profesionales que prestan cuidados para la Salud van a estar menos preparados y colisionando con otro estamento. A nosotros que no nos cuenten más historias. Por tanto, Enfermería debe reaccionar.

### EDITA:

Ilte. Colegio de Enfermería de Sevilla

### DIRECTOR

José M<sup>a</sup> Rueda Segura

### SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

### DIRECCION TECNICA

Miguel Angel Alcántara González

### JEFE DE REDACCION

Vicente Villa García-Noblejas

### CONSEJO DE REDACCION

Carmelo Gallardo Moraleda

Juan Vicente Romero Lluch

M<sup>a</sup> Dolores Ruiz Fernández

Amelia Lerma Soriano

Antonio Hernández Díaz

Alejandro A. García Nieto

Alfonso Alvarez González

M<sup>a</sup> Carmen Fernández Zamudio

Hipólito Gallardo Reyes

### PRODUCE:

J.B & Asociados (Málaga)

Tirada: 8.500 ejemplares

D.L.: SE-470-1987

# SUMARIO

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| EDITORIAL .....                                                                                                 | 3  |
| SUMARIO .....                                                                                                   | 4  |
| PREVENCION DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA DESDE EL AMBITO<br>COMUNITARIO .....                                    | 5  |
| PROCESOS DE ATENCION EN ENFERMERIA EN PACIENTES CON<br>COLOSTOMIA .....                                         | 8  |
| CITAS CON NUESTRA HISTORIA .....                                                                                | 14 |
| NECESIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DE ENFERMERIA<br>EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO ..... | 20 |
| AMPLIACION COBERTURA PROGRAMA DE VACUNACION INFANTIL EN<br>Z.B. MARCHENA .....                                  | 23 |
| ENFERMERIA ANTE LA ADMINISTRACION DE SURFACTANTE EN EL R.N.<br>CON DISTRESS RESPIRATORIO .....                  | 28 |
| CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA Nº 29 .....                                                                          | 33 |
| NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS .....                                                                                  | 34 |



**Autor:** M<sup>º</sup> Robledo Granés Alvarez.  
**Título:** Ecos de un pasado.

*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.*

Juan Agustín Morón Marchena (ATS)

Marta Hernández Pozas (ATS)

Enrique Márquez Crespo (Pedagogo)

Delegación de Salud, Ayto. Dos Hermanas

COMUNITARIA

# PREVENCION DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA DESDE EL ÁMBITO COMUNITARIO

**E**n el número 26 de la Revista HYGIA señalamos que la Educación se presenta como uno de los aspectos fundamentales en el concepto actual de «salud». Y cualquier programa de Educación para la Salud debe considerarse desde un punto de vista socio-pedagógico, con la participación de toda la comunidad, dentro del ámbito social y comunitario. Uno de los contenidos de la Educación para la Salud es la Prevención de Accidentes en la Infancia, debido a las consecuencias y secuelas —cuantitativas y cualitativas— que éstos suponen hoy en día. Son numerosos los proyectos y programas que sobre esta temática se han desarrollado. En este sentido, y a modo de ejemplo, vamos a exponer una experiencia que se lleva a cabo en la ciudad de Dos Hermanas (Sevilla).

La Delegación de Salud del Ayuntamiento de Dos Hermanas ha puesto en marcha el pasado año el Programa de Prevención de Accidentes en la Infancia de tipo socioeducativo, con un equipo de profesionales multidisciplinar (sanitarios, médicos, pedagogos...) que se basa en un concepto de partida: los accidentes infantiles pueden ser prevenidos, y por tanto, evitados. No son fruto del azar, sino de otras causas y factores de índole personal y socio-ambiental.

Los **objetivos** marcados por este Programa son, resumidamente:

- Dar a conocer la importancia de los accidentes, causas, tipos y medidas de seguridad y prevención.
- Proporcionar información, materiales y recursos para la prevención.
- Detectar posibles factores de riesgo.
- Conseguir mayor responsabilidad, capacitación, prudencia... en la prevención de accidentes.

Así se han realizado una serie de **actividades**, entre las que podemos destacar:

- La primera tarea fue revisar datos e informaciones sobre accidentes infantiles y realizar un estudio de la legislación vigente al respecto (como los datos estadísticos expuestos en el número anterior).
- Se recopilaron datos específicos de Dos Hermanas en cuanto a censo y demografía, índice de mortalidad... además de una ficha para los centros sanitarios (Ambulatorio y Hospital) para los niños de 0 a 15 años que acudían a los Servicios de Ingreso o Urgencia por causa de algún accidente (ver Anexo 1). Aún se están tomando muestras, pero podemos adelantar algunos datos interesantes.

En el Servicio de Urgencias del Ambulatorio Santa Ana, se estudió el período entre el 14 de Enero y el 24 de Febrero de 1993 (42 días). El número total de pacientes atendidos por todas las causas fue de 1.650 pacientes. De esta cantidad, 95 fueron algún joven entre 0-15 años debido a algún accidente (una media de 2,5 por día). Es decir, el 5% de los que visitaron Urgencias se debió a algún accidente infantil. La cifra de

pacientes atendidos en Urgencias es muy numerosa, debido a una serie de circunstancias sociosanitarias que masifican estos servicios, y el 5% parece una cifra pequeña, pero otros muchos casos derivan directamente a los Hospitales o no requieren asistencia médica.

Otros datos obtenidos fueron:

## 1. Causas:

|                                |       |
|--------------------------------|-------|
| Caída al mismo nivel.....      | 34,7% |
| Caída a distinto nivel .....   | 20,0% |
| Herida por objeto cortante.... | 12,6% |
| Quemaduras.....                | 6,3%  |
| Tráfico .....                  | 4,2%  |
| Intoxicaciones .....           | 2,1%  |
| Animales .....                 | 3,1%  |
| Otros o no especificados ..... | 16,8% |



## 2. Lugar donde ocurrió:

|              |       |
|--------------|-------|
| Calle .....  | 49,5% |
| Casa .....   | 43,1% |
| Colegio..... | 7,4%  |



## 3. Derivaciones a Hospital: ..20,0%

Los datos del Hospital de Valme en este tiempo fueron escasos en número (a veces derivan directamente al Servicio de Urgencias o Departamento de Traumatología del Hospital General de Sevilla) pero de especial importancia.

c) Otra actividad ha sido pasar una encuesta a los escolares para tomar datos e información sobre los conocimientos y posibles comportamientos peligrosos. Se pasó en diversos colegios públicos de Dos Hermanas, a una muestra aleatoria de alumnos de 3º y 5º de EGB (ver Anexo 2). Hay que destacar que el 82% de los encuestados cree que es conveniente guardar en casa muchos medicamentos para cuando se enferme (ítem nº6), una de las causas motivo de accidentes. Un 48% señala que los niños menores de 10 años son los que tienen más accidentes (ítem nº2). Esto demuestra que no son conscientes de que son las víctimas principales. Un 43% indica que no es peligroso jugar a los encapuchados con bol-

las de plástico (ítem nº8) y el 70% que los padres le dejan montar solos en el ascensor (ítem nº9), otros factores de riesgo.

Después se hizo una nueva encuesta (Anexo 3), más elaborada, para evaluar la efectividad de las actividades que se iban a realizar en diversos Colegios Públicos (que posteriormente veremos). Se comprobó que existían carencias importantes en los alumnos cuando se pasó el protocolo antes de poner en marcha el Programa. Los ítems que plantearon más dificultad en 8º de EGB fueron los nº 1, 11, 12 y 17. En 6º de EGB, fallaron a menudo en las preguntas nº 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 24, cometieron también errores en las nº 1, 5, 13, 15, 19 y 23.

- d) Campaña informativa en los medios de comunicación locales (televisión, radio y medios escritos) con artículos, entrevistas, debates...La Delegación colabora activamente en la producción y realización de los programas Educatu Salud (Televisión Nazarena) y Semanario de Salud (Radio Realidad), contactando con los invitados, realizando el guión, haciendo debates, entrevistas...
- c) Actividades en centros educativos o asistenciales (colegios...), estudiando los edificios y su entorno, con los factores de riesgos, localización de instrumentos de prevención -extintores, etc.-, directorio y teléfonos de interés...Con los niños se hacen actividades de tipo informativo (charlas, dramatizaciones o proyección de videos). A los educadores o profesores se le ofrecen programaciones con múltiples posibilidades y activi-

dades. Cruz Roja, Protección Civil, Policía Local y Bomberos colaboran con charlas, demostraciones, apoyo de videos y diapositivas...a niños y padres. A los centros de EGB se le ofrece colaboración para formar un Seminario de Seguridad y Autoprotección, con cursillos de, Primeros Auxilios, Socorrismo, Educación Vial y Obtención del Permiso de Conducción de Ciclomotores. La encuesta anterior demostró que estas actividades habían ayudado en los conocimientos y comportamientos de los niños.

- e) Esta actividad también se han ofertado a otros centros estrictamente educativos, como aquellos de tipo cultural y/o asociaciones de vecinos que se han mostrado interesados.
- f) Confección y elaboración de materiales y recursos didácticos propios, como Cuadernillos de Trabajo para los alumnos de Preescolar, Ciclo Inicial y Ciclo Medio de EGB.
- g) Concurso escolar de Dibujos para elegir el cartel anunciador del Programa y confeccionar unos murales explicativos. Se seleccionó una mascota para la Campaña. Este año se está realizando dos concursos: Cuentos y Narraciones Breves y Topografía, dirigidos especialmente a la población escolar, pero abierto a cualquier participante.
- h) Banco de recursos y materiales relacionados con esta temática: artículos, revistas, libros, hemeroteca, videos, películas, diapositivas... disponibles para cual-

quier persona o colectivo interesado.

- i) Edición de un libro describiendo el Programa y de folletos explicativos sobre la prevención de los accidentes infantiles, además de realizar un vídeo.
- j) Difusión a la comunidad científica del Programa en publicaciones, asistencia a Jornadas, Congresos, etc.
- k) Exposición abierta al público con vistas concertadas de centros educativos. Se expondrán materiales y vehículos relacionados con la prevención de accidentes (con participación de los cuerpos y grupos mencionados anteriormente), fotografías, carteles... con una serie de actividades paralelas complementarias (conferencias y mesas redondas).

Para el próximo curso está prevista la continuidad del Programa, destacando la difusión y ampliación del mismo, la realización de una encuesta dirigida a la población en general sobre la prevención de acciden-



tes, ayuda a los docentes en temas de Educación para la Salud, aumentar el banco de recursos y materiales... Por otro lado se está planificando un Congreso o Jornadas de Intercambios de Experiencias sobre Educación para la Salud, que de momento sólo es un proyecto.

Comentar por último una serie de factores que consideramos de inte-

res resaltarlos por cuanto han facilitado el desarrollo de estas actividades. Destacar así la importancia de un equipo multidisciplinar, con teóricos y técnicos del ámbito sanitario y del campo educativo.

La participación de todos los estamentos, padres, profesionales, jóvenes... es imprescindible si queremos abarcar toda la población. Todo programa de Educación para la Salud, desde una perspectiva comunitaria, tiene que estar implicada toda la sociedad en su conjunto. No obstante, las actividades han sido dirigidas y diseñadas especialmente para el ámbito escolar. Más que nunca, prevenir —informar y formar— es el objetivo primordial.

También hay que destacar la iniciativa y fomento de este programa por parte del Ayuntamiento de Dos Hermanas, que ha dotado de los recursos humanos y materiales necesarios para poder realizar y desarrollar el mismo, lo cual ha garantizado el éxito inicial. ■

## BIBLIOGRAFIA

Enumeramos en este apartado algunas publicaciones que tratan sobre el Programa de Prevención de Accidentes en la Infancia de la Delegación de Salud del Ayuntamiento de Dos Hermanas. En cuanto a Bibliografía específica sobre los accidentes infantiles, ver la incluida en el artículo de estos mismos autores citado anteriormente. (HYGIA nº 26, p. 35).

CONDE HUELVA, A.N.: «Programa para la Prevención de Accidentes Infantiles». Sevilla 2000, nº 16, 1994, pp. 45-48.

MARQUEZ CRESPO, E.: MORON MARCHENA, S.A. y HERNANDEZ POZAS, M.: Educación para la Salud en la Prevención de Accidentes en la Infancia». *HYGIA*, nº 26, 1993, pp. 34-35.

MORON MARCHENA, J.A.: «Accidentes infantiles: Estudio sociopedagógico en la ciudad de Dos Hermanas». Comunicación presentada al I Congreso Mundial de Educación Infantil, Granada, 1992.

— «Estudio... o cómo prevenir los accidentes infantiles. Un estudio socio-pedagógico». *Revista de Feria*, 1993, pp. 134-135.

— «Educación en el ámbito social. La prevención de accidentes infantiles». Almutacén, nº47, 1993, pp. 24-25

MORON MARCHENA, J.A.: VAZQUEZ FONCUBERTA, A. Y VAZQUEZ FONCUBERTA, J.: «Prevención de Accidentes en la Infancia desde el marco educativo». Ayuntamiento de Dos Hermanas, Sevilla, 1993.

— "La Educación para la Salud en el ámbito comunitario: Programa 'Prevención de Accidentes en la Infancia'". Comunicación presentada en III Congreso de la Red Andaluza de Ciudades Saludables. Huelva, 1993

# PROCESOS DE ATENCIÓN EN ENFERMERIA EN PACIENTES CON COLOSTOMIA

AUTORES:

Mónica Ortega Cáceres

Ana María Valentín Macarro

La "ostomía" en general consiste en la apertura de la luz visceral de los órganos huecos al exterior o en anastomosis a otro órgano hueco<sup>1</sup>.

Cuando se realiza una resección de segmentos enfermos en colon y se crea un estoma o abertura quirúrgica en la cara exterior de la pared abdominal para permitir la eliminación de las heces, es cuando se denomina colostomía<sup>2</sup>.

Las derivaciones de la corriente fecal pueden realizarse debido a estados patológicos (colitis ulcerosas, obstrucción en el intestino grueso, cáncer colon-rectal,...) o a traumatismos<sup>3</sup>.

## Pautas de Valoración

### Patrón de percepción y mantenimiento de la salud:

- El enfermo siente ansiedad y temor porque no conoce los cuidados del estoma<sup>4</sup>.
- El paciente se queja de malestar general y cansancio.
- El enfermo refiere pérdida de peso desde la intervención.
- El enfermo presenta irritación cutánea en la zona periestomal.

### Patrón nutricional-metabólico:

- Indica el enfermo falta de apetito o desgana a la hora de comer.
- El paciente presenta una pérdida de fluidos por la colostomía<sup>5</sup>.

- El enfermo reconoce la relación entre algunos alimentos y el excesivo olor o gases que le producen y se niega a tomarlos<sup>6</sup>.

### Patrón de eliminación:

- El enfermo se queja de una excesiva flatulencia que además no puede controlar<sup>7</sup>.
- Presenta un número de deposiciones variable, de dos a seis veces al día, normalmente tras la primera ingesta del día<sup>8</sup>.
- Los gases en el colon agravan la distensión abdominal, provocando dolor<sup>5</sup>.
- El paciente refiere molestias debido a las heces excesivamente líquidas<sup>6</sup>.



La realización de una colostomía pueden ser debida a estados patológicos o a traumatismos

**Patrón de actividad-ejercicio:**

- El paciente refiere la necesidad de ayuda para el autocuidado.
- El enfermo presenta debilidad muscular.

**Patrón de reposo-sueño:**

- El enfermo presenta trastornos en el hábito del sueño debido a las molestias abdominales, a la continua evacuación y rutina hospitalaria.

**Patrón cognoscitivo-perceptual:**

- El enfermo presenta dolor en la zona de incisión.
- El enfermo presenta inestabilidad emocional por las circunstancias de su enfermedad.
- El paciente siente miedo al no poder atender a sus propias necesidades.

**Patrón de autoimagen y autoconcepto:**

- El enfermo ve el estoma como resultado de una cirugía mutilante y traumatizante.
- Siente repulsión por el aspecto y olor del estoma, se niega a mirarlo o a observar cuando le cambian la bolsa.
- El paciente ya no se ve igual a los de su grupo, ha habido un cambio en la estructura de su cuerpo y función, piensa qué dirán sus amigos<sup>5</sup>.

**Patrón de relaciones:**

- El enfermo siente tanta angustia que le impide la comunicación con los demás.
- El estomatizado teme que lo consideren un ser de menor valor físico y tiene miedo a ser rechazado.

**Patrón de sexualidad:**

- El enfermo expresa sus preocupaciones sobre el derrame del conte-

nido fecal de la bolsa cuando realice el acto sexual<sup>6</sup>.

- El enfermo indica falta de diálogo con su pareja, lo que impide tener entre ellos conversaciones referentes a este tema, provocando depresión.
- El enfermo refiere que desde el momento de tener el estoma dejará de ser atractivo para su pareja, y lo considera como una amenaza para las relaciones sexuales<sup>9</sup>.

**Patrón de adaptación y tolerancia al estrés:**

- Como respuesta al estrés tiene una conducta infantil, de rechazo y autoaislamiento<sup>7</sup>.

**Diagnósticos de Enfermería**

**1. Riesgo de alteración en el mantenimiento de la salud R/C falta de conocimiento en los cuidados del estoma.**

**Objetivo**

Conseguir que el enfermo conozca los cuidados del estoma y sus posibles complicaciones.



Examen digital del estoma para dilatarlo, ya que tiende a cerrarse

**Actividades**

A. Hay que valorar los conocimientos previos que el enfermo tiene sobre el estoma y los efectos de éste sobre su estilo de vida.

B. Dar información a la persona sobre los cambios de la bolsa y animarle para que maneje el equipo de colocación de bolsa colectora.

C. Hacer que la persona participe en las clases técnicas que nosotros le instauraremos haciendo que aumente gradualmente sus responsabilidades<sup>4</sup>.

**2. Posible alteración de la nutrición R/C desconocimiento de los nuevos hábitos alimenticios.**

**Objetivo**

Durante su estancia hospitalaria mantendrá un estado nutricional óptimo y en el momento del alta conocerá la relación de alimentos permitidos y formas de prepararlos.

**Actividades**

A. Comprobar peristaltismo.

B/5/. Inicio progresivo de dieta líquida-pastosa-triturada-sólida.

C. Incidir en una buena masticación cuando la comida sea sólida.

D. Aumento de forma progresiva en función de la tolerancia, los requerimientos energéticos y el volumen de las distintas tomas del día.

E/5/. Mantener horarios regulares de las comidas.

F. Incorporación progresiva de cada nuevo alimento preferiblemente rico en carbohidratos y proteínas.

G/4/. Control de las heces (aspecto y cantidad).

**3. Disminución del aporte calórico R/C falta de apetito.**

**Objetivo**

Aumentar la ingesta oral para restablecer el aporte calórico.

### Actividades

- A. Proporcionar un buen cuidado oral para evitar el sabor desagradable de la boca que en ocasiones afecta al apetito.
- B. Reducir las escenas y olores desagradables cuando se le presente la comida.
- C. Planificar los cuidados para que no tengan lugar procedimientos dolorosos antes de las comidas.
- D. Acompañamiento familiar a las horas de las comidas.
- E. Animarlo a que coma poca cantidad de comida, pero con más frecuencia y más lentamente.
- F. Tener en cuenta las preferencias alimenticias escogiendo los alimentos de mayor valor calórico y preferentemente con buena presentación.

### 4. Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico R/C el aumento de pérdida por la colostomía.

#### Objetivo

Detectar signos que pongan de manifiesto alteraciones hidroelectrolíticas.

### Actividades

- A. Balance: ingesta/eliminación. También hay que anotar la cantidad de líquido que se pierde por las heces y la herida.
- B. Referencias antropométricas: talla, peso y pliegues cutáneos (tricipital o escapular).
- C. Estimulación hídrica oral abundante.
- D. Observar y dejar registrado la turgencia de la piel y el aspecto de la lengua.
- E. Vigilar el nivel de conciencia.

### 5. Incontinencia intestinal R/C la colostomía.

#### Objetivo

En el momento del alta, el paciente conocerá los procedimientos para seguir una evacuación regular (una o dos veces al día).



Mantener una técnica aséptica en todos los instrumentos invasivos.

### Actividades

- A. Irrigar el estoma (facilitando información sobre esta técnica). La frecuencia y el método depende de cada persona, realizarlo después de una comida c/24h.
- B. Examen digital del estoma para dilatarlo, ya que tiende a cerrarse.
- C. Evitar los alimentos irritantes, tener cuidado con los de efecto laxante y suprimir los alimentos que el enfermo sabe por experiencia que le causan molestias.
- D. Para evitar la formación de gases hay que aconsejar al enfermo comer con calma, a horas fijas y mastacando bien, evitando hablar mientras se come<sup>10</sup>.
- E/12/. Informar al enfermo sobre la posibilidad de utilizar un obturador externo para regular la eliminación intestinal, evitando el mal olor<sup>5</sup>.

### 6. Angustia R/C pérdida del control intestinal.

#### Objetivo

Disminuir la angustia.

### Actividades

- A. Aportar información sobre la función intestinal, acerca de las características del material expulsado y la frecuencia de expulsión.
- B. Demostrar la forma de cambiar la bolsa antes de que haya rebosamiento o fuga.
- C. Informar al paciente de que a pesar de llevar un dispositivo regresará a su círculo familiar y social, tendrá aficiones y utilizará ropas normales<sup>9</sup>.

### 7. Riesgo de infección R/C vía invasiva (estoma y herida quirúrgica).

#### Objetivo

Estar libre de procesos infecciosos durante la hospitalización.

### Actividades

- A. Mantener una técnica aséptica en todos los instrumentos invasivos.
- B/9/. Cambiar el apósito quirúrgico diariamente fijándose en el aspecto de la herida.
- C/8/. Limpieza adecuada de la piel circundante al estoma (usar jabón suave y secar sin frotar) en cada cura.

D/8/. Si es necesario, proteger la piel con barrera cutánea para evitar las irritaciones de la piel.

E. Medir temperatura, pulso y respiración, cuyo aumento puede indicar un proceso infeccioso.

### **8. Afectación potencial de la integridad de la piel R/C características de la acidez del líquido drenado por el estoma.**

#### **Objetivo**

Durante su estancia hospitalaria no presentará signos de alteración cutánea en región periestomal.

#### **Actividades**

A. Cambio de bolsa de colostomía cuando sea necesario (por llenado o fugas en el adhesivo).

B. Adecuar el diámetro de la bolsa colectora al diámetro y características del estoma, dejando 3mm alrededor de éste.

C. Poner la bolsa en sentido perpendicular al suelo (por la gravedad)<sup>10</sup>.

### **9. Alteración de los tejidos R/C colostomía.**

#### **Objetivo**

Que el enfermo muestre una cicatrización progresiva del tejido.

#### **Actividades**

A. Identificar los factores causales como pueden ser la incontinencia fecal, aparatos de la ostomía mal fijados y uso de jabones ásperos.

B. Eliminar o reducir los factores causales:

B1. Controlándose la incontinencia fecal.  
B2. Explicar la correcta aplicación de la bolsa del estoma para evitar la úlcera o fístula.

B3. Recomendar jabones suaves que no alteren el pH de la piel<sup>4</sup>.

### **10. Trastornos potenciales en el patrón del sueño R/C cambios ambientales, actividad disminuida y dolor.**

#### **Objetivo**

Ayudar al enfermo a dormir lo suficiente para satisfacer sus necesidades.

#### **Actividades**

A. Estimular al paciente a que realice actividades tranquilas y relajantes antes de prepararse para dormir.

B. Limitar la cantidad y duración del sueño durante el día.

C. Evitar el café y el té, recomendarle leche horas antes del sueño.

D. Reducir el número de molestias al mínimo durante el período de sueño.

E. Utilizar almohadas con apoyo en espalda o miembros doloridos.

F. Hacer que el entorno sea adecuado disminuyendo la intensidad de las luces, apagar aparato de televisión y radio, así como restringir visitas.

G. Asegurar reposo y sueño suficiente, porque la fatiga disminuye la resistencia y el control aumentando su reacción a estímulos dolorosos.

H. Si el enfermo lleva más de tres noches sin dormir, comentar con el médico<sup>11</sup>.

### **11. Posible aislamiento social R/C olor desagradable.**

#### **Objetivo**

Disminuir o eliminar el problema del olor.

#### **Actividades**

A. Comprobar que el dispositivo esté bien adaptado y que el adhesivo esté liso y sin arrugas.

B. Si la bolsa se puede drenar, comprobar que el pliegue de salida y el clip de cierre estén bien limpios.

C. Se pueden usar dispositivos a prueba de olor con filtro que permiten que salga el aire y no el olor.

D. Evitar ciertos alimentos que producen olor, como pueden ser las alubias, la cebolla y la coliflor<sup>5</sup>.

### **12. Alteración potencial en el concepto de sí mismo R/C las modificaciones en la imagen corporal.**

#### **Objetivo**

Durante su estancia hospitalaria admitirá de forma progresiva su nueva imagen.

#### **Actividades**

A. Instar al enfermo a que exprese verbalmente sus ideas y sus sentimientos respecto a la colostomía.



En centros de asistencia especializada existen unidades de apoyo al paciente ostomizado

- B. Proporcionar intimidad al enfermo al realizar las curas y la higiene.
- C/13/. Sugerir que el cónyuge o un familiar cercano esté presente cuando se le hagan las curas.
- D. De forma progresiva y delicada forzarlo a que mire el estoma (proporcionándole espejo).
- E. Presentarle si es posible pacientes que tengan también un estoma y lleven una vida normal, o ponerlo en contacto con la A.E.O.T. (Asociación Española de Ostomizados).
- F. Si presenta conducta adversa avisar al médico o psicólogo.

### 13. Alteración en los procesos de relación de la familia R/C el colostomizado.

#### Objetivo

Que los miembros de la familia faciliten el retorno del paciente y pase del papel de enfermo al de sano.

#### Actividades

- A. Informar a la familia de la situación en la que se encuentra el enfermo e intentar que no culpen al paciente por su enfermedad.

- B. Implicar a los miembros de la familia en el cuidado del enfermo (baño, vestido, alimentación, deambulación,...) cuando sea preciso.
- C. Pedir ayuda a otros profesionales cuando los problemas sobrepasen el ámbito de la enfermería (trabajador social, psicólogo, etc...).

### 14. Potencial de disfunción sexual R/C problemas psicológicos y/o lesión del sistema nervioso autónomo.

#### Objetivo

Facilitar la reanudación y el mantenimiento de las relaciones íntimas y disminuir las alteraciones en la función sexual.

#### Actividades

- A. Discutir con el paciente y su pareja la importancia de la sinceridad, así como el hecho de que ambos deben adaptarse al cambio.
- B. Enseñar al paciente medidas para asegurar y disimular la bolsa durante la actividad sexual (funda de bolsa, bolsa pequeña,...).
- C. Vaciar la bolsa antes del encuentro.
- D. Fijar la bolsa al abdomen o ingle con esparadrapo.

- E. Aconsejar al enfermo para que experimente diversas posiciones.
- F. Buscar ayuda en un terapeuta sexual si es necesario<sup>8</sup>.

## Criterios para la planificación del Alta

En el momento del alta el paciente deberá mostrar:

1. Conocimiento de los cuidados del estoma y sus posibles complicaciones.
2. Ausencia de irritación cutánea en zona periestomal.
3. Ausencia de molestias abdominales y dolor.
4. Ausencia de infección.
5. Apetito normal y conocimiento de los alimentos permitidos.
6. Estado nutricional óptimo.
7. Haber recuperado el peso que tenía antes de ingresar.
8. Eliminación intestinal dentro de unos parámetros normales.
9. Capacidad para desarrollar los cuidados personales (higiene, alimentación, etc...) y actividades de la vida diaria.
10. Aceptación de su nueva imagen.
11. Comunicación e interacción social adecuada.

## Normas de educación sanitaria para el paciente y la familia

Antes de abandonar el hospital el paciente y la familia habrán comprendido:

### Cuidados del estoma

- El paciente deberá saber cómo cambiarse el dispositivo y los problemas que le pueden surgir en el estoma y en la piel que lo rodea.
- Enseñar la técnica de irrigación y presentarle la posibilidad de utilizar



Instar al enfermo a que exprese verbalmente sus ideas y sus sentimientos respecto a la colestomía

- un obturador que también ayuda a la continencia.
- Explicarle a la familia y al paciente que el tamaño del estoma es mayor al principio a causa del hinchazón y que disminuye con el tiempo.
- Informar sobre los medios para conseguir el material necesario (bolsa, tapones para la colostomía continente, fundas, etc...)
- Ante la aparición de algún signo de complicación que acuda al médico<sup>10</sup>.

#### **Dieta**

- Aconsejar la toma de frutas, hortalizas y legumbres; limitar la ingestión de especias y bebidas alcohólicas; la leche, las cremas y los helados producen diarrea; evitar los alimentos laxantes como la ciruela, los que producen olores como la cebolla y coles y los que provoquen gases como las bebidas gaseosas<sup>6</sup>.

#### **Higiene y vestido**

- Indicar el uso de ropa ancha y cinturones por encima del estómago.
- Podrá bañarse o ducharse con o sin bolsa.

#### **Actividades de ocio**

- Si va a hacer algún viaje debe llevar todo el material que necesite, tener cuidado con los alimentos no conocidos o ingesta de agua dudosa.

- Puede practicar todo tipo de deportes, tanto individuales como colectivos que no supongan realizar un esfuerzo con los músculos de la parte baja del vientre<sup>8</sup>.

#### **Relación familiar y social**

- Informar a la familia de que el enfermo está observante a las respuestas, comentarios y gestos, así como para detectar aceptación o rechazo.
- La comprensión y la ayuda física y psicológica de toda la familia es un factor importante para la recuperación física y psicológica del enfermo<sup>5</sup>.

#### **Relación sexual**

- Es conveniente evitar los alimentos y los líquidos durante varias horas antes de la relación sexual.
- Se recomienda evitar las relaciones sexuales hasta que cicatrize el perineo<sup>2</sup>.
- Vaciar la bolsa antes del encuentro.
- Experimentar diversas posiciones<sup>9</sup>.

#### **Medicación**

- Los medicamentos se administrarán según indicación médica y no se interrumpirá su uso de forma repentina.
- Información sobre los medicamentos: nombre, dosis, efectos adversos y frecuencia de administración.



Bolsas colectoras con diferente sistema de fijación a la zona periestomal

### **Bibliografía:**

1. "Enciclopedia Práctica de Enfermería"; 1ª Edición; Tomo II; Ed. Planeta, 1985; Barcelona.
2. Cahill, M.; "Tratamiento en Enfermería"; 1ª Edición; Ed. Interamericana, MC Graw-Hill, 1991.
3. Prensa Española; "Médico Responsable"; 1ª Edición; Tomo I; Ed. Planeta Agostini, 1990.
4. Carpenito, L.J.; "Diagnósticos de Enfermería"; 2ª Edición; Ed. Interamericana, MC Graw-Hill, 1991; Madrid.
5. Ortiz H., Martín Rague y Foulkes B.; "Indicaciones y Cuidados de los Estomas"; 1ª Edición; Ed. Jims, 1989; Barcelona.
6. "Guía Dansac para ileo-colostomizados"; Laboratorio Boizot, S.A.
7. Breckman, B.; "Enfermería del Estoma"; 1ª Edición; Ed. Importécnica, S.A., 1983; Madrid.
8. Brunner L.S. y Suddarth D.S.; "Enfermería Médico-Quirúrgica", 6ª Edición; Volumen I; Ed. Interamericana MC Graw-Hill, 1989; México.
9. "Enfermería Científica"; nº111, Junio 1991.
10. "Revista de Enfermería Rol"; nº152, abril 1991.
11. Dugas, B.W.; "Tratado de Enfermería Práctica"; 4ª Edición; Ed. Interamericana, MC Graw-Hill, 1986; México.

# CITAS CON NUESTRA HISTORIA

## Practicantes y Cirujanos Menores en el siglo XIX:

### Dos manuales oficiales para su instrucción.

Autores:

Juan Ignacio Valle Racero. (D.U.E. Matrono H.U. Virgen del Rocío)

Manuel Jesús García Martínez. (D.U.E. Matrono H.U. Virgen del Rocío)

Antonio Claret García Martínez. (Ldo. en Geografía e Historia. Universidad de Sevilla)

## INTRODUCCION

Con la aprobación del Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas, el día 21 de Noviembre de 1861, se da un importante paso en la formación teórico-práctica y reconocimiento oficial de estos profesionales. Recuérdese que cuatro años antes, el 9 de Septiembre de 1857, se crean los títulos de Practicante y Matrona, concretamente en el Artículo 41 de la Ley de Instrucción Pública. En el artículo 40 de esta ley se decía textualmente:

*«Queda suprimida la enseñanza de la Cirugía Menor ó ministrante. El Reglamento determinará los conocimientos prácticos que se han de exigir a los que aspiren al título de Practicante».*

Este Reglamento, en cuanto a la obtención del título de Practicante, exigía al aspirante (llamado discípulo) haber cursado y probado las siguientes materias teórico-prácticas:

**1º** Nociones de anatomía exterior del cuerpo humano, y con espe-

cialidad de las extremidades y de las mandíbulas.

**2º** Arte de los vendajes y apósitos más sencillos y comunes en las operaciones menores, y medios de contener los flujos de sangre y precaver los accidentes que en éstas pueden ocurrir.

**3º** Arte de hacer las curas por la aplicación al cuerpo humano de varias sustancias blandas, líquidas y gaseosas.

**4º** Modo de aplicar al cutis tópicos irritantes, abajaderas y cautorios.

**5º** Vacunación, perforación de las orejas, excarificaciones, ventosas y manera de sajarlas.

**6º** Sangrías generales y locales.

**7º** Arte del dentista y del callista.

Y para el de Partera o Matrona:

**1º** Nociones de obstetricia, especialmente de su parte anatómica y fisiológica.

**2º** Fenómenos del parto y sobreparto naturales, y señales que

los distinguen de los preternaturales y laboriosos.

**3º** Preceptos y reglas para asistir a las parturientas y paridas, y a los niños recién nacidos en todos los casos que no salgan del estado normal ó fisiológico.

**4º** Primeros y urgentes auxilios del arte a las criaturas cuando nacen asfísicas ó apopléticas.

**5º** Manera de administrar el agua de socorro a los párvulos cuando pelagra su vida.

Con estas materias se confeccionaron los primeros manuales utilizados por los futuros practicantes, todos ellos, como así consta en las distintas disposiciones legales, escritos por médicos y cirujanos. El análisis de dos de estos libros de texto: Manual para el uso de Practicantes y Nuevo Compendio de Cirugía Menor, de algunas referencias a la enseñanza de estos profesionales, recogidas en el citado Reglamento, constituyen el objetivo del presente trabajo.

## 1. "MANUAL PARA EL USO DE PRACTICANTES"

Escrito por el Catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid, doctor José Calvo y Martín, se publica en dicha capital en 1866. Consta de siete capítulos, 176 páginas de texto y 22 láminas. Su autor lo dedica al Sr. D. Pedro Sabau, por entonces Director General de Instrucción pública, y justifica la realización del mismo: «Encargado por Real Orden de 29 de Noviembre de 1861 de componer un Manual para la enseñanza de Practicantes, con la claridad, concisión y sencillez necesarias, he dado fin a mi cometido...»

Ambos manuales responden, pues, a la idea de dar respuesta a los cargos hechos por las autoridades educativas en el sentido de confeccionar textos oficiales que recogiesen las materias exigidas para la obtención de los correspondientes títulos de Practicante y Matrona.

Las primeras palabras del libro constituyen una llamada de atención a los futuros profesionales para que eviten el intrusismo: A los Practicantes. Nada más grave y trascendental que las intrusiones en medicina. Los practicantes deben evitarlas siempre y limitarse a servir con acierto y diligencia lo que se les ordena: que también hay gloria para el arte sencillo. Cada cual en su esfera de acción puede ser útil a la humanidad doliente. Con estas «bellas» palabras queda puesto de manifiesto claramente el carácter auxiliar y de subordinación con que nacían estas profesiones.

Las 22 láminas o estampas que ilustran la obra hacen alusión a vendas y apósitos (17 láminas), descripción anatómica (sólo una) y material e instrumental empleado por el Practicante (4).

El capítulo primero recoge conceptos generales sobre distintas técnicas empleadas por el Practicante (unturas, enemas, colirios...), orientaciones y consejos sobre los dormitorios y ropas de los enfermos, recogida de muestra (esputo, materia fecal...), y las obligaciones o funciones del Practicante como enfermero: Estas funciones consisten en cuidar a los enfermos, administrarles con inteligencia lo prescrito por

### A LOS PRACTICANTES.

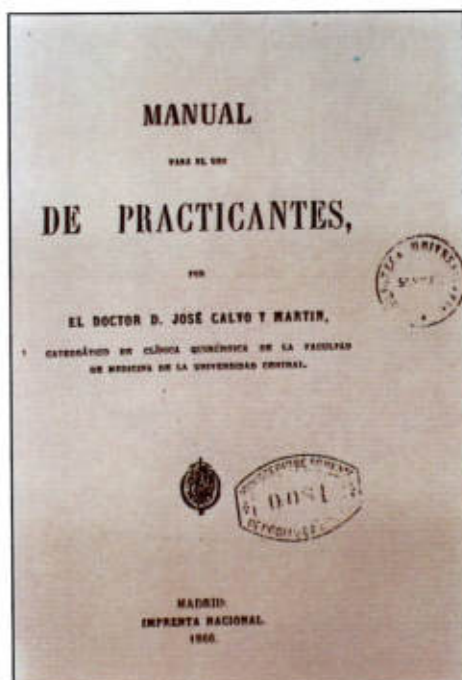
Nada más grave y trascendental que las intrusiones en medicina. Los practicantes deben evitarlas siempre y limitarse á servir con acierto y diligencia lo que se les ordena: que tambien hay gloria para el arte sencillo. Cada cual en su esfera de accion puede ser útil á la humanidad doliente.

Los primeros manuales delimitaban con toda claridad las funciones del Practicante y del Médico. Ilustración procedente de Manual para uso de practicantes, del Dr. D. José Calvo y Martín, 1866.

el médico, y velar porque se cumplan con exactitud las reglas higiénicas en la habitación de los enfermos. En cuanto al trato con los enfermos: procurará agradarles, ganará su confianza, soportará con paciencia los caprichos y mal genio, y sostendrá siempre la esperanza del enfermo, con palabras de consuelo.

Entre los medicamentos internos se citan: tisanas, pociones, vomitivos, purgantes, polvos y píldoras, y de los remedios externos o tópicos: enemas, calas, fomentos, cataplasmas, sinapismos, (cataplasmas rubefacientes hechas con harina de mostaza y vinagre o agua fría), unturas y fricciones, baños, lociones, lavatorios, irrigaciones, afusiones, aspersiones y parches (emplastos, epitemas, bizmas).

La anatomía exterior es tratada en el segundo capítulo, dedicándose diez páginas a la descripción de la cabeza, tronco y extremidades. Sobre la anatomía que debía conocer el Practicante, el Dr. Calvo y Martín



Portada del libro de texto para Practicantes, editado en 1866, que recoge los conocimientos exigidos para la obtención del Título.

afirmaba: Si el médico debe ser profundo anatómico, y al pintor le sirve la anatomía de las formas, al practicante le bastan algunas ideas acerca de las regiones anatómicas más importantes y de las formas de ciertas partes del cuerpo...

Los capítulos tercero y cuarto tratan sobre apósitos y vendajes, respectivamente. A los vendajes se le dedican 45 páginas del libro, siendo el capítulo más extenso. La definición que se hace de los apósitos era la siguiente: Se llama apósito el conjunto de objetos que han de quedar aplicados sobre una parte operada ó enferma. Forman principalmente el apósito las hilas, compresas, cordonetes, esparadrapo, vendoles, vendas ó vendajes y algunos ungüentos. Y sobre la clasificación y tipo de vendajes se nos dice: Dividen los autores los vendajes en clase, órdenes, géneros y especies. Hacen dos clases: una de vendajes propiamente dichos, que comprende dos órdenes; y otra segunda de aparatos mecánicos, que contienen un sólo orden. Puede admitirse como división de la Primera clase en órdenes: Orden Primero (Vendajes simples), comprende 7 géneros: Circular, Oblicuo, Espiral, Cruzado, Anudado, Recurrente e Invaginado; y Orden Segundo (Vendajes compuestos), que comprende 4 géneros: en T, En Cruz, Fronda y Bolsas. No podemos negar que nuestros antecesores eran verdaderos conocedores del arte de los vendajes.

La Cirugía Menor es abordada en el capítulo quinto, siendo el segundo más extenso (28 páginas). A los Practicantes se le exigían conocimientos sobre actos quirúrgicos menores, práctica heredada de los

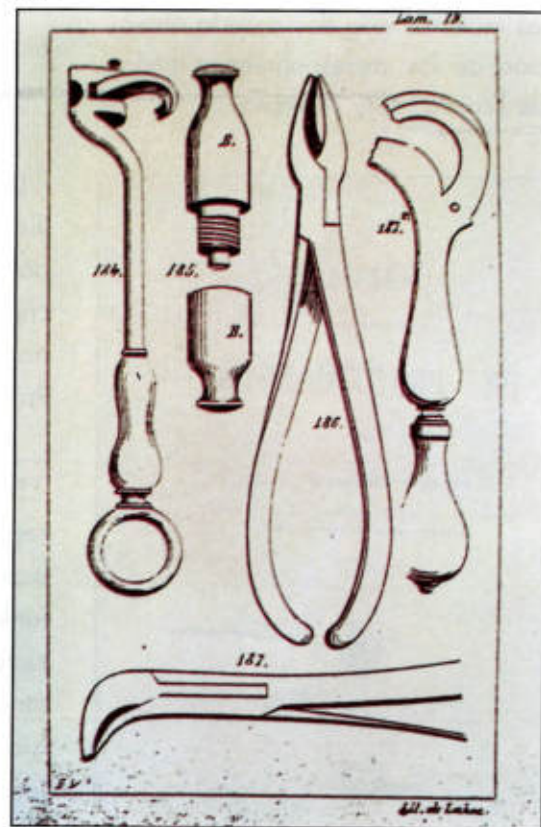
Cirujanos Menores y que mantenían hasta nuestros días, si bien con más independencia. En este apartado se destacan : sanguijuelas, flebotomía, sangría, arteriotomía, sajas, ventosas, abajaderas, vejigatorios, fontículo, sedal, moxa, vacunación, distintas punciones y cáusticos y cauterio. Se dan algunas reglas para ejecutar correctamente las curas.

Citamos la definición de Exutorios: se designan con este nombre todas las operaciones de cirugía menor que se practican con el objeto de obtener una supuración. Se comprende entre ellos: vejigatorio, fontículo, sedal y moxa. El fontículo es una úlcera pequeña producida artificialmente, entretenida por cuerpos extraños que se renueva diariamente.

El capítulo sexto se titula Nociones de arte del dentista, siendo un pequeño tratado de 30 páginas sobre aspectos básicos de este oficio. Se describen los dientes, tipos, orden de salida, etc. También se aborda la patología (odontopatía): enfermedades del marfil, odontalgia, fracturas... y las técnicas para la avulsión o extracción dentaria, así como consejos para limpiarlos y emplomarlos. La técnica para la evulsión de las muelas grandes se explicaba del siguiente modo: La extracción se hace levantando y torciendo la muela hacia dentro ó hacia fuera, con dos movimientos combinados, ya de pronación, ya de supinación, que los diversos casos requieren, haciendo girar a

la muela sobre su eje con prontitud y fuerza, y describiendo un pequeño arco de círculo...

El último capítulo, al igual que el precedente, recoge, si bien brevemente en 4 páginas, nociones sobre podología, centrándose fundamentalmente en la descripción y tratamiento de los callos de los pies. Sobre el callo se nos dice: es una escrescencia dura, tuberculosa, parecida a una verruga chata, de naturaleza inorgánica, y cuya sustancia proviene del epidermis y cuerpo reticular. Se componen de dos partes: la parte del cuello que sobresale del nivel de la piel, y se llama cabeza, es densa, aplanada, redonda, lisa o arrugada. La punta, llamada raíz, es cónica y penetra más ó menos en los tejidos...



Instrumentos empleados por el Dentista y el Practicante. [Llave de Garengot, mango desmontado, pinza recta o dentuza, pinza curva o gatillo y media caña Monasterio]. Ilustración de la obra *Manual para uso de Practicantes*...

## 2. "NUEVO COMPEDIO DE CIRUGÍA MENOR"

Su autor fue el Dr. Nicolás Ferrer y Julve, catedrático de la Facultad de Medicina de Valencia, editándose en Valencia, en la imprenta de Ramón Ortega, en 1874.

La obra, como bien refleja en su primera página, es un resumen de los conocimientos más indispensables a los Practicantes, Ministrantes, Sangradores, Ayudantes de Cirugía y Aspirante a plazas de Practicantes de los Hospitales Civiles y Materiales.

Estas escuetas pero concisas palabras definen perfectamente el manual como un breviario de los conocimientos variados, recopilados en sencillos temas, que los distintos profesionales debían conocer para poder acceder a la titulación recién creada.

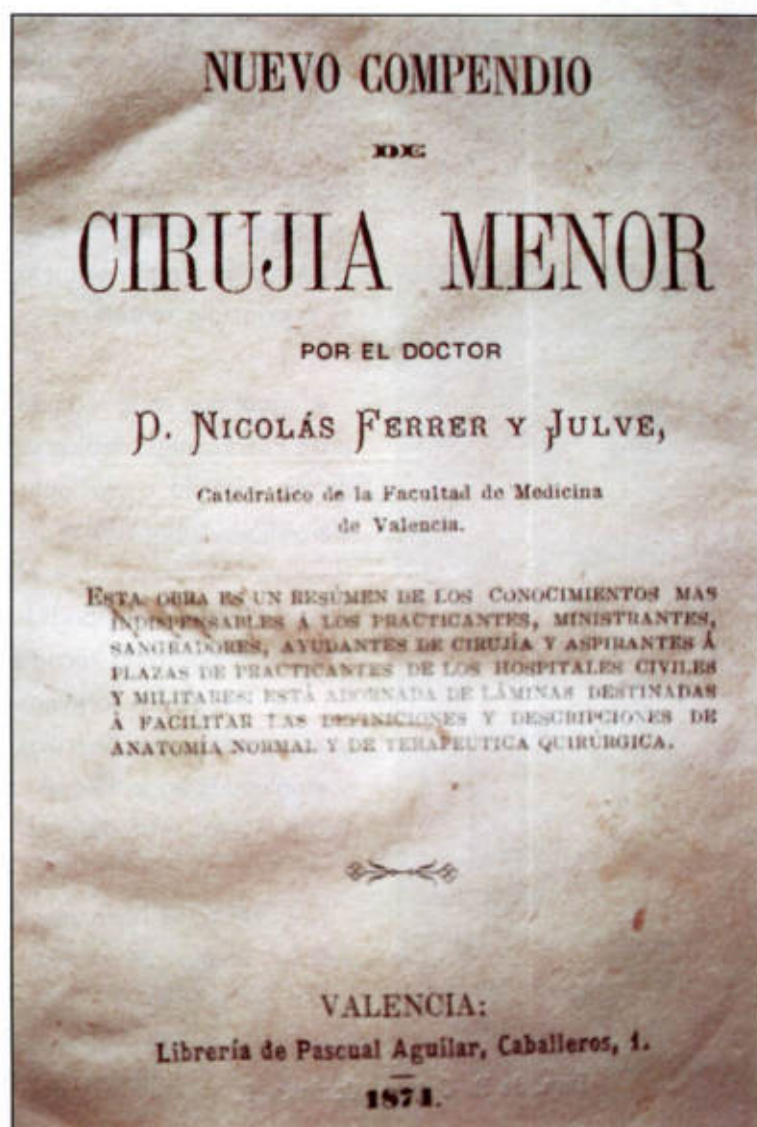
Se trata de un volumen de tamaño de octava, de 504 páginas numeradas, cuyo contenido se divide en siete capítulos y 17 tablas, a modo

de cuadro sinópticos, alguno de ellos a doble página, y un total de 10 dibujos sobre anatomía y técnicas quirúrgicas, con objeto de dar una mayor claridad expositiva. Termina el mismo con unos apéndices y un conjunto de seis láminas en blanco y negro que resumen gráficamente lo expuesto en los diferentes capítulos.

En la breve Introducción, de apenas tres páginas, el autor alude a las materias teórico-prácticas que se exigen haber cursado para la obtención del título de Practicante, comentadas al principio del presente trabajo. En base a ellas se confecciona este manual que su autor titula Nuevo Compendio...ya que según el propio Dr. Ferrer y Julve, se editó otra de igual naturaleza que publicamos en 1866, que presentaba otro programa de materias no adoptado al Programa Oficial por razones docentes.

El Capítulo I, Titulado Generalidades de la Anatomía, abarca 167 páginas, con lo que puede darnos una idea de la importancia que se le daba a esta materia en el conjunto del total de conocimientos exigidos al aspirante. Se definen los distintos planos anatómicos del cuerpo, los distintos tipos de tejidos: tejido celular, adiposo, exalante, absorbente... Asimismo se describen los distintos tipos de huesos y articulaciones, con cada una de sus partes. Interesante es el apartado dedicado a la descripción de algunas arterias de las más principales que debe conocer el ministrante, así como el resumen de las arterias principales que debe conocer el sangrador.

Termina el capítulo con una descripción de las venas principales del cuerpo, el sistema capilar sanguíneo, el corazón y sus cavidades y unas breves referencias a las membranas mucosas.



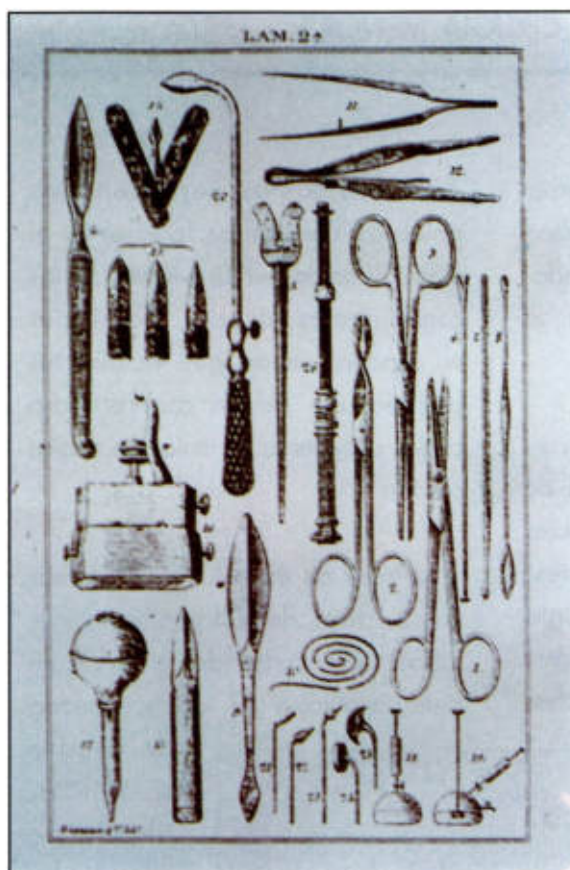
Portada de la obra Nuevo Compendio de Cirugía Menor, del Dr. D. Nicolás Ferrer y Julve, 1874.

El Capítulo II, titulado De los Apósitos y Vendajes, es el segundo en extensión, con un total de 81 páginas. Resalta la importancia de aquéllos dentro de la Medicina operatoria. En la misma línea se definen y describen los distintos tipos de vendajes y su función. La parte final de este capítulo se ocupa de los medios de contener los flujos de sangre, cuyo estudio es lo que constituye la ciencia de la hemostasia quirúrgica.

Con el título de Arte de hacer las curas por la aplicación al cuerpo humano de varias sustancias blandas, líquidas y gaseosas, el Capítulo III se centra en esta materia, dándose unas reglas generales y describiéndose el instrumental que se emplea más frecuentemente: pinzas de anillo, tijeras, espátulas, estiletes..., y que constituyen el llamado estuche quirúrgico ó bolsa portátil de cirugía.

El Capítulo IV trata sobre operaciones en Cirugía y se estructura en seis artículos (ventosas, sinapismos, vejigatorio, fontículo, sedal, moxal, acupuntura y electropuntura), terminando con nociones de vacunación y sobre perforación del lóbulo de la oreja.

El capítulo más breve es el V (6 páginas), titulado Curso de la sangre ó circulación. Hemos de decir que muchas de las afirmaciones que este capítulo contiene están plenamente vigentes en nuestros días: diferencias entre sangre arterial y venosa, distintos tipos de hemorragias, etc.



Instrumentos contenidos en el Estuche quirúrgico o bolsa portátil de Cirugía. De la obra Nuevo Compendio...



Apósitos y vendajes. A estas materias se les dedicaba gran parte del contenido del manual. De la obra Nuevo Compendio de Cirugía Menor...

Otro de los capítulos importantes, y al que se le dedican 40 páginas de la obra, es el VI, cuyo título De la Sangría en general, ya nos orienta sobre la materia a tratar: sangrías y tipos (sangría de las arterias ó arteriotomías, sangrías locales ó capilares), el material necesario a utilizar por el sangrador o ministrante (lance-tas, tipos...). Finaliza con el apartado dedicado al empleo de las sanguijuelas y su importancia como vectores de transmisión de enfermedades de unas personas a otras, incidiéndose en que debe evitarse usando sanguijuelas que no estén gastadas, que no hayan servido y que no puedan ser conductoras de ningún elemento ó principio morbífico.

Al igual que en el Manual para Practicantes, dedica su último capítulo a nociones elementales sobre el Arte del dentista (57 páginas) y el Arte del Pedicuro (62 págs.). Un último apartado recoge un resumen de las fórmulas y compuestos más sencillos y empleados en la terapéutica por estos profesionales.

Finalmente se hace mención a algunos de los artículos del Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas, de 1861, destacando las materias a estudiar en cada uno de los cuatro semestres.

## ALGUNAS IDEAS A MODO DE CONCLUSIÓN

1. Los autores de las obras, Catedráticos de Medicina, establecen de forma clara y sin lugar a dudas, desde un primer momento, las limitaciones y el carácter auxiliar y de subordinación que tendría la nueva profesión, pero, al mismo tiempo, se pueden apreciar funciones propias e independientes de estos profesionales.
2. En las otras analizadas se observa el enfoque esencialmente técnico y práctico dado a las recién creadas profesiones, aunque, por otro lado, no se olvida el trato humano hacia los enfermos.
3. Se destacan entre las funciones: cuidar enfermos, administrar los tratamientos, actuar en la prevención de enfermedades (reglas de higiene personal y ambiental), y cumplir lo ordenado por el médico.
4. El Reglamento de 1861 unifica los conocimientos de varias profesiones: sangradores, cirujanos menores, dentistas, ministrantes, podólogos.
5. Por último, destacar la gran importancia de estos manuales, pues suponen los primeros textos oficiales nacidos como consecuencia de la primera reglamentación de los estudios de Practicantes y Matronas.

## BIBLIOGRAFIA

1. CALVO Y MARTIN, J.: Manual para el uso de Practicantes. Imprenta Nacional. Madrid, 1866.
2. FERRER Y JULVE, N.: Nuevo compendio de Cirugía Menor. Librería de Pascual Aguilar. Valencia, 1874.
3. GACETA DE MADRID Nº. 1710, de 10 de Septiembre de 1857.
4. GACETA DE MADRID Nº. 332, de 28 de Noviembre de 1861.
5. GALLARDO MORALEDA, C., GIL MARTIN YUSTE, A. y JALDON GARCIA, E.: «Enfermería: su nacimiento como profesión reglada», en HYGIA, Revista de Enfermería Nº.26.pp. 9-12. Sevilla, 1993.
6. GARCIA MARTINEZ, M.J., VALLE RACERO, J.I. y GARCIA MARTINEZ, A.C.: Aproximación histórica a la enfermería reflejada en sus libros de textos en el presente siglo. Materias y disciplinas. Cambios en la concepción de la Enfermería. Comunicación presentada en las Primeras Jornadas Nacionales de Investigación en Historia de la Enfermería Española. Madrid, 30 y 31 de Octubre de 1992.

## NOTAS

1. Este primer Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas se publicó una semana más tarde, o sea, el 28 de Noviembre de 1861, en la Gaceta de Madrid número 332. Puede consultarse dicha Gaceta en la Biblioteca Universitaria de Sevilla.
2. Sobre los antecedentes y la creación oficial de las clases de auxiliares sanitarios en el siglo pasado, véase el artículo: «Enfermería: su nacimiento como profesión reglada», de C. Gallardo Moraleda, A. Gil-Martín Yuste y E. Jaldón García. HYGIA. Revista de Enfermería. Nº 26.pp. 9-12. Sevilla, 1993.
3. Gaceta de Madrid número 1710, de fecha 10 de Septiembre de 1857. Puede consultarse en la Biblioteca universitaria de Sevilla.
4. Gaceta de Madrid de 28 de Noviembre de 1861, cap.III, Art. 15.º del Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas.
5. Ibidem, cap.III, Art.17.º.

# NECESIDAD DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DE ENFERMERIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO

*Autores:*

*M. Correro Román; P. Fernández Ortiz; M<sup>a</sup> F. Fuentes Paniagua;  
F. J. García Crespo; T. Gómez Ferri; M. González Mira  
(H. U. Virgen del Rocío - Sevilla)*

## INTRODUCCION

Dentro de las mismas posibilidades que presenta la enfermería geriátrica, nuestro grupo de trabajo consideró muy positivo abordar el tema ALTA HOSPITALARIA, por las influencias e implicaciones que tiene sobre la salud del anciano en particular y el sistema sanitario en general y que queremos poner de manifiesto a lo largo del trabajo.

El incremento de la población anciana en nuestra sociedad, va siendo cada vez más importante, mejorando su calidad de vida mediante una atención integral con el fin de cubrir sus necesidades biopsicosociales.

Sin embargo, es un hecho real que los ancianos sufren en numerosas ocasiones incapacidades totales o parciales, detectándose un aumento del número de hospitalizaciones.

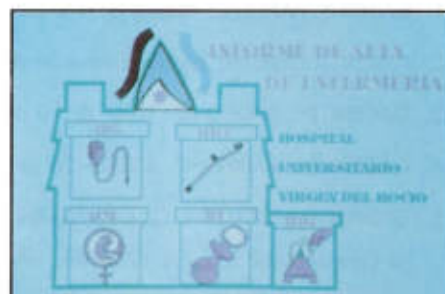
El anciano requiere una atención adecuada por parte del personal de enfermería, facilitándole en gran

medida los problemas que le aquejan en el hospital.

Un informe de ALTA de enfermería individualizada y específica dirigida al equipo que lo recibe, puede ser muy útil, porque se asegura una continuidad en el tratamiento y cuidado, proporcionándoles tranquilidad y seguridad; para el equipo que lo recibe es imprescindible, para seguir unas pautas sin cambios de CRITERIOS, por ello no se debe perder los eslabones que conllevan a una asistencia integral de cuyo grupo forman parte aquellos que trabajamos en dicho centro, pues la unificación de criterios en la VALORACION, OBJETIVOS, PLANES DE CUIDADOS y EVALUACION forman parte de nuestro cometido y no entenderlos como hechos aislados. Uno de nuestros objetivos fundamentales es devolver a estos ancianos a la sociedad en las mejores condiciones posibles y con el mayor grado de preparación, para que asuman sus cuidados dentro de sus limitaciones o bien su familia. Sin una alta de enfermería perderíamos el eslabón de la cadena que nos uniría con otros profesionales para que

sigan llevando a cabo los ciudadanos necesarios para el desarrollo integral del anciano.

## MATERIAL Y METODO

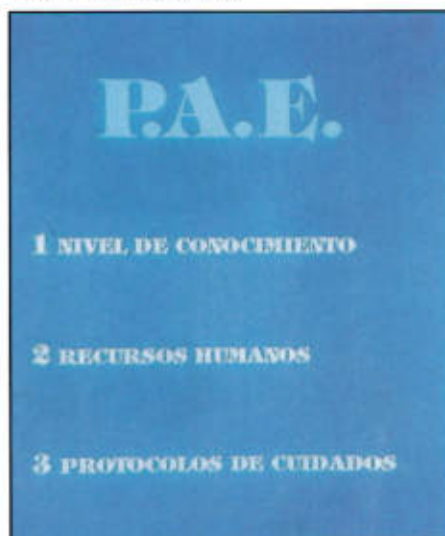


*Esquema H.U.V.R*

Durante los meses de Enero, Febrero, Marzo de 1994, hemos realizado un estudio en el H.U.V.R. de Sevilla, al cual pertenecen las unidades hospitalarias siguientes: HOSPITAL GENERAL, HOSPITAL DE REHABILITACION Y TRAUMATOLOGIA, HOSPITAL MATERNAL, HOSPITAL INFANTIL Y HOSPITAL DUQUE DEL INFANTADO. Los cuatro primeros centros quedan incluidos dentro del recinto del hospital universitario y el último queda ubicado fuera

del mismo formando una anexo hospitalario.

El número de camas existentes en el hospital durante este período fue de 1700 camas. La dotación de enfermeros fue 1771, 1380 de auxiliares de enfermería quedando excluidas estas últimas del estudio. Se realizaron 181 encuestas anónimas y personales, sin distinción de sexo ni edad. Se ha considerado conveniente introducir en este estudio al Hospital Infantil para obtener una visión global de todo el personal de enfermería de H.U.V.R.



P.A.E.

Las preguntas incluidas en la encuesta quedaron unificadas en tres grandes bloques:

- 1º. Nivel de conocimientos sobre el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).
- 2º. Recursos: Personal, Tiempo y Medios.
- 3º. Protocolos de cuidados: Valoración, Objetivos, Planificación y Evaluación.

## RESULTADOS

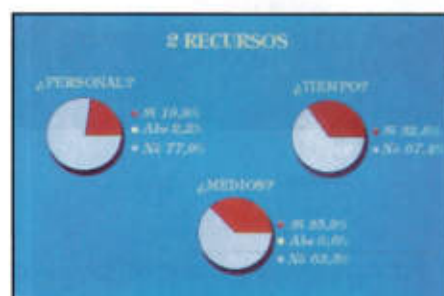
Se realizaron estudios comparativos por centros y otro a nivel general.



Nivel de Conocimiento del P.A.E.

Los resultados fueron:

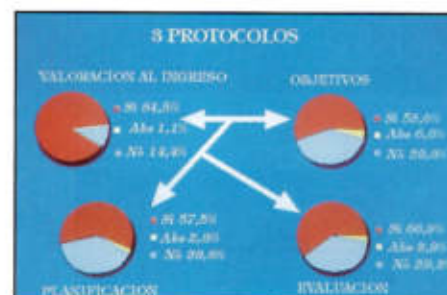
- 1º. Los enfermeros pertenecientes al H.U.V.R. manifiestan tener conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) en el 75%, realizándolo alguna vez el 62% pero no habitualmente en su trabajo el 93%.



Recursos

- 2º. RECURSOS: El personal considera que no realiza habitualmente el P.A.E. por:

- a) Falta de personal, NO 78%.
- b) No disponer de tiempo, NO 68%.
- c) No disponer de medios, NO 64%.

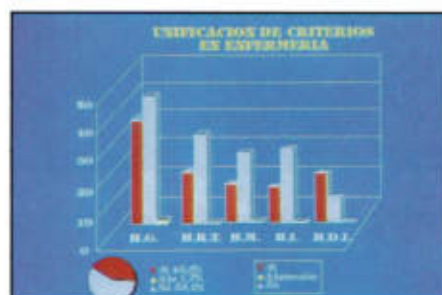


Resultados Estudio Protocolos

3º. PROTOCOLOS: manifiestan:

- a. Realizar valoración al ingreso, SI 85%
- b. Trabajar por objetivos, SI 54%
- c. Planificación, SI 58%
- d. Evaluación, SI 67%

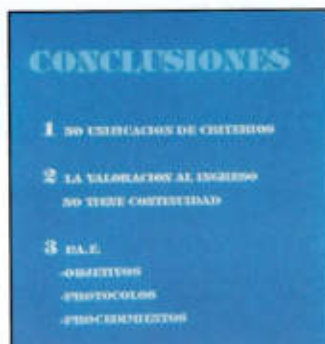
Entre valoración y objetivos se pierden aproximadamente un 30%, con lo cual detectamos que el P.A.E. no tiene continuidad en algunas de sus etapas.



Unificación de criterios en Enfermería

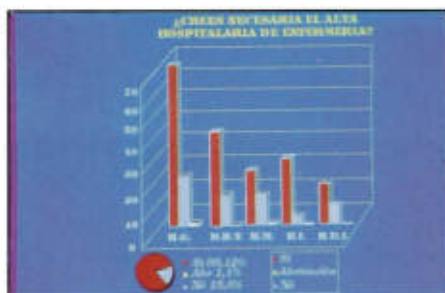
Ante la pregunta clave «¿Existe unificación de criterios en enfermería?», paradójicamente la gran mayoría contestó que NO. De esto deducimos que existe confusión en el método de trabajo sobre los protocolos del servicio con el P.A.E.

## CONCLUSIONES



### Conclusiones

- 1º. No existe unificación de criterios en la actuación de enfermería.
- 2º. La valoración al ingreso no tiene continuidad.
- 3º. Se confunde el P.A.E. con los objetivos, protocolos y procedimientos de los servicios.



Informe de Alta Hospitalaria de Enfermería



### Ventajas del Alta

VENTAJAS que supone:

- a. Unificación de criterios.
- b. Reinserción del anciano en su entorno.
- c. Conexión con otras instituciones sanitarias.
- d. Disminuye la estancia hospitalaria.
- e. Evita reingresos y posibles complicaciones.



### Ventajas del Alta

A pesar de los inconvenientes, el personal manifiesta que el informe de ALTA HOSPITALARIA DE ENFERMERÍA es necesario y esta dispuesto a realizarlo como parte de sus actividades profesionales.

Para terminar, nuestro objetivo final consiste en reivindicar al paciente anciano en un marco social que le permita una existencia digna de ser vivida y añadir (como dijo JOUNOD en su manual de geriatría):

**"DAR  
VIDA A  
LOS  
AÑOS,  
MAS  
QUE  
AÑOS A  
LA  
VIDA"**

# AMPLIACION COBERTURA PROGRAMA DE VACUNACION INFANTIL EN Z.B. MARCHENA.

M<sup>ra</sup> Manuela Fraile Metro (DE). C. Salud Marchena (Sevilla)



*El estudio que a continuación se detalla refleja la labor que Enfermería desarrolla dentro del Programa de Vacunación Infantil (P.V.I.) que en líneas generales funciona a demanda y donde tradicionalmente la tarea de Enfermería comenzaba, y casi terminaba, con la administración por vía oral o parenteral de la dosis correspondientes.*

*Actualmente la tarea de registro, balance e interpretación de datos obtenidos también es un campo donde nos podemos desarrollar.*



## OBJETIVOS

Los objetivos generales del trabajo son:

1. Comprobar la Cobertura del P.V.I. sobre la población perteneciente al Centro de Salud de Marchena.
2. Importancia de desarrollar una fase de captación eficaz dentro del P.V.I. para elevar la cobertura.

Los objetivos concretos:

Determinar en base a los niños nacidos en 1.993 y que pertenecen a nuestra Zona Básica (Z.B.):

1. El número de niños que en realidad residen en dicha Z.B.
2. El número total de niños que han recibido las dosis correspondientes a su edad en nuestro Centro.

## MATERIAL Y METODO

El trabajo se ha realizado dentro del Programa de Vacunación Infantil del Centro de Salud de Marchena en el año 1.993.

Se basa en el sistema de registro que utilizamos y consta de:

1. El Libro de entrada, donde se anotan los datos del niño (nombre, dirección y fecha de naci-

miento) y la dosis correspondiente que se le administra.

2. La Hoja (Vo= ficha de registro) donde además de los datos del niño, la dosis y fecha en que se administra, hay que reflejar los lotes correspondientes de cada vacuna. La ficha se compone de tres copias, de manera que cada dosis hay que remitir una copia al Distrito Sanitario para su control.

3. Listado de niños nacidos. Es la relación de niños nacidos vivos, ordenados conforme a las fechas de nacimiento. Este listado es elaborado en el Hospital de Valme y nos es remitido men-



incluidos en los listado remitidos por el Distrito, la suma del total de niños que ya no residen en nuestra Z.B. (Supuesto A de la captación) y los niños fallecidos o que no existen (Supuestos B de la captación).

El total de niños bien vacunados resultará de la suma de los niños vacunados a demanda y los niños que después de entrar en fase de captación pasan a ser vacunados (Supuesto C de la captación).

## RESULTADOS

Para el análisis de los resultados dividimos a los niños vacunados durante el año 1993 en dos grandes grupos:

A. Niños que en 1.993 completaron el C.V.

B. Niños que en 1.993 comenzaron el C.V.

### A. Niños que en 1.993 completaron su C.V.

Distinguimos a su vez entre los nacidos en 1.991 y los nacidos en 1.992.

1. NIÑOS NACIDOS EN 1.991 (Octubre a Diciembre-91) los cuales en 1.993 (Enero a Marzo-93) completaron su C.V. recibiendo la dosis correspondiente a los 15 meses.

El total de niños incluidos en este período es de 52 niños, de los cuales se vacunaron a demanda 45 niños, los 7 niños restantes entraron en fase de captación y el resultado fue:

- a.  
Pertenece al 1<sup>er</sup> supuesto (1).
- b.  
Pertenece al 2<sup>o</sup> supuesto (-).
- c.  
Pertenece al 3<sup>er</sup> supuesto (6).
- d.  
Pertenece al 4<sup>o</sup> supuesto (-).

Así vemos que después de la captación tenemos:

- Población diana (51 niños).
- Total de los niños bien vacunados (51 niños).

2. NIÑOS NACIDOS EN 1992 (Enero a Septiembre 92), los cua-

les en 1.993 (Abril a Diciembre-93) completaron su C.V. recibiendo la dosis correspondiente a los 15 meses.

El total de niños incluidos en este período es de 192 niños, de ellos se vacunaron a demanda 179 niños, el resto (13 niños) pasan a ser objetos de captación y el resultado fue:

- a.  
Pertenece al 1<sup>er</sup> supuesto (6).
- b.  
Pertenece al 2<sup>o</sup> supuesto (2).
- c.  
Pertenece al 3<sup>er</sup> supuesto (5).
- d.  
Pertenece al 4<sup>o</sup> supuesto (-).

Así vemos que después de la captación tenemos:

- Población diana (148 niños).
- Población de niños bien vacunados (184 niños).



Vacunación de un niño

## B. Niños que en 1.993 comenzaron su C.V.

Igualmente distinguiremos entre los nacidos en 1.992 y los nacidos en 1.993.

1.- NIÑOS NACIDOS EN 1.992 (Octubre a Diciembre-92) los cuales en 1.993 (Enero a Marzo-93) comenzaron su C.V. y que a final de 1.993 tendrán puestas las dosis correspondientes a tres, cinco y siete meses.

El total de niños incluidos en este período es de 75 niños, de los cuales 64 se vacunaron a demanda, el resto (11 niños) fueron objeto de captación y el resultado fue:

- Pertenecientes al 1<sup>er</sup> supuesto (3).
- Perteneciente al 2<sup>o</sup> supuesto (1).
- Perteneciente al 3<sup>er</sup> supuesto (7).
- Perteneciente al 4<sup>o</sup> supuesto (-).

Así vemos que después de la captación tenemos:

- Población diana (71 niños).
- Total de niños bien vacunados (71 niños).

2. NIÑOS NACIDOS EN 1.993 (Enero a Septiembre-93) los cuales en ese mismo año (Abril a

Diciembre-93) comenzaron con su C.V. y algunos, los nacidos en Septiembre-93, a final de año sólo tendrán la dosis correspondiente a los tres meses.

El total de niños incluidos en este período es de 169, de los cuales 154 se vacunaron a demanda, el resto (15 niños) fueron objeto de captación y el resultado fue:

- Perteneciente al 1<sup>er</sup> supuesto (9).
- Perteneciente al 2<sup>o</sup> supuesto (1).
- Perteneciente al 3<sup>er</sup> supuesto (5).
- Perteneciente al 4<sup>o</sup> supuesto (-).

Así vemos que después de la captación tenemos:

- Población diana (159 niños).
- Total de niños bien vacunados (159).

De lo anteriormente expuesto apreciamos que si comparamos los valores de la cobertura, incluyendo o no la fase de captación (Tabla II), observamos como dicha cobertura se ve visiblemente ampliada llegando al 100% después de dicha captación.

## RESUMEN

Las conclusiones de este estudio son que dentro del P.V.I. del Centro de Salud de Marchena:

A. Ha captado el 100% de la población infantil que en el período de 1.993 tenían que comenzar o completar su C.V.

B. Que del total de niños nacidos, excluyendo los que residen fuera, han fallecido o no existen, el resto está correctamente vacunado de acuerdo con el C.V. vigente. Lo que significa que el 100% de los niños que pertenecen al Centro de Salud de Marchena, que en 1.993 comenzaron o completaron su C.V., están correctamente vacunados.

## PALABRAS CLAVES

1. Elevación de la cobertura del P.V.I.
2. Fase de captación dentro del P.V.I.
3. Programa a demanda con fase de captación.
4. Importancia del desarrollo de una fase de captación en un programa a demanda.

## DISCUSIONES

La población infantil de nuestra Z.B. se encuentra en su totalidad, como reflejan los datos, vacunada dentro de nuestro centro, de lo cual es fácilmente «extraíble» que la accesibilidad y utilización de nuestro punto de vacunación es totalmente válida. Esto, de cara a la

aplicación práctica, nos hace no tener que plantearnos modificación o cambios de lugar, horario, recursos humanos, etc., en lo que al P.V.I. respecta.

Igualmente, tal y como reflejan también los datos, vemos como una costumbre habitual en nuestra localidad era la de vacunar a los niños en consultas privadas, y no sólo ha sufrido una regresión sino que en base al estudio y dentro del año 1.993 ha desaparecido.

Un estudio comparativo entre los datos y conclusiones obtenidas, a nivel de nuestra Z.B., con estudios similares de otras Z.B. de nuestro Distrito, podrá servir para hacer extrapolables dichos datos y conclusiones a nivel del Distrito de Morón, al cual pertenece nuestro Centro de Salud.

**TABLA I**

**CALENDARIO DE VACUNACIONES INFANTILES**

|                   | M E S E S |    |    |    |
|-------------------|-----------|----|----|----|
|                   | 3         | 5  | 7  | 15 |
| Difteria (D)      | D         | D  | D  | D  |
| Tétanos (T)       | T         | T  | T  | T  |
| Tos-ferina (P)    | P         | P  | P  |    |
| Poliomelitis (Po) | Po        | Po | Po |    |
| Sarampión         |           |    |    |    |
| Rubeola TV        |           |    |    | TV |
| Paperas           |           |    |    |    |

**TABLA II**

**PAUTAS DE CORRECCION DEL CALENDARIO VACUNAL**

|                    | 1ª Visita | Al mes siguiente | Al mes siguiente | Al mes siguiente | Al año siguiente | Cada 10 años |
|--------------------|-----------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------|
| Menores de 1 año   | DTP/Po    | DTP/Po           | DTP/Po           | -                | DTP/Po           | T            |
| De 1 a 5 años      | TV*/DT/Po | DT/Po            | DT/Po            | -                | DT/Po            | T            |
| De 6 a 14 años     | Saramp.   | T/Po             | T/Po             | Po               | T/Po             | T            |
| Mayores de 14 años | Ru/T/VP=I | T/VPi            | -                | -                | T/Po             | T            |

VPi= Vacuna Inactivada. Indicada en: - Inmunodeficientes  
- Adultos incompletamente vacunados (menos de 3 dosis acreditadas).

\* La Vacuna Triple Virica (TV) no se aplicará a niños menores de 5 años.

**TABLA III**

**COBERTURA DEL P.V.I.**

|                                           | Niños Nacidos | Niños vac. a demanda | Cobertura antes de la capt. | Población diana | Total niños bien vacunados | Cobertura despues de la captac. |
|-------------------------------------------|---------------|----------------------|-----------------------------|-----------------|----------------------------|---------------------------------|
| Nacidos 1991<br>(En 1993 completan C.V.)  | 52            | 45                   | 86,5%                       | 51              | 51                         | 100%                            |
| Nacidos 1992<br>(En 1993 completan C.V.)  | 192           | 179                  | 93,2                        | 184             | 184                        | 100%                            |
| Nacidos 1992<br>(En 1993 comenzaron C.V.) | 75            | 64                   | 84,4%                       | 71              | 71                         | 100%                            |
| Nacidos 1993<br>(En 1993 comienza C.V.)   | 169           | 154                  | 91,1%                       | 159             | 159                        | 100%                            |
| TOTALES                                   | 488           | 422                  | 86,4%                       | 465             | 465                        | 100%                            |

**AGRADECIMIENTO**

Expreso mi agradecimiento a las siguientes personas:

ILDEFONSO ARCENEGUI JIMENEZ (MEDICINA GENERAL); LAURA MARTIN SANCHEZ (TRABAJADORA SOCIAL); FRANCISCO PASTOR MARTIN SEGURA (ADMINISTRATIVO).

**BIBLIOGRAFIA**

Vacunaciones Sistemáticas. Andrés Muñoz Martínez. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía, Sevilla 1.988.

Cuadernos de Salud: Programa de Vacunaciones. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 1.990.

Información Sanitaria y Epidemiológica, Indicadores de Salud. Enrique Regidor Poyatos. Ministerio de Salud y Consumo. Madrid 1.991.

# ENFERMERIA ANTE LA ADMINISTRACION DE SURFACTANTE EN EL R.N. CON DISTRESS RESPIRATORIO

Africa Gil-Martín Yuste (ATS/DUE)

Supervisora UCI-Neonatal. Hospital Infantil Universitario "Virgen del Rocio"

## INTRODUCCION

En la UCI de Neonatal uno de los problemas más frecuentes que presentan los recién nacidos, es el síndrome llamado de «distress respiratorio» (Enfermedad membrana lialina ante el que debe posicionarse el profesional de enfermería).

Hasta hace aproximadamente 20 años, el 50% de estos niños fallecían. Con la aparición de nuevas formas de tratamiento y cuidados se ha reducido considerablemente esta mortandad de forma que hoy por hoy el 85% de los R.N. logra sobrevivir.

El inicio de los signos de distress a observar por el profesional puede tener lugar ya en la sala de partos, cuando el niño presenta una prueba de Apgar con valores bajos, necesitando medidas especiales de ventilación mecánica para el restablecimiento de la respiración. Hay casos donde el R.N. puede aparecer inicialmente normal, pero luego presentar quejido respiratorio y aleteo nasal a lo largo de las 6 primeras horas de vida. La dificultad respiratoria va en aumento, apa-

rece taquipnea creciente, retracción torácica y cianosis progresiva, lo que hace igualmente necesaria la ventilación mecánica.

Este trastorno respiratorio se produce en niños nacidos ante de término, pero la susceptibilidad depende más de la etapa de maduración pulmonar en el momento del parto que de la edad gestacional propiamente dicha.

Para que el R.N. pueda respirar adecuadamente existe un requisito imprescindible: que sea capaz de fabricar el material tensioactivo pulmonar o surfactante necesario para evitar que haya un colapso alveolar al final de la respiración. El surfactante no sólo debe estar presente en cantidades adecuadas al nacer, sino que debe ser regenerado a una velocidad paralela a su desaparición. Una cantidad inadecuada de surfactante puede presentarse por varios motivos:

- ▶ Inmadurez morfológica y enzimática (falta de formación)
- ▶ Falta de liberación
- ▶ Destrucción celular (asfixia y «shock»)

## SURFACTANTE: SU DEFINICION

El surfactante pulmonar es una sustancia que se sintetiza en los neumocitos tipo II y que se encarga de reducir la tensión superficial en la interfase aire-alvéolo, impidiendo que los alvéolos se colapsen durante la espiración.

El pulmón es un órgano crítico en el proceso de adaptación a la vida extrauterina. Al nacer, la interrupción de la circulación feto-placentaria requiere que el R.N. consiga inmediatamente un efectivo intercambio de gases. Es por eso esencial que haya una maduración prenatal suficiente del sistema respiratorio. Desde el punto de vista bioquímico la capacidad de síntesis del Surfactante es un hecho particularmente importante. En el ser humano su producción se inicia entre las 26 y las 28 semanas de edad gestacional.

## SU FUNCION

El surfactante actúa produciendo una capa monomolecular en la interfase entre los líquidos que revisten

los alvéolos y el aire, consiguiendo que disminuya la tensión superficial.

Las consecuencias directas de esta tensión, son:

- ▶ Se requiere menos presión para distender el pulmón.
- ▶ Se mantiene un volumen pulmonar al final de la espiración.
- ▶ Se permite la coexistencia de alvéolos de diferente volumen, además de otras funciones, como:
- ▶ Proteger de la descamación a los bronquiolos terminales.
- ▶ Mantiene la integridad de la membrana alveolar y por tanto juega un papel anti edema pulmonar.
- ▶ Contribuye a la actividad fagocitaria de los macrófagos.

## COMPONENTES

El Surfactante pulmonar natural es una combinación de:

Fosfolípidos (85%), Lípidos neutros (5%), Apoproteínas (5%) y otros componentes diversos (5%).

El fosfolípido más común y tensioactivo del surfactante natural es la dipalmitoil-fosfatidilcolina que reduce de forma importante la tensión superficial. Sin embargo, cuando esto se administra solo, es un surfactante ineficaz, ya que se difunde y absorbe mal en condiciones fisiológicas.

## TIPOS DE SURFACTANTE

Hay tres tipos:

### Homólogo

Extraído del líquido amniótico humano. Es el más adecuado.

### Heterólogo

Extraído de pulmones de animales de bovino y porcino. Presenta inconvenientes de infección.

### Artificial

Sintético, una mezcla de palomita-to de confoscerilo, emulsiones y dispersantes.

## HISTORIA

Existen publicaciones del siglo XVIII donde se habla del distrés respira-

torio o membrana hialina. Doctores ingleses, franceses y alemanes fueron sus autores. Ya en la mitad del presente siglo se describe la anatomía patología de la enfermedad membrana hialina (E.M.H.) y el concepto de tensión superficial.

En la década de los años cincuenta se describe la presencia de material tensioactivo surfactante en el pulmón de mamíferos y su déficit como causa de la E.M.H. del Recién Nacido.

Hace treinta años —década de los sesenta— se dan los primeros intentos, aunque fallidos, de utilización de surfactante exógeno. Más tarde, en los 80, su uso comienza a ofrecer resultados favorables. En la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío se comenzó a utilizar concretamente en



Desde 1992 se utiliza el surfactante en la UCH Neonatal de "Virgen del Rocío"

el mes de junio de 1.992. Estamos, pues, ante un acontecimiento con solo dos años de antigüedad.

## INDICACIONES DE USO

El personal de Enfermería debe conocer estos conceptos básicos:

- ▶ El surfactante exógeno está indicado en la E.M.H., o tratamiento del síndrome de distrés respiratorio (S.D.R.). Para utilizarlo como tratamiento, debe estar confirmado mediante radiografías, criterios clínicos y analíticos.
- ▶ Estos R.N. requieren ventilación mecánica y están intubados.
- ▶ El tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible y antes de transcurridas 8 horas de vida.
- ▶ Se usa también como prevención en niños prematuros de menos de 1.250 grs. al nacer o en R.N. con evidente deficiencia de surfactante. Esto se puede realizar ya directamente en la sala de partos, instalándolo intratraquealmente.
- ▶ La primera dosis se administra dentro de los primeros 15 minutos de vida.
- ▶ Tanto en la profilaxis como en el tratamiento de S.D.R., no se administraran más de 4 dosis dentro de las 48 horas de vida. El intervalo entre 2 dosis no será inferior a 6 meses.

## PROTOCOLOS DE ENFERMERIA

El protocolo de administración de surfactante por el profesional como tratamiento en R.N. con S.D.R. requiere una selección cuidadosa de los pacientes. Esta selección se realiza según los siguientes criterios:

### De Inclusión

1. Peso entre 600 y 2000 gr. (ambos inclusive).
2. Hallazgos clínicos radiológicos característicos de S.D.R.
3. Edad postnatal menor de 24 horas para la primera dosis.
4. Necesidad de ventilación mecánica.
5.  $FI_{O_2}$  igual o superior a 0,4 para mantener  $PA_{O_2}$  entre 50-60 mmhg.
6. Tratar antes de administrar surfactante:
  - hipoglucemia,
  - hipotensión,
  - acidosis metabólica severa,
  - neumotorax,
  - anemia.
7. Entre 1-24 horas de vida.

### De exclusión

1. r.p.m. de 3 o más semanas
2. Asfixia severa (Apgar 5, igual o inferior a 3)

3. Malformaciones mayores: síndromes, cromosomopatías, etc...
4. Presencia de HIV grado 4
5. Síndrome de Dificultad respiratoria grave en R.N. de más de 2.000 gr.
6. Enfermedad pulmonar no debida a Síndrome de Dificultad respiratoria.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Una vez decidido el R.N. que administra surfactante el plan de cuidados de Enfermería se compone de 3 fases, con unas actividades concretas en cada una de ellas:

### 1ª Controles previos a la Administración

- a. Valorar el estado clínico del R.N. mediante control continuo de los siguientes parámetros:
  - Monitorización
  - Saturación  $O_2$  (pulsioxímetro)
  - Control T/A
  - Control FC
  - Control FC
  - Control FR
  - Control de temperatura.
- b. Toma de muestra y valoración gasométrica.
- c. El profesional ATS/DE debe valorar y vigilar la adaptación del R.N. a los parámetros del respirador para evitar una posible



El surfactante es un remedio eficaz en los R.N. con síndrome de distrés respiratorio

lesión por alteración de la función respiratoria y conseguir una ventilación y oxigenación adecuada durante el proceso.

**d.** Confirmar la posición del tubo endotraqueal (mediante radiografía, 5 minutos antes de la administración del Surfactante y auscultación).

**e.** Asegurar el funcionamiento o permeabilidad del tubo endotraqueal mediante aspirado de secreciones.

**f.** Aspirar secreciones

**g.** Preparar material:

- Sacar el vial de surfactante de frigorífico, mantenerlo a temperatura ambiente durante 15-20 minutos, o en la mano (sin agitar) durante 8 minutos.

- Preparar campo estéril:

- Gasas.
- Guantes (estériles).
- 4 jeringas. Contienen cada una 1/4 de la dosis total a administra.

- Un catéter adaptado, o sonda de calibre 5F, la cual se introduce a través del tubo endotraqueal y se corta a nivel de la terminación de éste. El tubo endotraqueal debe estar por encima de la carina.

**h.** Preparación de la dosis. Consiste en disponer 4 jeringas con 1/4 de la dosis total. Cada dosis se reparte en 4/4 de dosis aproximadamente iguales. Cada 1/4 parte de la dosis se administrará mientras se sostiene al niño en una posición diferente para asegurar una distribución uniforme en los pulmones.

La dosis es prescrita por el Médico dependiendo del peso del R.N. y tipo de surfactante.

En la Unidad citada, la dosis viene a ser aproximadamente de 4 ml/kg.

## 2ª Fase: Administración

**a.** Cada cuarto de dosis se instila colocando al niño en una de las

cuatro posiciones que más abajo se explican.

**b.** Ventilar mecánicamente y sin cambiar de posición durante 30 segundos o hasta que el R.N. se estabilice, para prevenir cianosis y para proporcionar un adecuado intercambio de aire, así como una buena expansión torácica.

**c.** Administración de la dosis según los siguientes pasos:

1. Posición en *ligero trendelenburg*.

- Cabeza y tronco girados a la derecha
- Inserción del catéter adaptado en el tubo endotraqueal
- Administrar el primer cuarto de dosis en un intervalo de 3 a 5 segundos
- Ventilar durante 30 segundos manteniendo la posición

2. Igual que en el paso 1, pero con la cabeza y tronco girados a la izquierda.

3. Igual que en el paso 1, con la cabeza y tronco girados a la derecha.

4. Igual que en el paso 1, con la cabeza y tronco girados a la izquierda.

**d.** En esta fase es muy importante la continua vigilancia de:

- Frecuencia cardíaca y respiratoria, Control T/A, Coloración, Expansión torácica, Posición T.E.T., Expresión facial y Temperatura.
- A los 5 minutos, radiografía de tórax y gasometría.

Todo esto es muy importante para evitar —o tratar a tiempo— los problemas que puedan surgir.

### 3ª Fase: Post-administración

**a.** Conectar el R.N. al respirador. Aumentar 10% la presión «inspiratoria pico» durante los 5 minutos siguientes a la instilación. Después, restaurar su valor inicial.

**b.** En R.N. por debajo de 1,500 grs. fijar los siguientes objetivos:  
 $PAO_2 = 50-60$  mmHg.  
 $PACO_2 = 50-55$  mmHg.  
 $PH = 7.20-7.30$  mmHg.

**c.** Debido a la rapidez con que actúa el surfactante sobre la oxigenación, será preciso:

- Observar y vigilar continuamente al R.N. sobre todo en los treinta primeros minutos, anotando todas las observaciones en la hoja de Enfermería.
- Efectuar gasometría y anotar valores de  $SATO_2$  o  $PTCO_2$  a los 5 minutos, 2, 6, 12 y 24 horas, así como a los 2-3-4-5-6 y 7 días.

- No aspirar la tráquea durante 1 hora después del tratamiento, a menos que se sospeche que hay obstrucción.
- Si el surfactante surtió efecto a los 30 minutos de su administración, se observan cambios gasométricos favorables (que son máximos a las 2-4 horas) y empiezan a descender a las 12 horas.
- Si a las 12-24 horas de la primera dosis, el R.N. sigue con ventilación mecánica con  $FIO_2 > 0.30$ , se debe proceder a la preparación de 1 o 2 dosis adicionales de surfactante.

### COMPLICACIONES

Desde el punto de vista de los ciudadanos de Enfermería se observa que las complicaciones más frecuentes son:

- Reflujo del fármaco a través del tubo endotraqueal.

- Obstrucción del tubo endotraqueal, teniendo que realizar aspiración antes de la hora establecida.

- Bradicardia transitoria

### CONCLUSIONES

Los R.N. objeto del presente trabajo para Enfermería requieren en todo momento vigilancia estricta. El tratamiento exige la participación de un buen equipo así como personal experto y entrenado en el manejo de estos R.N. de alto riesgo.

La administración de surfactante en R.N. afectados de S.D.R. mejora la oxigenación. El tratamiento con surfactante exógeno abre nuevos caminos en la terapéutica del síndrome de distrés respiratorio neonatal y su prevención. Por todo lo expuesto, el profesional ATS/DE tendrá que observar un estricto cumplimiento de lo reflejado en la aplicación de una técnica tan novedosa (2 años de antigüedad) como eficaz.

### BIBLIOGRAFIA

- «XV Congreso Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales». Murcia, 11-12-13/Mayo/94
- Enfermería Clínica, vol. 2, nº 6, Pgs. 239-241
- Laboratorios ABBOTT: Divulgación científica
- Metodología práctica, Hospital Universitario «Virgen del Rocío», Unidad de Neonatología.



Es importante la actuación del profesional de Enfermería en la aplicación del surfactante



*El Palo y la Astilla*



*Entrada triunfal en el templo*

## 2º PREMIO

**José M<sup>a</sup> Valseca Fernández**

Nº Colegiado: 10.239

Máquina: Minolta X-700

## 1er PREMIO

**Francisco Rodríguez Cabrera**

Nº Colegiado: 9776

Máquina: Olympus OM-10

# CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA Nº 29

*El plazo de presentación  
finalizará el próximo  
25 de noviembre de 1994*

## BASES:

### Premios

- 1er premio: 50.000 ptas.
- 2º premio: 25.000 ptas.
- 3er premio: 10.000 ptas.

### Formato

18 x 24 cm. color, enmarcada en cartulina blanca de 2 cms. de margen (22 x 28 cm. con

marco). Cada participante sólo podrá presentar 2 fotografías como máximo, aunque se optará sólo a único premio, cada una de las cuales 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 sólomente 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.

# NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS



## EPIDEMIOLOGIA BASICA EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

- Rolando Armijo Rojas
- 298 páginas
- P.V.P.: 2.940 ptas.

La Epidemiología, como disciplina científica de investigación y acción, representa una base instrumental primordial para la Salud Pública. Su aplicación directa al campo de la Atención Primaria de la Salud es particularmente operativa, dado que la proximidad de los profesionales sanitarios de Atención Primaria a la comunidad permite el abordaje global y la actuación sobre los problemas incluso antes de que aparezcan, a través de la identificación de las necesidades de salud y el establecimiento de programas de prevención de enfermedades y promoción de hábitos saludables.



## LAS ADORADORAS DE LA DELGADEZ

- F. GARCIA RODRIGUEZ
- 122 PAGINAS
- P.V.P.: 1.395 PTAS.

La anorexia nerviosa es una enfermedad cada vez más frecuente.

El ideal de la persona esbelta y delgada se impone con la fuerza de la moda y la presión social, sobre todo a través de los medios de comunicación.

Estar delgado se ha convertido en un verdadero culto, que lleva a muchas personas a hacer auténticos sacrificios. La adoración de la delgadez, el terror a la obesidad y las dietas incorrectas y sin control pueden hacer que se contraiga una enfermedad de consecuencias graves, e incluso muy graves, que acabe en la muerte.

Fernando García Rodríguez, psiquiatra, describe los hechos insospechados que constituyen los síntomas de la enfermedad, y responde a las preguntas de por qué y cómo ocurren estos hechos, y por último se dan las pautas para su tratamiento.

Las respuestas y las soluciones están hechas desde un marco teórico original del autor, y con la esperanza de aportar un nuevo punto de vista que ayude a la solución de esta difícil y, a veces, trágica enfermedad.



## MUESTREO PARA LA INVESTIGACION

- L.C. Silva Aycaguer
- 164 páginas
- P.V.P.: 2.575 ptas.

Este libro aporta un conjunto de ideas claras que permiten al lector, con algunos conocimientos de estadística, entender los principios y procedimientos del muestreo, así como la interpretación de sus resultados, sin detenerse en exceso en desarrollos aritméticos, aunque sin perder por ello rigor y profundidad.

El libro recorre con detenimiento los distintos diseños muestrales exponiendo ejemplos en los cuales entran en juego progresivamente los diferentes diseños y conceptos explicados, para hacer frente a distintas situaciones cada vez más complejas. En ocasiones el libro se detiene e insiste sobre aparentes detalles, que posteriormente se revelan de máximo interés para completar la asimilación de estos conceptos y principios. Si bien puede ser consultado por secciones por los lectores con conocimientos más avanzados merece la pena leerse en su totalidad y no perder así ninguno de sus rincones.

En síntesis los contenidos de este libro ayudarán sin duda a sus lectores a ganar

confianza y a reducir la posibilidad (y probabilidad) de cometer errores frente a los problemas de muestreo. Por otro lado, al ser limitado el número de obras de este tipo en castellano, viene a cubrir una laguna importante en la investigación en Ciencias de la Salud.



## TRATADO DE GINECOLOGIA

- José Botella Llusá/  
J. A. Clavero Núñez.
- 1.066 páginas
- P.V.P.: 13.850 Ptas.

Esta reconstrucción del Tratado se ha hecho en tres dimensiones armónicas entre sí. En primer lugar hemos tenido la idea de incorporar todos los hechos nuevos que han aparecido en la ciencia de la reproducción humana. Claro es que en un tratado elemental que no trata de ser una enciclopedia, muchos de estos progresos, se han explicado sólo de una manera sumaria, pero intentando siempre —no sabemos si lo hemos conseguido— que ningún avance importante se haya quedado sin reseñar.

En segundo lugar, el libro resultaba demasiado grande, en tres tomos, para el estudiante, sobre todo ahora que la Obstetricia y la Ginecología en la mayoría de los planes de estudio de las Universidades españolas, se reducen a un solo curso, con 70 u 80 horas lectivas. Se ha procurado así hacer una obra más compacta, que incluye la Fisiología, la Obstetricia, la Perinatología, las Enfermedades del aparato genital femenino, la Contracepción, la Esterilidad y la Reproducción Asistida, todo ello en 80 capítulos.

Y en tercer lugar, en ningún modo hemos querido que este libro casi totalmente nuevo que ahora aparece, perdiera las cualidades del antiguo, y que tan popular le habían hecho entre los médicos y los estudiantes.



**Ilustre Colegio Oficial  
de Enfermería**



**CAUDAL**

SEGUROS  
GRUPO ZURICH

# SEGURO DE AUTOMOVILES

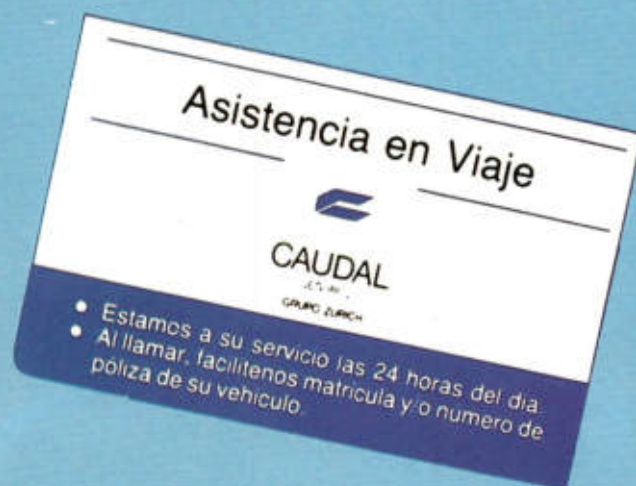


Todas las pólizas de seguro de coches, *desde el obligatorio al todo riesgo*, de «Caudal» están cubiertas con la Tarjeta de Asistencia en viajes.

Se tiene derecho con ella:

**Desde el Km. 0**

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



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

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

**PRECIOS MUY ESPECIALES PARA LOS COLEGIADOS DE SEVILLA**

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

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

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

# 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 encuadrado; 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 "curriculum vitae" que se abrirá tras las concesiones de los premios.
- 9.ª **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio 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**

