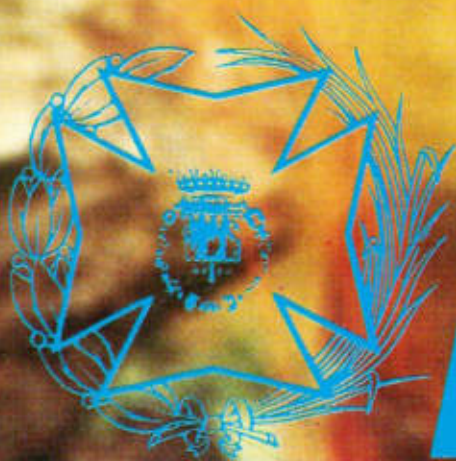


Nº 3 ENERO - FEBRERO - MARZO, 1988



Avan^{ia}

REVISTA CIENTIFICA DEL ILUSTRE COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. DE SEVILLA

- TUMORES DE OVARIOS
- EL ENFERMO PSIQUIATRICO
- ELABORACION DE PROTOCOLOS
- MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL CARDIOPATA POR LA EDUCACION SANITARIA
- FRACTURAS

4.º Certamen Nacional de Enfermería

«CIUDAD DE SEVILLA»

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS

EN ENFERMERIA DE SEVILLA



COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS
EN ENFERMERIA DE SEVILLA

PREMIOS

Primero: 400.000 ptas.
Segundo: 200.000 ptas.
Tercero: 100.000 ptas.

PREMIOS 1987

1.º Premio: D. Francisco Gallardo Gálvez, de Sevilla
2.º Premio: D. Antonio Zambrano Parra, de Badajoz
3.º Premio: DESIERTO

CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA «CIUDAD DE SEVILLA». Colegio de Diplomados en Enfermería de Sevilla

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería. Tiene cabida aquellas líneas de investigación, asistenciales, docentes, planificadoras, teóricas, especialidades, etc. que cumplan las siguientes:

B A S E S

- 1.ª—**Denominación:** Título «Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla».
- 2.ª—**Objeto:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este concurso con las bases del mismo.
- 3.ª—**Dotación:** La dotación económica será de CUATROCIENTAS MIL pesetas (400.000) para el trabajo premiado en primer lugar. De DOSCIENTAS MIL pesetas (200.000) para el premiado en segundo lugar, y CIENTO MIL pesetas (100.000) 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 tendrá limitación de espacio y deberán ir acompañado de Bibliografía, si la hubiese.
- 5.ª—**Concurren:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados; serán admitidos trabajos realizados en equipo. En este caso se entiende por autor, a los efectos de lo dispuesto en estas bases, el primer firmante de cada trabajo.
- 6.ª—**Jurado:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Diplomados de Enfermería de Sevilla, a quien él delegue. Cinco Vocales, cada uno de los cuales representarán: al Colegio de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, dos Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. 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, deberán ser mecanografiados por duplicado y remitidos por correo certificado al Colegio de A.T.S. y D.E., Calle Infanta Luisa de Orleans, n.º 10, SEVILLA-41004, deberán indicar en el sobre: para el 4.º Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla.

Los trabajos deberán ir firmados con seudónimos y acompañarán en sobre cerrado con la misma identificación, en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección completa, lugar de trabajo si lo hubiese, núm. de Colegiado, y «Curriculum Vitae», que se abrirá tras las concesiones de los premios.

9.ª—**Propiedad de los trabajos:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S./D.E. de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio, para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados en el 4.º 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—**Título 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 15 de Septiembre de 1988.

Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante, si se trata de un equipo, por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.

El fallo del Jurado se hará público el 1 de Diciembre de 1988.

Sevilla, Enero de 1988

**EDITA:**

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

DIRECTOR:

José M.^a Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

Maite Brea Ruiz
José Antonio Cervera López

CONSEJO DE REDACCION:

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

IMPRIME:

Gráficas Mirte, S.A.

DEPOSITO LEGAL:

SE - 470 - 1987



EDITORIAL

Nos preguntamos a veces porqué a la Enfermería nos cuesta tanto éste arranque para lograr el desarrollo pleno de nuestra profesión, parece que existe un miedo o ansiedad flotante a la hora de ejercer nuestro trabajo, no estamos seguros de ello e incluso hasta nos planteamos la cientificidad o nó de Enfermería.

La base fundamental del plan de cuidados del paciente es el proceso de Atención de Enfermería, y a través del mismo los Profesionales podemos actuar unitariamente, cubrir necesidades sociales, e identificar el papel profesional como diferente y complementario de otras profesiones.

Los Procesos de Atención de Enfermería, estructuran hipótesis que deben someterse a la investigación, y establecer contrastaciones empíricas y de esta forma llegar a conclusiones para progresar cada vez a niveles más altos.

¿Cómo hacerlo?. A través de las actividades de Enfermería, procedimientos, técnicas de educación Sanitaria, observaciones y todo lo anterior debe quedar reflejado de manera clara y precisa para facilitar el camino a nuestros compañeros y como constancia de nuestro trabajo no somos dados a reflejar nuestras observaciones y preferimos el cambio de información cada vez que un emisor transmite el mensaje a un nuevo receptor, llegando al hecho de trasgredir totalmente el mensaje.

Creemos que debemos empezar a reflejar adecuadamente todo lo que veamos necesario, a diagnosticar y a trabajar en consecuencia a ello.

Tenemos una identidad y pensamos que hay que dejar reflejo de ello.

Así, nuestro trabajo se verá compensado por un reconocimiento social y profesional.

Sumario

ENERO
FEBRERO
MARZO

1988

—EDITORIAL	3
—SUMARIO	4
—LA TERAPIA FISICA FRENOPATICA DE FINALES DEL SIGLO XIX	5
—CONCURSO DE FOTOS Y LOGOTIPOS	13
—TUMORES DE OVARIOS	15
—EL ENFERMO PSIQUIATRICO	18
—ELABORACION DE PROTOCOLOS	22
—DEBATES DE ENFERMERIA	28
—MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL CARDIOPATA POR LA EDUCACION SANITARIA.....	31
—FRACTURAS	35
—EL PRACTICANTE SEVILLANO	38
—NORMAS PARA LA CONCESION DE BECAS	39
—FORMACION CONTINUADA	40
—INFORMACION DE CONGRESOS	42



EN PORTADA

El equipo de redacción no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los diferentes artículos, siendo la responsabilidad de los mismos, exclusiva del que los suscribe.

Nº 3

LA TERAPIA FISICA FRENOTATICA DE FINALES DEL SIGLO XIX

GREGORIO MARTINEZ MORAN
D.E. Especialista en Psiquiatría
HOSPITAL UNIVERSITARIO
«VIRGEN MACARENA»
Sevilla

Como dijo D. Claudio Sánchez y Albornoz (1893-1984), «El historiador tiene el deber de no dejarse ganar ni por la saña ni por la hipérbole».

Mentar freniatría o alienación mental o demente o vesania o locura o psiquiatría u orate en la última porción del siglo XIX para Enfermería, es de ley, evocar el recuerdo de un gran olvidado: Fray Benito Menni, hermano enfermero italiano de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, venido a España antes del Concilio Euménico Vaticano I (1869-1870). En 1880 junto a sus enfermeros pone en funcionamiento dos frenocomios en Ciempozuelos (Madrid), en 1888 instituye otros dos en Palencia y uno en Zaragoza, en 1895 abría uno en Barcelona, terminando esta labor en 1896 al disponer la erección de uno en Guipúzcoa.

Fiel continuador y restaurador de la obra juandediana en nuestro país, Reino con aspecto lúgubre de Dña. Isabel II (1830-1904) que incluyó un proceso de la baja edad media: la desamortización de los años 1835 a 1837 adoptada por D. Juan Alvarez Méndez, llamado «Mendizábal» (1790-1853) y, en 1855.

Fray Benito, funda las Hermanas Enfermeras, Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón, con dos damas granadinas en 1881. Erige asilos para la senectud y casas infantiles. Forma teórica y prácticamente a los hermanos enfermeros y dirige la asistencia sanitaria hacia ancianos, enfermos mentales, crónicos, heridos de guerra, durante la III Guerra Carlista (1872-1876) en ambos bandos contendientes, y niños,

donde en Barcelona en 1867 inaugura el primer hospital infantil de las Españas.

En la reverberación captada de los escasos autores de la época, hay que considerar que la publicación de un libro «original» sobre patología mental, representaba un acontecimiento literario en una España demográfica de 16,5 millones en 1877, hasta 18,5 millones en 1900, empaquetada por una esperanza de vida al nacer cifrada entre 33 a 34,5 años y por una atmósfera moral de caos político, caciquismo, revolución social, analfabetismo (45 al 58% aproxm.), estancamiento y regeneracionismo.

La Freniatría, yuxtapuesta a la boga antipsicósomática, positivista y mecanicista del momento, constreñida en el conuco del completo abandono de las enseñanzas médicas y enfermería contumaces, no figuraba como asignatura oficial. En la asistencia, desde finales del siglo XV de progresiva secularización, se confundía la nosofrenia (intento de clasificar clínicamente la «mentalidad morbosa»), recolectando los pacientes las consecuencias de tal ignorancia. En el ejercicio forense, son muchas veces equivocadamente asesorados los tribunales de jurisdicción y, por tanto, injusta o deficitariamente resueltos en algunos procesos los problemas de responsabilidad o de capacidad. Ante esto, es estimatorio plasmar lo que D. José Ortega y Gasset (1883-1955) en su libro «El Espectador» (1916) refirió: «La utilidad de la verdad es la definición de la mentira».

Cierto es, en esta fracción del siglo, se empieza a estudiar la patología men-

tal sobre todo, desde un punto de vista orgánico, con énfasis asociacionista entre las lesiones anatómicas cerebrales con las manifestaciones clínicas. De resultados pobres, pero con mejoras en la capacidad diagnóstica y con precariedad en las posibilidades terapéuticas. En tal aspecto, la psiquiatría permanece hasta nada menos el año 1952, en el cual, se inicia un cambio sustancial, promovido por la Psicofarmacología (ciencia de larga prehistoria y corta historia, ha proporcionado una dimensión terapéutica de alto valor en las distintas entidades nosológicas psiquiátricas, permitiendo un replanteo asistencial) y la sociedad al empezar tenuamente a despojarse del considerar por sucesión universal de siglos, a los enfermos mentales como individuos sometidos a la influencia de elementos abstractos que despertaban más temores que comprensión en el territorio de adscripción.

Resulta interesante al posicionarse, tener noción sobre la terminología «etiquetadora» empleada entonces, para precisar su significación a saber:

—FRENIAITRIA: enfermedad mental y sinónima de alienación mental.

—ALIENACION MENTAL: enajenación mental. El Dr. Philippe Pinel (1745-1826) fue el primero en designar con este término a los trastornos mentales, donde el individuo se nota distinto del que era antes, porque su inteligencia está en claro deterioro. Definición básica en la revolución del método terapéutico mental, al ser la llave liberadora de los grilletes y cadenas con que estaban presos los «trastornos mentales». El Ldº Johann Gottlieb

Fichte (1762-1814) en lo filosófico, sostuvo que la posición de objeto es una alienación como la concepción del mismo en razón alienada.

—**DEMENTE:** El Dr. Ernest Dupre (1862-1921) concretó la clínica de varios cuadros psiquiátricos y describió el del meningismo «Síndrome de Dupre». En su estudio sobre los trastornos intelectuales unidos a lesiones circunscritas del cerebro, define la demencia como: «La debilidad en todos sus grados y el anulamiento definitivo de la actividad psíquica».

—**VESANIA:** «Furia muy intensa». Se distinguían las locuras simples desligadas de otros estados morbosos.

—**LOCURA:** Denominación ancestral, donde «loco» tiene por origen la incertidumbre, e imprecisa de algunos trastornos mentales por déficit facultativo, con pérdida de la razón propiamente dicha y actuación irrazonable. D. Guillermo Cabrera Infante, dice al respecto: «la locura se ha democratizado porque antes era un privilegio de las clases altas».

—**PSIQUIATRIA:** El Dr. Juan Antonio Vallejo-Nagera en su libro «Introducción a la Psiquiatría» (1977), para definir a la psiquiatría, empieza manifestando: «En un tratado antiguo se encontraría la siguiente definición: Psiquiatría es la rama de la Medicina que se ocupa de las enfermedades mentales». Efectivamente, era igual a medicina mental, proposición evidente, admitida sin demostración.

—**ORATE:** vulgarmente «ido». Los individuos de poco juicio y prudencia eran reconocidos así. D. Francisco Quedo y Villegas (1580-1645) escribió: «... No lo osé replicar, de miedo que me dijese tenía arbitrio para tirar el cielo, acá abajo: no ví en mi vida tan gran orate...».

La terapia física unida a la farmacología, constituía el tratamiento material, y éste, junto al tratamiento moral, componía el tratamiento curativo frenopático.

Delimitada por la exclusividad del papel de la herencia en la evolución del individuo y en la determinación de los rasgos psíquicos de éste, se aceptaba como dogma: «todo lo psíquico era de transmisión hereditaria», al seguirse puntualmente las leyes formuladas por

Charles Darwin (1809-1882), consistentes en:

—**LA HOMOCRONIA:** Tipo de herencia, donde los caracteres heredados, aparecidos tardíamente, lo hacen prácticamente a la misma edad en los descendientes que lo hicieron en los antecesores, por ejemplo, la Corea Crónica Progresiva, descrita por Georges Huntington (1851-1916).

—**EL ATAVISMO:** «Salto atrás», caso de regresión presentado en una generación ubicada dos o más escalones por debajo del individuo en estudio.

—**LA PREDOMINANCIA:** Similitud entre padres e hijos y el mayor parecido con uno de los progenitores. La Profesora Cándida Velasco de Frutos, incluye aquí a la Trasmisión Directa.

CUADRO SINOPTICO DE LA TERAPIA FRENOPATICA DE FINALES DEL SIGLO XIX:

1. DE CONTINENCIA:

1.1. AISLAMIENTO:

1.1.a. CASA DE CAMPO.

1.1.b. DESPLAZAMIENTOS

1.1.c. DOMICILIAR

1.2. OBSERVACION Y RECLUSION:

1.2.a. CASA DE SALUD

1.2.b. CASA HIDROTERAPICA

1.2.c. COLONIAS

1.2.d. ORDEN MANICOMIAL

2. DE ACCION:

2.1. CONTENCIÓN

2.2. DISTRAIMIENTO

2.3. EJERCICIO GIMNASTICO

2.5. ELECTROTERAPIA

2.6. MASOTERAPIA

2.7. REGIMEN Y CONDICION DIETETICA

2.8. SUGESTION HIPNOTICA

2.9. TRABAJO

TERAPIA FISICA DE CONTINENCIA

1.1. EL AISLAMIENTO:

Figuradamente la incomunicación y muchas veces el desamparo, catalogado como fin curativo en trastornos por el sueño, inapetentes, melancólicos, hipocondríacos, maníacos,

alucinados, perseguidos, etc., de texturas dóciles, pudiendo existir, aunque muy difícil sin la reclusión en las siguientes modalidades:

1.1.a. LA CASA DE CAMPO: De fácil aceptación familiar, dispendiosa y sólo factible para individuos acomodados, al ser de financiación privada. Por lo general estaba instalada bajo cuatro condiciones:

—Separación continuada y completa del alienado y sus deudos.

—Dirección del tratamiento material y moral por frenópata.

—Enfermería idónea y apta, aseguradora de una vigilancia estrecha y de unos cuidados inteligentes.

—Falta de disciplina y de orden comparado al de los frenocomios (manicomios).

El Alcalde y sus delegados, asesorados de la comisión de Salubridad e Higiene, jefe del laboratorio químico municipal y arquitectos municipales, cuidaban de la inspección general del régimen de sanidad.

1.1.b. LOS DESPLAZAMIENTOS: VIAJES: Migración terapéutica, siendo desbriznador del medio en que estalló el conflicto mental.

Encomiado por Ms. Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), producía «impresión favorecedora» en el sueño, apetito, convalecencias, hipocondríacos y melancolías (nadie discutía la existencia de éstas en los niños, así pues, en 1845, Mr. W. Griesinger, dictó: «Incluso las formas melancólicas pueden presentarse en la infancia en todas sus diversas características, aunque mucho menos frecuentemente».

Contraindicado en alucinados, maníacos, perseguidos y suicidas. Se advertía que el desplazamiento por ferrocarril no era conveniente, por excitar el movimiento trepidatorio los centros nerviosos.

Inútil resultaba en los alienados crónicos.

Esta modalidad terapéutica estaba reservada a enfermos con altos recursos económicos. Nunca debía ir solos, sino acompañados por persona muy muy allegada, enfermera experimentada y sirvientes.

Se hacía como más conveniente, a un punto geográfico lejano de la habitual residencia y prolongarlo meses y

hasta años, en particular si el resultado era positivo, para así, asegurar la mejora.

1.1.c. EL AISLAMIENTO DOMICILIAR: Proceder pleno de inconvenientes, pero único para las clases sociales medias y humildes generalmente.

Falseaba por su base el fundamento de la terapéutica alienista imposibilitando un método y régimen, al existir rebelión, falta de condiciones asistenciales y discusiones y contradicciones que, con mejor intención que criterio, inusitaban los parientes, originando riesgos para el propio enfermo y su seno familiar ante accesos de furor, impulsos suicidas y homicidas.

Para ser autorizada, los jefes políticos y alcaldes, tenían que tomar cuantas disposiciones fueren necesarias para dar toda la latitud posible, con auxilio de alimentos, medicinas, alienista (frenópata), practicante y enfermero.

1.2. LA OBSERVACION Y RECLUSION:

El encierro forzado era determinado por la separación del alienado de todo aquello habitual, desde su morada hasta donde su mal nació.

La legislación española por medio del Real Decreto de 19 de Mayo de 1885 de D. Alfonso XII (1857-1885) disponía en los artículos más interesantes, citados textualmente:

Artículo 1º: La hospitalidad de los dementes se concederá en dos términos: de observación y de reclusión definitiva.

Artículo 3º: Para que un presunto alienado pueda ser admitido en observación, será preciso que lo solicite el pariente más inmediato al enfermo, justificando la necesidad o conveniencia de la reclusión, por medio de un certificado expedido por dos doctores o licenciados en medicina, visado por el subdelegado de esta facultad en el distrito e informado por el alcalde.

Estas solicitudes podrán presentarse a la Diputación Provincial, si el establecimiento pertenece a la provincia, y al Ayuntamiento, si es municipal.

Las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos cuidarán de habilitar un local con las convenientes condiciones para recluir a los dementes en observación, donde puedan permanecer hasta que se les conduzca a un manicomio,



en clase de reclusos permanentes.

En los establecimientos particulares, la admisión se sujetará a lo que determinen los reglamentos especiales que previamente deberá aprobar el Gobierno; pero siempre previa la presentación de documentos de que habla este decreto.

Los profesores de Medicina (doctores y licenciados) que expidan la certificación expresiva del estado del enfermo, no podrán ser parientes, dentro del cuarto grado civil, de la persona que formule la petición, del director administrativo ni de ninguno de los facultativos del establecimiento en que debe efectuarse la observación.

Cuando la observación haya de hacerse en casa particular, los médicos que expidan la certificación no podrán tampoco ser parientes, dentro del mismo grado, del propietario o propietarios del establecimiento.

Los directores de los establecimientos tienen obligación de dar conocimiento al gobernador de la provincia respectiva o al alcalde, según esté el manicomio en la capital de la provincia o en uno de sus pueblos, en el preciso término de tres horas, a contar desde el momento del ingreso del presunto alienado, expresando el nombre y naturaleza de éste, el de la persona que haya solicitado la admisión y el nombre de los facultativos que hayan certificado acerca de la conveniencia o necesidad

de recluir al enfermo.

Artículo 4º: La observación, sin más requisitos que los observados, sólo podrá ser consentida una vez; y si en cualquier tiempo, la persona que haya estado sujeta a ella, presentase de nuevo síntomas de demencia, será indispensable, para volverla a someter a observación, instruir el oportuno expediente judicial.

Artículo 5º: El ingreso en observación de dementes, en la forma establecida, no podrá tener efecto sino en caso de verdadera y notoria urgencia, declarados así en los informes del alcalde y subdelegado de Medicina. Mientras el presunto demente pueda permanecer en su casa sin peligro para los individuos de la familia, sin causar molestias excesivas a personas que vivan en habitaciones contiguas o sin perjuicio evidente para la salud del mismo paciente, no podrá ser recluso, a menos que lo acuerde el Juzgado de primera instancia respectivo, previa la instrucción del oportuno expediente.

Artículo 6º: Tan luego como un enfermo ingrese en un establecimiento, deberá incoarse, bien por la familia, o de oficio en el caso de que el presunto alienado carezca de parientes, o en el que éstos se hallen ausentes, al expediente judicial para la reclusión definitiva, a fin de que, expirado el plazo de tres meses, o de seis en caso dudoso, se expida por el facultativo o facultativos

del manicomio en que la observación tuviese lugar, el oportuno certificado informativo.

Este certificado deberá ser entregado a la persona que solicitó la clausura del demente, el mismo día que termine dicho plazo, para que inmediatamente pueda ser presentado al Juzgado, el cual, a su vez, habrá de dictar la reclusión que proceda, dentro de las veinticuatro horas siguientes.

Artículo 9º: Los procesados por los Tribunales que sean declarados dementes y mandados recluir, serán admitidos en los establecimientos a petición de la autoridad correspondiente, previa la remisión del testimonio del tanto de la condena.

Para estos alienados se destinará en los manicomios un departamento separado que reuna las convenientes condiciones de seguridad.

Artículo 13º: Los directores de los manicomios no oficiales y los de casas particulares de curación, deberán dar conocimiento al gobernador o alcalde, según los casos, en el término de veinticuatro horas, de la salida de los enfermos que tuviesen a su cuidado, con expresión de la causa que la motiva, cualquiera que sea ésta.

Este Real Decreto estuvo en vigor, con leves modificaciones de 9 de Agosto de 1902, 20 de Enero de 1912, 5 de Mayo de 1913 y 7 de Julio de 1913, hasta la promulgación del Decreto de 3 de Julio de 1931, del gobierno provisional del conservador católico D. Niceto Alcalá y Zamora (1877-1949).

Por el juicio crítico emitido en «Frenocomios españoles: Bases para la reforma de nuestros servicios de alienados» (Madrid, 1924), del experto alienista, Dr. Salas y Vaca, esta ley de 1885 estaba confeccionada por juriconsultos, sin miras médicas, adoleciendo de este principal defecto, pues toda ella se encierra en la cautelosa previsión de evitar la reclusión del sano y de retardar lo más posible la salida del demente, por los riesgos que éste puede originar; pero de ningún modo se atiende con sus disposiciones a garantizar el tratamiento médico de los alienados facilitando su asistencia, para la que estorba la restricción de la libertad civil para entradas y salidas, que deben estar más en relación con los acontecimientos mentales, que sujetas

al freno de las decisiones y trámites burocráticos, lentos siempre, en muchas ocasiones improcedentes y perjudiciales.

Al dicotomizar esta censura, sin forma espectral, me fluye el recuerdo, nunca anublado de D. Vicente Barrantes y Moreno (1829-1898), por su exclamación: «... que era entonces por ventura toda la filosofía y toda la ciencia de los hombres, representando en otros de la misma procedencia; singular antítesis...» (Del discurso de ingreso en la Real Academia de la Historia, Madrid, 1872).

La reclusión se tildó de primordial indicación de seguridad dual: enfermo-familia y de efectos benignos en el dintel tiránico, con difuminaciones en la superioridad alarde y en las vacilaciones atormentadoras del «celo familiar», aseverándose, un beneficio de la libertad de la vida intimista, al no estar regulada de caprichos y de concepciones delirantes.

La prescripción abarcaba la excitación maniaco sintomática que según el Dr. Valentín Magnan (1835-1916), la manía es una superactividad cerebral extrema con una exaltación de todos los centros corticales: «Todas las puertas se abren para proyectar fuera las imágenes, los recuerdos, los movimientos que responden a apetitos o sentimientos que sean manifestación de ideas o resultados de una necesidad puramente automática. Todo fuera. Tal es la fórmula del maniaco»; estados de agitación, epilepsias con impulsos destructores, ideas delirantes, suicidas y delirios de persecución, místicos, de grandeza, de ruina y de impulsos agresivos. También, como detalla Ms. J. Falret en «Etudes sur les maladies mentales et nerveuses» (1980), cuando hay disparidad de opiniones entre sus miembros familiares respecto al enfermo y cuidados que requiere.

Su prescripción, por inútil, si no nocivo, siguiendo con Ms. J. Falret, en alteración ligera de los sentimientos afectivos, delirio pacífico sobre objetos cuya relación es lejana con las personas o sitios afines al alienado. El Dr. Martínez y Valverde, añadió: innecesario en las demencias, donde sin embargo, es el deseo ardiente familiar.

Los establecimientos psiquiátricos se hallan atendidos en la legislación es-

pañola para la asistencia del enfermo psiquiátrico en el narrado Real Decreto, siendo: frenocomios y casas de salud oficiales, es decir, aquellas sostenidas directamente por el Estado, las diputaciones o los ayuntamientos, y privadas, es decir, aquellas de propiedad particular o de persona jurídica, laica o religiosa.

Entre frenocomios y casa de salud, hacia el año 1880, había 17 aproximadamente, con una distribución de camas, de los establecimientos construidos desde 1801 hasta 1899, que suponen un índice del 1,25% por habitante, con una rotación del 1,40 por alienado, por cama y por año (1860), y con una media de dotación de personal sanitario profesional y clerical entre el 0,30 y el 0,40.

1.2.a. LA CASA DE SALUD o CASA DE CURACION: Conocida por el vulgo bajo la calificación de «casa de locos»; D. Leandro Fernández de Moratín (1760-1828) contó: «... tanto era el griterío que armaban, que convirtieron aquella vivienda en una casa de locos...».

De constitución homóloga a los asilos, se caracterizaba por el «favor y el asombro», con unas condiciones muy semejantes a los de un manicomio.

Los cuartos de posada deberían de tener 4 metros superficiales por persona con ventilación directa de ventana o balcón a patio o corral.

Por lo general estaba asistida por un profesor, enfermería clerical y sirvientes.

1.2.b. LA CASA HIDROTERAPICA: Diseñada especialmente para semialienados de conducta pacífica y sin peligros.

Tenía una aceptable consideración social, no tanto por los frenopatas, profesores y enfermería, ya que la regla era flexible, al igual que la disciplina, permitiéndose la visita frecuente.

1.2.c. LAS COLONIAS: La aceptación ha cambiado según las épocas, para la medicina y enfermería oficial, de la acabada centuria era: aquellos alienados que pasan temporadas en un determinado lugar sin ser el suyo habitual de residencia, con designios curativos y recreativos, dedicados a los trabajos del campo.

La reclusión y asistencia se ejercita bajo cuatro formas:

1.2.c.a. SISTEMA ALEMAN: Colonia dependiente de un establecimiento e indicada para convalecientes y alienados crónicos tranquilos, bajo el control de personal sanitario.

1.2.c.b. SISTEMA BELGA: Es la forma clásica de colonia por la antigüedad en la implantación. Baste de botón de muestra, a Gheel «la meca de los alienistas». De carácter autónomo y con aplicaciones para alienados sin accesos furiosos.

1.2.c.c. SISTEMA ESCOCES: OPEN-DOOR: Colonia «muy particular», al estar los alienados con familias extrañas en el campo aisladamente, sin formar colectividad alguna. Sólo se podía internar a enfermos sin «sospecha de peligrosidad»; Requerida de las familias que poseen unas cualidades muy determinadas.

1.2.c.d. SISTEMA FRANCES: Colonia iniciada hacia 1847 en Clermont, exclusivamente para alienados crónicos y privados.

Alguno de estos sistemas se intentaron introducir en España, quizás, por aquellos seguidores del sistema sanitario liberal, precursores de la conversión de la medicina social en una disciplina estructurada, donde el Dr. Mateo Seoane Sobral (1791-1870) fue el pionero. El fracaso hace verificable lo transcrito por D. Luis de Góngora y de Argote (1561-1627) «... seguido, más no alcanzado, muere al fin atravesado...».

1.2.d. ORDEN MANICOMIAL: Frenocomio o manicomio, fonemas estos de muy bajo ras en el aprecio popular con infinidad de objeciones y argumentos obitados, aún en nuestros días no obliterados.

Ya D. Francisco de Goya y Lucientes (1746-1828) con su genio impulsivo y cultivador de la magna pintura, captó con unas genuinas imágenes sentimentales cotidianas del establecimiento «ad hoc», al ser humano, sujeto anclado en unas circunstancias donde no cuenta sólo su vida, sino la vida del otro y de los otros en un tono más lejano, pero real y evidente, siendo esas circunstancias, preñadas de diversos contenidos, donde el ser humano tiene que hacer y hacerse, este es su «hodie et nunc», es decir: su hoy y su ahora. Por testificación nos legó obras inme-

jorables como: «Corral de locos» (1793-1794), «Casa de locos» (1803-1806), «Son coléricos» (1803-1812), «Loco furioso» (1824-1828), «Loco por escrúpulos» (1824-1828), «Loca que vende (bende) los placeres» (1824-1828), etc.

Dentro del marco histórico, la fundación en 1409 en Valencia del primer frenocomio, representa el intento social serio de aislar a todos aquellos individuos considerados «desviados», ejercitando la caridad, hasta con taras de eslabones. Los alienados confundidos o nó con los marginados, fueron siempre depositados en los más lóbregos sitios, encerrados en jaulas y, no rara vez, enseñados al público como espectáculo muy particular.

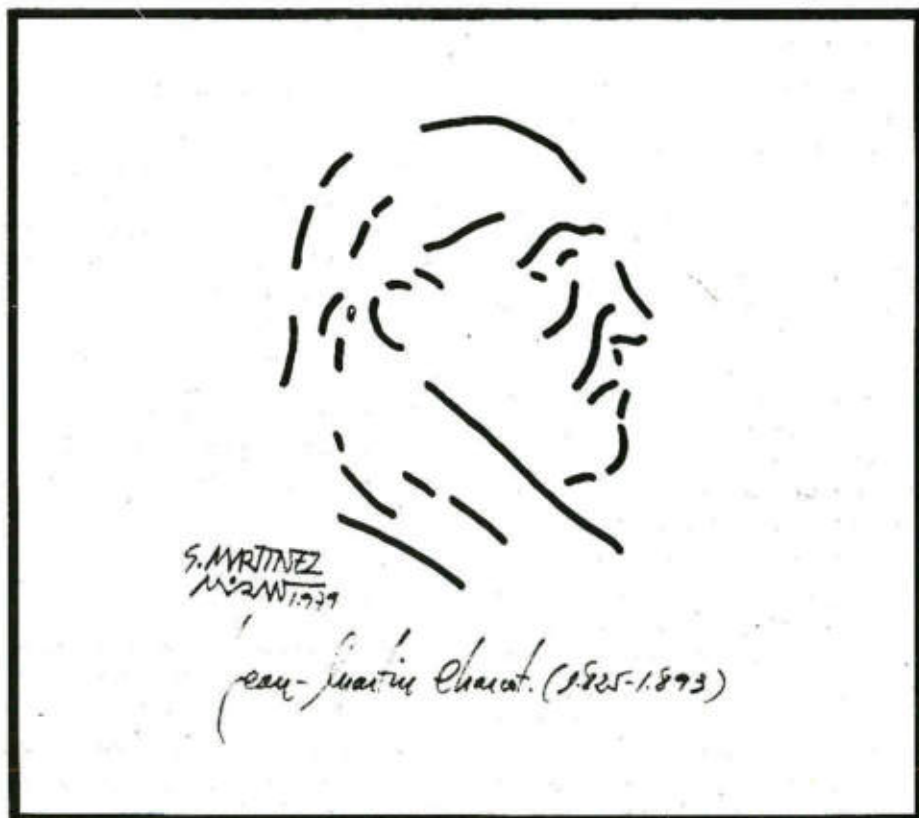
En este siglo decimonónico, el frenocomio era el especio para la locura, siendo ésta la que daba su carácter de situación límite, en la que precisamente por serlo, afloran de manera súbita y patética las coordenadas sociales y sus contradicciones fuertemente empañadas por espacios del tiempo sociológico fundamental, estableciendo una peculiariadad: exclusión (internamiento) de los «anormales» para domesticarlos mediante un severo trabajo de reeducación dirigido por la doble concepción de «bueno y malo» con el correspondiente cortejo sinonímico. Al

mismo tiempo, tenía un sistema organizado para cumplir su función reeducativa en la norma, creando entorno al principio «la letra con sangre entra».

A pesar de las reformas perduraba la violencia básica y la escasez de recursos se extendía a factores condicionantes de la relación entre el alienado «hombre» y el frenocomio «medio». En definitiva, los planes reformistas «cacareados» no fueron más que la realidad del popular y añejo dicho: «a nuevos tiempos nuevos métodos, por aquello de a mal tiempo buena faz», sin cambios sustanciales de los objetivos ni del orden funcional, consintiendo las arraigadas celdas de castigo, los aposentos de aislamiento, el hábitat inhumano en ocasiones y los tratamientos abruptamente represivos.

La orden manicomial estaba indicada, a parte de otros menesteres indigentes, para alienados presos de agitación extrema y los dominados por la más profunda aflicción.

Ms. Sollier en «Psychologie de l'idiot et de l'imbécile» (1891), aconseja, no falto de razón, emplear frases como: «traslado a una casa especial, cambio de medio, etc.», para intentar disipar la idea casi generalizada de secuestro hasta de por vida, pues la asistencia manicomial, era interpretada de



«privación de toda la libertad, garantizada jurídicamente», en una España de frenocomios del Estado, de la provincia, de municipios, de la iglesia y privados.

Los frenocomios andaluces de la época, aún en vigor son el de Málaga, construido en la mitad del XIX y el de Sevilla «Miraflores», contruido en 1890 y renovado en 1973.

La dotación y clasificación de personal sanitario y de oficio era directamente proporcional al patronazgo de la institución, partiendo desde un director, administrador, prior, mayordomo, contador, archivero, jefe clínico, jefe clínico de guardia, profesores encargados de las enfermerías, frenopatas, farmacéuticos, practicantes agregados (éstos 6 últimos constituían el cuerpo facultativo de la beneficencia municipal de Madrid, según disponía el reglamento de 12 de Septiembre de 1880, adicionado el 19 de Agosto de 1981), enfermero mayor, practicantes primeros, practicantes segundos, enfermeras, enfermeros, conserjes, celadores (operarios, jardineros, etc.), criados y otro personal religioso.

TERAPIA FISICA DE ACCION

2.1. LA CONTENCIÓN:

Los medios empleados para mantener «la integridad» del alienado se apoyaban en dos sistemas:

2.1.a DE CONTRAINTE: CAMISOLA DE FUERZA: Mal llamada camisa de fuerza, especie de blusón largo, holgado, con escote sumamente abierto, de tejido fuerte con mangas terminadas en fondo de saco, desde donde parten unas tiras bastante largas. Esta prenda se cierra por la espalda, por medio de cordones pasadores por ejetes, al estilo de los corsés femeninos. Por delante, a la altura del pecho y de la cintura, hay dos anillas sólidamente cosidas, por donde pasan los brazos para cruzarse, y con las tiras de las mangas, rodear el cuerpo e inmovilizar los miembros superiores.

CELDA ACOLCHADA: Util para el encierro libre de sujeción corporal de los alienados. Poco empleada por estropearse pronto el revestimiento de la pared y por la casi imposibilidad material de evitar la dureza del suelo, contra el que se golpea el alienado, al que, por otra parte, lo limitado del es-

pacio y la falta de luz y ventilación, excitaba que aún fuese a más la agitación psicomotriz.

TRABAS ALMOHADILLADAS: Sujetaban las manos por las muñecas o las piernas por la «garganta del pie».

2.1.b. NON-RESTRAINT: Iniciado en Escocia. En Inglaterra se opuso fuertemente al sistema contrainte, donde el Dr. John Conolly (1794-1866) del manicomio de Hanwell y del asilo de Middlesex, preconizó fervorosamente este sistema, fundamentando una asistencia de enfermo y no de «presos».

El non-restraint básicamente era el sustituir la camisola de fuerza, las celdas acolchadas y las trabas almohadilladas por vigilantes o criados que sujeten y controlen al alienado.

Los frenopatas no simpatizantes con este sistema argumentaban «la frecuencia de luchas entre el alienado y los vigilantes o criados, donde se producían golpes corporales y heridas en la dignidad de hombre, que siempre, poco o mucho, conserva el alienado, desarrollando en él, odio y rencor, haciendo nacer una especie de delirio de persecución artificial».

La contención estaba indicada ante impulsos destructores, agresivos, tendencias al suicidio, masturbación desenfrenada y sitófobos.

2.2. EL DISTRAIMIENTO:

Conceptuado como «cosa que atrae la atención» era empleado frugalmente a través de ciertos juegos de mesa y la música para determinados alienados; las representaciones teatrales se creían perniciosas, encajando perfectamente una frase salida de la inconfundible pluma de D. Ramón del Valle y Peña, llamado Ramón María del Valle-Inclán (1866-1936): «... El canto de un sapo repetido monótonamente... distraía y turbaba mi pensamiento...».

2.3. EL EJERCICIO GIMNASTICO:

Sin toda la confianza, poseía el beneplácito de utilizable como medio coadyuvante de tratamiento.

Entre las diversas disciplinas gimnásticas, se aconsejaba el juego del billar y la velocipedia.

2.4. LA ELECTROTERAPIA:

Tres eran las modalidades:

—**GALVANIZACION:** La corriente continua era de aplicación cerebral por la acción sedante del sistema nervioso, en los casos de excitación, neurastenia y epilepsia. La aplicación medular para estados de mieloastenia, mientras que la aplicación simpática para cuadros de melancolía, hipocondría, etc.

—**FARADIZACION:** La corriente de inducción era de aplicación para depresiones y estupor.

—**FRANKLINIZACION:** La electricidad estática puesta en boga por el Dr. Jean Martin CHARCOT (1825-1893), se aplicaba en forma de baño, soplo, haz, frote y chispa con acción calmante manifiesta para la melancolía, la hipocondría, la histeria y la neurastenia.

2.5. LA HIDROTERAPIA:

Las nociones de locura con la de baño eran inseparables, a pesar de no ser soluble la locura en el líquido elemento, pronunciado en Madrid por el Dr. José María Esquerdo y Zaragoza (1842-1912), introductor de la neuropsiquiatría en España.

Por regla establecida, «los baños nunca deberán tomarse inmediatamente después de las comidas, sino que han de haber transcurrido entre éstas y aquéllos, tres o cuatro horas por lo menos, a no oponerse la expresa prescripción facultativa».

Los procedimientos hidroterápicos indicados para depresivos, melancólicos, estuporosos y furiosos, podían ser con AGUA CALIENTE, para envoltura (seca, húmeda), estufas, baño (ruso, turco) y baño de chorro (ducha).

AGUA FRIA, mediante la envoltura (general, parcial) por el baño y la ducha.

AGUA TIBIA, lo común es el prolongado, donde la temperatura constante es de 35°C durante dos, cuatro o seis horas como mínimo.

2.6. LA MASOTERAPIA:

Esta terapéutica del masaje, muy poco usada sólo o asociada a la hidro o electroterapia se limitó a las psicosis depresivas.

2.7. EL REGIMEN Y LA CONDICION DIETETICA:

La alimentación forzada se prescribía al agotarse los recursos, «así mora-



LA INTELIGENCIA Y LA TIPOLOGIA.

les com terapéuticos» para hacer comer a los alienados, acudiéndose al cateterismo de la sonda esofágica, de goma bastante blanda y flexible, a través de:

BOCA: abierta de modo conveniente y separadas las arcadas dentarias por una cuña de madera.

FOSAS NASALES: en aquellos en los que es imposible hacer abrir la boca.

Previo lavado de estómago, con agua ligeramente desinfectante o alcalinizada con bicarbonato sódico, se introducía el «líquido alimenticio» compuesto de leche o caldo de gallina, en el cual se desleían para «ayuda» yemas de huevo, peptona, polvos de carne, puré vegetal, carne cruda picada, chocolate, etc., dándose después vino común o generoso, algunas cucharadas de ron o de coñac. Si se observaba «depresión orgánica», se añadía aceite de hígado de bacalao o algún tónico (quina, hierro, etc.).

Esta alimentación de 2.000 cc. al día, repartidas en dos tomas estaba indicada en casos persistentes de sitofobia, especialmente melancólicas, al continuar las concepciones delirantes y las alucinaciones sobre todo gustativas y olfativas que la ocasionan.

2.8. LA SUGESTION HIPNOTICA:

Los fenómenos hipnóticos común de las culturas orientales, reaparecen en Europa en el siglo XVIII, difundiendo con el Dr. Franz Anton Mesmer (1734-1815) y su «magnetismo animal». En España el primer adepto fue D. Mariano Cubi.

A partir del 1860, la medicina francesa, en particular la Escuela de Nancy, hace servir el «mesmerismo» en gran medida, constituyendo la primera técnica psicoterápica, sistematizada después por el Dr. Jean Martin Charcot.

Indicada en la psicosis histéricas, es poco empleada por la dificultad de hipnotizar ante situaciones primitivas de personalidad y de cultura y por el poco tiempo de dedicación.

2.9. EL TRABAJO:

Había casi conformidad al considerarle conveniente en la práctica al aire libre y en los talleres para labores ma-

nuales de hombres y mujeres, reluciendo el interés económico, desde la convalencia hasta la cronicidad del proceso morboso.

El razonamiento sutil era: «La alienación retira del trabajo, los alienados son ociosos».

Esta terapia, inspirada en el axioma moral, «ya que la ociosidad podía ser la madre de todos los vicios», cuestionaba la realidad psiquiátrica, haciéndola objeto represivo hacia la libertad civil. En el campo de concentración nazi de Mauthausen se podía leer: «El trabajo os hará libres».

Para concluir: OMNIA TEMPUS HABENT (todas las cosas tienen su tiempo) dice el libro del ECLESIASTES, obra sapiencial del Antiguo Testamento escrito por QOHELET, allá por el año 250 a.J.C.

BIBLIOGRAFIA:

Pierre GASSIER. «Dibujos de Goya» Editorial Noguer. Barcelona 1973

«Diccionario Enciclopédico ESPASA» Espasa Calpe, S.A. Madrid 1984

Ives POINSO-Roland GORI. «Diccionario Práctico de Psicopatología» Editorial Herder. Barcelona 1976

José ORTEGA Y GASSET. «El espectador». Alianza Editorial, S.A. Madrid 1984

Jean ROSTAND. «El hombre» Alianza Editorial, S.A. Madrid 1984

Dr. G.H.G. JAHR «Enfermedades de las mujeres» Carlos Bailly-Baillière. Madrid 1862

Raymond CARR. «España: de la restauración a la democracia, 1875-1980» Mundo Actual de Ediciones, S.A. Barcelona 1984

José A. ITZIGSOHR. «Estudios sobre psicología y psicoterapia» Editorial Proteo. Buenos Aires 1966

«Gran Enciclopedia Larousse» Editorial Planeta, S.A. Barcelona 1977

Joaquín MARTÍNEZ Y VALVERDE. «Guía del diagnóstico de las enfermedades mentales»

José Espasa, Editor. Barcelona 1900

L. Monserrat VALLE. «Hipnosis» Editorial de Gassó Hermanos. Barcelona 1977

Cecilio ESEVERRI CHAVERRI.

«Historia de la Enfermería española e hispanoamericana»

Salvat Editores, S.A. Barcelona 1980

J.A. VALLEJO-NAGERA. «Introducción a la psiquiatría» Editorial Científico-Médica. Barcelona 1977.

Jaime ERASMO. «La locura y la lógica». Ediciones Lauro. Barcelona 1951

«Los genios de la pintura: Goya» Gran Enciclopedia Sarpe. Madrid 1979

J.J. PICOT. «Los grandes procesos morbosos» Imprenta de Enrique Teodoro. Madrid 1879.

«Los médicos y la medicina en la guerra civil española» Monografía Beecham. Madrid 1986

J.M. LOPEZ PIÑERO. «M. Seoane y la introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)» Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1984

Hans Jorg WEITBRECHT. «Manual de Psiquiatría» Editorial Gredos. Madrid 1978

Arturo CUBELLS BLASCO. «Manual del practicante» Editorial Pubull. Barcelona 1949

Rd. P. Francisco SAURINA Y SERRA, Pbro. «Notas terapéuticas o instrucciones a los enfermeros» Librería de Monserrat. Barcelona 1894

Cándida VELASCO DE FRUTOS. «Psicología general y evolutiva» Editorial Lex Nova. Valladolid 1974

BASAGLIA-CARRINO-CASTEL-ESPINOSA-PIRELLA-CASAGRANDE. «Psiquiatría, anti-psiquiatría y orden manicomial» Barral Editores. Barcelona 1975

A. FILLASSIER. «Psiquiatría de urgencia» Gran Editorial Bailly-Baillière, S.A. Madrid 1926

José L. MARTI-TUSQUETS. «Psiquiatría social» Editorial Herder. Barcelona 1976

Alberto PALMBERG. «Tratado de higiene pública» Establecimiento tipográfico de Enrique Teodoro. Madrid 1892

F. NIEMEYER. «Tratamiento de patología interna y terapéutica» Editorial Carlos Bailly-Baillière. Madrid 1875.



CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E.

TEMA: PRIMAVERA

El plazo de presentación finalizará el próximo 15 de Junio de 1988.

BASES:

Premios: 1º PREMIO: 50.000 Pts.
2º PREMIO: 25.000 Pts.
3º PREMIO: 10.000 Pts.

Formato: 20 x 25 cm., color, enmarcada en cartulina blanca de 2 cm. de margen (24 x 29 con marco).

Ningún premio quedará desierto.

Cada participante sólo podrá presentar **2 fotografías como máximo**. Cada una de las cuales irán en sobre cerrado e identificadas en su reverso con el título de la composición. En

sobre aparte, cerrado, irá el nombre, y el número de colegiado, máquina con la que se ha realizado la fotografía, figurando solamente en el exterior de este sobre el título de la composición, a fin de mantenerse en anonimato el nombre del autor de la misma.

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.

Las fotografías ganadoras tendrán que dejar depositado el negativo en este colegio.

1er. PREMIO

Título: *Aprovechando el sol*

Autora: Elisa Granado Sánchez Toscano

Máquina: Yashica FX-2



2.PREMIO

Título: *Estampa invernal*

Autor: Joaquín Lima Rodríguez

Máquina: NIKON FE



TUMORES DE OVARIOS Y TROMPAS

Atención y cuidados de Enfermería

ANA MARIA RAMIREZ RAYA

D.E. del Hospital Universitario V. Macarena

Para efectuar un proceso de atención y cuidados de enfermería, en los tumores de ovarios y trompa, es necesario conocer el concepto de estos tumores:

Son neoplasias que aparecen en los genitales internos, en los anejos del útero y que se caracterizan porque producen estados patológicos que llevan a alteraciones físicas y psíquicas que no sólo afectan al individuo, sino que también perjudican a las relaciones con su entorno.

Tanto los tumores de ovarios como los de trompa se clasifican en benignos y malignos. Hay que distinguir en los de **ovario**, dentro de los **benignos**, que hay varios tipos que se consideran «fisiológico», y que se pueden presentar en alguna etapa de la edad menstrual de la mujer (como son los quistes foliculares, del cuerpo amarillo). Los tumores de ovario **malignos**, tienen una clasificación difícil, porque es el órgano que origina mayor diversidad de neoplasias. De los **tumores de trompa**, hay que destacar que los malignos o primarios de trompa, son los menos frecuentes del tracto genital femenino, a diferencia de los malignos de ovario, en los que hay una mayor incidencia.

Identificación y valoración de las necesidades y problemas que se presentan ante la aparición de un tumor de ovario y trompa.

Las **necesidades** o actividades que pueden alterarse son:

- La higiene personal (se da con más frecuencia en personas de edad avanzada).
- La movilización.
- La alimentación (debido a la as-

tenia).

- La oxigenación.
- La eliminación de la vejiga y evacuación del resto.
- Hay alteración de líquidos y electrolitos (debido a la malnutrición, los vómitos y la ascitis).
- Alteración en el nivel sensorial (debido a los dolores persistentes y que en algunos tumores es agudo y no se elimina fácilmente con analgésicos, hasta que no se realiza el tratamiento quirúrgico, como por ejemplo: la torsión del pedículo de un quiste de ovario).

— La temperatura corporal (pues hay casos que cursan con síndrome febril).

— La actividad hormonal (hay algunos tumores de ovarios que se caracterizan por el trastorno hormonal que producen y que pueden ser de efecto virilizante o feminizante).

— La necesidad de comunicarse con los demás por un estado de ansiedad, temor o agitación.

— La seguridad física y psíquica se ve disminuida.

— El autodomínio de la paciente para identificar su problema.

Los problemas son múltiples. Se dividen en reales y potenciales.

Los problemas reales en los tumores benignos.

— La aparición de una masa tumoral, puede afectar, tanto a la seguridad del individuo y a su propia imagen, ya que la masa tumoral, puede ser voluminosa y producir una distensión abdominal y afectar las relaciones con

su entorno, ya que esta mujer ve que no puede realizar su actividad normal en su casa, en su trabajo y en su ambiente.

— Problemas que afectan a la relación con su pareja. En los tumores de ovario y en los de trompa, en algunos casos afectan la relación sexual, los que están producidos por alguna infección de vía ascendente del tracto genital (como la gonorrea).

— Problemas a nivel sensorial: estos tumores pueden cursar con dolor, que dependiendo del tipo, puede llegar a ser, desde una discreta molestia a un dolor de gran intensidad.

— Problemas de los sistemas de eliminación y evacuación, que se ven alterados, según el tamaño de la masa tumoral, que puede comprimir la vejiga y el recto.

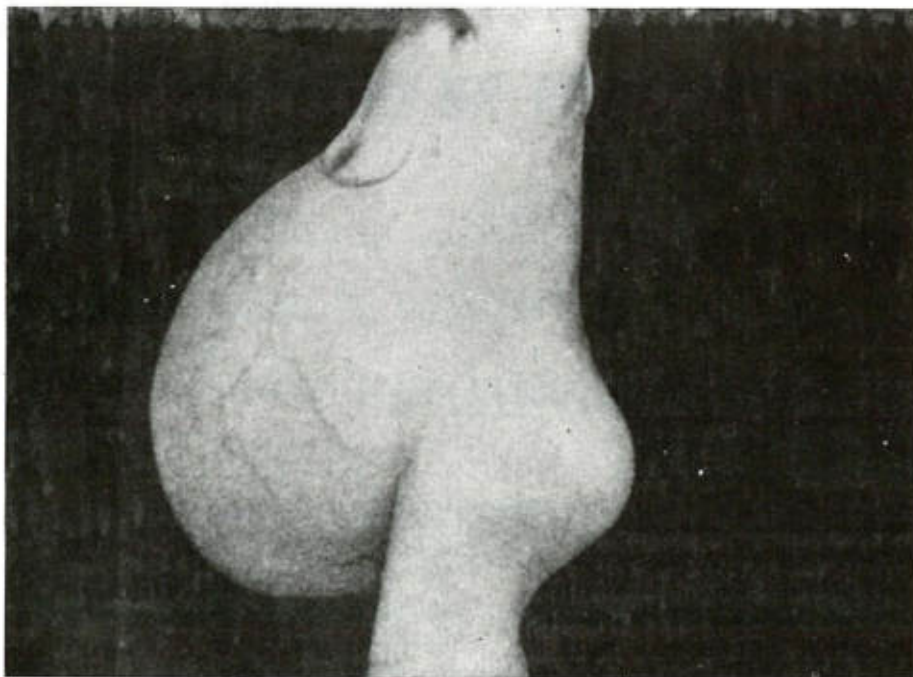
— Problemas incluso de la movilización normal, debido a una gran distensión abdominal.

— Problemas de información, ya que estos tumores se presentan con más regularidad en la edad senil, y en la adolescencia y en niñas. Esta información se hace más difícil ya que a veces cursan sin síntomas.

— Problemas febriles. Como en el caso de tumores de trompa o tubo-ováricos, por una infección de enfermedad transmisible.

Los problemas reales en los tumores malignos.

Se agravan aquí, ya que si hay afectación de los órganos vecinos (vejiga y recto), por metástasis, se alteran la eliminación de la vejiga y se pueden producir hematurias y la evacuación del recto, pudiéndose producir obstruccio-



Quiste de ovario muy voluminoso

nes intestinales, diarreas y hemorragias.

— En casos avanzados de cáncer, puede haber un descenso de peso, que puede ser debido a la mala nutrición y a los vómitos.

— Hay alteración del equilibrio de líquidos y electrolitos, en los casos de ascitis.

— Problemas de oxigenación.

— Existen problemas de interdependencias, al ser más incidentes en mujeres de edad avanzada, y que estos tumores pueden alcanzar un tamaño considerable, con aumento del abdomen, que puede obstaculizar las funciones de movilidad normal.

— En los tumores malignos, los dolores serán más persistentes.

Problemas potenciales.

Tanto en los malignos como en los benignos son:

— La información que tiene la paciente, pues en algunos casos de tumores fisiológicos, por ejemplo, puede dudar si se va a ver afectada su fertilidad, y en el caso de otros tumores, en que se instaure un tratamiento quirúrgico o de otro tipo, duda si va a seguir realizando plenamente, sus funciones dentro de la actividad como mujer normal (cree que esto es una operación traumática, una castración), y esto

puede crear problemas en las relaciones con su pareja, y en sus relaciones con el ambiente donde se mueve.

Todo esto se ve más acentuado en los tumores malignos, en los que desciende la seguridad en sí mismo (de la paciente), tanto física como psíquicamente; esta seguridad se ve afectada durante el proceso, y cuando se realizan tratamientos quirúrgicos o de radioterapia, en los que las defensas son más bajas para responder y que se ven supeditada a otra persona, tanto en el ámbito hospitalario, como en su casa o medio habitual, donde esté siguiendo el tratamiento, para poder realizar sus necesidades.

Tras el análisis y valoración de los datos se obtiene el diagnóstico de enfermería, que lleva a la determinación de un **plan de cuidados**, para resolver estas necesidades y problemas identificados.

Para llevar a cabo este plan de cuidados, la actuación de enfermería tiene que contar con los recursos existentes, tanto materiales (instrumental), como humanos (el equipo de profesionales).

Las medidas preventivas a adoptar en estos tumores pasan por conocer los factores de riesgo que predisponen a la aparición del carcinoma de ovario y trompa. Entre estos factores están:

— La mayor incidencia de esta enfermedad, en la octava década de la vi-

da de la mujer, aunque también se presenta en adolescentes que como único síntoma significativo está la aparición del aumento del vello (debido a los trastornos hormonales) y por ello acuden a consulta.

— No se ha comprobado que la exposición a la radiación produzca aumento significativo, en la frecuencia de casos malignos. Las japonesas expuestas a la bomba atómica, no han experimentado aumento alguno de casos, durante años de observación.

— Las mujeres que han parido, presentan una frecuencia del 30% al 60% menor de carcinoma, que las nulíparas.

— Pueden influir factores hereditarios, en un número limitado de mujeres.

La información que se puede dar a la población como medida preventiva es muy poca, ya que desgraciadamente estos tumores son a menudo asintomáticos, produciéndose signos subjetivos, sólo tras la aparición de complicaciones, o en el caso del carcinoma, tras su amplia diseminación.

Hay que recomendar la asistencia periódica a la consulta ginecológica, para que se realicen exploraciones ginecológicas y poder diagnosticar así los tumores, si los hubiese.

Para estas exploraciones, es importante, y así se le informará a la mujer, la evacuación de la vejiga y del recto y una buena relajación abdominal.

Estas visitas están indicadas, no sólo a lo largo de la etapa menstrual de la mujer, sino que también cuando han alcanzado la menopausia. Tras la aparición de molestias y distensión abdominal y cuando se hayan presentado hemorragias vesicales o rectales, que pueden estar relacionadas con la afectación de estos órganos próximos al tumor.

A estas exploraciones ginecológicas se añaden otros métodos auxiliares de diagnóstico.

— La radiografía abdominal.

— La culdoscopia. A través del fondo del saco vaginal, se introduce un aparato de óptica.

— La paroscopia: igual que la anterior, pero a través de la pared abdominal.

— El diagnóstico del laboratorio es muy limitado. Apenas existen alteraciones, excepto en algunos tumores de trompa de proceso inflamatorio, hay aumento de la velocidad de sedimentación de los eritrocitos, y en los de ovario hay alteraciones pero en casos avanzados de cáncer, en los que hay una hipoproteinemia (por ascitis y mala nutrición).

— La citología es muy útil en otro tipo de tumores genitales pero no ayudan a la detección de éstos. En casos de ascitis, la observación de células malignas en el líquido ascítico, nos indican la presencia de un carcinoma.

— Además de estos métodos de diagnóstico está la exploración quirúrgica del abdomen.

Tras la resolución del tratamiento quirúrgico, el equipo profesional debe considerar que la actitud de la mujer, tras una buena información, sea positiva, para que esto influya en su aceptación y respuesta al tratamiento.

Es primordial informar a la mujer acerca del posible resultado de la operación, se debe tener en cuenta los deseos de la mujer que quiera seguir siendo fértil, pero de la misma manera la mujer debe comprender la posibilidad de la extirpación completa de los genitales internos, por sospecha de malignidad del tumor.

Cuando se vaya a realizar el tratamiento quirúrgico hay que explicarle el plan de cuidados a seguir, para que exista la plena colaboración de la paciente, y solucionar los problemas y cubrir las necesidades que con esto se originan.

Tumores anexiales

Los primeros días del postoperatorio, hay una mayor dependencia de la enfermera, para cubrir las principales necesidades que se ven alteradas:

La enfermera le ayudará sobre todo a la movilización, que es lo que más afecta, hasta que pueda moverse y levantarse por sí misma. Le alimentará por sondas si es preciso. Le ayudará en su higiene personal. Según el tratamiento le administrará sedantes o analgésicos para que concilie el sueño y evite el dolor. Le hidratará por suero-terapia si así lo necesita. Le administrará antitérmicos en caso de fiebre, laxantes en caso de problemas de evacuación rectal; o la sondará en caso de problemas de eliminación de la vejiga, etc.

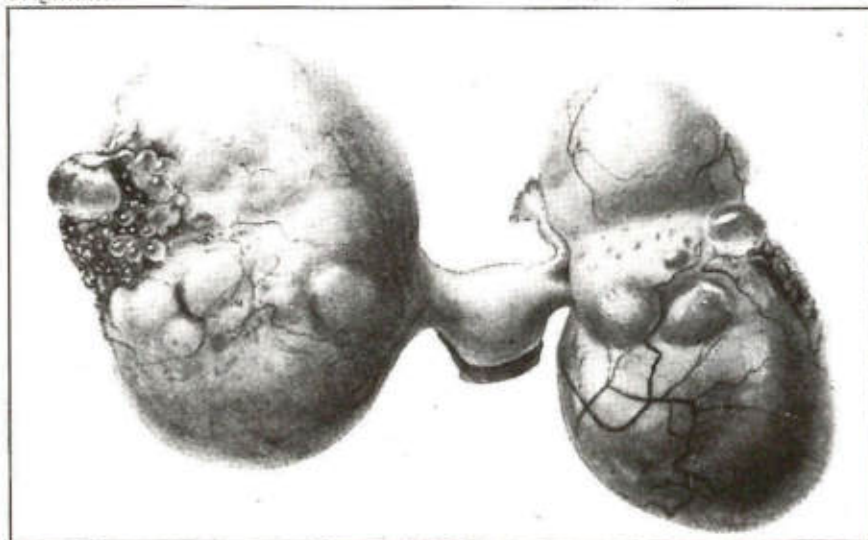
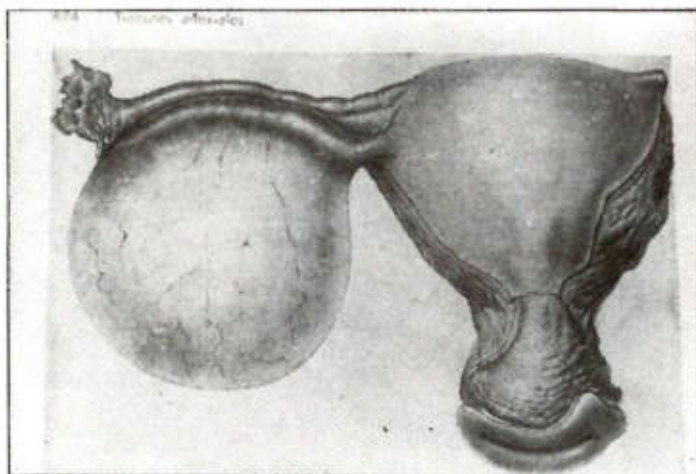
La enfermera irá tendiendo las necesidades, y problemas que vayan surgiendo, y en resumen, la apoyará tanto física como psíquicamente, para aumentar su seguridad, y para que la vivencia y la experiencia de su enfer-

medad sean óptimas.

Tras el tratamiento quirúrgico, puede haber necesidad de seguir tratamientos auxiliares, que son muy efectivos, con quimioterapia y radioterapia, por tiempo limitado.

Estos tratamientos se realizan tras la estancia en un Centro de 24 a 48 horas, o por vía ambulatoria. El plan de cuidados aquí se amplía al ámbito del hogar, y la ayuda y apoyo de que va a disponer por parte de familiares y otras personas del entorno donde vive.

Actualmente se está investigando la inmunoterapia o mecanismo de respuesta inmunitaria en el cáncer, y también con estos medios se estudia la detección temprana de la enfermedad.



Cistoadenomas serosos papilíferos de los ovarios

BIBLIOGRAFIA

- Wadabayashi T, Kato H., Ikeda T., et al. Studies of the mortality, os A-bomb survivors. Report 7. Radiat Res 1983;93: 112.
- Hildreth NG, Kelsey JL, Livolsi VA, et al. An epidemiologic study of epithelial carcinoma of the ovary. Am J. Epidemiol, 1981; 114 : 398.
- Piver MS, Barlow JJ, Sawyer DM, Familial ovarian cancer: increasing in frequency? Obstet Gynecol 1982; 60 : 397.



EL ENFERMO PSIQUIATRICO: METODO DE CONTROL DE CALIDAD DE ASISTENCIA

PASTORA GIL MARTINEZ
M^º JOSE ARIZA CONEJERO
CONSUELO LAZARO FARRAN
ANTONIO RUIZ CAMACHO

En primer lugar, pensamos que sería interesante, daros a conocer la causa que nos llevó a realizar este trabajo.

En repetidas ocasiones nos planteamos las necesidades del enfermo, nos reunimos, nos sentamos, y trabajamos sobre las mismas. Tomamos contacto con el resto de los miembros de nuestro equipo de salud y planificamos los cuidados individualizados para cada enfermo, pero llega un momento en que nos inquieta un planteamiento: ¿sería interesante conocer qué piensa el enfermo, sobre los cuidados aplicados al mismo?, ¿podría participar de forma más activa y así fomentar los autocuidados?, ¿podríamos escuchar lo que ellos nos piden?

Estos planteamientos pasan por la mente de todos nosotros miles de veces al día, pero ocurre que todo lo que el enfermo podría pedir, no sería oportuno dárselos. Teniendo en cuenta sus opiniones y elaborándolas en relación a las metas terapéuticas, podríamos hacer una planificación más participativa entre nosotros y los responsables de nuestro trabajo: los enfermos.

Tradicionalmente, el trabajo siempre ha sido organizado desde el equipo de salud al enfermo, y pocas veces teniendo en cuenta la opinión del mismo, olvidándonos que quizás aporten con su opinión, datos de gran interés para nuestro plan de cuidados.

Cuando nos planteamos hacer este tipo de experiencia con nuestros enfermos, nos encontramos con algunos inconvenientes como:

— Dificultad para elegir una muestra lo suficientemente homogénea y cualitativa, ya que el enfermo psíquico, plasma mas que cualquier sujeto, su estado anímico en cualquier actividad, respuesta, etc.

— El cuestionario o relación de items que íbamos a redactar, debía recoger de manera concisa, todos los aspectos que nos interesaban, pero debía ser lo suficientemente llano su lenguaje y expresión, como para ser entendido por sujetos de distintos niveles culturales y diferentes tipos de patologías.

— El hecho de pasarlo nosotros, miembros del equipo de enfermería, que duda cabe que conlleva a una falta de objetividad importante, ya que el enfermo se puede dejar influenciar y sentirse cohibido en cierto modo, por nuestra presencia. Después de evaluar este inconveniente en sus pros y contras, llegamos a la conclusión de que si no las pasábamos nosotros, no podríamos observar las reacciones de los enfermos, sus gestos ante preguntas más o menos comprometidas, etc.

— Por otra parte, hemos intentado tomar como muestra, a pacientes con un tiempo medio de estancia en nuestra unidad de agudos, de aproximadamente siete u ocho días, período en que consideramos que, salvo excepciones, el sujeto se encuentra más o menos adaptado y encajado en el nuevo medio en que está.

La dinámica de trabajo, la centramos en primer lugar, en la elaboración de los items buscando los objetivos previamente marcados.

Las encuestas eran pasadas a los pacientes en horario distinto al turno y en pareja de dos encuestadores fijos del equipo de enfermería, con lo cual pensamos que podía dar resultados más objetivos que pasada por una sola persona. Después de pasada la encuesta, los dos encuestadores, concretaban y aunaban los criterios observados.

Posteriormente, cuando tuvimos

los datos, pasamos a sacar los tantos por cientos de la muestra, quedando de la siguiente forma:

* * *

De una muestra de cincuenta enfermos ingresados en la Unidad de hospitalización del H.U. S.

- El 52 por ciento mujeres
- El 48 por ciento hombres

con los siguientes diagnósticos:

PSICOSIS: 52 por ciento de la muestra, siendo:

- 3 Esquizofrenias catatónicas
- 14 Esquizofrenias paranoides
- 2 Esquizofrenias hebefrénicas
- 2 Psicosis epilépticas
- 3 Psicosis maniaco-depresivas
- 2 Psicosis orgánicas

NEUROSIS: el 16 por ciento de la muestra, siendo:

- 1 Neurosis histérica
- 3 Neurosis obsesivas
- 5 Depresiones neuróticas

ALCOHOLISMO: el 16 por ciento de la muestra

ANOREXIAS: el 2 por ciento de la muestra

TRASTORNOS DEPRESIVOS: el 14 por ciento de la muestra

y comprendidos entre las siguientes edades:

- Entre 15-25 años, el 20% de la muestra.
- 26-40 años, el 34% de la muestra
- 41-60 años, el 38% de la muestra
- 61-80 años, el 3% de la muestra
- Más de 80 años, el 2% de la muestra.

Otro dato observado fue el número de ingresos y su diferenciación, entre unidades psiquiátricas dentro de hospitales generales, y hospitales psiquiátricos, sanatorios, etc. Este dato nos interesó recogerlo ya que el número de ingresos puede influir en situaciones de hospitalismo, capacidad de adaptación y aprendizaje, además de la frecuencia y tiempo de contacto con el personal de Enfermería. Dentro de la muestra encontramos que:

- 1 ingreso, el 28% de la muestra
- 2-9 ingresos, el 54% de la muestra
- 10 o más ingresos, el 14% de la muestra

de los cuales:

- El 74% eran en Unidades de Hospitalización
- El 26% en Sanatorios y Hospitales Psiquiátricos.

A continuación, vamos a ir analizando ítems por ítems y posteriormente sacaremos conclusiones y evaluaremos las necesidades.

2.) Ante el primer interrogante de «¿Qué características o tipo de persona le había ayudado más a adaptarse y cuál menos?», pretendíamos que el enfermo nos sirviera de información, para recopilar las cualidades personales necesarias o más idóneas, para el trato con el enfermo psíquico, en contraposición, con aquellas cualidades no deseadas según su opinión. Obteniendo un gran número de características personales, de las cuales, apuntamos las más significativas por su número de frecuencia.

— Características que más le ayudan a la adaptación (de mayor a menor):

- Amabilidad
- Cariñosos
- Comprensivos
- Carácter abierto
- Sinceros
- Rectos y serios
- Simpatía
- Profesionalidad
- Educados
- Sencillos
- Seguros
- Constantes

— Características que menos le ayudan a la adaptación:

- Secos y rígidos
- Estrictos y autoritarios

- Violentos, que les gritan
- Seriedad
- Incomprensión
- Los que se ríen y les consideran como locos
- Los no profesionales, no le ayudan en las crisis
- Los que no le explican las cosas

3.) Ante la pregunta de «¿Cómo se sintió Vd. recibido por parte del personal de Enfermería el día del ingreso?», obtuvimos los siguientes resultados:

- Sin ganas y sólo por obligación: el 6 por ciento
- Bien: el 88% de la muestra
- Indiferente: el 8% de la muestra
- No recuerda: el 2% de la muestra.

4.) Posteriormente al día del ingreso, el enfermo pasa por una fase de adaptación al hospital, donde se va resolviendo su fase aguda. Ante la pregunta de «¿Le ayudó el personal de Enfermería a sentirse cómodo y seguro los primeros días de ingreso?», salieron los siguientes resultados:

- Si, el 80% de la muestra
- No, el 10% de la muestra
- Indiferente, el 10% de la muestra

5.) «¿Le resultó a Vd. difícil la adaptación a las normas de la sala?»

Obtuvimos:

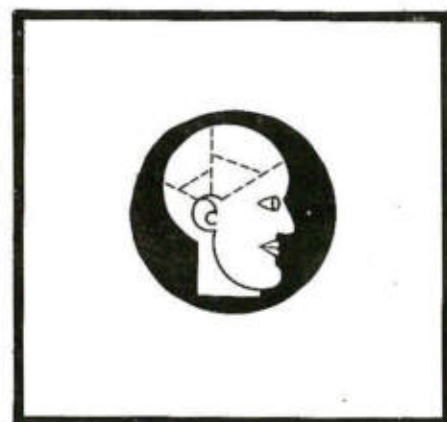
- Si, el 38% de la muestra
- No, el 58% de la muestra
- A veces, el 4% de la muestra

Argumentando muchos motivos, de los cuales hemos sacado los más importantes cuantitativamente:

- Demasiado control de entradas y salidas
- La convivencia con los compañeros
- El poco espacio de que disponen
- Horarios de comidas distinto del habitual
- Carecer de distracciones
- Poca higiene
- Rigidez

6.) Otra cuestión que nos interesó conocer, fue si identificaban al personal de Enfermería con miembros de la familia del enfermo, obteniendo los siguientes resultados:

- El 42 por ciento sí nos relacionaban, sobre todo con hermanos y con-



yugues, argumentando principalmente los motivos siguientes:

- Dulzura al hablarles (Hermanos)
- Madurez, dulzura, darle ganas de vivir, rigidez cuando debe (Marido)

— El 58 por ciento de la muestra, no nos relacionaban con ningún miembro de su familia.

7.) Ante la pregunta de «¿Siente Vd. situación de abandono por la actuación del personal de Enfermería?», nos encontramos con los siguientes datos:

- El 66% de la muestra, nunca
- El 32% de la muestra, a veces
- El 2% de la muestra, con frecuencia.

Argumentando los siguientes motivos por orden de frecuencia:

- Cuando se encontraban solos y no podían ser atendidos por el personal ya que estaban atendiendo otras cosas
- Cuando no han querido acudir.

8.) Ante una de las cuestiones más claras y más directas como es «¿Qué importancia tiene para Vd. la presencia del personal de Enfermería como ayuda?», obtuvimos los siguientes resultados:

- Bastante, el 86% de la muestra
- Escasa, el 10% de la muestra
- Ninguna, el 4% de la muestra.

Y en cuanto al interrogante de «¿En qué cree que le ayudan?», observamos que en lo que más prestábamos o conseguíamos esta ayuda era:

- Moralmente
- Dándole seguridad
- Comprensión
- Administrándome y explicándome el tratamiento
- Estimulándonos a realizar actividades.

9.) «¿En qué momentos pide Vd. ayuda al personal de Enfermería?», obtuvimos las siguientes respuestas:

— Plano PSÍQUICO:

- Soledad, tristeza, angustia
- Temor
- Insomnio
- Agresividad

— Plano FÍSICO:

- Dolor físico
- Impregnación
- Alimentación
- Aseo
- Aplicación del tratamiento

«¿La encuentra Vd.?», a esto nos respondieron:

- Nunca, el 2% de la muestra
- A veces, el 34% de la muestra
- Siempre, el 62% de la muestra

10.) «¿En un momento de angustia, ansiedad o soledad, a quién acude Vd. primero?», contestaron lo siguiente:

- Familiar: 34% de la muestra
- Otro enfermo: 8% de la muestra
- Personal de Enfermería: 50% de la muestra
- A mí mismo: 4% de la muestra
- A nadie: 4% de la muestra

11.) «¿Cree Vd. que la actuación del personal de Enfermería es más de curiosidad que de interés profesional?». De esta pregunta obtuvimos las siguientes respuestas:

- Nunca, el 84% de la muestra
- A veces, el 10% de la muestra
- Siempre, el 4% de la muestra
- No opinan, el 2% de la muestra

12.) «¿Ha estado Vd. ingresado en otro servicio que no sea Psiquiatría?», contestaron:

- Si, el 48% de la muestra
- No, el 52% de la muestra

En los casos afirmativos les preguntamos que si habían observado alguna diferencia con respecto a la actuación del personal de Enfermería, obteniendo respuestas:

- Trato más humano
- Aquí dan más confianza
- Algunos no encontraban diferencias

13.) «¿El personal de Enfermería se ha preocupado de su adaptación de nuevo a la vida cotidiana?». Obtuvimos:

- Si, el 74% de la muestra
- No, el 26% de la muestra

14.) «¿Qué tipo de experiencias ha sacado Vd. durante su estancia en el Hospital?».

En esta pregunta no damos como respuestas los tantos por cientos, sino el número de casos, ya que algunos enfermos aportaron a la vez tanto experiencias positivas como negativas.

POSITIVAS: 46 casos de la muestra
NEGATIVAS: 23 casos de la muestra
NINGUNA: 2 casos de la muestra

POSITIVAS

- Trato del personal
- Curación
- Recomenzar mi vida
- Más madurez

NEGATIVAS

- Rechazo de los demás pacientes
- Poca comunicación entre ellos
- Ver personas enfermas
- Pérdida de intimidad

15.) **Valore Vd. la asistencia**, recibida hasta ahora, por parte del personal de enfermería, dándole una valoración de 1 a 10.

Valoración	Números de casos
10.....	7
9.....	12
8.....	9
7.....	6
6.....	5
5.....	6
4.....	0
3.....	2
2.....	1
(1-4).....	3
(5-6).....	3
(7-8).....	15
(9-10).....	19

16.) En todo este tiempo de asistencia, ¿qué ha buscado Vd. en el médico y qué en el personal de Enfermería?. En esta pregunta obtuvimos las siguientes respuestas:

MEDICO:

- Curación
- Solución a mis problemas
- Que me ayuden y comprendan
- Explicación de mi enfermedad
- Confianza
- Tratamiento adecuado
- Acogida y amor
- Que atienda mis necesidades
- Que me trate como un amigo
- Que me quite el peso de encima

PERSONAL DE ENFERMERIA

Ayuda física

- Sentirme bien en el Hospital
- Puntualidad en el tratamiento
- Servicio

Ayuda psíquica

- Buen trato con cariño
- Amistad y comprensión
- Confianza y amor
- Alivio
- Que me den seguridad
- Que me ayuden

CONCLUSIONES

2.) Los enfermos nos piden amabilidad, simpatía y sobre todo actitud de acogida, lo cual pensamos que puede ser debido a la desconexión que sufre con el medio habitual, al ser ingresado en un hospital.

En el equipo de Enfermería, junto con otros profesionales que asisten a los enfermos, estaría el evaluar nuestra actuación, pero teniendo muy en cuenta sus demandas.

Por otra parte deberíamos analizar lo que los enfermos rechazan de nosotros. En este sentido lo más característico que se desprende de la encuesta es «que se les trate en ocasiones como locos», sin explicar las cosas, y ver en nosotros una actitud estricta y autoritaria, lo cual, les hace sentirse relegado a una mera pasividad, ya que no conocemos ni tenemos en cuenta su opinión.

3.-4.) Entre el día del ingreso y los primeros días de estancia en el Hospital, no observamos gran diferencia, los porcentajes se acercan (88 y 80 por ciento), lo que nos hace deducir, que se ha mantenido una línea continua en la atención, desde que el enfermo se le recibe al ingreso y los primeros días de adaptación al Hospital.

5.) Hay muchos enfermos que les cuesta trabajo la adaptación a las normas establecidas en la sala. Desprendiéndose de la encuesta sobre todo, «no tener libertad para entrar y salir», dependiendo sólo de unos permisos que les otorga su médico correspondiente. Otro punto que vemos interesante tener en cuenta, por la angustia que produce en los pacientes, es el poco espacio de que disponen para pasar tantas horas encerrados. También les agobia a muchos encuestados, la pérdida de intimidad, que duda cabe que de

golpe es difícil vivir en una habitación con unas personas desconocidas, compartir el W.C. y dormir junto a alguien con quien sólo te une el título de enfermo y que además puede estar afecto de una patología delirante, conllevando esto a insultos y desinhibición, lo que sin duda le crea malestar.

6.) Gran parte de los encuestados nos identifican con algún miembro de su familia, tanto en lo que ellos consideran positivo (dulzura al hablar, madurez, etc.), como en lo negativo (rigidez).

7.) Un tercio de los sujetos encuestados, nos manifiestan que no han sido atendidos, en ciertos momentos, por rechazo o negligencia, mientras que en otras ocasiones ha sido debido a la falta de personal teniendo que atender otros asuntos.

8.-9.) Los pacientes refieren que la presencia del personal de Enfermería, es de gran importancia para ellos, por la ayuda que les prestan, tanto moral como físicamente, ya que son «los que pasan el día entero junto a nosotros».

10.) Un elevado porcentaje de encuestados, encuentran solución a sus problemas físicos y psicológicos, en el personal de Enfermería. En sus problemas psíquicos concretamente (angustia, ansiedad o soledad), vemos que la mitad aproximadamente, acude a nosotros, aunque existe también un alto porcentaje que acude a sus familiares, lo que creemos que es positivo ya que estos últimos se hacen más responsables y partícipes de su enfermedad.

11.) Los enfermos no relacionan nuestras preguntas, en un momento determinado, sobre problemas sexuales, económicos o en definitiva, problemas íntimos, con la curiosidad, sino con la intención de prestarles más ayuda o concretar aspectos que les ayuden a su recuperación.

12.) Los enfermos que han estado ingresados en otros servicios distintos de Psiquiatría (suponen la mitad de la muestra), creen que en Psiquiatría el trato es más humano, de más confianza y mayor relación interpersonal.

13.) Un número significativo de enfermos, refieren que no nos preocupamos de su adaptación de nuevo a su círculo socio-familiar.

14.) En cuanto a las experiencias sacadas en el tiempo de estancia en el Hos-

pital, los encuestados refieren tanto experiencias positivas como negativas, generalmente asociadas. Observando como las más características dentro de las positivas son «las relaciones interpersonales» que les hacen sentirse mejor, ayudándoles a afianzarse en ellos mismos y a madurar. Contrariamente en las negativas se quejan de escasa comunicación entre ellos y falta de intimidad y respeto tanto física como de objetos personales.

15.) Valoración media de la actuación del personal de Enfermería, 7,4.

16.) Los enfermos buscan en el médico que los curen, comprendan y ayuden a demás de ponerle el tratamiento adecuado, y, en Enfermería, buen trato, cariño, bienestar físico, amistad, comprensión, capacidad de escuchar, seguridad, ayuda y aplicación del tratamiento adecuado y puntual.

En realidad... ¿SE LES ESCUCHA?

ELABORACION DE PROTOCOLOS COMO BASE PARA LA ACTUACION DE ENFERMERIA

Autores:

AURELIO CASTILLA GARRIDO	
ALFONSO DE LA CORTE MOGEDES	
FCO. DE ASIS GARCIA CASTELLANO	Servicio
YOLANDA ROMERO BRIOSO	de Urgencia
ANTONIO SANJUAN RODRIGUEZ	del H.U.S.

Cuando se atiende a un individuo en una situación de urgencia, hay que tomar una serie de decisiones cruciales.

Estas han de basarse en un criterio firme que a su vez depende del conocimiento del problema que lo produjo, la urgencia y su efecto en la persona.

Las metas principales del tratamiento de urgencia van encaminadas a:

- Conservar la vida
- Evitar el deterioro antes que pueda emprenderse el tratamiento definitivo.
- Reincorporar al individuo a la vida útil.

En el actual sistema sanitario, los servicios de urgencia hospitalarios prestan un importante y numeroso servicio a la comunidad frente a variadas patologías.

La llegada a los servicios de urgencia de los hospitales, de pacientes en estado crítico, hace necesaria la existencia en los mismos, de lugares preparados para iniciar la reanimación inmediata o prestar el apoyo vital en casos extremos.

Tomando como base la unidad de Reanimación del Servicio de Urgencias del H.U.S., ya que en base al mismo se ha desarrollado este trabajo, vamos a hacer una descripción de la unidad:

La sala está preparada para alojar a tres enfermos encamados con monitorización electrocardiográfica, toma de oxígeno, de vacío y de aire comprimido a la cabecera del paciente, así como otro espacio dotado con los mismos medios para atender un posible ingreso. También cuenta con un desfibrilador portátil y un aparato de resucitación «LIFE AID» así como también un respirador portátil.

El personal de la unidad está compuesto por un Médico Intensivista dependiente de la Unidad de Cuidados Intensivos General, sin presencia física, localizado por un buscaperonas y que es avisado

cuando ingresa un enfermo. Un Diplomado en Enfermería por turno. Una Auxiliar de Enfermería por turno. Un celador compartido con la sala de Observación y los quirófanos de urgencias.

Esta unidad ha sido creada con el fin primordial de prestar una asistencia en el hospital con amenaza de vida inminente. No se trata de una unidad de hospitalización, debiendo permanecer con la mayor disponibilidad posible de camas.

Una vez solucionada la emergencia vital y tras haber hecho un mínimo diagnóstico sindrómico del enfermo, actúa como unidad de distribución de los enfermos al servicio hospitalario correspondiente.

La atención de Enfermería en casos de urgencia inmediata, dentro de sus labores ha de procurar buscar en todo momento la cobertura de una serie de objetivos generales que son compatibles con un grupo común de patologías, gracias a lo cual vamos a lograr sistematizar nuestra labor con el consiguiente beneficio para el paciente y el personal.

En base a todo ello nuestra alternativa va encaminada a la presentación de lo que hemos venido a denominar «PROTOCOLOS DE ENFERMERIA», con ello nuestros objetivos son:

- 1.) Unificación de criterios de asistencia por parte del personal de Enfermería frente a una determinada patología.
- 2.) Iniciación y puesta al día de las funciones independientes de enfermería.
- 3.) Cobertura de las necesidades físicas y psíquicas del paciente desde nuestro campo de acción.
- 4.) Fortalecer la relación interturnos, bajo las mismas pautas de acción y como punto de partida para la elaboración de las historias de Enfermería.
- 5.) Mayor comodidad y dinámica a la hora de asistir a los pacientes.
- 6.) Servir como base para el adiestramiento del personal de nueva incorporación.

Estos protocolos no se deben considerar como algo estático, ya que van a depender del índice de afectación del enfermo variando los niveles de atención; pero de todos modos y a grandes rasgos lo que se pretende son una serie de medidas generales encaminadas a cubrir las necesidades de un grupo de personas afectadas por una misma patología. Conforme el enfermo va a ir evolucionando se tendrán que variar las normas de asistencia ya que varían las necesidades del enfermo, aquí como prolongación de todo lo anterior se pone en marcha el Proceso de Atención de Enfermería.

Cada patología necesitaría de un protocolo específico, pero valga como base los que aquí se exponen, que son los más representativos dentro de la actuación realizada en la unidad. Estos son:

— Parada cardio-respiratoria	125 casos	15,03%
— Infarto agudo de miocardio	245 casos	15,03%
— Hemorragia digestiva aguda	62 casos	3,80%
— Politraumatizados	207 casos	12,69%
— Insuficiencia respiratoria aguda	146 casos	15,09%
— Edema agudo de pulmón	95 casos	5,82%
— Intoxicaciones	66 casos	4,04%
— Accidente vascular cerebral	94 casos	7,76%

Ante el ingreso de un paciente en la unidad, algunos de los puntos que se desarrollan en los distintos protocolos que se detallan a continuación, son delegados en la Auxiliar de Enfermería, ya que si esto no ocurriera, no se podría realizar el protocolo, como por ejemplo, colocación de los cables del monitor, colocación de la mascarilla de oxígeno, administración de medicación oral, ventilación del enfermo en una parada cardio-respiratoria.

PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA

1º Realizar examen físico para determinar si hay respiración, latidos cardiacos, heridas abiertas, etc.

2º Colocar electrodos de monitor para vigilar actividad cardiaca.

3º Colocar al paciente sobre una superficie dura si no lo estuviera ya.

4º Ventilación del enfermo por medio de mascarilla con ambú con oxígeno al 100%.

5º Preparación del equipo necesario para la realización de la intubación del enfermo.

6º Practicar un golpe en la región precordial.

7º Inicio del masaje cardiaco en la región precordial, simultáneamente con la ventilación a razón de tres compresiones por cada insuflación de aire.

8º Canalización de una vía venosa central para la perfusión de líquidos, fármacos y toma de muestras para análisis de sangre tanto de Bioquímica, como de Hematología y de gases en sangre arterial.

9º Vigilancia de los signos vitales del paciente, para ver las posibles respuestas a las medidas de resucitación cardio-pulmonar.

10º Actuación sobre las causas que produjeron la parada si esto fuera posible (hemorragia, traumatismo).

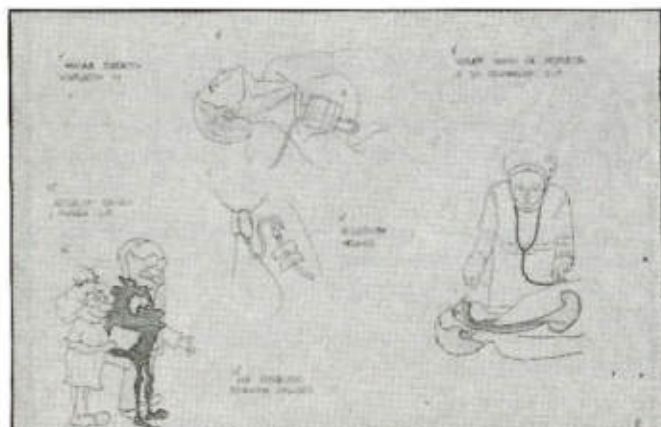
11º Colocación de sonda vesical para medir diuresis horaria.

12º Colocación de sonda nasogástrica para evitar la aspiración de contenido gástrico.

13º Preparar resucitador mecánico artificial para aplicarlo sobre el enfermo si la resucitación se prolongara.

14º Informar a la familia.

15º Ver posibilidad de donación de órganos si esto fuera viable.



PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UN CASO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

1º Disminuir la ansiedad del enfermo, manteniendo la calma y evitando que realice cualquier movimiento desordenado o toda agitación intempestiva.

2º Situar al enfermo en posición de Fowler.

3º Mantenimiento de la vía aérea permeable, evitando la caída de la lengua hacia atrás, eliminando los cuerpos extraños y secreciones que favorecen el fallo respiratorio.

4º Colocación de mascarilla de oxígeno a una concentración del 24% y a un volumen de 2 a 3 litros/minuto.

5º Canalización de una vía central.

6º Extracción de sangre para realizar analítica de hematología, bioquímica y gasometría arterial.

7º Monitorización electrocardiográfica para vigilar la aparición de posibles arritmias.

8º Control de los signos vitales.

9º Vigilar el estado de coloración de la piel y mucosas, controlando el tiempo de llenado ungual.

10º Control del grado de disnea.

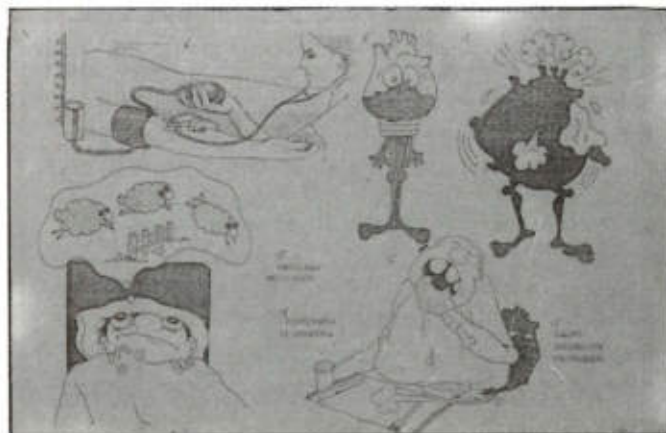
11º Vigilar el estado de conciencia (somnolencia, excitación, obnubilación, coma), estimulando al enfermo para evitar el adormecimiento.

12º Preparación de mucolíticos, broncodilatadores, diuréticos, etc.

13º Efectuar fisioterapia respiratoria, estimulando la tos.

14º Dieta pobre en sal y aporte suficiente de líquidos por vía oral.

15º Tener preparado el equipo de intubación endotraqueal.



PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

1º Realizar examen físico del paciente.

2º Canalización de una vía central permeable, sobre el enfermo bien sea a través de la vena basilíca o de la subclavia..

3º Extracción de sangre para pruebas analíticas de: Hemograma, fórmula y recuento leucocitario, TP, TPT, así como pruebas bioquímicas (urea, sodio, potasio, proteínas totales y CPK); estas pruebas serán repetidas progresivamente en intervalos de 6 horas.

4º Monitorización del paciente en derivaciones precordiales.

5º Suministro de oxígeno mediante mascarilla facial a una concentración del 24% y a un volumen de 3 litros/minuto.

6º Registro de constantes vitales de entrada: Presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y presión venosa central.

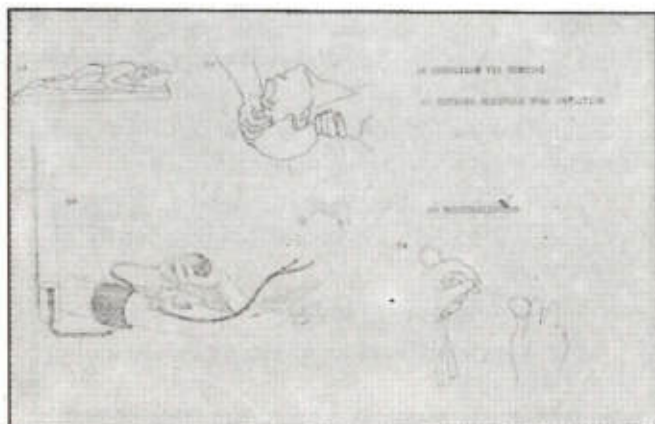
7º Realizaremos electrocardiograma de entrada que junto con la analítica será repetido cada 6 horas para ver posibles cambios y observar la evolución.

8º Tendremos preparada y a punto medicación usual y rutinaria que el facultativo prescribirá en este tipo de patología como son: vasodilatadores, antagonistas del calcio, morfínicos y analgésicos, antiarrítmicos.

9º Situación expectativa ante posibles complicaciones del infarto como son: shock cardiogénico, asistolia o Fibrilación ventricular.

10º Prestar al paciente apoyo emocional en todo momento.

11º Dieta pobre en sal.



PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UN POLITRAUMATIZADO

- 1º No perder la calma, actuar con rapidez y seguridad.
- 2º Evaluar el estado general, atendiendo especialmente a la respiración, circulación y nivel de conciencia.
- 3º Comprobar permeabilidad de las vías aéreas.
- 4º Asegurar mecánica respiratoria.
- 5º Canalizar vía venosa central y toma de muestras para análisis de sangre de hemograma, fórmula y recuento leucocitario, TP y TPT, de bioquímica y de banco de sangre para grupo y Rh y pruebas cruzadas.
- 6º Colocación de electrodos para monitorización electrocardiográfica.
- 7º Controles de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión venosa central.
- 8º Vigilar alteraciones del ritmo cardíaco.
- 9º Exploración rápida y completa del estado físico.
- 10º Exploración del nivel de conciencia, pupilas, etc.
- 11º Colocación de sonda vesical para diuresis horaria y de sonda nasogástrica.
- 12º Recubrir heridas abiertas.
- 13º Inmovilizar las fracturas.
- 14º Tener en cuenta la posibilidad de fractura a nivel de la columna vertebral.
- 15º Recoger datos sobre el traumatismo y el enfermo.
- 16º Trasladar todos los datos y medidas tomadas al registro gráfico.
- 17º Estudio radiológico cuando lo permita el estado del enfermo.
- 18º Dieta absoluta.



PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE EL ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

- 1º Asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias.
- 2º Colocar al paciente en posición de seguridad frente al vómito y evitar la caída de la lengua.
- 3º Vigilancia de la actividad cardíaca del enfermo.
- 4º Aspirar las secreciones bucofaríngeas que pueden impedir la buena oxigenación de la sangre y administrar oxígeno.
- 5º Canalización de una vía venosa central.
- 6º Toma de muestras de sangre para analítica de hematología, bioquímica y gases en sangre arterial.
- 7º Registro de constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria y presión venosa central) y nivel de conciencia.
- 8º Colocación de una sonda nasogástrica para en principio impedir la aspiración de vómito y posteriormente alimentar al enfermo.
- 9º Colocación de sonda vesical para medir diuresis.
- 10º Ayudar al médico en la exploración neurológica.
- 11º Colocar al paciente en cama con las medidas de seguridad necesarias para evitar lesiones (barandillas).
- 12º Aplicación del tratamiento prescrito por el médico.
- 13º Apoyo psicológico al paciente en todo momento.



PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE EL EDEMA AGUDO DE PULMON

1º Disminuir la ansiedad del enfermo, manteniendo la calma y evitando que realice cualquier movimiento desordenado o toda agitación intempestiva.

2º Incorporación del enfermo en un ángulo de 45° a 90° en decúbito supino.

3º Colocación de mascarilla de oxígeno a una concentración del 40% y a un volumen de 6 litros/minuto.

4º Aspiración de secreciones si el enfermo no puede expulsarlas por sí mismo.

5º Canalización de una vía central bien sea por la vena basilica o por vena subclavia.

6º Extracción de sangre para realizar analítica de hematología (Hb., Hcto., leucocitos y fórmula diferencial), de bioquímica (glucosa, urea, sodio, potasio, proteínas totales, CPK y una gasometría arterial).

7º Fluidoterapia con levulosa al 5%, 500 ml., manteniendo un ritmo de goteo de 14 gotas/minuto.

8º Monitorización y control de signos vitales (presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura y presión venosa central).

9º Sonda vesical para control horario de diuresis.

10º Registro electrocardiográfico.

11º Preparación de material e instrumental necesario para realizar sangría blanca o roja.

12º Dependiendo del estado de gravedad del enfermo y de su nivel de conciencia, se tendrá preparado desde el primer momento, equipo para intubación endotraqueal, para conectarlo al volumétrico.

13º Dieta absoluta.

PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UNA INTOXICACION

1º El paciente debe colocarse de lado, manteniendo la cabeza baja para disminuir el riesgo de aspiración bronquial en caso de vómito.

2º Establecer una vía aérea permeable, iniciando la ventilación artificial, si falta la respiración espontánea, introduciendo un tubo endotraqueal. Generalmente es suficiente una mezcla de oxígeno pero en casos de envenenamiento por CO es esencial administrar oxígeno o una mezcla de oxígeno con un 5% de CO₂.

3º Canalización de una vía venosa central para administración de líquidos que según sea la intoxicación y estado del paciente, variará en cuanto calidad y cantidad.

4º Extracción de sangre para analítica de hematología (hemograma, TP y TPT y fórmula diferencial), de bioquímica (Na, K, glucosa, urea, proteínas totales, etc.) y gasometría arterial.

5º Controles periódicos de frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura corporal y observación constante de la frecuencia respiratoria para poder intervenir inmediatamente si aparecen dificultades respiratorias. Así mismo habrá que vigilar el estado de conciencia del paciente y examinar la reacción pupilar.

6º Monitorización del enfermo.

7º Sondaje vesical con medición de diuresis horaria para el control de la función renal y recogida de orina para su análisis.

8º Mantener la temperatura corporal que según los casos será cubriendo al enfermo con mantas en el caso de hipotermia o utilizando los distintos métodos existentes para contrarrestar la hipotermia en el otro caso.

9º Inducir el vómito o realizar lavado gástrico según sea lo más aconsejable en cada momento y esto si no se trata de tóxicos corrosivos.

10º Administración por vía oral de sustancias para dilución del veneno o para enlentecer su absorción como agua, leche, clara de huevo, aceite de oliva o almidón, según los casos.

11º Suprimir la ingesta de alimentos orales salvo los que se utilicen como diluyentes o como antidotos.

12º Realizar aspiraciones bronquiales regularmente.

13º Estimulación del enfermo mediante movimientos, contacto, presión externa, hablándole, etc.

14º Cubrir la necesidad de seguridad física del paciente, protegiéndole de caídas o lesiones en el caso de que haya convulsiones o agitación.

PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA

1º Realización de examen físico y colocación del enfermo en posición totalmente horizontal o en posición de Trendelenburg.

2º Inserción de una vía venosa central y otra periférica de grueso calibre.

3º Tomar muestras de sangre para analíticas de Hematología (Hb., Hcto., TP, TPT, y fórmula diferencial), de bioquímica (glucosa, urea, sodio, potasio y proteínas totales), de banco de sangre (grupo sanguíneo, Rh y pruebas cruzadas) y gasometría arterial.

4º Colocación de electrodos para monitorización.

5º Establecer y conservar una vía aérea permeable, iniciando los métodos de reanimación si fueran precisos y oxigenar al enfermo.

6º Registro de constantes vitales: presión arterial, pulso, atendiendo tanto a su frecuencia como a su calidad, frecuencia respiratoria y presión venosa central; este registro se hará durante cortos periodos de tiempo alargándolos a medida que se vayan recuperando las constantes vitales.

7º Colocación de suero salino fisiológico o de sustitutos o expansores del plasma como una solución de macromoléculas, si la T.A. sistólica es menor de 70-80 mm. de Hg.

8º Colocación de sonda nasogástrica, para la realización de lavados gástricos con suero helado, inyectando 30 c.c. de líquido con mucho cuidado y aspirando suavemente hasta que éste se vuelva claro o ligeramente rosado.

9º Sondaje vesical para un control estrecho de la diuresis horaria.

10º Preparar lo necesario para poner un enema de limpieza, si se prescribe por el médico, anotando las características de la deposición.

11º Llevar a cabo las medidas terapéuticas prescritas por el facultativo.

12º Apoyar los mecanismos de defensa del cuerpo:

- a) Tranquilizar y brindar comodidad al enfermo
- b) Calmar el dolor
- c) Conservar la temperatura y la higiene corporal

13º Preparar al enfermo para una gastroscopia de urgencia.

14º Mantener al enfermo en dieta absoluta.

BIBLIOGRAFIA

- BARRY, J., «Enfermería de urgencias». Ed. Alhambra. 1983.
- BICKARTON. «Enfermería teórica y práctica». Ed. Pirámide. 1983.
- BRUNNER. «Manual de enfermería práctica». Ed. Interamericana. 1986.
- CLAIRE. «Tratado de enfermería». Ed. Doyma. 1987.
- ESTEBAN DE LA TORRE. «Insuficiencia respiratoria». Rd. Científico Médica. 1984.
- TORMO, V. «Síndromes cardiológicos de urgencias».
- SUDDARTH, D.S. - BRUNNER, L.S. «Manual de enfermería médico-quirúrgica». Ed. Interamericana.
- VARIOS. «Cuadernos de enfermería». Ed. Toray. 1984.
 - APARATO CARDIOVASCULAR
 - TUBO DIGESTIVO
 - NEUMOLOGIA. TUBERCULOSIS
- WASHINGTON, J.C. «Manual de terapéutica». Ed. Interamericana.
- Enciclopedia práctica de enfermería. Ed. Planeta.
- Manual Merck.

DEBATES DE ENFERMERIA

FRANCISCO BAENA MARTIN

Coordinador de los debates

El pasado día 22 de Enero, en el Salón de Conferencias del Hotel Porta Coeli de nuestra ciudad, tuvieron lugar los primeros *Debates de Enfermería* sobre el tema monográfico de la Formación en Enfermería, abarcando todos los aspectos relacionados con esta actividad.

La Jornada estuvo dividida en dos sesiones de mañana y tarde, de las que a la finalización de las mismas y tras intervenir los diversos ponentes, se cerraron con una Mesa Redonda.

Estos debates han tenido una magnífica acogida, resaltando la amplia participación y el gran eco en los distintos medios de nuestra profesión, ya que tuvimos la ocasión de dialogar y contar con la presencia de compañeros y compañeras de muchas provincias, especialmente profesionales dedicados a la docencia o en estrecha relación con ella. También estuvieron presentes estudiantes de Enfermería, Enfermeros/as Asistenciales y representantes de distintas entidades, bien representativas o de la Administración.

En el acto de inauguración y tras una breve presentación a cargo del Presidente del Colegio, el Presidente D. José M.^a Rueda Segura, expuso su opinión de que le gustaría que fuera una jornada de reflexión y de trabajo, dado que el tema era importante de cara a la reforma de los planes de estudio de nuestra carrera. Así mismo, significó el hecho de que nuestro Colegio de Enfermería siempre ha defendido la Reforma Sanitaria, aunque hubiese algunos aspectos concretos para perfilar y discutir.

Igualmente agradeció la presencia del Sr. Gerente Provincial del S.A.S., D. Ricardo Vázquez Albertino en la inauguración de estos debates, indicando que afortunadamente entre ambas Instituciones existía un diálogo permanente y abierto.

A continuación tomó la palabra el Sr. Gerente Provincial manifestando su satisfacción por la masiva asistencia, destacó también la labor del Colegio de Enfermería de Sevilla en la promoción profesional de sus Colegiados, y la importancia de un diálogo constructivo con la Administración.

También señaló el avance de nuestra profesión que ha venido arrastran-

do durante años un déficit de profesionalización y que en estos momentos es ya una profesión con identidad, autonomía y con un mayor grado de competencias.

Por último, tras recalcar la importancia de las nuevas Especialidades de Enfermería, declaró inaugurados los Debates de Enfermería.

Una vez realizada la inauguración se pasó al desarrollo del programa que para la sesión de la mañana contaba con las siguientes ponencias: **Formación Continuada: carencias, factores**





positivos y perspectivas de futuro, por D.^a M.^a del Carmen Gutiérrez, enfermera del Hospital Universitario V. Macarena de Sevilla. **Proyecto de Formación Superior de Enfermería en Andalucía**, por D.^a Pilar Arcas, Coordinadora del Programa de Formación Superior de Enfermería en Andalucía del S.A.S. **Problemática de las Escuelas Universitarias de Enfermería**, por D.^a Rosa Blasco, Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Central de Barcelona.

A continuación se pasó a una Mesa Redonda, moderada por D. Francisco Baena Martín, Vice-presidente del Colegio, que fue muy participativa y animada donde se expusieron de forma clara el sentir de los profesionales de Enfermería con respecto a lo tratado anteriormente.

En la sesión de la tarde se habló de

la **Formación Pre-Grado** por D. Juan Vicente Beneit, Director de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense.

Formación Post-Grado por D. Jesús Sánchez, Subdirector de la anterior Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense.

Y por último, tanto D. Fernando de la Torriente, Subdirector General de Especialidades en Ciencias de la Salud y Relaciones con las Instituciones Sanitarias del Ministerio de Educación y Ciencia, como D. Máximo González, Presidente del Consejo General de Enfermería de España, expusieron la postura y alternativa de los planes de Estudio y Especialidades de las dos Instituciones.

Se cerró esta sesión con otra Mesa Redonda moderada por D.^a Rosa M.^a Alberdi, Jefe de Servicio de la Dirección General Sanitaria de la Junta de Andalucía.

De esta Mesa Redonda podríamos reseñar la postura del Presidente del Consejo General en sintonía con los nuevos conceptos de Enfermería y la colaboración con todas las Instituciones y Asociaciones, como ha venido siendo norma y filosofía de este Colegio de Sevilla, por lo cual a no dudarlo por parte del Consejo, nos congratulamos.

Finalmente y tras exponer que todas las conferencias y debates en las Mesas Redondas, una vez transcritas de la grabación, serán enviadas íntegramente a los participantes; y tras reiterar la intención de este Colegio de seguir periódicamente organizando nuevos debates sobre otros temas puntuales y candentes que interesen a la Profesión, el Presidente del Colegio, D. José M.^a Rueda Segura, clausuró la Jornada.

* * *

DEBATES DE ENFERMERIA

CONCLUSIONES

Con la participación de enfermeros y enfermeras de distintas provincias, estudiantes de enfermería, docentes de escuelas universitarias de enfermería, representantes de la Administración Pública Estatal y Autonómica, asociaciones científicas de enfermería así como de diversos colegios provinciales y del Consejo General de Enfermería de España, se celebra el 22 de Enero de 1988 y bajo el patrocinio del Colegio de Enfermería de Sevilla (C.E.S.), una Jornada de Debate sobre todos los aspectos de la Formación en Enfermería.

De las intervenciones y debates mantenidos en las dos sesiones intensivas de mañana y tarde se desprenden las siguientes conclusiones generales:

1ª) **Es imprescindible**, en el contexto de la reforma de los estudios de la carrera de Enfermería, **establecer los mecanismos necesarios para que se contemple de manera concluyente el desarrollo del segundo ciclo** (licenciatura).

Para ello, se envía esta proposición con carácter urgente al Ministerio de Educación y Ciencia y al Consejo de Universidades, dentro del plazo reglamentario, con la finalidad de que se recoja en el Proyecto definitivo, dado que ésta petición representa el sentir de la inmensa mayoría de los profesionales, estudiantes de Enfermería y de las diversas instituciones representativas de la profesión.

También se remite al Consejo General de Enfermería, Asociación Española de Enfermería Docente y a las escuelas universitarias de Enfermería.

2ª) **Requerimos la instauración y adecuación de las vías pertinentes para que los enfermeros ocupen todos los puestos de docencia que tengan relación con los contenidos de Enfermería.** Consideramos que los profesionales de otras disciplinas no pueden desempeñar con idoneidad funciones docentes en materias específicas de Enfermería sin desvirtuar el proceso educativo y la identidad de los futuros enfermeros.

De igual modo, los enfermeros docentes deben acceder, en la proporción oportuna, a todos los órganos universitarios de dirección, organización y representación.

3ª) **Creemos necesario exigir con firmeza la aprobación de la Ley del Ejercicio Profesional en el menor plazo posible.**

4ª) **Se hace una valoración efectiva del Real Decreto de Especialidades**, aunque reconociendo que es preciso un consenso imaginativo y positivista del mismo por parte de todas las instituciones sin menoscabo de la idiosincrasia y opinión de los enfermeros y enfermeras de nuestro país.

Para ello sería conveniente desarrollar el Real Decreto de Especialidades sin pausas pero sin prisas, perfilando todos los aspectos normativos con los interlocutores de la Profesión.

5ª) **La Formación Continuada es el instrumento adecuado para la actua-**

lización profesional. No obstante, se aprecia ciertas disfunciones en la forma de llevarse a cabo, por lo que es indispensable corregir algunos criterios de implantación.

Los gestores de la Red Pública de Centros Sanitarios deben priorizar la Formación permanente y **potenciar con criterios empresariales la necesidad de una puesta al día de sus empleados**, que repercutiría en una mayor calidad asistencial a los usuarios y en la rentabilidad en la Administración de los servicios.

6ª) **Se estima de gran interés el proyecto del Curso Superior de Enfermería en Andalucía** presentado por Dña. Pilar Arcas Ruiz, coordinadora del Programa del Servicio Andaluz de Salud.

7ª) En sintonía con todo lo anterior **recogemos como muy positivo y trascendental la realización de un Macrodiagnóstico de la profesión de enfermería en España**, contando con la colaboración de las instituciones representativas: Administración, Consejo General, escuelas universitarias, asociaciones científicas y partidos políticos.

FRANCISCO BAENA MARTIN
Coordinador de los debates

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL CARDIOPATA POR LA EDUCACION SANITARIA

AMELIA LERMA SORIANO

Profesora E.U.E. Virgen del Rocío

I.- OBJETIVO

El profesional de enfermería, tanto dentro como fuera del hospital, tiene encomendadas funciones propias que se derivan de la preparación actualmente recibida en las escuelas universitarias y que justifican la existencia de nuestra carrera. Estas funciones son la asistencial, de investigación y docencia. Las dos últimas le dan a la profesión el avance que, hasta hoy, se quedaba limitado a un papel puramente asistencial, dependiente del médico por usos, abusos y costumbres.

En las unidades de cuidados intensivos cardiológicos, así como en aquellos servicios del hospital donde el cardiopata está hospitalizado transitoriamente, se demuestra la importancia del desarrollo de la función docente del profesional de enfermería, al enfrentarse con un paciente que, además de los síntomas derivados de la enfermedad coronaria, sufre un importante deterioro a nivel psico-social pasando por distintas fases:

En el momento de ingreso y en los dos o tres primeros días predomina una sensación de angustia por miedo a morir, potenciada por las condiciones características de las unidades de alto riesgo (aislamiento, presencia de incidentes, falta de comunicación familiar, etc.).

Pasando este período de tiempo al paciente —aún no presentando complicaciones debido a la atención prestada por el personal sanitario (toma frecuente de constantes vitales, electro-

cardiogramas, pruebas diagnósticas, etc.)— empieza a preocuparle su futuro y a sentir perdida parte de su independencia, pues en él ha quedado cierto grado de permanente invalidez.

Cuando el enfermo es dado de alta, su temor aumenta, al no sentirse ya protegido como en el hospital, y ante cualquier síntoma cree repetible el cuadro que provocó su ingreso. Paralelamente, sus familiares —informados de lo ocurrido en el mejor de los casos— según nivel sociocultural, comprenderán o no el estado real y las consecuencias que dicha patología tendrá sobre el enfermo.

Analizando la realidad de nuestros hospitales, fácilmente se observa que la asistencia a los cardiopatas es habitualmente buena en cuanto se refiere a técnicas, registros, medios, pruebas diagnósticas, etc. También se empieza a valorar el aspecto psicológico, aportando en consecuencia un ambiente más tranquilo y relajado, hilo musical, visitas de familiares, trato personalizado, pero sigue olvidándose la **educación sanitaria**, aspecto que en la actualidad —y debido a la reforma sanitaria— **se considera erróneamente función exclusiva de aquellos profesionales que trabajan en Centros de Salud con el individuo sano**. Por consiguiente, sería importante planificar la actuación de enfermería en este campo que tiene como objetivo prioritario mejorar la calidad de vida y evitar posibles complicaciones, logrando que tanto el **cardiopata como sus familiares comprendan y asuman la realidad de su**

nueva situación.

II.- ACTUACION

Para llevar a cabo esta educación sanitaria dentro del hospital, es imprescindible el conocimiento de paciente y familiares, mediante la elaboración de una Historia de Enfermería a partir de las siguientes etapas:

1) Valoración

1.1.- Recogida y selección de los datos siguientes:

1.1.1.- Características y antecedentes personales, relaciones familiares, nivel socio-cultural...

1.1.2.- Actividades que realiza, hábitos y costumbres.

1.1.3.- Estado actual en lo que se refiere a las capacidades ordinarias, valorando cual es el grado de dependencia del enfermo.

1.2.- Técnicas utilizadas para obtener cuanto antecede, serán:

1.2.1.- Observación —Directa
—Indirecta

1.2.2.- Comunicación —Verbal
—No verbal

1.2.3.- Entrevista (en la que influyen la actitud del profesional de enfermería, ambiente en el que se realiza y metodología empleada).

1.3.- Finalidad:

1.3.1.- Identificar necesidades y problemas.

1.3.2.- Establecer el diagnóstico de enfermería.

2) Planificación

Contiene:

- 2.1.- Problemas identificados en la fase de valoración.
- 2.2.- Objetivos a lograr.
- 2.3.- Acciones de enfermería en colaboración con el equipo sanitario.
- 2.4.- Registro de la evolución del paciente, acciones realizadas y comunicación oral con el resto del equipo.

Toda atención que se efectúe al paciente debe estar planificada con la finalidad de conseguir continuidad en los cuidados. Por este motivo la Educación Sanitaria no podrá realizarse nunca individualmente, ejecutando cada profesional de enfermería unas acciones que pueden llegar a ser contradictorias con las de sus compañeros y descubriendo además que determinados profesionales no dan al tema la importancia que merece.

3) Ejecución

Participarán formando equipo de trabajo:

- 3.1.- El paciente, mediante la aceptación activa del plan.
- 3.2.- El profesional de enfermería, teniendo presente posibles alternativas, objetivos, recursos, conocimientos y habilidades.
- 3.3.- La familia y otros profesionales.

4) Evaluación

Pretende constatar la consecución de objetivos, observando el trabajo realizado y mejorando en su caso la calidad del mismo.

Esta evaluación puede ser formativa (realizada periódicamente mientras se lleva a cabo el programa de educación; tiene como ventaja permitir realizar los cambios oportunos según resultados) o sumativa (hecha al final del programa).

ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA EDUCACION SANITARIA

- 1.- Información al enfermo y familiares en el momento del ingreso sobre las razones de su estancia en la unidad coronaria y el por qué de las restricciones de visitas.
- 2.- Cuando la situación del paciente se estabilice se le pasará un cues-

tionario para detectar su nivel de conocimientos, que serán tenido como base a la hora de incluirlo en el programa de enseñanza.

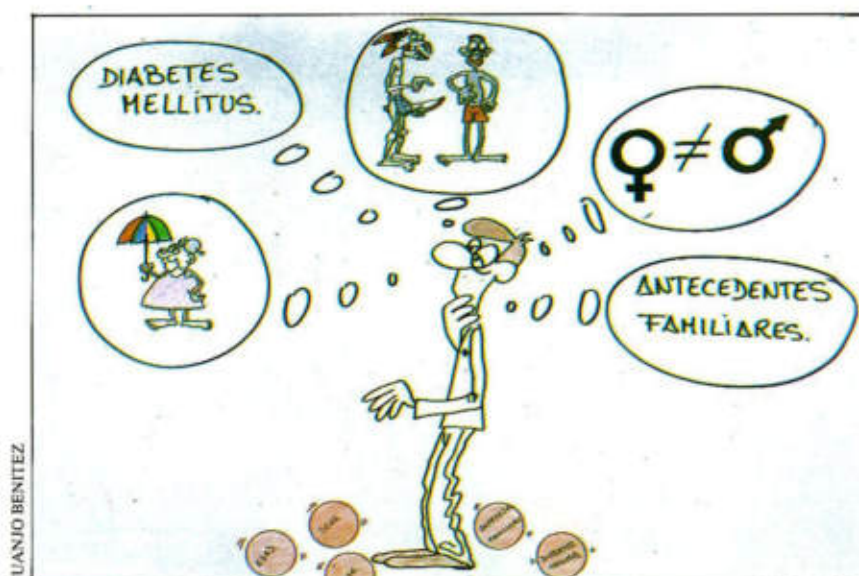
Los contenidos que se han de impartir según el nivel socio-cultural del cardiopata son:

2.1.- Definición de Angina de Pecho e Infarto de Miocardio.

2.2.- Factores de Riesgo, centrando la atención sobre aquellos que son controlables (alimentación, obesidad, ta-

El conocimiento de estos factores tendrá como finalidad la prevención de posibles complicaciones.

2.3.- Instruir al paciente sobre la medicación que se le está administrando para estabilizar y prevenir nuevos episodios. Estos conocimientos se impartirán a lo largo de su estancia en el hospital, haciendo hincapié en aquellos que probablemente el enfermo segui-



baco, sedentarismo, stress físico...) o al menos minimizables, como el stress emocional.

rá tomando en su domicilio y adelantándole posibles efectos secundarios de estos fármacos: cefaleas, sueño...





2.4.- Rehabilitación física. Teniendo en cuenta la evolución clínica del paciente, se le dará toda la información necesaria para la incorporación a su actividad habitual en las mejores condiciones posibles, de acuerdo a la actuación de rehabilitación cardíaca seguida en el hospital. Así el paciente conocerá exactamente cual debe ser su actividad física durante la convalecencia en el propio domicilio, y los ejercicios más recomendables serán aquellos hacia los que el paciente se sienta más atraído (nadar, pasear...), informándole de cuáles están totalmente contraindicados (levantar pesas, ejercicios con espalderas...).

2.5.- Readaptación psicosocial, ayudando al paciente a superar la pérdida de confianza en sí mismo, la pérdida de identidad como miembro de la familia y pérdida de seguridad profesional. El enfermo necesita concienciarse de que sigue siendo la misma persona de antes de sufrir la enfermedad, con sus mismas cualidades y posibilidades.

Este apoyo emocional quien mejor puede dárselo es la familia y para ello nuestra función es prepararla.

2.6.- Otros aspectos que se deben incluir en el programa de enseñanza son:

2.6.1.- Actividad sexual.- El paciente conocerá cuando puede reanudar sus relaciones sexuales, entregándole una ficha de instrucciones sobre la forma de evitar posibles problemas; estas recomendaciones serían entre otras:

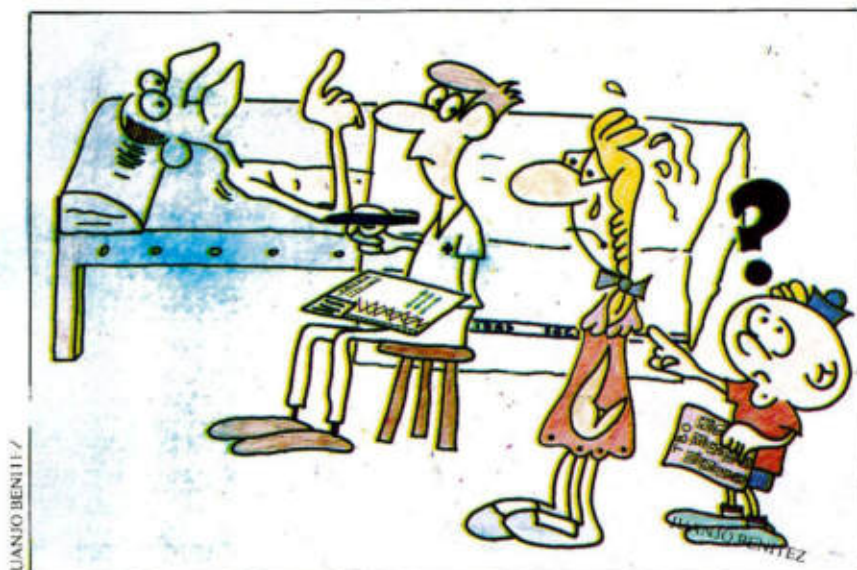
2.6.1.1.- Posponer las relaciones hasta 3 h. después de haber ingerido una comida copiosa.

2.6.1.2.- Conveniencia de tomar nitroglicerina para prevenir el dolor torácico.

2.6.1.3.- Posiciones más apropiadas.

2.6.1.4.- Temperatura de la habitación donde se efectúen las relaciones sexuales.

2.6.1.5.- Conveniencia de realizar «juegos amorosos», ya que preparan gradualmente al corazón para el aumento de actividad que supone el coito.





2.6.1.6.- Conveniencia o no de seguir con su actividad laboral, según afecte a su enfermedad, y cuándo podría volver a ella.

- Reconocer el significado del término «Ataque Cardíaco».
- Enumerar cuatro síntomas de un ataque cardíaco.



IV.- RECURSOS PARA LLEVAR A CABO ESTA EDUCACION

Serán acordes a los medios disponibles en el hospital, tales como : vídeo, diapositivas, coloquios... sin olvidar las posibles conexiones con diferentes centros de salud.

CONCLUSIONES

Siguiendo este método se consigue por parte del profesional de Enfermería, completar su función asistencial al tiempo que el paciente obtiene beneficios vitales cuanti y cualitativos. Al final del programa de enseñanza coronaria, el enfermo estará capacitado para:

- Reconocer las razones de la restricción de actividad durante la hospitalización.
- Elaborar una lista de factores de riesgo controlables y detectar los que concurren en su caso.
- Identificar las actividades que precipitan el dolor precordial.
- Conocer las limitaciones dietéticas.
- Identificar factores que se relacionan con el stress.
- Reconocer las modificaciones de actividad en relación con el estilo de vida.

- Determinar cuándo se puede reanudar el coito sexual con total seguridad.
- Describir las actividades físicas adecuadas en la semana siguiente al alta.
- Enumerar los medicamentos que tomará en su domicilio, describiendo color, finalidad y frecuencia de administración.
- Identificar los síntomas que hagan necesario llamar a una unidad médica.

Capacitaciones coincidentes con los objetivos propuestos.

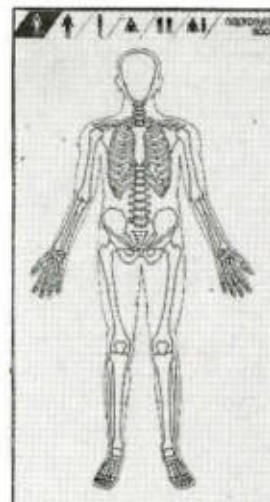
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BOGGS, B., MALONE, D., McCULLOCH, C.: «Un programa de enseñanza coronaria en un hospital». Clínicas de Enfermería de Norteamérica. Cuidados Cardiológicos, pgs. 79-96. Ed. Rol; Barcelona, 1980.
- SERRA GRIMA, J.R., OBRA-DOR MAYOL, D.: «Rehabilitación postinfarto de Miocardio». Rev. Jano. Vol. XXX, nº 113, pgs. 45-37. 1-6 Marzo, 1986.
- O.M.S.: Prevención de la Cardiopatía Coronaria. Ginebra, 1982.
- BURDEN, L.L., ATWILL, K.: «Las turbulentas aguas de Angina Inestable». Rev. Nursing. Vol. 2, nº 1, pgs. 46-54. Septiembre, 1984.
- KENEDY, L., ROWAN, K., DE SILVA, F. et al.: «Un paso antes del límite: reanimación y rehabilitación del paciente con I.M.». Rev. Nursing. Vol. 3, nº 5, pgs. 50-53. Junio, 1985.
- SIERRA AVILA, B., FERNANDEZ SANCHEZ, A., BERMEJO MERINO, C. et al.: «I.A.M. y conducta sexual». Rev. Rol, nº 87, pgs. 30-33. Octubre, 1985.

FRACTURAS

JOAQUIN LIMA RODRIGUEZ

D.E. del Hospital Universitario V. Macarena



INTRODUCCION

El presente trabajo forma parte de un programa de Formación continuada, que impartí a un fabuloso grupo de Enfermeros/as, que se encuentran trabajando en la zona de Sierra Norte de la provincia de Sevilla, en el pasado año.

Su principal objetivo, fue actualizar o ampliar, unas nociones elementales, sobre fracturas y luxaciones, y recomendar una serie de actuaciones básicas de Enfermería, que se adecuaron al medio extrahospitalario en que vienen realizando su labor.

FRACTURAS

NOCIONES BASICAS

Es la solución de continuidad de un hueso, producida bruscamente. Sus causas suelen ser, traumatismos mecánicos (golpes, caídas), contracciones musculares violentas (convulsiones), afecciones patológicas óseas, etc.

TIPOS DE FRACTURAS

Podemos hacer una clasificación elemental de las fracturas en:

FRACTURAS COMPLETAS: Afectan a toda la extensión del hueso que quedará dividido en dos o más fragmentos.



FRACTURAS INCOMPLETAS O

FISURAS: Interesa sólo una parte del hueso, es frecuente en los niños. Ej. fracturas de tallo verde.



FRACTURAS CONMINUTA:

Son aquellas en las que aparecen múltiples fragmentos óseos.



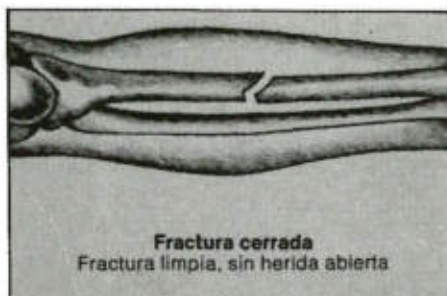
FRACTURAS ABIERTAS:

Son aquellas en que el foco de fractura está en contacto con el exterior por una falta de continuidad en la piel.



FRACTURAS CERRADAS:

Son aquellas que no presentan comunicación con el exterior.



SIGNOS DE FRACTURAS.

Cuando se produce una fractura, suelen aparecer una serie de signos que nos van a anunciar la existencia de la misma. Estos signos son:

Dolor: Suele ser espontáneo, aumentando a la palpación del foco de fractura y con la movilidad de la misma.

Impotencia funcional: El paciente presenta imposibilidad de realizar movimientos.

Deformidad: Aparece en fracturas completas en las que existen desplazamientos de fragmentos óseos.

Movilidad anormal: Suele aparecer a nivel del foco de fractura.

Edema y Hematoma: Alrededor del foco de fractura, por rotura de vasos sanguíneos, o a consecuencia de la propia lesión ósea.

ACTUACION DE ENFERMERIA DE URGENCIA.

Cuando nos encontramos frente a un paciente que pueda presentar una

fractura tendremos que considerar de consejos prácticos:

— **NO** se debe tratar de **REDUCIR** una fractura sin contar con los medios adecuados. En la mayoría de los casos las reducciones de fracturas se deben hacer bajo anestesia, al ser estas maniobras muy dolorosas.

— La **EXPLORACION** inadecuada de una fractura puede **AUMENTAR** las **LESIONES** si existen fragmentos óseos, la movilización de un foco de fractura puede producir lesiones de tejidos, vasos, nervios o cualquier otra estructura próxima al foco de fractura. Por ello las exploraciones deberán llevarse a cabo con sumo cuidado, evitando maniobras innecesarias.

— En fracturas **ABIERTAS NO** intentar **INTRODUCIR** los extremos óseos dentro de la piel, podemos producir nuevas lesiones. Sólo es necesario cubrir el foco con una compresa estéril para disminuir el riesgo de contaminación.

— Proceder en todos los casos de fracturas a la **INMOVILIZACION** de la misma.

MATERIALES DE INMOVILIZACION.

- Vendas simples.
- Vendas elásticas.
- Material de almohadillado (algodón, celulosa, almohadillado sintético)
- Férulas: Metálicas
 - Madera
 - Yeso
 - Etc.

ACTUACION DE ENFERMERIA EN FRACTURAS CONCRETAS

Una vez considerados, los consejos enunciados anteriormente como generalidades en cualquier tipo de fracturas, tendremos que tener en cuenta una serie de actuaciones dependiendo de la localización del foco de fractura. Es evidente que será distinta la actuación de enfermería extrahospitalaria, en un enfermo que sospechamos pueda tener una fractura vertebral o una fractura de tibia por el contrario.

A continuación enunciaremos una serie de fracturas de distintas localizaciones y veremos qué tipo de maniobras debemos realizar en cada una de ellas.

FRACTURAS DE CRANEO.— Pueden ser abiertas o cerradas. Así nos podemos encontrar desde la simple fractura lineal o fisura, a la fractura cominuta (con o sin lesión cerebral).

La **conmoción cerebral** suele ser la consecuencia inmediata de un traumatismo en la cabeza, suele tener una regresión espontánea.

La **contusión cerebral** es un trastorno focal que puede aparecer a consecuencia de un traumatismo craneal y que se caracteriza por edema y hemorragia intracraneal.

Actuación: Siempre que sospechemos la existencia de una fractura craneal o a veces simplemente traumatismo craneal, debemos pensar en la posibilidad de que el paciente inicie un cuadro de contusión cerebral que ponga en peligro la vida del paciente.

Estos pacientes deben ser remitidos a un centro hospitalario. Si por cualquier motivo fuera necesario canalizar una vena para administrar líquidos, no debemos olvidar que la administración de los mismos puede aumentar el edema intracraneal que existe en toda contusión cerebral.

FRACTURAS O LUXACIONES DE COLUMNA CERVICAL.— Son poco frecuentes y revisten gran gravedad.

Suelen producirse como consecuencia de un excesivo movimiento de flexión, extensión, rotación, etc., o por compresión vertical o combinación de varios de estos mecanismos.

Actuación: — Evitar las maniobras exploratorias innecesarias.
— Inmovilizar con un collarite.
— Enviar a un centro hospitalario para su estudio y tratamiento.

FRACTURAS O LUXACIONES DE LA COLUMNA DORSAL Y LUMBAR.— Suelen producirse como consecuencia de fuerzas que actúan sobre el axis longitudinal de la columna. Dichas fuerzas suelen actuar desde arriba o desde abajo.

Puede aparecer dolor local, palpación de una apofisis prominente, dolor a la percusión, limitación dolorosa del movimiento, etc.

Una de las consecuencias más graves de estas fracturas o luxaciones de

columna son las afecciones o lesiones de la médula espinal.

Actuación: Evitar maniobras exploratorias innecesarias para evitar producir lesiones medulares.

Las movilizaciones del enfermo deben evitar flexionar el tronco.

El envío a un centro hospitalario debe hacerse en una ambulancia, colocando al paciente en posición decúbito supino a ser posible sobre un plano duro.

FRACTURAS DE LA CLAVICULA.— Suelen producirse por caídas sobre el hombro o por golpe directo sobre la misma. El lugar más frecuente de fractura es el tercio medio de la clavícula.

Se aprecia Tumefacción, dolor local a la presión, crepitación, impotencia funcional del hombro. A veces se aprecia un escalón óseo.

Actuación: Inmovilización, con tracción de los hombros hacia atrás. Se emplea un vendaje en ocho de guarismo, durante un tiempo que puede oscilar entre las dos semanas para niños y seis para adultos.

El tratamiento quirúrgico es excepcional y está reservado a casos de grandes desplazamientos irreductibles.

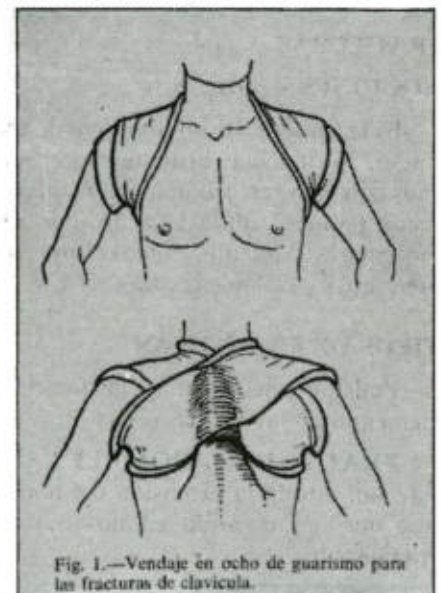


Fig. 1.—Vendaje en ocho de guarismo para las fracturas de clavícula.

FRACTURAS O LUXACIONES DE MIEMBROS SUPERIORES

En este apartado vamos a reunir una serie de lesiones que afectan al miembro superior, para estudiar las posibles actuaciones de enfermería en el medio extrahospitalario, que pueden ser comunes a varias de estas lesiones.

Si no disponemos de una serie de medios para reducir una posible fractura o de estudios radiográficos que nos permitan asegurar la existencia de las mismas, estos pacientes deberán asistir a un centro hospitalario, previa inmovilización de los focos de lesión.

Como norma general en todas las fracturas, luxaciones o lesiones de miembros, retiraremos del paciente anillos, pulseras, zapatos, o cualquier objeto que tenga colocado sobre los miembros. El edema posterior, propio de este tipo de lesiones, dificultaría la retirada de estos objetos pasado algún tiempo.

LESIONES DE LA ARTICULACIÓN ESCAPULO HUMERAL Y DE CUELLO DE HUMERO.— Este tipo de lesiones con frecuencia deben ser tratadas bajo anestesia.

Antes de enviar a estos pacientes a un centro hospitalario, debemos inmovilizar el foco de lesión. La inmovilización la conseguiremos mediante la realización de un vendaje de Velpeau.

FRACTURAS DE DIAFISIS HUMERAL.— El tratamiento de estas fracturas suele ser quirúrgico, mediante osteosíntesis con placas o agujas.

La inmovilización de la misma se puede hacer con una férula en U.

FRACTURAS DISTALES DE HUMERO.— El tratamiento suele ser quirúrgico mediante osteosíntesis.

La inmovilización debe hacerse mediante férula braquial.

LUXACIONES DE CODO.— Se producen por caídas con el codo en ángulo recto. Se aprecia una deformidad característica.

Puede tener complicaciones por lesión del nervio mediano o compresión de la arteria cubital.

El tratamiento estriba en la reducción precoz, que se obtiene fácilmente, con anestesia local, traccionando el antebrazo en la misma dirección en que se encuentra. Nunca con maniobras de palanca.

Se puede inmovilizar con férula braquial.

PRONACION DOLOROSA.— Es la subluxación de cabeza de radio, es una lesión traumática sumamente fre-

cuenta en niños menores de cinco años. Se produce por tracción sobre la mano, que provoca la extensión en abducción de todo el miembro superior.

El niño se presenta con el brazo quieto junto al tronco con el codo en ligera flexión y la mano en pronación.

Actuación: La lesión se reduce efectuando al mismo tiempo un movimiento de supinación y tracción, flexionando a continuación el codo de manera que la cara anterior del antebrazo contacte con el brazo. Al obtenerse la reducción se percibe un pequeño chasquido o resalte.

No es preciso inmovilizar el brazo del niño. Si debemos advertir a los padres del mecanismo de producción para evitar que se repita la misma.

FRACTURA DE CUBITO Y RADIO.— El tratamiento de estas fracturas dependerá de su localización que las haga más o menos inestable y de que afecte al cúbito, al radio o a ambos a la vez.

Las complicaciones de tipo vascular o nervioso son raras en este tipo de fracturas.

La inmovilización previa al tratamiento de las mismas debemos hacerla con férulas braquiales o antebraquiales dependiendo de que éstas sean de localización proximales o distales.

FRACTURAS O LUXACIONES DE MIEMBROS INFERIORES

LUXACION DE CADERA.— Es

la salida de la cabeza del fémur del coxiledón. Pueden ser de cuatro tipos, dependiendo de la posición en que quede la cabeza femoral, lo que hará que el miembro quede colocado en una determinada posición dependiendo de donde se encuentre la cabeza femoral.

**FRACTURAS DE FEMUR
FRACTURAS DE TIBIA O PERONE
FRACTURAS DE ROTULA
FRACTURAS MALEOLARES
FRACTURAS DE PIE**

En la mayoría de las lesiones citadas, será necesario realizar las maniobras de reducción bajo anestesia general. El tratamiento de las mismas suele ser quirúrgico, salvo luxaciones, mediante osteosíntesis.

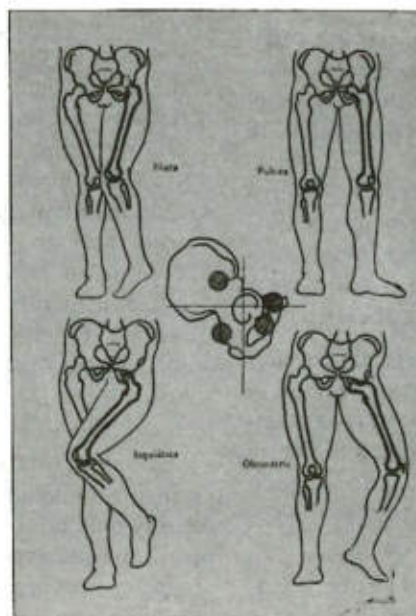
En este tipo de lesiones, la actuación extrahospitalaria debe ir dirigida fundamentalmente a conseguir la correcta inmovilización de los miembros inferiores, evitando maniobras que pueden producir nuevas lesiones.

Las férulas más adecuadas para este tipo de inmovilizaciones son:

- Férulas metálicas de CRAMER.
- Férulas de GOTIERA.
- Férulas de YESU, especialmente indicadas en lesiones de tercio inferior de fémur, rodilla, pierna y pie.

BIBLIOGRAFIA

- Manual del Ayudante Técnico Sanitario. Ed. Oteo.
- Urgencias en Enfermería. Ed. Doyma.
- Manual de Urgencias quirúrgicas. V. Argigas.



EL PRACTICANTE



SEVILLANO

SECCION PROFESIONAL

LLAMAMIENTO

La trágica sentencia divina del «parirás con dolor», que pesa sobre la humanidad desde desde la inconsciente coquetería de Eva, al mordisquear la simbólica manzana, desoyendo los mandatos del Sumo Hacedor, ha sido una de las constantes preocupaciones de la Medicina.

Los tiempos han evolucionado y hoy, gracias a los nuevos métodos anestésicos, la mujer se queda en un estado de inconsciencia, que lanza al mundo al nuevo ser con la misma facilidad con que se expulsa una criada respondona; la ciencia domina el humano organismo como un hábil mecánico, y el dolor queda relegado a un término secundario, y hoy día los padecimientos físicos son una coquetería de la humanidad, como el veraneo y el pelo a lo garçon.

Entre las muchas veces que nuestros distinguidos tocólogos (estos tocólogos de ahora son los antiguos comadrones, que nos recogieron en los ya lejanos días de nuestra venida al mundo), han empleado la moderna técnica del parir sin dolor, hay algunos casos de graciosas incidencias, que os voy a narrar, para explicar, acaso, una conraindicación no registrada en los modernos tratados de terapéutica.

Se trataba de una recién casada, pizpireta y jovial, de gran belleza, y pocos años casada, con un rico hombre de negocios, que ingénuo, creía que lo mejor de su vida, fue su boda con esta chiquilla optimista y jovial como una botella de gaseosa.

Al venir al mundo el primer hijo, en aquella casa todo fue revuelto; el

parto fue un parto de postín; en medicina, queridos lectores, el dinero da una gran solemnidad a las cosas más sencillas, y el parto que en una portería se reduce a dos tohallas, una palangana, dos vecinas curiosas y algunas veces la comadrona de la Sociedad, en una familia potentada es algo tan espectacular como «El sobre verde» o la presentación de credenciales de un nuevo embajador: médicos, ayudantes, comadronas diplomadas, nurses, enfermeras y un verdadero y horripilante arsenal quirúrgico; apósitos, vendajes, sueros y vacunas, todo ello para presenciar cómo el niño sale solo, un poco asombrado de que le reciban como si hubiese hecho la travesía del Atlántico.

La joven de nuestra historia, al sentir los primeros dolores, puso el grito en el cielo, como protesta del divino castigo; sus pocos años y su vida de fox-terrier aristocrático, que no había conocido siquiera ese dolor corriente de la juventud femenina producido por el charol barato, se revelaba contra las dolorosas contracciones que, imperiosas, anunciaban que iba a ser madre; el marido, solícito, paseaba nervioso por la habitación, culpándose in mente, de tanto sufrimiento, que la fisiología implacable, sometía a su joven consorte, y con ojos de súplica miraba a los doctores.

El sabio tocólogo comprendió al momento la petición de la mirada (mil pesetas más en los honorarios) y propuso un moderno procedimiento de anestesia por medio de unas sencillas inyecciones que producían en la partu-

En el número de Junio de 1932, aparece en «EL PRACTICANTE SEVILLANO», un artículo extraído de la revista ESPAÑA MÉDICA cuyo autor es Félix Herce.

Este comentario que lleva por título *SIN DOLOR...* nos narra las desventuras y inconveniencias de poseer recursos pecuniarios en el momento de recibir una asistencia «helística» que se llama ahora. Pero también, y es la cruz de la moneda, el utilizar todas las nuevas tecnologías, acarrea sus propias desventajas, y en este caso particular de una gran importancia en las relaciones conyugales.

A. GARCIA NIETO

rienta un estado de dulce bienestar, una perfecta idiotez subconsciente, parecida a la que padeció la señorita Loos al escribir su novela «Los caballeros las prefieren rubias».

Con júbilo aceptó la idea el esposo, admirado de la ciencia de los ilustres especialistas y en las finisimas y azules venas que adornaban los blancos brazos de la bella casadita, entró poco a poco la panacea opiácea, sutil y adormecedora; a los pocos minutos el dolor cesó, su boca sonreía con un gesto de placidez, los gritos que recordaban el segundo acto de «Tosca» por una compañía veraniega, cedieron; el acto fisiológico llegó a feliz término; un robusto infante berreaba en brazos de la enfermera; el marido, complacido, miraba a su casta esposa, con ese mirar lánguido con que contemplan las vacas el paso de un «wagón restaurant»...

Ella, presa del poder del anestésico, comenzó a decir frases incoherentes, palabras sin sentido; mas pronto el monólogo adquirió fijeza y con gran aplomo, mientras buscaba con los ojos extrávicos a su marido, gritaba con patético acento: ¡¡Ya te decía Manolo, que no viniera tanto el primo Luis a casa...!!

El marido cayó, como herido por el rayo; los asistentes enmudecieron, y entre el silencio de todos, la parturienta narró con todo detalle una escabrosa y divertida historia de amores.

En el testero de la cama, San José derramaba su beatífica sonrisa con un gesto de amable simpatía.

(De España Médica)

NORMAS PARA LA CONCESION DE BECAS

El Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla, convoca BECAS DE ESTUDIO para el presente año de 1987, de acuerdo con lo aprobado en la Junta General de 1985.

El objeto de estas becas es doble, primero premiar el esfuerzo personal de quienes presenten algún trabajo, comunicación, ponencia o publicación de trabajos inéditos y segundo la de obtener de los mismos un avance para la profesión y reconocimiento de este Colegio a la labor realizada.

Todos los trabajos premiados quedarán a disposición del Colegio, que podrá hacer de ellos el uso que crea conveniente. No será premiado bajo ningún concepto la simple asistencia a unas jornadas o congresos.

La solicitud de beca deberá ir acompañada de una copia del trabajo por el cual es solicitada. Deberá indicarse claramente el Acto a celebrar, lugar, localidad, publicación, fecha y tiempo de duración.

La petición deberá ha-

cerse con un margen de veinte días posteriores o anteriores a la celebración o publicación del trabajo. La concesión de la beca estará supeditada de forma inexcusable a la justificación documentada de haberse realizado o notificación de la inclusión del trabajo en el desarrollo del evento que se trata.

Para la valorización de las becas se crea una comisión integrada por los tres miembros que componen la Vocalía de Formación y Es-

pecialidades. Los trabajos premiados serán aprobados mensualmente por la Junta de Gobierno del Colegio en Sesión Ordinaria.

Como norma general se tendrá en cuenta los baremos que a continuación pasamos a enumerar. Quedan excluidos los trabajos realizados como consecuencia de un destino laboral retribuido en el ámbito profesional que tuviese el interesado. Igualmente quedan excluidos todos los trabajos patrocinados o subvencionados por el Colegio.

BAREMOS PARA LA VALORIZACION DE BECAS

PUNTOS

COMUNICACIONES	en Congresos, Jornadas, etc.	1 a 5
PONENCIAS:	en Congresos, Jornadas, etc.	5 a 10
TRABAJOS DE DOCENCIA:	en Congresos, Cursos y Jornadas	1 a 10
PUBLICACIONES:	Según el Medio de Difusión:	
	Carácter Local	1 a 5
	Carácter Provincial	1 a 7
	Carácter Nacional	1 a 10
	Carácter Internacional ...	1 a 20
TRABAJOS:	No publicados de gran interés y especialidad temática	1 a 10
POR CURSOS:	Restringidos de formación postbásica impartidos por Instituciones docentes	1 a 10

La participación en Congresos, Cursos o Jornadas tendrán el siguiente incremento:

CARACTER NACIONAL Incremento del 50%
CARACTER INTERNACIONAL Incremento del 100%

Los trabajos hechos en grupos tendrán la misma valoración que los unipersonales, considerándose autor el primer firmante del trabajo.

La valoración económica se regirá por la escala de puntos que figuran en el baremo. Cada punto tendrá

valor de CINCO MIL PESETAS (5.000 Ptas.)

Será condición indispensable para acceder a las becas el encontrarse al corriente de la cuota Colegial.

Con carácter extraordinario se establecen DOS BECAS anuales, de hasta un

máximo de CIENTO CINCUENTA MIL Pesetas (150.000 Ptas.) cada una para ampliación de estudios post-básicos de Enfermería en España o en el extranjero.

Para la concesión de dichas becas se exigirá una memoria explicativa sobre actividades, presupuestos, etc... de los estudios a realizar, que será valorada por la Comisión de Becas instituida en este Colegio.

Podrán optar a estas becas todos los que tengan previsto la realización de dichos estudios durante el presente año.

La aprobación o denegación les será comunicada a los interesados en el menor plazo posible.

Serán requisitos indispensables el justificante del Centro donde se va a realizar los estudios y el estar al corriente en el pago de las cuotas colegiales.

Con carácter extraordinario se establece la cantidad de 250.000.— Ptas. DOSCIENTAS CINCUENTA MIL PESETAS, como ayuda a la Investigación. Esta cantidad podrá ser ad-

ministrada por la Comisión de Becas como lo estime oportuno. Estas becas contribuyen a suministrar a los colegiados la cantidad económica o los materiales necesarios para la realización de los estudios de investigación.

Para optar a esta modalidad de becas será condición inexcusable la presentación de una memoria sobre el trabajo propuesto para la investigación. Cada mes a partir de la concesión de la beca será necesario por parte del solicitante el comunicar oralmente y por escrito los avances del trabajo a los miembros de la Vocalía de Formación y Especialidades.

Será condición necesaria para optar a la concesión de beca la de encontrarse al corriente en el pago de cuotas colegiales.

La retirada de este tipo de ayuda así como la concesión de las mismas serán concedidas por la Comisión de Becas y aprobadas por la Junta de Gobierno del Colegio en sesión ordinaria.

Sevilla a 25 de Marzo de 1987

COMISION DE BECAS



Se ha dicho que la Sociología ha salvado más vidas que las Ciencias de la Salud, sin embargo el nivel de conocimiento sobre lo que es la Sociología y lo que hacen los sociólogos es bastante limitado en la sociedad española actual.

Todavía hay quien confunde Sociología con «pastoral» o con «socialismo». Sin embargo, en la actualidad, la Sociología no es otra cosa que el análisis de la sociedad, del ser humano en su perspectiva de «SER SOCIAL» y de las múltiples relaciones sociales.

Por otro lado, el sector sanitario representa seguramente la primera industria del país, con el máximo de recursos y el capital humano más técnico. A pesar de todo, la sociología de la Medicina es una ciencia reciente, con menos de medio siglo de edad.

Emile Kurkheim es otro de los padres del funcionalismo, en su libro, «Las Reglas del Método Sociológico» plantea la objetividad de lo social, qué según él tiene que ser analizado «COMO UNA COSA». Este pensador francés es uno de los que plantea la «normalidad» y la «anormalidad social», asociando la primera con la pauta de conducta que predomina en la sociedad.

SOCIOLOGIA Y SALUD

La falta de unión de las disciplinas científicas como la Sociología, Biología, Ciencias de la Salud, con profundas raíces en el entramado social, es el fruto de diversos procesos.

La Sociología tiene lo Social como objetivo de estudio, mientras que la Enfermería y la Medicina tiene lo individual y lo orgánico.

El conocido historiador de la medicina, Henry Sigerist, pone de manifiesto la importancia de los factores sociales en la etiología de la enfermedad y en la conservación y prevención de la salud, ya que el hombre es un ser «biológico, psíquico y social».

Los factores que han aproximado de nuevo a las disciplinas de la Salud con «lo social» y en definitiva, a la sociología han sido varios:

- Cambio radical de las pautas de la morbilidad.
- La epidemiología.
- La prevención de la enfermedad.
- La promoción de la Salud.
- La educación sanitaria.

Todo ello ha puesto de manifiesto la importancia del papel de las ciencias sociales, y en particular de la Sociología, tanto en la organización sanitaria como en su propio objeto: el hombre como ser social, la salud, la enfermedad y el enfermo.

La forma en que la enfermedad afecta a los grupos humanos y las pautas de reacción ante la enfermedad, nos hacen replantear los aspectos sociales de la SANIDAD.

En cierta forma la medicina contemporánea está en entredicho: cura cada vez menos y enferma cada vez más. El manual «Donde no hay Doctor» de David Wemer, ofrece seis criterios que dan una idea del cambio de rumbo de las ciencias sociales en su relación con la Medicina y la Enfermería.

—El cuidado de la salud no es solo un derecho de todos, sino responsabilidad de todos.

SOCIOLOGIA Y ENFERMERIA

—El capacitar más a cada persona para que cuide su propia salud debe ser la meta principal de cualquier actividad o programa de salud.

—Si recibe información clara, sencilla, la gente puede evitar y tratar en casa sus problemas más frecuentes de salud, más pronto, más barato y muchas veces mejor.

—Los conocimientos no deben ser un secreto guardado entre pocas personas, sino que debe compartirse entre todos.

—Las personas con pocos estudios son tan responsables e inteligentes como las personas con estudios superiores.

—El cuidado básico de Salud no debe ser entregado desde fuera sino ser promovido dentro de la comunidad.

IDEOLOGIAS EN ENFERMERIA

Si alguna profesión ha visto mediatizados sus conocimientos y prácticas, e incluso su estructura, por la concepción social que de ella se tiene, ésa es sin duda **la profesión de enfermería**.

La profesión de enfermería presta su servicio a la comunidad y su función en la sociedad es la de dar respuesta a las **necesidades** que ésta plantea. La sociedad cambia, y surgen nuevas formas y demanda de cuidados sanitarios. El profesional de enfermería ha sido sobre todo el ejecutante de unas técnicas delegadas por la profesión médica. Hay que tener en cuenta que la enfermería es imprescindible en el cuidado y en el **mantenimiento y prevención de la salud**.

FORMACION Y EDUCACION

Probablemente, los dos problemas de salud más graves en el mundo actualmente sean: «la falta de participación y de toma de responsabilidad de la gente en su propia salud, y la falta de personal de la salud realmente preparado», para solucionar los problemas que existen en las comunidades.

La Educación para la Salud es absolutamente ineludible en todas y cada una de las actividades de la sanidad, al igual que la participación de la comunidad en esas actividades.

Lo que deseamos no es solo **enseñar salud**, nuestro objetivo debe ser lograr el desarrollo de una verdadera «cultura de salud», es decir, la adopción de modos de vida sanos, favorables a la salud.

Como toda educación «la Educación para la Salud» es un proceso de enseñanza-aprendizaje que conduce a favorecer cambios favorables en el comportamiento del que aprende. El objetivo de toda educación es ayudar al estudiante, joven o adulto, a adquirir conocimientos (**saber**), a desarrollar su personalidad (**saber ser**), y saber hacer (**práctica**). Para esto es previo que todos comprendamos, analicemos, reflexionemos, evaluemos y adquiramos competencias o habilidades.

A partir de aquí, la profesión de enfermería tiene un gran campo de actuación, para conseguir el desarrollo definitivo que necesita y convertirse en una verdadera Ciencia de Enfermería, utilizando los instrumentos necesarios y que poseemos como: método científico, investigación, registros, docencia, etc.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Carmen Domínguez-Alcón, Josep A. Rodríguez, Jesús M. de Miguel. *SOCIOLOGIA Y ENFERMERIA*. Edit. Pirámide S.A. Madrid - 1983

Hernán San Martín, Vicente Pastor. *SALUD COMUNITARIA, Teoría y práctica*. Edit. Díaz de Santos, Madrid 1984.

RECOPILACION REALIZADA POR

M^{te} Dolores Ríos Parrilla

Vocal 1.^a Adjunta de Formación Continuada del Hospital Universitario Virgen Macarena

EDUCACION

Russell W. Rumberger de 38 años, economista de Stanford, plantea las exigencias que imponen las nuevas TECNOLOGIAS DE LA EDUCACION.

Sus diversos estudios sobre la INTRODUCCION DE LA INFORMATICA le han llevado a dedicar su última investigación a «el futuro impacto de la tecnología en el trabajo y en la educación».

La Escuela debería alfabetizar tecnológicamente a los jóvenes, dotarles de un espíritu crítico y una habilidad social que les permita adaptarse a las nuevas tecnologías.

El problema de la sobreeducación sigue siendo real; hay un gasto muy elevado en las universidades, que contrasta con la falta de candidatos para profesiones menos cualificadas. Además de una alfabetización básica —LEER y ESCRIBIR— que le permita acceder al mercado de trabajo y afrontar los cambios que se produzcan a través de la FORMACION CONTINUADA, los trabajadores han de comprender bien el manual de un ordenador y saber comunicarse con exactitud con sus compañeros.

Creo que las personas deber recibir «un tipo de formación social que desarrolle su carácter para trabajar en equipo, unas HABILIDADES que no son técnicas, sino que van más allá y que permiten saber decir la cosa correcta, en el momento justo, a la persona adecuada».

Esto puede ser aplicable a las Enseñanzas Secundarias, comenta respecto a la reforma en marcha en España, «pero el gran problema actual es que los alumnos se siguen aburriendo mucho en la escuela. Hay que introducir cambios en las asignaturas pero, sobre todo, en la misma organización de las escuelas para que la relación entre los maestros y alumnos sean más interesantes.»

Información de Prensa - 1987

RECOPILACION REALIZADA POR

M^{te} Dolores Ríos Parrilla

Vocal 1.^a Adjunta de Formación Continuada del Hospital Universitario Virgen Macarena

I JORNADAS ARAGONESAS DE ENFERMERIA

LUGAR: ZARAGOZA

FECHAS: 12-14 MAYO 1988

Organizado por: Hospital Miguel Servet - HUS - Centros de Atención Primaria

ACTUALIZACION PROFESIONAL Y CONSERVACION DE LA ESTETICA DE LA MUJER

LUGAR: BENIDORM (Alicante)

FECHAS: 19-21 MAYO 1988

Organizado por: Colegio de A.T.S. de Alicante

IV JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA TRAUMATOLOGICA

LUGAR: BILBAO

FECHAS: 19-21 MAYO 1988

Organizado por: Colegio Oficial de A.T.S. de Vizcaya

X CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA

Se celebrará en Murcia, del 25 al 28 de mayo de 1988, organizado por la Asociación Española de dicha especialidad. Se espera la asistencia al Congreso de 300 enfermeras y sus organizadores han conseguido la declaración de interés científico por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El sistema de trabajo se basará en Mesas Redondas, Ponencias y Comunicaciones libres. Algunos de los temas a tratar son:

- Presente y futuro de la Enfermería en Cardiología
- Cuidados de Enfermería derivados de la tecnología

Información: Secretaría. Avda. Río Segura, 5. entlo. B. Desp. 8 -
30002. MURCIA. Teléf. (968) 21 30 03

IV JORNADAS DE ENFERMERIA Y NUTRICION PARENTERAL

LUGAR: TENERIFE

FECHAS: 18-21 MAYO 1988

XIV REUNION NACIONAL S.E.E.I.U.C. Y PREMIO INDUSTRIAS-PALEX

LUGAR: VALLADOLID

FECHAS: 24-27 MAYO 1988

VII CONGRESO NACIONAL DE A.T.S. Y D.E. ANALISIS CLINICOS

LUGAR: MURCIA

FECHAS: 4-7 MAYO 1988

Organizado por: Asociación Española de A.T.S. - D.E. Especialistas Análisis Clínicos

CONGRESO DE ENFERMERIA DE EMERGENCIAS

LUGAR: Palencia

FECHAS: 1-4 JUNIO 1988

Organizado por: Sociedad Española de Medicina de Emergencias

XII REUNION ANUAL DE LA ASOCIACION DE ENFERMERIA DE NEUROCIENCIAS

LUGAR: LEON

FECHAS: 19-21 MAYO 1988



III

CONGRESO NACIONAL
DE
ENFERMERIA
EN
TRAUMATOLOGIA
Y
ORTOPEDIA



SEVILLA 19, 20 Y 21 DE MAYO DE 1987

SECRETARIA: HOSPITAL DE REHABILITACION Y TRAUMATOLOGIA VIRGEN DEL ROCIO
UNIDAD DE FORMACION CONTINUADA
AVDA. MANUEL SIUROT s/n
41013 - SEVILLA

Telf.: 954 - 61 59 95
61 06 29



II Congreso Nacional de Enfermería en Electro - Radiología

SEVILLA, 5 - 7 de MAYO de 1988

DECLARADO DE INTERES CIENTIFICO

LUGAR: HOTEL PORTA COELI

ORGANIZA:

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA EN ELECTRO-RADIOLOGÍA

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE A.T.S. y O.E. DE SEVILLA

SECRETARÍA TÉCNICA: GESTIÓN DE CONGRESOS, S.A.

SECRETARÍA CIENTÍFICA: ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE A.T.S. y O.E. DE SEVILLA

COLABORA:

Banco Hispanoamericano