



HYGIA

Revista Científica del Colegio
de Enfermería de Sevilla

Nº. 30 • 2º Cuatrimestre de 1995

AÑO IX

- **MARCAPASOS ARTIFICIAL. ENFERMERIA EN LA ELECTROESTIMULACION CARDIACA**
- **CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LA TUTORIZACION DE LAS HEPATICOY EYUNOSTOMIAS**
- **EDUCACION PARA PROFESIONALES DE SALUD MENTAL ANTE ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS**
- **ASISTENCIA DE URGENCIA EN LAS LESIONES OCULARES**
- **CONTROL DE CALIDAD DE IONES Y FACTOR HEMATOCRITO DEL ANALIZADOR AUTOMATICO MALLINCKRODT**
- **LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA A COMIENZOS DEL SIGLO XIX. EL EJEMPLO DE LA CONGREGACION DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DE SANTA ANA**





Banco colaborador de las entidades de Enfermería

Crédito Profesional

Tipo: 10% Variable

Importe	12 meses	18 meses	24 meses	36 meses	48 meses	60 meses
1.000.000	87.916	60.057	46.145	32.267	25.363	21.247

Características

- Para instalación o modernización de su consulta
- 0,50% por una sola vez
- sin gasto de estudio
- Comisión por cancelación anticipada: exenta

Crédito Hipotecario Popular

Tipo: 8,5% Variable

Importe	72 meses	84 meses	96 meses	108 meses	120 meses	180 meses
1.000.000	17.778	15.836	14.392	13.279	12.399	9.847

Características

- Para 1ª vivienda
- Hasta el 80% del valor pericial
- Plazo: hasta 15 años
- Comisión de apertura: 0,50% por una sola vez
- Comisión por cancelación anticipada: exento
- Sin gastos de estudios

Tarjeta Visa Enfermería 2000

- Tarjeta identificativa de su profesión
- Seguro de accidente de 30 o 100 millones, según versiones classic u oro
- Su emisión gratuita el 1º año



Oficinas del Banco Popular en Sevilla

Alcalá de Guadaira

La Plazuela, 9 41500 Alcalá de Guadaira
Telf. 5683856

Dos Hermanas

Canónigos, 106 41700 Dos Hermanas
Telf. 4724311

Santiponce

Manuel González Rodríguez, 5
41970 Santiponce Telf. 5996005

Sevilla, O.P.

Avd. de la Constitución, 12-14 41001 Sevilla
Telf. 4593100

Sevilla, Urb.1

Sta. Mª de Gracia, 9 41004 Sevilla
Telf. 4217903

Sevilla, Urb.2

Virgen de Luján, 22 41011 Sevilla
Telf. 4277909

Sevilla, Urb.3

Gran Plaza, 11 41005 Sevilla Telf. 4579451

Sevilla, Urb.4

José Laguillo, 25 41003 Sevilla Telf. 4424361

Sevilla, Urb.5

San Pablo, 24 41001 Sevilla Telf. 4226759

Sevilla, Urb.6

Avd. República Argentina, 22 41011 Sevilla
Telf. 4275905

Sevilla, Urb.7

San Jacinto, 104 41010 Sevilla Telf. 4340711

Sevilla, Urb.8

San Francisco Javier, 15 41005 Sevilla
Telf. 4925063

Sevilla, Urb.9

Infanta Luisa de Orleans, 10 41004 Sevilla
Telf. 4537719

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

TELEFONOS: 453 75 64 - 453 77 19

EL CONGRESO HABLO DE ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA.

Puede que a no pocos les suene sorprendente pero la realidad tuvo fecha y hora concretas: el pasado 20 de Junio de 1995 el Congreso de los Diputados de la nación trató y debatió ni más ni menos que "el Desarrollo de las Especialidades de los Diplomados Universitarios en Enfermería". Así sucedió. A iniciativa del Grupo Parlamentario Popular, en las Cortes y a través de su Comisión correspondiente, se pudieron escuchar voces y opiniones sobre uno de los asuntos más sangrantes que padece esta profesión: las especialidades.

Conforme informamos (véase BOLETIN INFORMATIVO Nº 65, Junio 1995), el Grupo Popular, a través de su portavoz Rodrigo Rato, presentó una Proposición no de Ley para tratar el desarrollo de algo así como la piedra filosofal o la asignatura pendiente de esta actividad llamada Enfermería.

Fué el Diputado del PP, Burgos Gallego quien, en la Comisión parlamentaria con presencia de la totalidad de Grupos con representación en la Cámara, efectuó una larga exposición de los avatares por los que han pasado las especialidades desde el Decreto que, en 1953, autorizaba al Ministerio de Educación para su creación. Desde ahí, el citado Diputado Popular llegó a lo que él mismo calificó como "incumplimientos reiterados" de las distintas Administraciones en relación con Enfermería para acabar subrayando que no se ha cumplido "ni con el compromiso suscrito en diciembre de 1992" refiriéndose a unos acuerdos entre Sindicatos e Insalud en relación a lo que disponen las Directivas comunitarias.

Para el PP, la Proposición tenía por objeto "generar un impulso ante un situación que cabe calificar de frustración y falta de expectativas de promoción". Ante estas palabras, poco podemos añadir que no se haya escrito en HYGIA. Pero, a la hora de seguir con el desarrollo de la sesión parlamentaria, reseñar que el Grupo Socialista, a través de la Diputada Pardo Ortiz, entendió que "tal vez habría que hacer una selección de aquellas especialidades de las que sí hay una mayor demanda", como resumen de su intervención. Por parte del Grupo Convergencia y Unió(CIU) hubo un apoyo en el sentido de otorgar "voto afirmativo a la proposición no de ley presentada por el Grupo Popular".

Más adelante y a juicio del Grupo Parlamentario Federal de izquierda Unida (IU) representado por Angeles Maestro, quedó patente que "comparte del fondo los motivos que han llevado al Grupo popular a la presentación de esta Proposición No de Ley" mientras precisaba como "carente de sentido" la preocupación de "algún colectivo sindical acerca de que nosotros pretendemos devaluar la carrera de Enfermería". Para IU, era evidente que la actual situación de la Enfermería "se ve agravada por la inexistencia todavía de carrera profesional tanto para otros colectivos como para el de los profesionales de Enfermería". Finalmente, y tras eliminarse del texto a debate cualquier referencia a plazos establecidos para el desarrollo en cuestión, todo quedó en estos términos: ".... en el plazo más breve posible".

Hasta aquí la reseña, mas de corte parlamentario que nítidamente de Enfermería. Pero es una obligación dejar constancia de las distintas posturas expuestas por los Grupos del Parlamento nacional a través de la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados. Como la experiencia dicta que debemos ser, todos, lo más cautos posible y aguardar acontecimientos de índole político, haremos un mutis en materia de previsiones dejando las cosas tal y como se ha podido leer.

La Cámara ha debatido las especialidades de Enfermería, existe un acentuado consenso en sacarlas adelante ante la incitativa del Grupo Popular y ahora solo queda aguardar acontecimientos más o menos futuros. Que cada lector de esta Revista saque sus propias conclusiones.

EDITA

Ite. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José M^o Rueda Segura

SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

DIRECCION TÉCNICA

Miguel Angel Alcántara González

JEFE DE REDACCION

Vicente Villa García-Noblejas

CONSEJO DE REDACCION

Carmelo Gallardo Moraleda
Juan Vicente Romero Ulluch
M^o Dolores Ruiz Fernández
Amelia Lerma Soriano
Antonio Hernández Díaz
M^o Eugenia Jiménez de León
M^o Fernanda Fuentes Paniagua
Alfonso Alvarez González
M^o Carmen Fernández Zamudio
Hipólito Gallardo Reyes.

PRODUCE

J. B. & Asociados
Tel: (95) 220 15 16

TIRADA

8.800 ejemplares

DEPOSITO LEGAL

SE - 470 - 1987

SUMARIO

MARCAPASOS ARTIFICIAL ENFERMERIA EN LA ELECTROESTIMULACION CARDIACA	5
CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LA TUTORIZACION DE LAS HEPATICOY EYUNOSTOMIAS	9
EDUCACION PARA PROFESIONALES DE SALUD MENTAL ANTE ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS	12
ASISTENCIA DE URGENCIA EN LAS LESIONES OCULARES.....	17
CONTROL DE CALIDAD DE IONES Y FACTOR HEMATOCRITO DEL ANALIZADOR AUTOMATICO MALLINCKRODT	22
LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA A COMIENZOS DEL SIGLO XIX. EL EJEMPLO DE LA CONGREGACION DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DE SANTA ANA.....	27
CONCURSO FOTOGRAFICO N° 30	33
NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS	34



Autor: José M^º Valseca Fernández
Colegiado N°: 10.239
Título: Hallazgo en el bosque

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,

MARCAPASOS ARTIFICIAL

ENFERMERIA EN LA ELECTROESTIMULACION CARDIACA

Enrique Torné Pérez (D.E.)

U.C.I. Hospital Univ. Virgen del Rocío (Sevilla)

INTRODUCCION

El marcapasos artificial es un aparato capaz de generar, en el corazón, impulsos eléctricos de forma rítmica y a una frecuencia suficiente para mantener un gasto cardíaco adecuado.

En la actualidad, la electroestimulación artificial se ha transformado en un método de tratamiento de las alteraciones bradicárdicas del ritmo, de muy pocos riesgos y ampliamente estandarizado.

Según un estudio realizado en nuestra UCI en el año 1993 66 pacientes sobre un total de 2169, lo que se corresponde con el 2,69%, recibieron la implantación de un marcapasos transitorio (los definitivos no suelen colocarse en nuestro servicio).

INDICACIONES

Los importantes avances técnicos a que están sometidos estos aparatos, y la consecuente ampliación de sus posibilidades, determinan que sus aplicaciones estén aumentando continuamente. Básicamente tienen indicación, total o parcial, en:

- * Bradicardia sinusal
- * Paro sinusal
- * Bloqueo sinoauricular
- * Bloqueo de segundo grado
- * Bloqueo de tercer grado
- * Taquiarritmias graves

CLASES

A.- Según su duración:

- Transitorio. Se prevee que el trastorno del ritmo que aconsejó

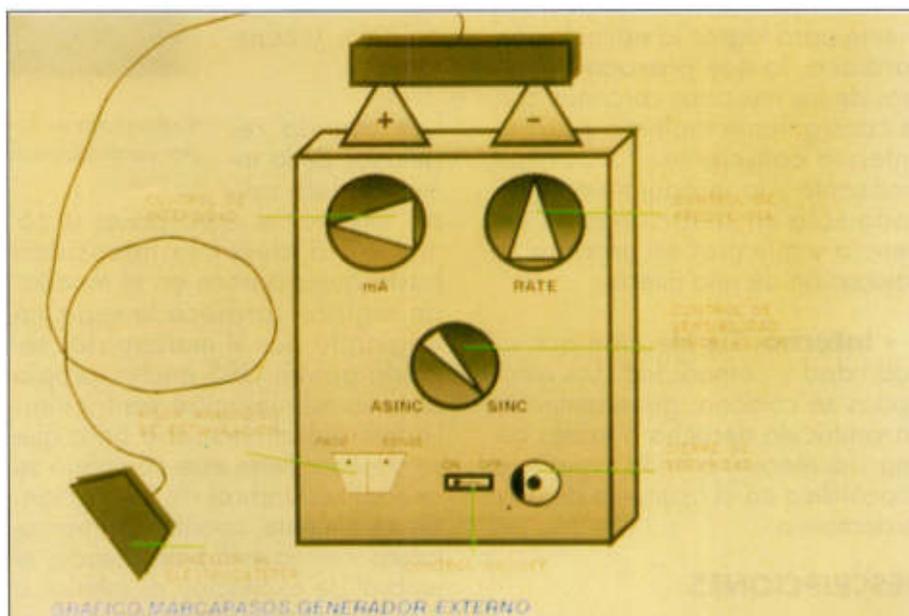


Gráfico en el que se detallan las partes fundamentales de un generador sincrónico.

su colocación es reversible.

- Definitivo. Se prevee que dicho trastorno no es reversible. Deben tener una vida superior a diez años, aunque es necesario un control regular de las pilas y otros posibles fallos.

B.- Según los avances que incorporan:

- **Convencional.** Provoca estimulación ventricular y asincrónica. El latido que induce no se beneficia de la contradicción auricular y, además, no es capaz de inhibirse aún en presencia de una actividad normal del propio corazón del paciente.

- **Sincrónico.** Está capacitado para "leer" la actividad del corazón del paciente. Se inhibe ante la presencia de latidos normales.

Evita el riesgo de arritmias provocadas por una inoportuna intervención del marcapasos.

- **Secuencial.** Puede estimular sincrónicamente aurícula y ventrículo. Provoca la estimulación de la aurícula y, varios milisegundos después, del ventrículo. Es esencial en pacientes en los que se precisa la colaboración auricular para garantizar un gasto cardíaco adecuado; por ejemplo en la hipertrofia ventricular o en la insuficiencia cardíaca.

- **Fisiológica.** Incrementa la frecuencia cardíaca cuando detecta actividad muscular.

- **Con dispositivo antiarritmia.** Capaces de reconocer una taquiarritmia e iniciar la estimulación adecuada para controlarla.

C.- Según su colocación. Hacemos la distinción entre externo o interno según estén colocados los electrodos sobre el tórax del paciente o directamente en el corazón:

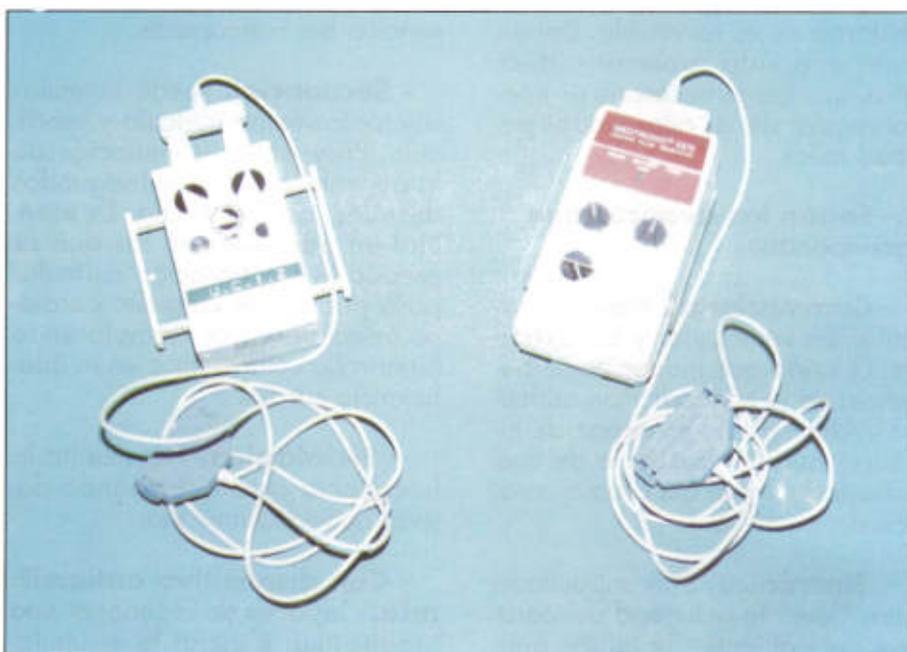
- Externo. Está conectado al paciente mediante dos electrodos situados sobre el tórax. Aunque en la actualidad está muy perfeccionado, precisa de una gran corriente para lograr la estimulación cardíaca, lo que provoca espasmos de los músculos cercanos con la consiguiente molestia para el enfermo consciente. Por lo traumatizante y lo inseguro está indicado sólo en situaciones de urgencia y mientras se prepara la colocación de uno interno.

- Interno. De elección por su fiabilidad y comodidad. Los electrodos se colocan, generalmente, en ventrículo derecho a través de una vía venosa; o en la superficie miocárdica en el trascurso de una toracotomía.

DESCRIPCIONES

Un sistema de marcapasos consta de:

- Un electrocatéter
- Un generador de impulsos.

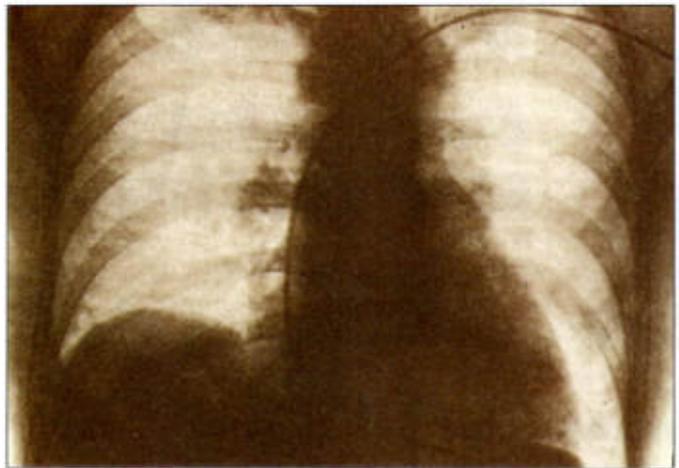


Dos modelos de generadores sincrónicos.

so. En él se encuentran las baterías y el circuito electrónico.

Aunque varían de un modelo a otro, básicamente son muy parecidos. El modelo más usado en nuestro servicio es sincrónico, y consta de:

- Mando regulador de la intensidad de salida. Una vez el marcapasos se comienza a elevar la intensidad hasta que aparece en el monitor de registro cardíaco la espícula originada por el marcapasos seguida por un QRS ancho, propio de una estimulación ventricular. La intensidad necesaria para que se desencadene este complejo se denomina Umbral de Excitación. Generalmente, cuando un marcapasos interno está bien situado, el umbral de excitación es inferior a 1 m A. Seguidamente elevaremos la intensidad hasta el doble del umbral, para garantizar que en ningún caso será insuficiente. No es conveniente subirla más del



Radiografía en la que se observa como el electrocatéter penetra por vena subclavia y queda alojado en el ventrículo derecho.

doble porque corremos el riesgo de dañar la pared cardíaca.

- Mando regulador de la frecuencia. Con él determinamos la cadencia con que el marcapasos estimulará al corazón. Si éste mantiene un ritmo aceptable situarse el mando sobre las cincuenta síntoles por minuto, para que no interfiera en la actividad cardíaca pero si esté preparado para tomar el relevo si ésta falla. Si el paciente no es capaz de mantener una frecuencia suficiente se la subiremos nosotros artificialmente hasta donde consigamos mantener un gasto cardíaco adecuado. A este respecto es conveniente saber que, al no estimularse más que ventrículo (salvo en los secuenciales), el volumen de eyección se ve reducido en un 0% como consecuencia de la falta de aporte auricular. El incremento más significativo del gasto se produce con frecuencias de 80-90 impulsos/min. pero esto eleva el consumo miocárdico de oxígeno, por lo que, por regla general, no se deben sobrepasar frecuencias de 70-80 impulsos/min.

- Interruptor on/off. Tiene, para la posición en on, una patilla que impide que se desconecte accidentalmente.

- Indicador analógico. Nos informa si el estímulo recogido en el corazón provienen del enfermo o

si ha sido emitido por el marcapasos.

- Mando regulador de la sincronización. Con él determinamos el grado de sensibilidad que tendrá el marcapasos para captar los estímulos procedentes del corazón, e inhibirse o no. Su posición natural es con sensibilidad alta (lo que se denomina "a demanda").

COLOCACION

Es importante informar al paciente, en un lenguaje comprensible para él, de la necesidad de implantarle un marcapasos para el adecuado tratamiento de su enfermedad. Se le explicará, asimismo, en qué consiste. Una adecuada información reducirá en gran medida la ansiedad del enfermo.

A.- Marcapasos externo

La colocación es muy simple. Dos electrodos recubiertos de pasta conductora se fijan con esparadrapo a nivel de V1 y V6; también se pueden situar los dos en el hemitórax izquierdo (uno en el pecho y otro en la espalda).

B.- Marcapasos interno

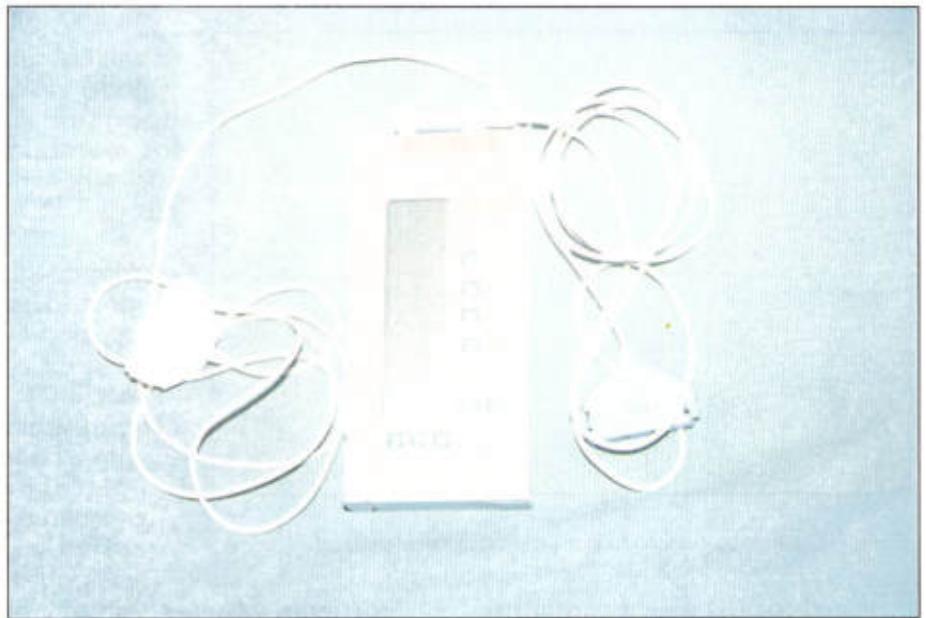
• Transitorio

Existe, como excepción, la colocación intraquirúrgica de un marcapasos temporal. Es en el transcurso de la cirugía cardíaca, para prevenir posibles alteraciones postquirúrgicas. En este caso los electrodos son finos alambres introducidos por una incisión realizada junto a la esternotomía. El generador es externo.

En la inmensa mayoría de los casos el electrocatéter se introduce por una vía venosa. Está estandarizado el acceso a través de venas basilíca, yugular, subclavia y femoral. Los materiales que necesitamos son:

En una mesa esteril:

- Campos, bata, mascarilla y guantes estériles
- Compresas y gasas estériles



Modelo de generador secuencial.

- Cangrejos
- Anestésico local, jeringas y agujas IM
- Seda 0 ó 1 con aguja para piel
- Portaagujas
- Catéter introductor
- Guía
- Bisturí
- Dilatador
- Electrocatéter

Aparte:

- Generador externo
- Intensificador de imágenes
- Electrocardiógrafo
- Equipo de RCP

Tras pintar con yodo, y en su caso rasurar, la zona elegida para la inserción y previa anestasia local, se canaliza la vena y se introduce, por dentro del dilatador, el electrocatéter. Se hace avanzar, bajo control radiológico y electrocardiográfico, hasta el ventrículo derecho. Una vez aquí se comprueba que estimula adecuadamente y se fija con sutura a piel. Cuando un latido ha sido impulsado artificialmente por un marcapasos se identifica por la aparición de una espícula seguida inmediatamente por un amplio complejo QRS (estimulación ventricular).

En esta colocación una variante. Es cuando se trata de un mar-

capasos secuencial. En él, el electrocatéter viene incorporado a un Swan-Ganz por lo que la técnica de introducción será la de éste.

La inserción de un marcapasos es un proceso potencialmente peligroso por lo que debemos vigilar la aparición de arritmias.

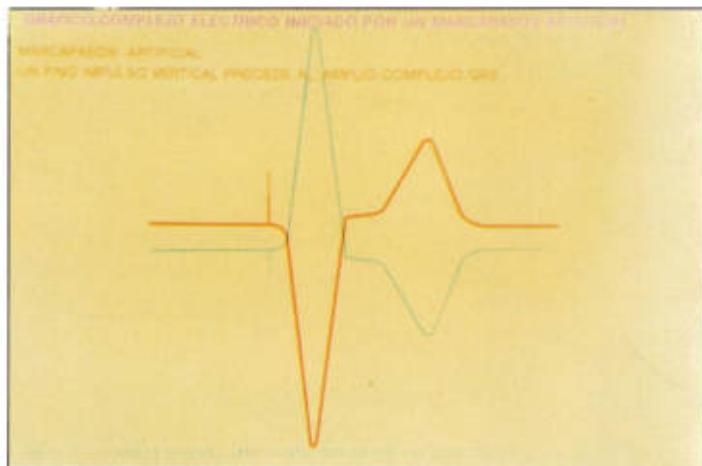
• Definitivo

Es básicamente similar al anterior aunque presenta algunas diferencias.

En el caso de marcapasos definitivos se canaliza una vena torácica y, el generador, se implanta bajo la piel de la región axilar o el tórax anterior. Los electrodos de un marcapasos definitivo también pueden colocarse en la superficie miocárdica en el transcurso de una toracotomía, insertándose los alambres por vía subcutánea hasta un generador colocado en la vaina del recto abdominal.

Tras colocar un electrocatéter es conveniente realizar un control electrocardiográfico de su estimulación, con lo que recibiremos información sobre la calidad del complejo que genera. Nos servirá, asimismo, para detectar posibles anomalías como parasistolas, etc. La forma de realizarlo es la siguiente:

- 1- Se desconecta el generador (si el paciente lo tolera)
- 2- Se colocan las derivaciones de



Complejo eléctrico generado por un marcapasos artificial.

- miembros del electrocardiograma
- 3- Se une el cable de las derivaciones precordiales al polo proximal del electrocatéter
 - 4- Se registra, a medio cm por milivoltio, una tira a 25 mm/sg y otra a 50 mm/sg
 - 5- Se une el cable de las derivaciones precordiales al polo distal del electrocatéter
 - 6- Se registra, a medio cm por milivoltio, una tira a 25 mm/sg y otra a 50 mm/sg

RIESGOS

- Arritmias del tipo de fibrilación ventricular por la estimulación del marcapasos al comienzo de la repolarización ventricular (onda T). Este problema está prác-

- corriente y/o un largo tiempo colocado
- Cambios de posición del electrodo. Lo que puede causar un cese en la estimulación cardíaca
 - Deterioro de los componentes. Agotamiento de la batería, defectos en el sistema de inhibición (compite, por tanto, con el paciente), etc.

RESUMEN

Cuando la estimulación autónoma del corazón comienza a alterarse seriamente, nos vemos obligados a intervenir para evitar cuadros graves de desequilibrios hemodinámicos; e incluso una parada cardíaca.

Para ello disponemos de un ins-

trumento muy válido, a veces el único, que es el marcapasos artificial. Con él conseguimos generar, en el corazón, impulsos rítmicos capaces de mantener un gasto cardíaco adecuado.

- Arritmias durante la colocación
- Trombosis
- Infección
- Lesión ventricular. En la relación con una excesiva intensidad de

La tecnología ha permitido diseñar aparatos muy sofisticados que actúan como verdaderos robots inteligentes capaces de discriminar sus respuestas según los estímulos recibidos. A pesar de ellos precisan de un personal especializado que supervise su correcto funcionamiento.

En la electroestimulación cardíaca, la Enfermería juega un papel primordial ya que, además de colaborar en la colocación del marcapasos, debe vigilar y controlar una adecuada estimulación-respuesta.

Un personal de Enfermería cualificado garantizará una elevada calidad de asistencia y un riesgo mínimo en la realización, y posterior control, de esta espectacular técnica.

AGRADECIMIENTO

A mi esposa, sin cuya colaboración no habría sido posible la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- 1- PETER LAWIN (1986). "Trastorno bradicárdicos del ritmo" en "Cuidados intensivos". Editorial Salvat. Barcelona.
- 2- SANZ, G.A. (1988). "Arritmias cardíacas" en Ferreras/Rozman "Medicina interna". Editorial Doyma. Barcelona.
- 3- DESMOND G. JULIAN (1990). "Cardiología". Editorial Doyma. Barcelona.
- 4- SMELTZER, SUZANNE Y BARE, BRENDA (1992). "Tratamiento de pacientes con complicaciones de cardiopatías" en Brunner y ... dardth "Enfermería medico-quirúrgica". Editorial Interamericana. Méjico.
- 5- GARCIA, S. (1984). "Parada cardíaca: Fisiopatología y tratamiento" en Ruza, F. "Cuidados intensivos pediátricos". Ediciones Norma. Madrid.
- 6- R. RULLIÈRE-D. SAFRAN (1979). "ABC de cuidados intensivos cardiológicos". Editorial Toray-Masson. Barcelona.
- 7- OTO CAVERO, ISABEL ET AL (1990). "Alteraciones de la función eléctrica del corazón" en "Enfermería medico-quirúrgica II". Editorial Salvat. Barcelona.
- 8- CRIDLAND, BEVERLY AND PHOLING, CLAUDIA (1987). "Marcapasos cardíacos" en Nursing Photobook "Cuidados cardíacos en enfermería". Editorial Doyma. Barcelona.
- 9- DUGAN, LOIS (1992). "Marcapasos permanentes". "Nursing". Volumen 10. Número 4. Págs. 17-22.
- 10- APPEL-HARDING, SUSAN AND DENTE-CASSIDY, ANN MARIE (1992). "Marcapasos temporal". "Nursing". Volumen 10. Número 8. Págs. 43-48.

CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LA TUTORIZACION DE LAS HEPATICOYEYUNOSTOMIAS

Francisco Palma Ramírez (ATS/DUE)

Pedro I. Carrasco Rico (ATS/DUE)

Juan F. Ponce González (Médico)

(Hospital Univ. Virgen del Rocío. Sevilla)

INTRODUCCION

La tutorización de la anastomosis biliodigestiva nace de la necesidad de prevenir la aparición de estenosis postoperatoria en situaciones de elevado riesgo: derivaciones de diámetro inferior a 1,5 cm., realizadas en tejidos patológicos o isquémicos, y con riesgo de ser afectada por la enfermedad que indicó su realización (neoplasias, colangitis esclerosantes...).

Así en 1951, OTTO GOETZE presenta, por primera vez, la técnica de intubación transhepática para la tutorización de las hepaticoyeyunostomías en los casos de estenosis. Y posteriormente surgen diferentes autores y técnicas con el fin de mejorar los resultados y evitar una complicación de tan difícil resolución como la estenosis postoperatoria biliar.

La tutorización de la anastomosis biliodigestiva consiste, básicamente, en dejar un catéter a través de la derivación con el fin de que actúe de barrera a la retracción cicatrizar del estoma y, así, evitar que se produzca la estenosis postoperatoria. Para conseguir dicha finalidad de tutor debe permanecer colocado durante largos períodos de tiempo hasta que se considere estable como para que no se produzca una mayor retracción.

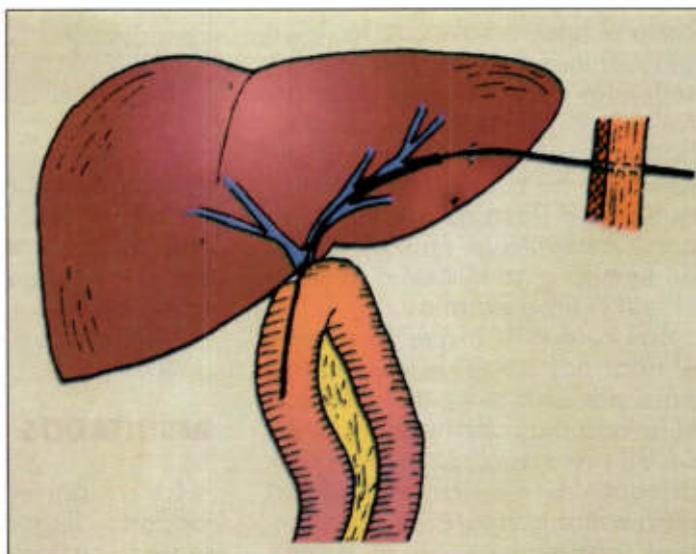
Lógicamente actúa como un cuerpo extraño en el interior de la vía biliar y necesita una serie de cuidados por efectos adversos en el proceso de cicatrización y sobre las mucosas biliar y digestiva.

Sin embargo, esta escasa respuesta inflamatoria por el organismo hace que no se produzca en trayecto fistuloso a su alrededor y que si se desplaza la bilis caiga directamente de la superficie hepática a la cavidad peritoneal. De ahí, la importancia de vigilar la sujeción a piel entre otros motivos.

En cuanto a las formas de los tutores se han fabricado en Y, en U, simples...con el fin de adaptarse a las necesidades que se persiguen. Habitualmente se emplean los simples a través de la anastomosis, y exteriorizados por el páncreo hepático o un asa yeyunal (Figura 1). Estos permiten si se deterioran ser intercambiados por otros nuevos mediante guías metálicas y tienen un menor efecto psicológico sobre el enfermo que solo ve emerger a través de la piel un único catéter.

El tiempo que debe estar tunelizado la anastomosis biliodigestiva es polémico, ya que cada autor se basa en su experiencia personal.

Seleccionados los pacientes que se benefician de su uso se ha establecido que el tiempo idóneo de tutorización con catéter de Si-



Tutorización de hepaticoyeyunostomías transhepática.

lastic es de 12 meses. Es en el primer año donde se produce la mayor retracción cicatricial y es durante este periodo cuando el tutor actúa previniendo la estenosis de la derivación. Por ello, es muy importante los cuidados de mantenimiento de catéter para evitar complicaciones derivadas de su aplicación en tan largo tiempo.

Estos cuidados son mínimos fácilmente realizables por el personal de enfermería y por el propio paciente, a quien se le debe parte del personal de enfermería que son imprescindibles para su conservación y para evitar la aparición de complicaciones secundarias a su presencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se hace un estudio retrospectivo de los pacientes que necesitan tutorización de la anastomosis bi-

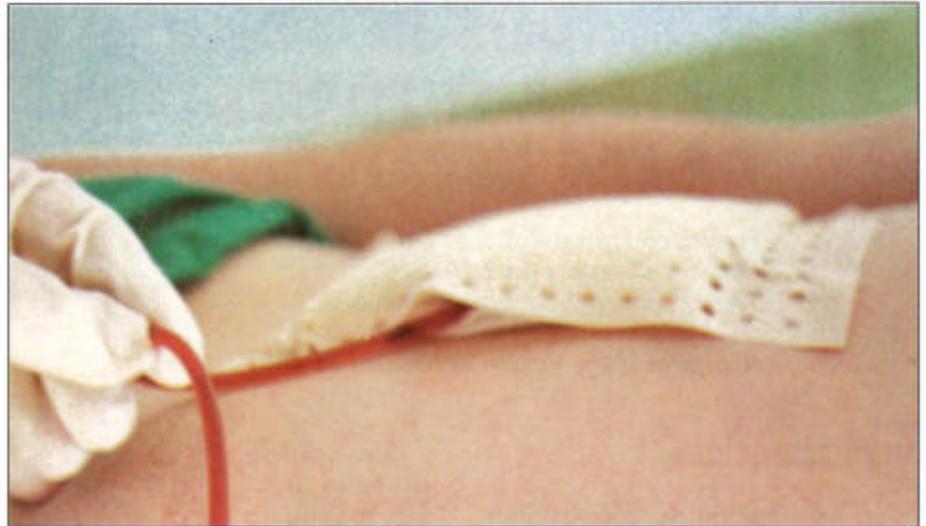
liodigestiva en la Sección del Dr. Morales Méndez del Hospital Universitario "Virgen del Rocío" durante los años 1985-93. Se obtiene 12 pacientes que requieren de dicha actitud para prevenir la estenosis postoperatoria de la mencionada derivación.

La cateterización se realiza cuando la anastomosis no se efectúa en las condiciones idóneas: diámetros inferiores a 1,5 cm y/o tejidos patológicos.

El tiempo que permanece colocado el tutor a través de la unión biliocentérica es de 3-12 meses, según las características de la derivación. El catéter empleado para la tutorización es de Silastic (Figura 2) por las condiciones óptimas que reúne para esta aplicación no se deteriora en un corto plazo de tiempo y no induce a la reacción a cuerpo extraño.

Los cuidados a que se somete el tutor por parte de enfermería para prevenir su obstrucción son el lavado días alternos con 15-20 cc. de suero fisiológico en las condiciones de máxima esterilidad para evitar la aparición de colangitis iatrogénicas. No se añade otras sustancias, como antibióticos, corticoides..., por su dudosa eficacia y porque reduce la sencillez del procedimiento que posteriormente realiza el enfermo en su domicilio una vez adiestrado por el personal de enfermería.

También, se insiste en la necesi-



Catéter de Silastic.

dad de vigilar la fijación del catéter a piel, ya que su desplazamiento hacia el exterior puede dar origen a peritonitis biliar por salida de bilis a través de los orificios del tutor o de la superficie hepática.

RESULTADOS

Los 12 pacientes que fueron tutorizados (Figura 3) no presentaron estenosis postoperatoria de la derivación biliodigestiva, lo que demuestra la eficacia del tutor en prevenir esta complicación como se observa en los controles de isótopos que se efectuaron posterior a la retirada del catéter.

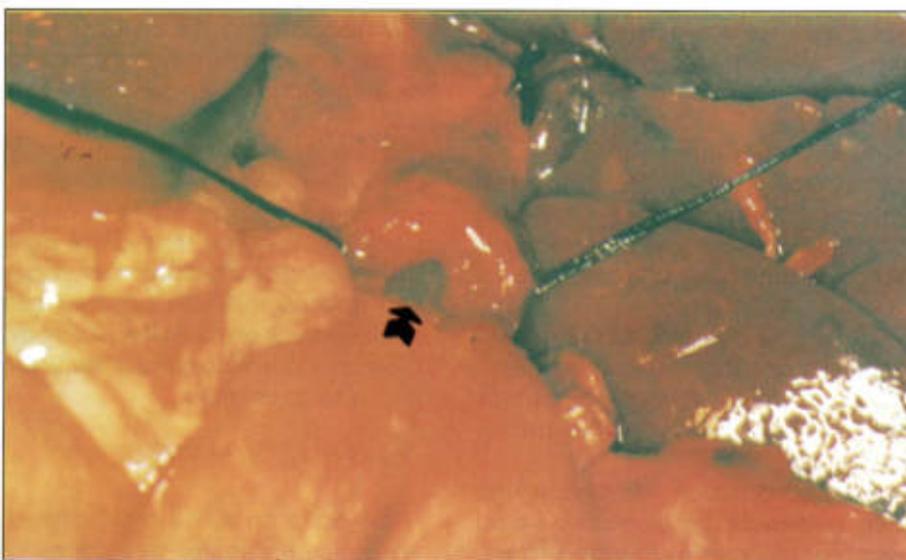
Su aplicación permite la reali-

zación de colangiografías de control postoperatoria sin necesidad de maniobras adicionales que supusiesen una morbilidad sobreañadida al enfermo. A través del tutor se introduce el contraste de lo que nos facilita la visualización radiológica de la derivación biliodigestiva (Figura 4).

La permeabilidad del catéter se consiguió con los cuidados mencionados en el 75% de los casos (lavado con suero fisiológico estéril). Solo tres pacientes (25%) presentaron sedimentación de sales biliares a pesar de los lavados. En estos casos se precisan de guías metálicas para desobstruir los tutores.

La fijación a piel se realiza con un punto de seda que se deteriora habitualmente a los 2 o 3 meses, por lo que es preciso colocar uno para sujetar el catéter y evitar el riesgo de deslizamiento y fuga biliar. Mientras se pone el nuevo punto es recomendable fijar cuidadosamente el tubo a la piel con tiras adhesivas que impidan su movimiento.

Las complicaciones derivadas de la aplicación del tutor tuvieron escasa relevancia clínica. Dos pacientes presentaron síntomas de colangitis que cedieron con tratamiento antibiótico y reperiabilización del tutor. Este cuadro se relaciona con un mal cuidado del catéter por el enfermo al no seguir las instrucciones indicadas regularmente.



Tutorización.

DISCUSION

Los tutores biliares han sido fabricados en diversos materiales (Vitalio, Látex, Silastic,...) y de diferente forma y diámetro para adaptarse a la anatomía biliar y al objetivo mencionado que se quiere cumplir.

Los tubos de Silastic son los más suaves, no se endurecen y aunque el barro biliar precipita en ellos son fácilmente lavables con las medidas que efectúa el personal de enfermería y el propio enfermo. Este material, además, produce escasa reacción a cuerpo extraño lo que reduce la respuesta inflamatoria y los posibles rechazos del mismo.

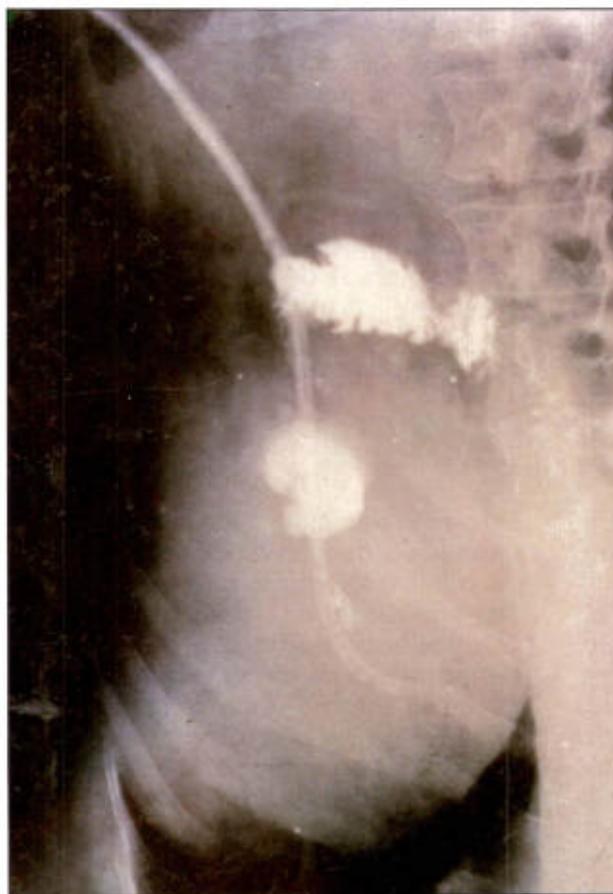
El personal de enfermería debe explicar al enfermo la importancia que tiene dicho catéter y adiestrarle para su mantenimiento domiciliario.

Se debe lavar días alternos con 10-20 cc. de solución salina estéril, permitiendo el drenaje retrogrado durante breves instantes para comprobar su permeabilidad. Esta metodología debe comenzar a la semana de la colocación del catéter tras comprobar mediante colangiografía la ausencia de filtración biliar por la anatomosis o por el lugar donde se exterioriza tutor.

Si el tubo se obstruye a pesar de los lavados existe la posibilidad de usar guías metálicas para su permeabilización. Si no fuese posible se puede colocar otro aprovechamiento el trayecto fistu-

losos del catéter obstruido.

Algunos autores recomiendan que se le añada solución antiséptica o antibióticos para disminuir los riesgos de infección, y corticoides para prevenir la reacción inflamatoria. Sin embargo, no lo



Visualización radiológica.

creemos indicado por su dudosa eficacia y porque compromete la sencillez de los lavados que efectúa el propio enfermo en su domicilio.

La zona de la piel por donde emerge el tutor debe ser lavada

diariamente con solución desinfectante para prevenir las posibles infecciones locales (5).

Finalmente, hay que vigilar su fijación a la piel para evitar su desplazamiento intempestivo que podría originar graves complicaciones.

Cuando el tubo se desplaza al exterior puede comunicar sus orifios con la cavidad peritoneal produciendo una peritonitis biliar al caer la bilis en dicha cavidad. O bien puede producir una fistula externa al salir la bilis por el orificio cutáneo donde estaba el tutor.

Si el catéter se desplaza distalmente puede producir cuadros de pancreatitis aguda o intericia obstructiva al bloquear al esfínter de Oddi.

RESUMEN

Se describe la aplicación de los tutores de Silastic transanastomóticos en las derivaciones biliodigestivas de elevado riesgo de estenosis o fistulas postoperatoria.

Se establecen los cuidados por enfermería de estos catéteres para evitar complicaciones secundarias a su uso ya que deben permanecer colocados durante largos períodos de tiempo. Se

especifica la necesidad de los lavados frecuentes para evitar su obstrucción por sales biliares y la vigilancia de la fijación a piel para evitarse desplazamiento intempestivo que podría originar graves complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- WARREN, K.; CHRISTOPHI, CH.; ARMENDARIZ, R.; The evolution and current perspectives of the treatment of benign bile duct structures: a review. *Surg. Gastroentero*, 1: 141-54, 1982.
- KAUFMAN, S. ET AL. The management of surgically placed siliastic transhepatic biliary stents. *Am J. Roentgen*. 142; 347-50, 1984.
- FRETHEIM, B., FLATMARK, A.; Tratamiento de las estenosis benignas y malignas del tracto biliar proximal. En Nyhus, U.; Baker, R.; El dominio de la Cirugía. Edd. Paramericana. Madrid 954-61 1986.
- MOLNAR, W.; STOCKUM, A.; Transhepatic dilatation of choledochenterostomy. *Radiology* 128; 333-8, 1978.
- ROSENMAN, L.; REDMAN, H.; SPERGEL, L.; Intubation of biliary enteric anastomosis by percutaneous transhepatic insertion. *Surg. Gynecol.* 144, 581-3, 1977.

EDUCACION PARA PROFESIONALES DE SALUD MENTAL ANTE ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS

Carlos Cuevas Yust

(Coordinador Unidad Rehabilitación de Salud "Virgen del Rocío" Psicólogo Clínico y D. Enfermería)

Salvador Perona Garcelan (Psicólogo Clínico) V. Rocío

Carmen Rivas Hidalgo. (Psicóloga Clínica. Hospital Miraflores)

José Arevalo Cobo (ATS. U.R.A. "Virgen del Rocío")

INTRODUCCION

La esquizofrenia es uno de los problemas de salud mental más graves. Todavía existe un gran desconocimiento sobre su etiología, no obstante cada vez hay mayor consenso sobre la psicosocial en la evolución de este tipo de trastornos (1).

La característica principal de la esquizofrenia no es el episodio esquizofrénico en sí, sino la vulnerabilidad para desarrollarlo (2). En este sentido cobran especial relevancia, en las personas vulnerables, las interacciones dadas entre el estrés y la capacidad del individuo para manejarlo, así como la calidad del apoyo que le ofrezca su red social. Esta perspectiva nos permite hipotetizar que la aparición o intensificación de sintomatología esquizofrénica en una persona vulnerable será más probable cuando: a) se incremente la vulnerabilidad subyacente, b) los acontecimientos estresantes rebasen las habilidades de afrontamiento del individuo, c) las redes de

apoyo social sean deficitarias y, d) las habilidades de resolución de problemas del sujeto se encuentren "atrofiadas" a consecuencia de la inactividad, el aislamiento y el rol de enfermo.

REHABILITACION PSICOSOCIAL

La rehabilitación psicosocial es un modelo de intervención dirigido a fomentar y enseñar a personas con discapacidades psíquicas, las habilidades que requieren para vivir de forma satisfactoria en su entorno social inmediato, además de proporcionarles aquellos recursos y apoyos sociales que faciliten dicha integración (3). Constituye un tipo de tratamiento integral y complejo que no se limita a la reducción o elimina-

ción de los llamados síntomas esquizofrénicos positivos -pseudoa-lucinaciones, ideas delirantes-, sino que profundiza en el desarrollo del funcionamiento psicosocial del sujeto en su entorno (4). Esto implica la valoración e interacción sobre las diferentes áreas de la vida de un ser humano: autonomía personal, redes sociales, habilidades sociales, manejo del estrés, autocontrol emocional, funcionamiento cognoscitivo, área ocupacional-laboral, habilidades para la vida independiente, área residencial, área familiar y psicoeducacional del paciente esquizofrénico (4).

Así, un tema que cada vez ha adquirido mayor relevancia es trabajar tanto con las personas con esquizofrenia como con sus familiares en el conocimiento y



El equipo de la Unidad de Rehabilitación (Salud Mental) "Virgen del Rocío".



Momento de una sesión psicoeducativa.



Trabajo interdisciplinar.

manejo del trastorno. A ello se le ha denominado Psicoeducación. En el presente artículo vamos a centrarnos en la Psicoeducación para pacientes esquizofrénicos.

EL MODELO PSICOEDUCATIVO

Tradicionalmente el trabajo con pacientes psicóticos se ha carac-

terizado por la escasez de transmisión de información sobre su enfermedad. Ello ha sido consecuencia lógica de un abordaje médico clásico, reforzador de un rol pasivo en el individuo. También han influido actitudes que contemplan al paciente como una persona incapaz de comprender su situación o de asumir responsabilidades ante la misma.

Desde enfoques psicosociales como el modelo de competencia (5), se enfatiza la importancia de la participación, habilidades y recursos del individuo en el control y afrontamiento de sus problemas de salud. En rehabilitación esta manera de entender la salud se ha traducido en que el informar y educar a los propios pacientes constituye una pieza clave del proceso rehabilitador, pues ayuda a crear nuevas competencias para afrontar los trastornos mentales.

Las intervenciones psicoeducativas se entienden como complementarias a otros tipos de intervenciones rehabilitadoras y psicofarmacológicas. Y todo ello dentro de un programa individualizado de rehabilitación.

El programa de psicoeducación y entrenamiento en habilidades de comunicación a profesionales de salud para pacientes esquizofrénicos de la U.R.A. "Virgen del Rocío".

La Unidad de Rehabilitación de Salud Mental "Virgen del Rocío" como dispositivo especializado en la recuperación de personas con trastornos esquizofrénicos trabaja todas las áreas en las que estas personas pueden tener dificultades. Para ellos disponemos de diferentes programas dirigidos al individuo y a su contexto inmediato. Uno de ellos, objeto del presente trabajo, es el de psicoeducación y entrenamiento en habilidades de comunicación para pacientes. Se trata de un programa coordinado y monitorizado en estrecha colaboración interdisciplinar por psicólogos y ATS de la Unidad. A continuación presentamos sus objetivos.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- 1) Lograr que los pacientes adquieran información relevante sobre el trastorno esquizofrénico y sobre las variables que inciden en su evolución.
- 2) Desarrollar unas adecuadas habilidades de comunicación de información a los profesio-

nales de salud.

- 3) Desarrollar un papel activo en el tratamiento.
- 4) Potenciar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y rehabilitador.
- 5) Lograr que los pacientes conozcan y utilicen adecuadamente la red de servicios sanitarios.
- 6) Estimular hábitos de vida saludables.
- 7) Reducir hábitos nocivos para la salud.
- 8) Mejorar las expectativas futuras respecto a la enfermedad y la vida personal.

METODOLOGIA DE LAS SESIONES

1) Exposiciones teóricas

Todas las sesiones empiezan con una breve exposición teórica referida a los contenidos del programa y que son los siguientes:

- sintomatología y fases del trastorno.
- concepto de vulnerabilidad y papel del estrés.
- medicación antipsicótica (características, indicaciones y efectos secundarios).
- factores de riesgo (baja adherencia al tratamiento farmacológico y consumo de sustancias tóxicas).
- importancia del desarrollo de competencias y recursos personales.
- importancia de las habilidades sociales y de comunicación.
- papel de las redes de apoyo social.
- importancia de la rehabilitación socio-ocupacional.
- hábitos de vida saludables.

Estas exposiciones tienen un enfoque pedagógico y se caracteri-

zan por ser sencillas y claras.

2) Discusiones grupales

Se realizan coloquios sobre las exposiciones teóricas. El monitor estimula la participación activa de los miembros del grupo, reforzando las intervenciones espontáneas, formulando preguntas y animando e invitando a hablar a los participantes. El objetivo es que aporten aquellas experiencias personales que estén relacionadas con las exposiciones. Poste-



Existen planes individuales de rehabilitación psicosocial.

riormente, el monitor efectúa una reconceptualización de dichos autoinformes dentro del contexto de los contenidos teóricos.

Estos pasos son comunes a todos los puntos que comprenden el contenido teórico del programa. No obstante, existe un punto, concretamente el dedicado al entrenamiento de las habilidades de

comunicación de información relevante al psicólogo/psiquiatra que generalmente no está contemplado en los programas psicoeducativos y cuyo desarrollo merece una mención especial.

El módulo de entrenamiento en habilidades para la facilitación de información relevante a los profesionales de salud mental

Está señalado en la biografía sobre el tema (6) y hemos constatado en los casi seis años de existencia de nuestra unidad de rehabilitación, el hecho de que muchos pacientes esquizofrénicos presentan deficiencias importantes para comunicar correctamente a su psiquiatra/psicólogo como se encuentran en relación a su sintomatología y en relación a posibles efectos secundarios que la medicación neuroléptica frecuentemente ocasiona. Esta circunstancia, la no obtención de información relevante, obtacliza al especialista la adecuada prescripción medicamentosa. Ello en ocasiones conduce a irregularidades en la adherencia al tratamiento farmacológico, a que sean los propios pacientes los que decidan qué fármacos y qué dosis autoadministrarse y al sufrimien-

to de una serie de desagradables molestias que probablemente se podrían evitar o mitigar si el especialista tuviera conocimiento preciso de ellas. Es pues importante la evolución psicológica de cada paciente y en caso de detección de déficits, llevar a cabo el entrenamiento de estas habilidades de comunicación de información re-

levante. En la Unidad de Rehabilitación "Virgen del Rocío" este módulo se trabaja preferentemente en formato grupal y de la siguiente manera:

- 1) El monitor promueve una discusión sobre las ventajas/desventajas de comunicar al especialista cómo se encuentran a nivel sintomatológico y en relación a posibles problemas con la medicación. Explora qué información comunica y qué información omite cada paciente en sus revisiones, tratando de obtener las razones de ello.
- 2) El monitor ayuda a que los pacientes con dificultades concreten qué información relevante dar a su especialista, a identificar cuál es su objetivo de comunicación (qué síntomas presentan y qué problemas tienen con los fármacos).
- 3) El monitor explica cuáles son los componentes verbales (saludo al especialista, utilización del nombre, descripción de resolverlo, formulación de preguntas aclaratorias y sobre el tiempo que debe esperar para que produzcan resultados las medidas correctoras, dar las gracias por la ayuda recibida) y cuáles son los componentes no verbales (contacto ocular, volumen de voz, fluidez verbal y postura corporal) que constituyen este tipo de habilidad comunicacional.
- 4) El monitor representa el papel de "paciente" en una situación simulada de visita al especialista, modelando los distintos componentes de la habilidad.
- 5) Los pacientes realizan ensayos de conducta en situaciones simuladas, en las que ponen en práctica las habilidades requeridas. Los objetivos a cubrir por los pacientes en estas situaciones de entrenamiento están fundamentalmente relacionados con problemas personales reales.
- 6) El monitor asigna labores a los pacientes. Estas tareas básicamente consisten en llevar a cabo en la situación "real" de visita al especialista, las habili-



Sesión de entrenamiento en habilidades de facilitación de información a los profesionales de salud.

- dades entrenadas en nuestro centro.
- 7) Obtención de información procedente del especialista y del paciente, del comportamiento de éste en la situación real de revisión psicopatológica. Comentarios sobre la misma.

MÉTODOS DE EVALUACION

Los objetivos de evaluación consisten en determinar la información que el paciente posee sobre su trastorno y la calidad de sus habilidades de comunicación al especialista. La evaluación se lleva a cabo en las fases "pre-intervención" y "post-intervención" del programa. Así mismo, se repite al mes, tres meses y un año, en lo que constituye la fase de "seguimiento". La metodología concreta de valoración es la siguiente:

- 1- Administración del cuestionario "Conocimientos sobre el trastorno esquizofrénico" de la Unidad de Rehabilitación "Virgen del Rocío". Consta de 20 preguntas relacionadas con el contenido teórico del programa.
- 2- Grabación en video, del comportamiento del paciente durante una situación simulada

de interacción con el especialista en una supuesta revisión. Se evalúan los componente verbales y no verbales que constituyen las "habilidades" de ofrecer información relevante.

- 3- Información del especialista sobre el comportamiento del paciente en la situación real de revisión psicopatológica.
- 4- Información del paciente sobre la percepción de su comportamiento en la situación real de revisión.

CONCLUSIONES

Una de las conclusiones a las que desde los modelos de vulnerabilidad (7) y de competencia (5) se puede llegar, es la posibilidad de incidir favorablemente sobre el curso y evolución del trastorno esquizofrénico, reduciendo o minimizando las fases agudas o "recaídas" y el subsiguiente deterioro en el funcionamiento psicosocial de los individuos que lo sufren. Ello es posible, maximizando las variables protectoras (personales y socio-familiares) y minimizando o eliminando las variables de estrés; lo cual supone intervenir a tres niveles, es decir, a nivel personal, a nivel familiar y a



Es importante desarrollar la autonomía personal en el manejo adecuado de la medicación.

nivel del entorno social del sujeto.

Esta perspectiva hace necesaria la participación activa del paciente en el afrontamiento del trastorno, abandonando tradicionales roles de pasividad. Por eso es recomendable que los pacientes adquieran información. Esto implica una reconceptualización del trastorno esquizofrénico. Un papel de mayor implicación en el propio proceso de tratamiento.

Así mismo, la información es un elemento necesario para trabajar el incremento de competencias personales. Ya no basta con ser

un "buen paciente". Se debe ser activo. La información permite una comprensión del por qué de las intervenciones, es por tanto un elemento motivador.

La experiencia en el terreno de la psicoeducación sugiere que los pacientes esquizofrénico son capaces de asimilar información sobre su enfermedad y que ello reduce sus miedos en relación al trastorno y a los posibles efectos secundarios de la medicación neuroléptica.

En general, las intervenciones psicoeducativas mejoran la auto-

estima y expectativas de los pacientes respecto a su trastorno, fomenta una mejor comunicación farmacológica. Así mismo, promueve estilos de vida más saludables (8).

A través de los programas de psicoeducación puede facilitarse la adopción de un rol más activo del paciente en su tratamiento. Ello estaría en línea con los modelos de competencia.

Es preciso señalar que este tipo de intervenciones son fáciles de llevar a cabo desde dispositivos comunitarios de atención a la salud mental. Presentan además la ventaja de poder ser realizados en formatos grupales monitorizados por un solo profesional.

RESUMEN

En el presente artículo presentamos el programa de la URA "Virgen del Rocío" dirigido a pacientes esquizofrénicos sobre "psicoeducación y entrenamiento en habilidades de facilitación de información a los profesionales de salud mental". Se señala su importancia como elemento favorecedor de la adopción de roles más activos por parte de los pacientes en el afrontamiento de su trastorno. Todo ellos en coherencia con los modelos de vulnerabilidad y de competencia, puntos de referencia de la rehabilitación psicosocial.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Liberman, R.P. (1988). *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- 2 - Zubin, J. (1989). *Suiting therapeutic intervention to the scientific models of aetiology*. *British Journal of Psychiatry*, 155 (suppl. 5), 9-14.
- 3 - Perona Garcelan, S. y Cuevas Yust, Carlos (1991). *El papel del entrenamiento en habilidades en rehabilitación psicosocial*. Comunicación en las X Jornadas Nacionales de la Asociación Española de neuropsiquiatría, Segovia.
- 4 - Cuevas Yust, C., Perona Garcelan, S. y Arevalo Cobo, J. (1992). *El abordaje del trastorno esquizofrénico crónico desde la Unidad de Rehabilitación de salud mental "Virgen del Rocío"*. *Hygia, Revista Científica del Ilustre Colegio de ATS y DUE de Sevilla*, 21, 5-9.
- 5 - Albee, G.W. (1980). *A competency model to replae the defect model*. -en M.S. Gibbs, J.R. Lachemeyer y J. Sigal (Eds.): *Community Psychology*. New York: Gardner Press.
- 6 - Wallace, C.H., Boone, S., Donahoe, C. y Foy, D. (1985). *The chronically mentally disabled: independent living skills training*. En D.G. Barlow: *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York. Guilford Press.
- 7 - Zubin, J. y Spring, B. (1977). *Vulnerability: a new view of schizophrenia*. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- 8 - Goldman, M.D. y Quinn, F. (1988). *Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia*. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 3, 282-286.

ASISTENCIA DE URGENCIA EN LAS LESIONES OCULARES (I)

M^a Isabel García Chamorro D.E. (Hospital Universitario Virgen del Rocío)

INTRODUCCION

La actuación rápida y adecuada ante una lesión ocular puede evitar un deterioro visual importante e incluso la pérdida del ojo. Para ello necesitaremos identificar la lesión eficazmente. Sin embargo, la falta de práctica en estas situaciones, tal vez haga sentir poca confianza de nuestra participación en dichas urgencias. Acto seguido, examinaremos las lesiones oculares más frecuentes, así como los cuidados inmediatos que requieren cada una de ellas.

LESIONES PENETRANTES

Definición

Perforaciones en la región anterior de la esclerótica y la córnea que son las más expuestas.

Causas posibles

- Perforación por instrumentos cortantes como cuchillas, tijeras, flechas, etc.
- Cuerpos extraños impactados, como metralla de la explosión de bombas, fuegos artificiales, una astilla de madera, un trozo de vidrio o de metal.

Signos y síntomas

- Dolor ocular intenso.
- Lagrimación profusa (epífora).
- Herida corneal o escleral evidente (algunas heridas corneales no son visibles a simple vista).
- Prolapso de los contenidos intraoculares (iris, etc.).
- Hipotonía acentuada.
- Disminución de la agudeza visual.
- Estrechamiento, aplanamiento o sangre en la cámara anterior.



Irrigación en una quemadura ocular.

- Edema conjuntival acentuado (quémosis).
- Alteración del tamaño, forma o localización pupilar.

Se debe tener en cuenta que algunos de estos signos y síntomas, pueden presentarse tras una contusión sin perforación en un ojo que aparente completa normalidad.

Equipo

- Gasas o parche estéril.
- Protector ocular rígido o un vaso de plástico o un trozo de cartón doblado en forma de caja o cono.
- Venda o esparadrapo estéril.
- Parche o gasas para el ojo sano.

Indicaciones

- Proteger el ojo perforado.
- Evitar su movilización excesiva.

Procedimientos

- Buscar atención médica inmediatamente.
- No retirar el objeto penetrante, ni manipular el globo.
- No irrigar el ojo, ni eliminar la sangre ni los coágulos. No debe aplicarse medicación tópica.
- En ningún caso aplicar pomada.
- Indicar al paciente que no cierre demasiado los párpados e impedir la frotación y comprensión del ojo. Estabilizar el objeto con un apósito salino húmedo, o fijarlo suavemente por medio de un apósito a la cabeza del paciente, inmovilizar la misma y nunca aplicar presión al globo ocular para detener la hemorragia.
- Colocar un protector rígido o un vaso de plástico, de papel, etc.
- Fijarlo con esparadrapo estéril o venda estéril.



Colocación de un vaso en la avulsión ocular.

- Tapar el ojo sano con un parche o gasas dobladas.
- Se pueden añadir ciertas medidas generales:
 - Administración de un antiemético, si se tiene a mano.
 - Analgésico y/o sedante.
 - Mantenerlo en ayunas.
- En el caso de un niño, también se puede necesitar la aplicación de un medio de sujeción en las manos.

Razones/Explicaciones

- Es extremadamente grave si no es reconocido y tratada inmediatamente.
- Podría salirse su contenido y ocasionar ceguera permanente.
- De lo contrario se podría agravar la lesión.
- Si no hay una herida entreabierta, es posible instilar un colirio antibiótico.
- En un ojo con una herida reciente perturbaría la curación y dificultaría el tratamiento quirúrgico de la herida.
- La presión del apósito podría ocasionar una penetración mayor.
- Para formar una cubierta protectora.
- Vendaje oclusivo-protector no compresivo.
- Para restringir los movimientos ex-

- cesivos del ojo lesionado.
- Un vómito podría causar el vaciamiento del ojo herido.
- En previsión a una probable intervención quirúrgica con anestesia general.

HERIDAS EN LOS PÁRPADOS

Causas posibles

- Golpe en zona supraorbitaria producido, por ejemplo, durante la práctica de un deporte.

Indicaciones

- Detener la hemorragia.
- Mantener una cámara húmeda delante del ojo.
- Disminuir el edema.

Procedimiento

- Inspeccionar y lavar el ojo con suero fisiológico estéril.
- Observar el tipo de lesión.
- Aplicar presión directa ligera o un parche compresivo sobre la zona.
- Instilar un colirio antibiótico.
- Colocar un apósito limpio sobre el ojo afecto.
- Si queda la córnea al descubierto, es importante una buena oclusión con un vendaje húmedo o

mediante un trozo de hoja de celofán adherido a la piel de alrededor de la órbita por electricidad estática o con ayuda de una pomada. También pueden ser útiles las pequeñas gafas de nadador.

- Aplicar inmediatamente compresas frías, si existe alguna contusión en los tejidos blandos por encima o por debajo del ojo.

Signos y síntomas

- Hemorragia profunda.
- Edema palpebral.

Equipo

- Gasas o parches estériles.
- Suero fisiológico estéril.
- Colirio antibiótico.
- Compresas (opcional).
- Recipiente para restos de tejido palpebral.

Razones/Explicación

- Asegurarse que no existe lesión del globo ocular y no se observa ningún cuerpo extraño.
- Para detener el sangrado.
- Si no existe herida del globo ocular.
- Así se evitará el peligro de opacificación permanente por desecación (lagofthalmos), creando una cámara hermética que mantendrá la humedad delante del ojo.
- Mantener así hasta que disminuya el edema.

Procedimiento

- Colocar cualquier fragmento desprendido de la piel del párpado en un recipiente con suero fisiológico y llevarlo al hospital junto con el paciente.
- Cubrir el ojo indemne con un parche.
- Trasladar el paciente al hospital.

CONTUSION DEL GLOBO OCULAR

Definición

La hemorragia en la órbita por traumatismo ("ojo negro"), hemorra-

gia en la cámara anterior del ojo (hipema).

Causas posibles

- Impacto directo por un puñetazo o por un objeto romo, como una pelota, un tapón de botella de champán, una bola de nieve, caída sobre el borde de una mesa, manilla de bicicleta o similares.

Indicaciones

- Evitar o reducir el edema ocular.
- Disminuir el sangrado inmediatamente después de producirse la lesión.
- Ayudar a aliviar el dolor.
- Favorecer la absorción de la sangre acumulada.

Signos y síntomas

- Dolor ocular.
- Tríada defensiva: fotofobia, lagrimeo y blefarospasmo.
- Visión disminuida, visión doble.
- Edema orbitario y ojo fuertemente enrojecido.
- Hemorragia intraocular.
- Color morado de párpados y piel vecina.
- Visión borrosa con manchas o destellos luminosos (todos signos de posible desprendimiento de retina).

Equipo

- Palangana o batea para colocar las gasas.. Cazo para calentar el suero fisiológico en la botella abierta.
- Gasas estériles o compresas o paño limpio (si no se requiere esterilidad).
- Hielo picado en una bolsa de plástico o agua o suero fisiológico frío.
- Suero fisiológico caliente a temperatura corporal.
- Toalla.
- Parche ocular estéril.

Procedimiento



Extracción de un cuerpo extraño con un hisopo.

- Avisar o acudir al médico inmediatamente.
- Tanquilizar al paciente y hacer que se tienda con la cabeza elevada sobre una almohadilla (30 grados).
- Durante la exploración ocular no tocar el ojo más de una vez, ejerciendo una presión muy ligera tan sólo sobre las órbitas óseas, y levantando el párpado.
- Aplicar compresas frías o una bolsa de hielo sobre una gasa estéril, de forma intermitente durante las primeras 24 horas, si no existe laceración.
- Después de las 24 hora, aplicar compresas calientes durante 15 minutos en diversos intervalos del día.
- Si se presenta hemorragia intraocular se quedará ingresado en el hospital, guardando reposo en cama con ambos ojos vendados.
- Por pequeña que parezca la lesión, remitir al oftalmólogo.

Razones/Explicaciones

- Esto hace que la sangre se sedimente en la cámara anterior y puede prevenir la formación de sinequias (adherencias entre iris y tejidos adyacentes).
- No ejercer ninguna presión sobre el ojo hasta no estar completamente seguros de que no exista penetración ni ruptura.
- Para prevenir o reducir el edema o tumefacción.
- Para facilitar después la absor-

ción de la sangre.

- Con frecuencia, la existencia de una fina película de sangre en la cámara anterior sólo puede ser identificada por el oftalmólogo, mediante la exploración con la lámpara de hendidura.
- Una contusión ocular puede producir complicaciones tardías, tales como glaucoma o desprendimiento de retina.

QUEMADURA TERMICA

Definición

Quemadura por calor que suele afectar a los párpados y piel facial. Para que alcance la superficie del globo, la partícula incandescente sólida o líquida debe tener la suficiente velocidad como para superar el reflejo de defensa -cierre de los párpados-

Causas posibles

- Ceniza de cigarrillo.
- Llama directa.
- Vapor de agua.
- Aceite hirviendo.
- Vidrio o metal fundido.

Indicaciones

- Disminuir el dolor y el edema.
- Mantener la humedad corneal.
- Prevenir la infección.

Procedimiento

- Lavar los párpados y el globo ocular, si está afectado.
- Aplicar compresas frías y húmedas en la zona quemada.. Administrar antibióticos en forma de colirio o pomada, para prevenir la infección secundaria.
- Proseguir con la aplicación de compresas frías durante 20 minutos más o menos.
- Si existe retracción palpebral dejando la córnea al descubierto, realizar una buena oclusión al igual que se explicó con las heridas en los párpados.
- Remitir lo antes posible al pacien-

te al oftalmólogo.

- Por la noche se puede colocar un protector ocular rígido sobre el parche.

Signos y síntomas

- Dolor.
- Edema facial y palpebral.
- Edema e hipertermia de la conjuntiva.
- Necrosis palpebral.
- Lesión cicatricial de la córnea, en caso de contacto directo.

Equipo

- Agua o suero fisiológico estéril.
- Compresas.
- Antibiótico tópico.

Razones/Explicaciones

- Para eliminar los cuerpos extraños.
- Con el fin de reducir el dolor y el edema.
- No aplicar pomada si existe la posibilidad de perforación del globo.
- Evitando así la opacificación de la córnea por desecación.
- Para prevenir una mayor irritación.

QUEMADURAS QUÍMICAS O CAUSTICACION OCULAR

Definición

Quemadura ocular tras el contacto accidental con una sustancia química peligrosa. Constituye la urgencia oftalmológica que precisa un tratamiento más inmediato, pues cuanto más tiempo esté el agente químico en contacto con el ojo, mayor daño le causará.

Causas posibles

- Agentes alcalinos, como los que se encuentran en los productos de limpieza domésticos, pintura, cal, yeso, cemento, lejía, sosa cáustica, amoníaco, blanqueadores.
- Agentes ácidos, como los agentes con fenol, abrillantadores de plata y explosiones de baterías.



Aplicación de un parche ocular.

- Con independencia de su grado de acidez o alcalinidad, atomizadores para el cabello y otros productos en nebulización, gases lacrimógenos, algunas plantas urticantes, pelos de algunas orugas.

Indicaciones

- Eliminar inmediatamente la sustancia cáustica.
- Aliviar el dolor.
- Reducir el espasmo iridociliar.
- Prevenir la infección.

Signos y síntomas

- Dolor intenso (si no existe, denota grave daño, por la destrucción de terminaciones nerviosas).
- Blefarospasmo.. Lagrimeo copioso.
- Inflamación.
- Visión borrosa o ceguera.
- Córnea blanca opaca.

Equipo

- Agua abundante o suero fisiológico estéril.
- Gasas o tela limpia.
- Recipientes para irrigación.
- Torundas de algodón.

Procedimiento

- Si el paciente sufre pánico, evitar que se dé golpes con los objetos y se lastime o dañe a otros, por medio de palabras tranquilas y calmadas.
- Identificar cual de los dos ojos fue el afectado.
- Preguntarle o revisar si tiene lentes de contacto.
- Lavar con abundante agua los párpados, conjuntiva y córnea, durante 20-30 minutos (ácido: un mínimo de 20 minutos, alcalino: 30 minutos como mínimo), en el fregadero más cercano. Antes ajustar el chorro de agua a temperatura tibia y presión moderada.
- Indicar a alguien que llame a una ambulancia u obtenga un vehículo.
- Colocar la cabeza hacia un lado bajo el grifo, con el ojo afectado en plano inferior, e irrigar todas las zonas lesionadas, incluyendo la superficie interna de los párpados, siempre desde el canto interno hacia el externo.
- Usar cualquier fuente, manguera, regadera, lavado, ducha, bañera, etc., sin esperar a que el accidentado sea trasladado a un ser-

vicio de urgencias, y ni siquiera disponer de solución salina estéril.

- También se puede usar la solución para lavar las lentes de contacto.
- No debe intentarse neutralizar el agente cáustico con uno de tipo opuesto o una solución tampón.

Razones/Excepciones

- Pida a otra persona que lo sujete, de ser necesario.
- Para eliminar la sustancia cáustica y evitar lesión permanente.
- También aliviará el dolor. Si es necesario, seguir sujetando al paciente.
- Para llevar al paciente al hospital.
- Para evitar que la solución cáustica pase al otro ojo.
- Si es imposible desplazarlo por tener otras lesiones, pedir a otras personas que acarreen agua en cualquier recipiente limpio, como frascos, cazos o cafeteras.
- Asegurándose que no se trate de una solución limpiadora.
- No sólo perderíamos un tiempo precioso, sino que una nueva reacción química podría agravar la quemadura.

Procedimiento

- Los párpados deben mantenerse abiertos, si no puede el paciente, colocar unas gasas u otra tela sobre los párpados y separarlos con los dedos índice y pulgar o bien con ambos pulgares.
- También evitar toda compresión del globo ocular durante el lavado.
- Si ambos ojos están afectados, irrigarlos alternativamente, cambiando la posición de la cabeza del paciente.
- Intentar que alguien identifique el agente químico por la etiqueta del envase, si el paciente no lo sabe.
- Mientras lavamos los ojos, pedir a otra persona que llene un gran recipiente con agua dulce y que localice un vaso o taza.
- Eliminar los posibles restos sólidos de material cáustico, previa aver-



Inmovilización de un niño.



Tirando de las pestañas en la eversión del párpado superior.

sión de los párpados.

- No cubrir nunca los ojos afecto con un apósito o parche.. Trasladarlo inmediatamente después al servicio de urgencias del hospital más cercano.

Razones/Explicaciones

- Tienen a resbalar por la humedad y el frecuente blefarospasmo.
- No olvidar que éste puede presentar además una herida penetrante.

- Conocer el agente químico implicado ayudará a determinar la gravedad de la lesión.
- Para lavarle los ojos en el trayecto al hospital.
- Con una torunda de algodón húmeda.
- Elevaría el calor de la lesión y podría reactivar los residuos químicos que no han sido eliminados con la irrigación.
- Al que debemos avisar previamente para que esté preparado a su llegada.

(Continuará...)

CONTROL DE CALIDAD DE IONES Y FACTOR HEMATOCRITO DEL ANALIZADOR AUTOMÁTICO MALLINCKRODT

Mariano Raigón Pérez de la Concha. (A.T.S./D.E.)

Unidad de Recuperación Postquirúrgica (U.R.P.). Hospital Universitario Virgen Macarena.

PRESENTACION

Gracias a la tecnología punta de que disponemos en este medio laboral y profesional, es posible en muchas ocasiones prevenir complicaciones postoperatorias y en otras, atajarlas, por lo que se hace preciso obtener el mejor partido posible a esta tecnología. Como premisa fundamental, el camino a buscar es ser lo más autónomos que la situación nos permita, dado que la elaboración de un diagnóstico puede, con ésta alta tecnología y su correcta utilización, ser mucho más veloz, reduciendo el tiempo de espera a, escasamente, 100 segundos para obtener los resultados y su consecuente reacción. Pero es importante saber que los datos que nos aportan son fiables.

OBJETIVOS: MATERIAL Y METODOS

El objetivo del presente trabajo es realizar un estudio comparativo, como control de calidad, entre los datos aportados por los Laboratorios de Análisis Clínicos, Bioquímicos y Hematológicos de nuestro Centro, en cuanto a determinaciones de urgencia de iones sodio, potasio, calcio y factor hematocrito y los que proporciona el autoanalizador Mallinckrodt que poseemos en la Unidad. El referido a gases, fué objeto de otro estudio anterior.

Del nivel de aproximación en los de Laboratorio, será deducida su capacidad de utilización y el grado de fiabilidad que presenta dicho autoanalizador a la hora de realizar una determinación que puede ser vital para el enfermo.

Para ello, he considerado suficientemente válida una muestra de **doscientas determinaciones**, siempre de sangre venosa, superficial o profunda, de enfermos ingresados en la U.R.P. o Sala de Despertar que precisaron dichas determinaciones.

El contraste de datos lo realizo tomando una única muestra de sangre del enfermo, deducida lógicamente la que se desecha por estar en íntimo contacto con los líquidos que se están perfundiendo, aunque en distintas jeringuillas, ya que la sangre destinada a análisis reglado será recogida en una jeringuilla convencional tipo Luer, mientras que la destinada al autoanalizador lo será en jeringuilla tipo Bard Parker Liquihep II Tm kit, de Becton Dickinson Acute Care, conteniendo 500 USP (U.S. Pharmacopoeia) de heparina de litio.

El procedimiento seguido para la heparinización de la jeringuilla destinada a analizar la muestra en documento 27-A de la NCCLS, de entre 25 y 50 USP, consiste en la retracción del embolo hasta el tope prefijado, la impregnación de la totalidad de su pared girando entre los dedos la jeringuilla y la evacuación de la heparina; inmediatamente procedo a llenar la jeringuilla heparizada, con desti-



no al Mallinckrodt, con 3 cc de sangre, nuevo girado suave y circular entre los dedos para procurar una perfecta mezcla, evitando la hemólisis, y el perceptivo vaciado de aire.

Inmediatamente de obtener la muestra, es vertida primero en los botes de ensayo para Laboratorio, e inmediatamente después es introducida en el autoanalizador, siguiendo los pasos necesarios que estipula su programa de funcionamiento. Es obvio decir que al comienzo de realizar la batería de análisis, he realizado una calibración de 2 puntos, al menos.

El autoanalizador utilizado es el GEM TM Premier Versdion 1,2, de Mallinckrodt Sensor Systems,

Inc.

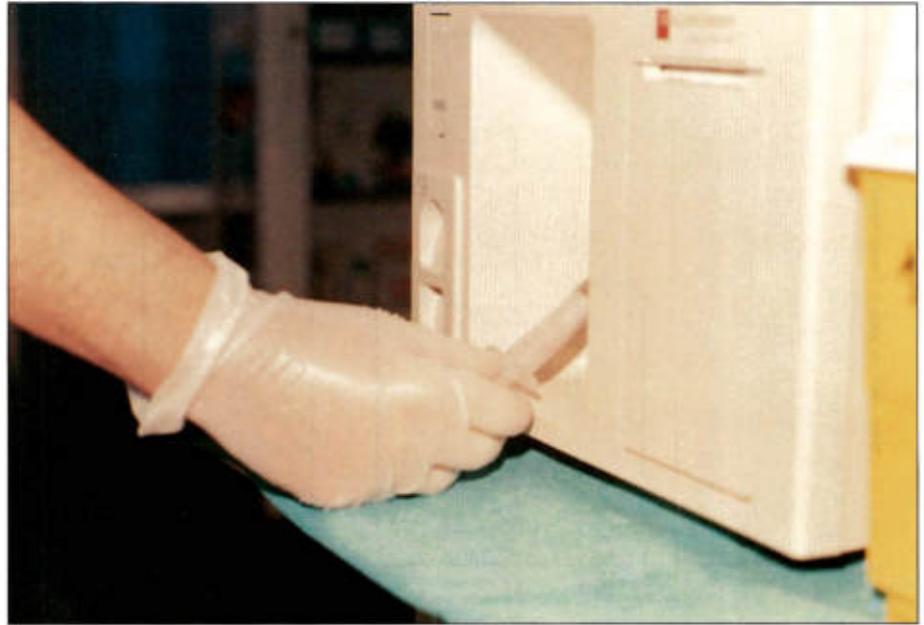
Durante el periodo de tiempo que ha durado este estudio, se han seguido las regulaciones oficiales al cambiar cada cartucho.

El método de medición empleado por el Mallinckrodt es, para los iones Na+, K+ y iCa+, el potenciométrico y de conductividad sanguínea para el factor hematocrito.

El estudio ha sido realizado en un margen de tiempo amplio, desde primeros de Mayo hasta finales de Noviembre de 1.994, exceptuando el período de vacaciones.

No ha existido selección previa de muestras de sangre de enfermos, ya que no he tenido en cuenta el que se estuviera usando en ellos fármacos cristaloides o coloides, pues disminuiría el espectro de aprovechamiento del sistema de determinaciones.

Del mismo modo, no he tenido en cuenta el saber que pacientes con osmolaridades de plasma de fuerte anormalidad o niveles anormales de proteínas o lípidos, los valores de hematocrito analizados por Gem Premier pueden ser significativamente distintos de los valores hematocritos inferiores que en un contador de células, y valores muy altos de proteínas o lípidos pueden producir valores hematocritos mayores.



Análisis Clínicos del Centro. Además, **presento la variación estándar, los datos hallados máximos y mínimos y la varianza de datos.**

OBSERVACIONES

Es preciso partir de la base que indica que el estudio comparativo se ha realizado en **igualdad de técnicas analíticas, ofreciendo similares resultados en cuanto a unidades de medida;** de este modo, el Mallinckrodt ofrece los

de Calcio Total, el autoanalizador Mallinckrodt oferta la del Calcio iónico; para poder establecer una equiparación entre ambos, a fin de contrastarlos, me he visto precisado a convertir las cifras de Ca total de Laboratorio en iCa+, mediante una fórmula matemática que establezca un paralelismo. Esta formula es siguiente:

$$\text{(Calcio Total-Proteínas Totales* 0,676 + 0,487)/Factor de conversión del Calcio.}$$

Como es posible observar, se han empleado dos factores distintos: las proteínas totales de Laboratorio, y un factor de conversión, siempre el mismo, de 4 enteros, veinte mil veinticinco millonésimas partes.

RESULTADOS

Desglosando los cuatro parámetros analizados, presento en primer lugar los resultados referidos al **ión Na+**, y que quedan expresados en los gráficos números 1 y 5; como método principal, y dado que lo que en principio importa son los resultados globales, aplico un promedio general de cifras obtenidas, siendo de destacar que las obtenidas por el autoanalizador quedan **sólo a un 0,9 % por debajo del promedio obtenido de datos provenientes de La-**

Los valores considerados como normales en ambos son:

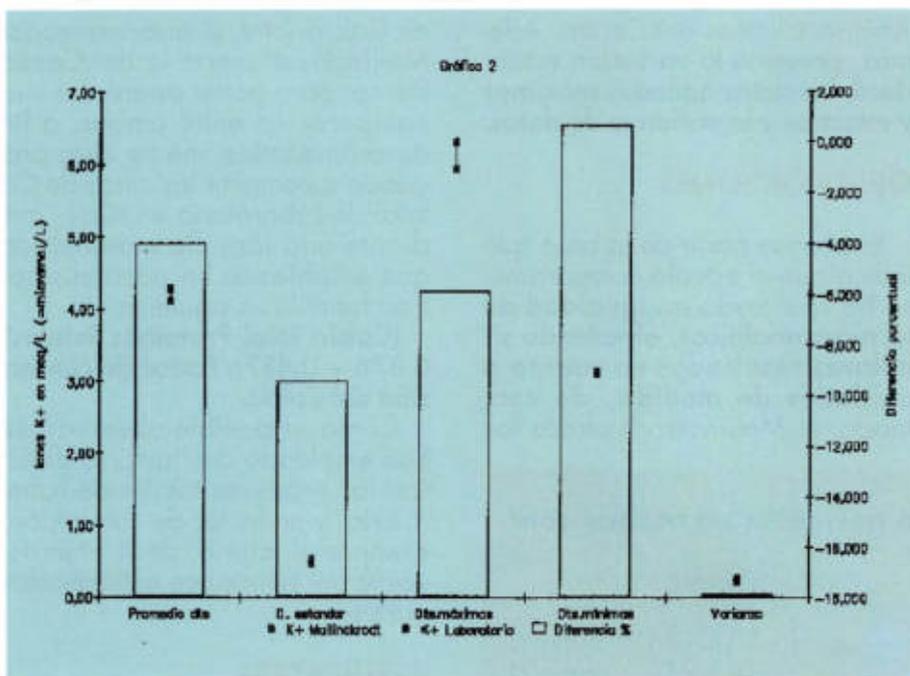
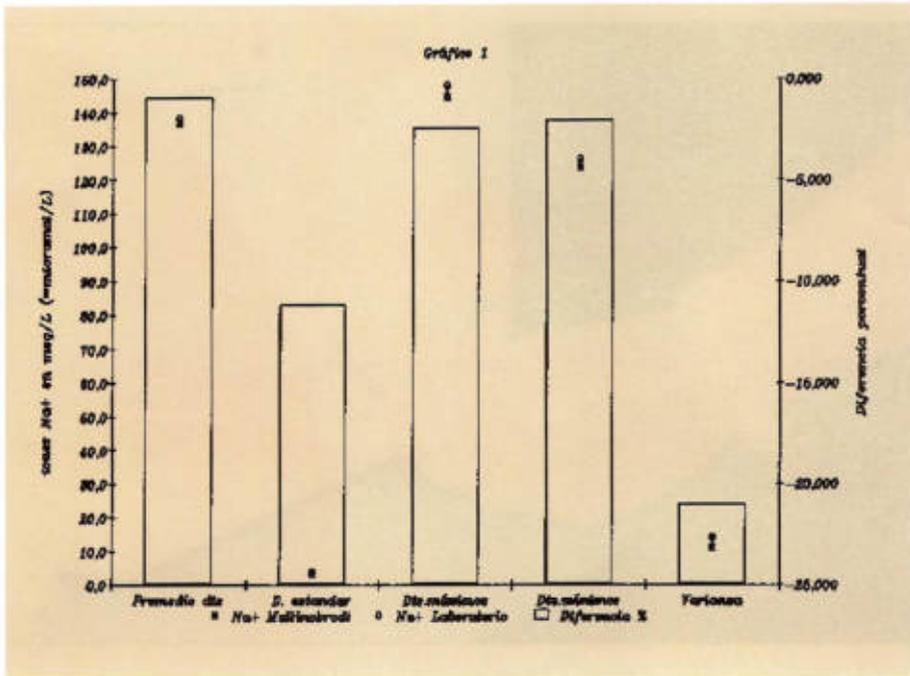
	Mallinckrodt	Laboratorio	
Na+	136-142	135-145	mmol/L
k+	3,6-5,5	3,5-5,0	mmol/L
iCa+	1,0-1,3	1,15-1,35	mmol/L
Hcto	37-50	37-54	%

Así mismo, otros factores utilizados, con datos de Laboratorio, son las Proteínas Totales (N=6,6-8,7) y el Calcio Total (N=8,1-10,4).

El método empleado es muy simple: análisis cuando está la muestra por encima o por debajo del valor que considero auténticamente fiable, que es el dato que suministra el Departamento de

datos de sodio y potasio en milimoles por litro (mM/L) y el hematocrito en tantos por ciento (%), mientras que Laboratorio lo hace en miliequivalentes por litro (meq/L) y tantos por ciento (%), respectivamente, siendo por tanto unidades de medida perfectamente equiparables.

Por otro lado, mientras que Laboratorio ofrece la determinación



laboratorio, siendo sus desviaciones estándar (=sigma) de 3.34 y 3.76, respectivamente; para comprender el rango de datos en que me muevo, baste decir que los datos máximos obtenidos discrepan en menos de 2.5 % por debajo de los datos considerados estándares, y aún son menores los obtenidos con los datos mínimos: 2% inferiores. Por tanto, al ser las desviaciones estándares, y valga el caso, las varianzas de datos, menores en el autoanaliza-

dor que en los datos de laboratorio, es necesario afirmar que los datos referidos están aún menos dispersos que los segundos.

En el gráfico nº 5, se muestra la frecuencia de aparición por encima o por debajo de la media, correspondiendo a éste ión el estar entre -5% y +5% en 196 muestras, que corresponde al 98% de la totalidad.

Análizo la capacidad diagnóstica de ambos, pues mientras el autoanalizador adjudica el

60.5% de los datos dentro de valores concedidos como normales y el resto (39.5%), como patológicos, nuestro Laboratorio hace lo propio con el 78.5 y el 21.5%, respectivamente; ésta revelación me hace estar más cerca del autoanalizador, pues los casos de hiponatremia que presenta (37.5%), se ajustan más a la realidad que el 19% que da Laboratorio, ya que es más propio en éstos enfermos ser deudores de sodio.

De todos modos, es revelador que los datos coincidentes se eleven a 113 (56.5%), siendo considerados tales los que se encuentran incluidos en los rangos de normalidad.

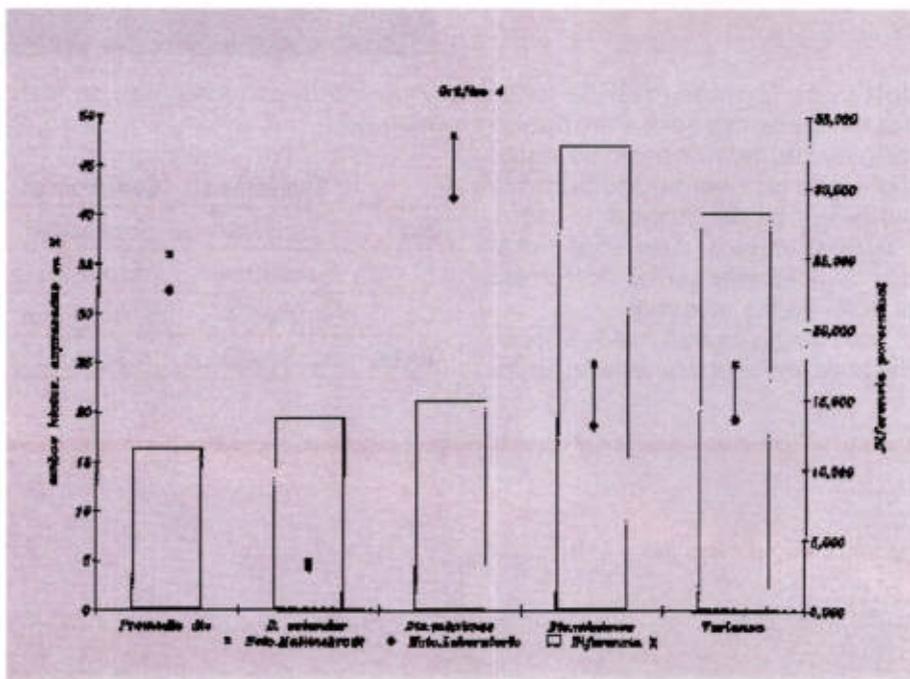
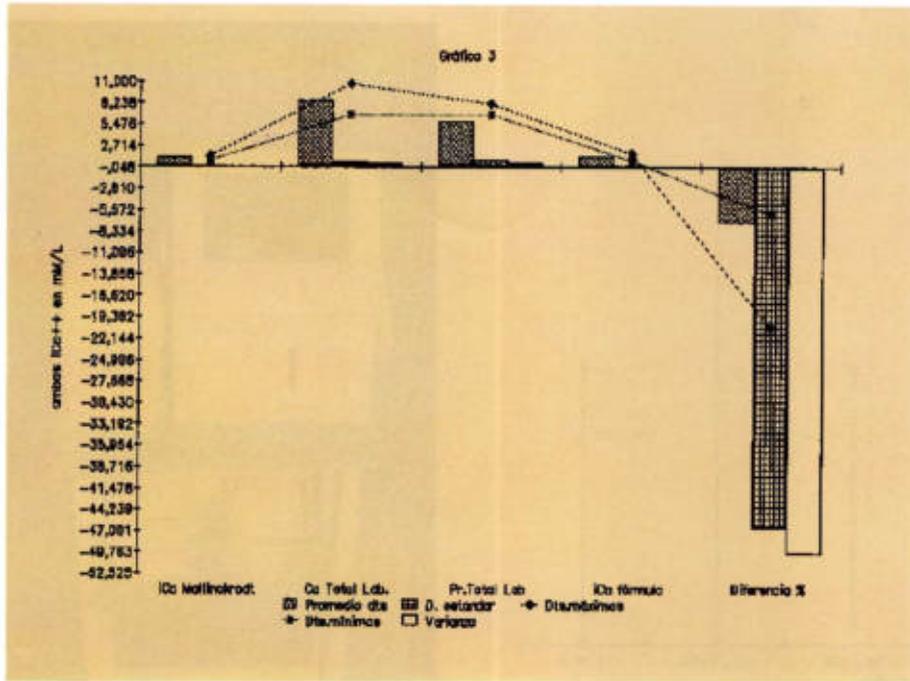
Como segundo ión analizado, presento el k+, cuyos datos aparecen referidos en los gráficos muy próximos, estimándose los obtenidos por el autoanalizador en un 3.9% por debajo de los de Laboratorio, siendo sus desviaciones estándar de 0.48 y 0.53, respectivamente, por lo que cabe pensar, al igual que con el ión Na+, que los datos del autoanalizador están menos dispersos de la media que los de Laboratorio.

En cuanto a los datos máximos y mínimos obtenidos, cabe puntualizar que se ha producido un pequeño equilibrio entre ambos, pues mientras los primeros se encuentran en un 5.8% por debajo de su promedio, los segundos aparecen con un 0.6% por encima de los considerados oficiales.

Observando los datos aparecidos en el gráfico nº 5, sólo el 69% de las muestras se encuentran dentro del rango, que va desde -5 hasta +5% con respecto al promedio total, aunque el 28% se encuentran muy cerca.

Como compensación, aparece el autoanalizador dentro del rango de normalidad al 85% de las muestras, siendo patológicas las 15% restantes, mientras que Laboratorio hace lo propio con el 88% y 12%, respectivamente, siendo coincidentes nada menos que 145 muestras, que corresponden al 72.5% del total.

Habiendo explicado en el Apartado de Observaciones la crea-



En el nº 5, la dispersión por grupos de aproximación porcentual, muestra:

- el 20% de las muestras en el grupo de -15% o menos
- el 32% en el de -15% y -5%
- el 21.5% en el de -5% y 0%
- el 11.5% en el de 0% y +5%
- el 4% de las muestras en el grupo de >+15%.

El primero presenta un 91.5% de valores dentro de la normalidad, y el segundo sólo el 55%, es preciso tener en cuenta la ligera hipocalcemia que muestran generalmente éstos enfermos, debido fundamentalmente a las pérdidas hemáticas; por tanto, me atrevería a afirmar que estos valores no son reales estadísticamente pues han debido padecer una corrección al alza para adecuarse a los ideales. Aún así, los valores coincidentes ascienden al 51.5%, cifra nada desdeñable. La teoría que presento de la corrección al alza la baso en la situación que presentan los valores básicos para hallar el calcio iónico formulado, es decir, calcio y proteínas totales; en el primero de ellos se presenta el 78% de muestras dentro de la normalidad, pero en el segundo lo hace tan sólo en el 19%, y viceversa, por lo que pienso que existe una compensación aleatoria de datos.

Por último, presento a la consideración el resultado del análisis del factor hematocrito, desglosado en los gráficos siguientes:

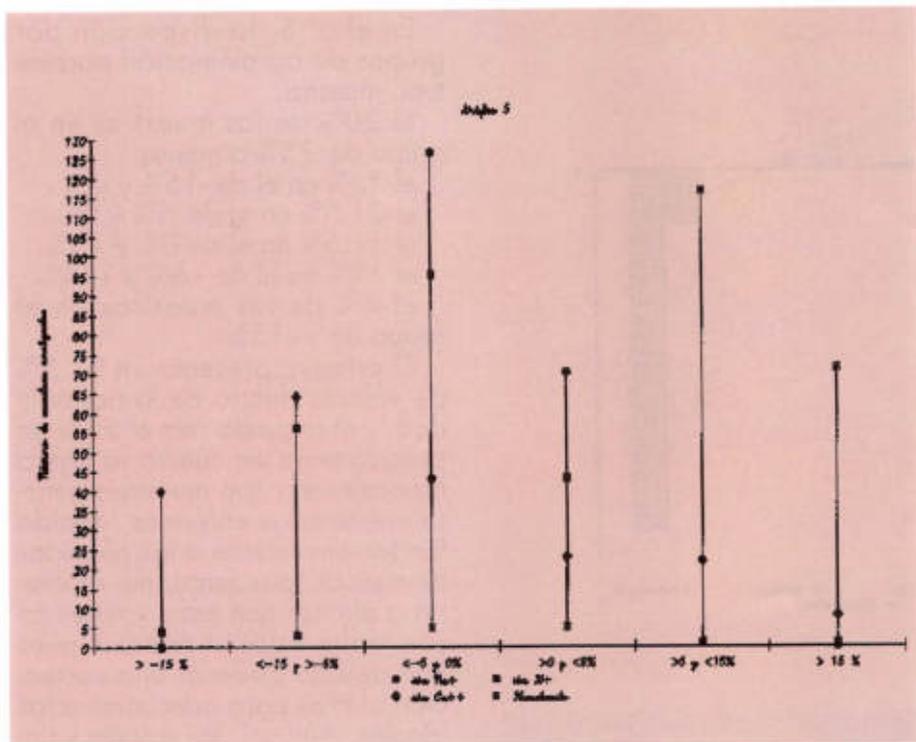
En el número 4 aparece como el parámetro más alejado del promedio. Presenta una diferencia porcentual de +11.4% del autoanalizador sobre el dato de Laboratorio; producen unas desviaciones estándar altas, 5 y 4.4 respectivamente, de lo que se deduce su alto grado de dispersión. En cuanto a los datos máximos, su diferencia porcentual es del +14.8%, y de los mismos, nada menos que +32.9%.

En el número 5, y a pesar de lo anterior, al agruparlos por aproximaciones porcentuales, el 58% de las muestras aparecen en el grupo de >+5% y <+15%, y el

ción del iCa^{++} a partir de una fórmula, en la que utilizo sus componentes fundamentales (proteínas totales y calcio total) otorgados por el Laboratorio, procedo a compararla con el iCa^{++} obtenido con el autoanalizador Mallinckrodt, estructurándose un paralelismo que paso a explicar basándome en los siguientes gráficos:

En el número 3: aún cuando ambas determinaciones en apariencia están próximas, e incluso obtienen desviaciones estándar

casi imprescindibles, no es menos cierto que la referida al iCa^{++} fórmula es casi el doble que la del autoanalizador, siendo de 0.08 y 0.15, respectivamente. Su diferencia porcentual es menos brillante que la de los otros iones, aún cuando es básicamente aprovechable, siendo del -7.0% en los datos referidos a máximos y mínimos, siendo la diferencia porcentual para los datos máximos del -20.6% rebajándose al -6.0% en los mínimos.



35.5% de las mismas, en el de >+15%, de lo que se puede deducir que su dispersión se produce al alza.

No aparecen datos por encima de los valores tope, siendo normales el 45.5% y el 16.5%, respectivamente, y el 54.5% y el 83.5%, por debajo del índice de normalidad; considero que estos

datos son lógicos, debido a los frecuentes sangrados intraoperatorios y del postoperatorio inmediato, y a las compensaciones hematológicas de bronquitis crónicas obstructivas. Son considerados coincidentes en los datos sólo el 15% de las muestras.

Las conclusiones a las que llego, después de realizar este estudio,



y de modo esquemático, se resumen así:

	Cualitativas	Cuantitativas
Na	Excelentes	Excelentes
K	Satisfactorias	Excelentes
Ca	Buenas	Satisfactorias
Htcto	Insatisfactorias	Buenas

BIBLIOGRAFIA:

* Gem Premier Operators Manual, de Mallinckrodt Sensor Systems, Inc.

ACLARACION

1. El trabajo titulado "Notas para la Historia de la Enfermería infantil sevillana la Escuela Profesional de ATS/DUE..." publicado en el último número, fue elaborado según este orden de autores: **M. Sobrino Toro, Inmaculada Cruz Dominguez y J. J. Martinez Martínez.**
2. Con relación al artículo publicado en **HYGIA Nº 27, 1er Cuatrimestre de 1994, titulado "Atención Domiciliaria y Educación Diabetológica"** del que son autores **Juan Carlos Encabo y cinco firmas más**, la Bibliografía no publicada en su momento es la siguiente:

BIBLIOGRAFIA

1. Antón Nardiz, M^o. V. 1989. La Visita Domiciliaria, algo habitual para la Enfermería: *Enfermería y A.P.S.* 1^o Ed. Madrid, Editorial Diaz de Santos.
2. *Anuario 1992*. Distrito Sanitario Este-Oriente. Sevilla.
3. Equipo de Salud. Centro de salud Torreblanca de Sevilla. 1987. Nivel de conocimientos de los diabéticos sobre su enfermedad. *HYGIA Nº 6*, 1988. Págs. 17 a 23.
4. Isla Pera, P. et al. 199. Suplemento ROL de Formación continuada, *DIABETES III. Revista ROL de Enfermería*, Nº 142. 199. Págs 4 a 18.
5. Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J. F. 1989. *Manual de Atención Primaria: Organización y pautas de actuación en Consulta*. 2^o Ed. Barcelona, Ediciones Doyma S.A.
6. Organización Mundial de la Salud. 1978. *Atención Primaria (Serie Salud para todos, Nº 1)* Ginebra, O.M.S.
7. Pedraza, M et al. Verano 1992. Instrumentos. Escala de valoración de las Funciones Mentales para el Auto-cuidado. *INDEX de Enfermería*. Vol. 1, Nº 2 1992. Pág. 38.
8. Ponz Marín, J. M. 1990. *DIABETES: Experiencia personal*. 1^o Ed. Barcelona, Ediciones Libros de Hoy, ASESA.
9. Pritchard, P. 1986. *Manual de Atención Primaria de Salud: su naturaleza y organización*. 1^o Ed. Madrid, Editorial Diaz de Santos S.A.
10. *Protocolo de Visita Domiciliaria*. 1992. Centro de la candelaria, Sevilla.
11. Salleras Sanmartí, L. 1988. *Educación Sanitaria: Principios, Metodos y Aplicaciones*. 1^o Ed. Madrid, Editorial Diaz de Santos S.A.
12. Verónica F. Engle RN. et al. 1987. *Atención Integral en Enfermería: Diabetes, Cuidados y control*. 1^o Ed.

LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA A COMIENZOS DEL SIGLO XIX. EL EJEMPLO DE LA CONGREGACION DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DE SANTA ANA

Manuel J. García Martínez (D.U.E., H.U. Virgen del Rocío) (Sevilla)
 Antonio Claret García Martínez (Lcdo. en Geografía e H^o.)
 Juan Ignacio Valle Racero (D.U.E., H.U. Virgen del Rocío)

Integrantes del Grupo Andaluz para la Investigación de la H^o de la Enfermería (GAIHE)

INTRODUCCION

La dedicación a la Enfermería de órdenes y congregaciones religiosas en nuestro país tiene una larga tradición. Sirvan como ejemplos la de los Hermanos Hospitalarios, fundada por San Juan de Dios, la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres, fundada por Bernardino de Obregón, ambas en el siglo XVI, y la de los Belenitas, fundada por Pedro de Bethancourt unas décadas después. Es a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX cuando estos Institutos dedicados a la prestación de cuidados de Enfermería, experimentan serias dificultades, llegando incluso a desaparecer algunos de ellos definitivamente. Son éstos, comienzos del XIX, años de tradición, de intensa reformas en

todos los órdenes de la sociedad: político, económico, social. El Estado se propone asumir, entre otras, la asistencia al pobre y enfermo, poniendo en marcha para ello un amplio marco legislativo.

En estos momentos de tradición entre una asistencia benéfico-sanitaria no estatal mantenida fundamentalmente por instituciones particulares (cofradías, limosnas, patronos...) y la desarrollada por el propio Estado, que se intensifica durante todo el siglo XIX (desarrollo de la beneficencia, creación de hospitales estatales, intensa legislación sanitaria al respecto) tiene lugar la fundación de la Con-

gregación de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana.

El objetivo de este trabajo es resaltar de Enfermería que vienen desarrollando desde hace ya casi dos siglos esta Congregación, así como recordar algunos datos sobre su fundadora y el propio Instituto.

LA CONGREGACION DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DE SANTA ANA. SU FUNDACION

El origen de esta Congregación se remonta a los últimos meses del año 1804, cuando 24 jóve-

Bolsa de cuero con diverso instrumental de Cirugía empleado por las Hermanas de la Caridad hace más de un siglo. Museo de la Congregación.





Distribución geográfica actual de la Congregación de las Hermanas de la Caridad por todo el mundo, así como el año de la fundación de las casas.

nes, 12 mujeres (entre las que se encontraba su fundadora, María Rafols) y 12 hombres, bajo la dirección del presbítero D. Juan Bonal, vicario del Hospital de Santa Cruz de Barcelona, se ponen en camino desde esta ciudad catalana hacia Zaragoza, con el objetivo de encargarse de la asistencia a los enfermos del Hospital de Nuestra Señora de Gracia. Llegan el 28 de Diciembre de 1804, tras un fatigoso y penoso viaje de más de 300 Km, donde no faltó lluvia y frío, y comienzan su tarea de enfermeros a los pocos días, exactamente el 1 de Enero de 1805.

El proyecto, dirigido por el citado padre Bonal, obedecía a un encargo de la Sitiada (Junta Directiva) del Hospital zaragozano de Ntra. Sra. de Gracia para dotar a dicho Hospital de personal de Enfermería. De este documento, fechado el 9 de Noviem-

bre de 1810 y titulado "Noticia del establecimiento de la Hermandad de la Caridad para la asistencia de los pobres enfermos del Sto. Hospital Real y General de Ntra. Sra. de Gracia" (documento 12. Tomo I de Actas de la Sitiada), extraemos el siguiente párrafo: "Luego que la Sitiada tuvo estas noticias, los Señores Regidores escribieron a Cataluña, y correspondiendo a sus deseos las noticias que se les comunicaron acerca de este establecimiento, no dudando ya que podrían convenir es este Hospital, se dispuso viniera a él el celosísimo Presbítero D. Juan Bonal para tratar y convenir este asunto".

La rama masculina de la Hermandad, pues aún no era Congregación, se extinguiría al poco tiempo, en 1808, por diversos motivos y dificultades que no pudieron superar, siendo desde ese año una Congregación exclusiva-

mente femenina. La historia de la Congregación tiene como punto de partida, pues, la fecha citada de finales de 1804, siendo unas 3.000 el número de Hermanas que en nuestros días profesan en este Instituto, distribuidas, por los cinco continentes, asistiendo a pobres y enfermos de todas las patologías y estado, así como niños expósitos y sin recursos.

Exponemos a continuación algunos datos, fechas y números de fundaciones, y que pueden darnos una idea sobre el desarrollo histórico de esta Congregación.

La pequeña Hermandad de 24 miembros, reducida a los 12 femeninos en 1808, se incrementa a 16 a la muerte de su fundadora, María Rafols, en 1853. La primera superiora general tras la muerte de la fundadora -Madre Magdalena Hecho (1851-78)- verá realizadas 12 fundaciones nuevas; su sucesora, Madre Dolo-

res Marín (1878-89), llevará a cabo 20; en los años de superiorato de Martina Balaguer (1889-1894) serán 23 más; en los largos años de superiorato de la que ha sido considerada como la segunda fundadora, Madre Pabla Bescós (1894-1929), se sumarán otras 47 fundaciones, ahora ya con carácter de universalidad en numerosos países. En 1926 serán ya más de 2.000 las religiosas de Santa Ana, esparcidas por 118 fundaciones.

En 1898 se recibirá la aprobación pontificia del Instituto; en 1904 se aprueban definitivamente las Constituciones. En 1926 se abre el proceso de Beatificación de la Madre Rafols gracias a que se encuentran unos documentos, unas cartas de la fundadora, que se incorporan a las actas del proceso en curso. Aparecen más documentos, nuevos datos sobre la vida de la Madre Rafols, consejos espirituales, textos escritos por el que fuera su confesor Agustín Oliver. Parece ir todo bien hasta que en 1994 llega una mala noticia para la Congregación: parte de esos documentos son considerados falsos por la Santa Sede, produciéndose, en consecuencia, la paralización del proceso de Beatificación; en ese año, Pío XII firma el "Dilata". A pesar de ello, las fundaciones van en aumento: con la Madre Felisa Guerri (1921-1953) el número de ellas se eleva en 100; otras 66 más con la Madre Eladia Magaña (1954-1965) el número de ellas se eleva en 100; otras 66 más con la Madre Eladia Magaña (1954-1965) y otras 66 en los doce años de superiorato de la Madre Encarnación Vilas (1965-1977).

LA FUNDADORA: MARIA RAFOLS (1781-1853)

Hace unos meses, el 16 de Octubre de 1994, tenía lugar la beatificación de la Madre María Rafols, fundadora de la Congregación Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Cincuenta años antes, el 28 de Febrero de 1944, como se ha comentado anteriormente,

el Papa Pío XII había decretado el "Dilata" o suspensión de la Causa de los Santos que afectaba a esta ilustre mujer, religiosa y enfermera.

Difícil tarea la de compendiar en unas líneas toda una vida, la de la Madre María Rafols, dedicada por entero al cuidado de pobres, enfermos y niños expósitos, allá en el Hospital de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza en el siglo pasado. No obstante, intentaremos dibujar en breves pinceladas el perfil biográfico de esta religiosa que encontró en la Enfermería el sentido de su vida.

Nace María Josefa Rosa Rafols el 5 de Noviembre de 1781 en Villafraanca del Penedés (Barcelona). Hija de familia humilde -su padre era molinero-, profundamente cristiana, crece en un ambiente sencillo, de trabajo y austeridad. A los 11 años, y con gran esfuerzo de sus padres, la envían al Colegio de la Enseñanza, de Barcelona, colegio en donde, además de las enseñanzas tradicionales, se llevaba a cabo vida de oración y retiro. Ello influiría en el devenir de la vida de nuestro personaje.

Cuando María contaba 23 años, entra en contacto con el sacerdote D. Juan Bonal, y al poco tiempo, finales de 1804, marcharía al Hospital de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza.

En este hospital desarrollaría su labor desinteresada en pro de los pobres enfermos la hermana María durante prácticamente toda su vida. Es a primeros de 1805 cuando inicia esta Hermandad su trabajo en el Hospital, debiendo

**REGLAS
Y CONSTITUCIONES**
QUE HAN DE OBSERVAR Y CUMPLIR
LAS HERMANAS DE LA CARIDAD
DEL SANTO HOSPITAL
REAL Y GENERAL
DE NUESTRA SEÑORA DE GRACIA
DE LA CIUDAD DE ZARAGOZA.



CON LICENCIA:

ZARAGOZA: *En la imprenta del mismo.*

Año de 1824.

Portada de las Constituciones de la Congregación, año 1824.

afrontar el desorden y desidia en que el citado centro hospitalario se hallaba. Como hecho anecdótico de la formación de enfermera de la Hermana María recogemos que en 1806 se presenta a examen de flebotomía, pues la práctica de la sangría era frecuente en la medicina de la época. Por lo visto, la calificación fue muy buena, saliendo del examen: "con mucho lucimiento y con ventaja a los mancebos de algunos años de práctica".

Durante los sitios de Zaragoza por las tropas francesas, años 1808-1809, destaca la Madre María como ejemplo de serenidad y entrega, luchando contra el hambre y la miseria.

Debido a la inestabilidad política que atravesaba la capital maña, tanto la Madre María como su Hermandad atraviesan por malos momentos, llegando incluso a pedir su dimisión como supe-

riora. Con la salida de los franceses, en 1813, cambia la situación política y, en consecuencia, los cargos directivos del Hospital; la Hermandad conoce momentos de tranquilidad y la Madre María se encarga especialmente de la Inclusa, en donde eran recogidos niños expósitos y abandonados.

En 1824 se aprueban las Constituciones de la Congregación (durante los 20 años anteriores se había regido la Hermandad por las elaboradas por el propio padre Bonal y otras de fray Santander), jurando los votos de pobreza, castidad, obediencia y hospitalidad.

Nuevos sucesos políticos -primera guerra carlista- hacen peligrar la Congregación; se detiene y encarcela a la Madre María, injustamente, como se reconocería en la propia sentencia, tal vez por ocultar a alguna persona perseguida por la justicia. No obstante, se la obliga a salir de Zaragoza, marchando a Huesca. En 1841 vuelve a su hospital zaragozano y a su querida Inclusa. Se jubila el 30 de Marzo de 1845, pero por petición de las autoridades del Hospital continúa en su cargo. Muere el 30 de Agosto de 1853. Como homenaje a su labor, la ciudad de Zaragoza le concede en 1908 el título de Heroína de la Caridad.

TAREAS Y FUNCIONES DE ENFERMERIA SEGUN SUS CONSTITUCIONES DE 1824

El 10 de Julio de 1824, el Gobernador eclesiástico del Arzobispo de Zaragoza, D. Francisco Amar, expedía oficialmente la aprobación eclesiástica de las Constituciones de la Congregación de las Hermanas de la Caridad. En ellas queda reflejado el trabajo diario de estas enfermeras religiosas, desde la finalidad del Instituto hasta las funciones de cada uno de los cargos que ocupan las Hermanas: Presidente y Consultoras, Maestra de novicias, Enfermeras, etc., así como las cualidades que se precisan para entrar en la Congregación, los

votos que juran y otros aspectos que regulan el quehacer diario.

Resumidamente vamos a analizar las tareas y funciones de las Enfermeras recogidas, fundamentalmente, en el Capítulo VIII de las citadas Constituciones.

En el Capítulo primero se expresa la finalidad del Instituto y que no es otra que el de "servir á las enfermas sin escepción de enfermedades contagiosas ni pestilentes; especialmente en el manejo inmediato de sus personas, limpiándolas, ayudándoles á levantar ó volverse cuando conviene, haciéndoles las camas, suministrándoles el alimento y las medicinas, fregándoles la vagilla y hasta los vasos inmundos, escobándoles las salas ó enfermerías, velándolas á todas las horas del día y de la noche, y arrojando los cadáveres después de muertas...". Como puede verse, estas Hermanas atendían, y así queda expresamente recogido en este Capítulo inicial, enfermos de cualquier patología, incluida la infecciosa; esto supuso que muchas de las Hermanas pagaran con sus vidas, sobre todo en época de epidemias.

La jornada normal de trabajo de las 12 primeras Hermanas, allá por los primeros años del siglo XIX, era extremadamente dura, como muestra el siguiente horario:

- 4 de la mañana: Levantarse, vestirse, lavarse.
- 4'30: Una hora de oración mental.

(34)
curadores que ordinariamente son jóvenes y solteros, ya por la indecencia de partes que frecuentemente es preciso descubrir y es muy peligroso ver.

CAPITULO VIII.

De las enfermeras.

Las Hermanas destinadas á las enfermerías ó salas, son las que mas directamente se ocupan en el principal fin de su instituto; éstas son las que necesitan mas fervor de caridad, y deben ser mas sufridas, compasivas, afables, diligentes y cuidadosas; y tales las deben escoger la Presidenta y Consultoras. Ellas han de sobrellevar el trabajo mas pesado y repugnante á la debilidad humana y esponer mas su salud corporal y vida; pero tambien tendrán mayor mérito y premio espiritual si desempeñan debidamente su obligacion: para esto no han de atender á que sirven á unas personas desvalidas ó desamparadas del mundo, groseras tal vez, soeces ó pecadoras, cuales se presen-

El capítulo VIII de las Constituciones recoge las funciones de las Hermanas Enfermeras. En su introducción se resalta la principal finalidad del Instituto: prestar cuidados de Enfermería.

- 5'30: Limpieza de los vasos de noche de los enfermos.
- 6'30: Misa. Comunión los días que toque.
- 7'00: Cura de enfermos, barrer las salas, componer las camas y limpiar las vajillas menores de los enfermos.
- 8'00: Acompañar a los médicos durante la visita a los enfermos.
- 8'30: Dar a los enfermos las medicinas recetadas y sangrarles si fuera necesario.
- 9'15: Rezar el Rosario en una de las salas.
- 9'30: Suministrar el caldo a los enfermos. Llevarles la comida.
- 11'00: Lectura especial en el coro.
- 11'30: Corona de Nuestra Señora y examen de conciencia.
- 12'00: Comida y recreo.
- 13'00: Retiro en los cuartos, des-

canso.

14'00: Asistir a la segunda visita de los médicos y suministrar las medicinas recetadas.

17'00: Rezo en las salas de los Actos de fe, esperanza y caridad y del santo Rosario.

17'30: Caldo a los enfermos. Cena.

19'00: Media hora de oración mental y otro cuarto de hora de rezos comunes.

20'00: Cena.

20'30: Cura a los enfermos.

21'00: Acompañar la visita del médico.

22'00: Se acostarán todas en su dormitorio, sin excepción, por muy devota que parezca la causa, salvo las dos Hermanas que hacen la vela a los enfermos hasta las cuatro de la mañana.

En un día normal, la Enfermería debía pasar tres veces sala con el médico o cirujano y realizar dos sesiones de curas, una por la mañana y otra por la tarde, incluyendo la práctica de la sangría a aquellos enfermos que lo tuvieran prescrito. Estas Hermanas Enfermeras estaban capacitadas y legalmente autorizadas a realizar la técnica de la sangría, debiendo para ello superar el correspondiente examen ante las autoridades pertinentes. Como curiosidad resaltamos que este último punto les costó enfrentarse a los practicantes de cirugía, que las acusaban de intrusismo profesional.

El Capítulo VIII, titulado De las enfermeras, recoge en 11 páginas (de la número 34 a la 44 de las Constituciones de 1824) el trabajo diario de las Hermanas encargadas de prestar los cuidados de Enfermería. Se dice que esta ocupación, la de enfermera, es el

principal fin del Instituto y la que más necesita de fervor y caridad, pues ha de sobrellevar "el trabajo más pesado y repugnante á la debilidad humana y esponer mas su salud corporal y vida".

Se especifica que no se ha de diferenciar ni discriminar a las enfermas en razón al tipo de patología, carácter, mala vida..., sino que han de ver en ellas unas criaturas a imagen y semejanza de la Santísima Trinidad, como hermanas suyas. Se insiste en la caridad al prójimo como base de los cuidados enfermeros.

Entrando de lleno en las tareas y actividades llevadas a cabo por la Hermana Enfermera, se desta-

can las siguientes:

- Tener preparada la cama, debidamente compuesta y arreglada para recibir el ingreso.
- Atender, con afecto y atención, a la enferma que ingresa.
- Desnudarla y acostarla; darle una taza de caldo si no ha comido nada en las últimas horas, así como medicina si hubiera de tardar la visita del médico o cirujano.
- En caso de gravedad, comunicarlo.
- Darle ropa limpia del Hospital y guardar debidamente la suya, identificándola con un número.
- Prestar los cuidados de Enfermería en cuanto a alimentación,



Retrato de la Madre María Rafols, fundadora de la Congregación.

- administraci3n de medicinas e higiene.
- Controlar la comida suministrada a la enferma desde el exterior, por si le puede perjudicar y seguir la dieta prescrita por los facultativos.
- Administrar puntualmente y registrar las medicinas en las correspondientes tablas; en caso de prescripci3n de vejigatorios y sangrías, avisar a las Hermanas sangradoras y practican-tes, ayudando a éstos con agua caliente, vendas y demás material necesario.
- En cuanto a la higiene de las pa-cientes, proveerlas de mudas de ropas y material vario (peí-nes, barreños, tijeras...) y ayu-darlas. Limpieza de escudillas y demás objetos personales de la enferma, así como de las salas de enfermería.
- Vigilancia permanente de las en-fermas, día y noche.
- En caso de enfermas infecto-con-tagiosas, las Hermanas Enfer-meras se frotarán la nariz y las manos con agua y vinagre. Así-mismo, en las enfermerías de estas enfermas, las Hermanas dejarán de rezar mientras ba-rren, para evitar un posible con-tagio (para no tragar miasmas).
- Asistencia espiritual (avisar para que se les administren los San-tos Sacramentos en caso de gravedad, ayudarles a bien morir, llamar al Pasionero de guardia, dar gracias a Dios diariamente, etc.).
- Preparar y amortajar el cadáver, en caso de muerte de la enfer-ma, entre dos Hermanas y en-tregar los bienes (dinero, ropa) de la difunta a la madre Presi-denta para que disponga de ellos en la forma debida.

Resumiendo el anterior cuadro de tareas y prácticas de cuidados de estas Hermanas Enfermeras,

encontramos funciones adminis-trativas (diversos controles y regis-tros: de las pacientes, de sus per-tenencias, etc.), funciones asisten-ciales, principal objetivo de su Instituto (administrar alimentos, medicinas, atender las necesida-des de las enfermas), funci3n do-cente (recordemos, por ejemplo, el aprendizaje de la técnica de la sangría, para poder posterior-mente realizarla, y otras técnicas de Enfermería), todo ello contem-plando a la enferma integramen-te, en su aspecto bio-psicosocial (es fundamental ayudar a la pa-ciente en sus últimos momentos, dándoles consuelo espiritual).

AGRADECIMIENTOS

A la Congregaci3n Hermanas de la Caridad de Santa Ana, en especial a la Hermana Celia Pardos, enfermera del Hospital Universitario Virgen del Rocío, de Sevilla, por su asesoramiento y dona-ci3n de material bibliográfico.

BIBLIOGRAFIA

- Martín Descalzo, J.L.: El verdadero rostro de María Rafols. Edita: Congregaci3n Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Zaragoza, 1981.
- Aznar, Hermana Rosario: María Rafols, Heroína de la Caridad, Fundadora de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Zaragoza.
- Tellechea Idígoras, J.I.: Las Hermanas de la Caridad de Santa Ana y el Hospital de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza. Documentos Hist3ricos I. 1808-1858. Zaragoza, 1968.
- Tellechea Idígoras, J.I.: Las Hermanas de la Caridad de Santa Ana y el Hospital de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza. Documentos Hist3ricos III. El primer decenio (1804-1814). Vitoria-Gasteiz 1984.
- Tellechea Idígoras, J.I.: Las Hermanas de la Caridad de Santa Ana y el Hospital de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza. Documentos Hist3ricos IV. El Segundo decenio (1814-1824). Vitoria-Gasteiz, 1986.
- Tellechea Idígoras, J.I.: Las Hermanas de la Caridad de Santa Ana y el Hospital de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza. Documentos Hist3ricos V. Las Constituciones de 1824. San Sebastián, 1988.
- Tellechea Idígoras, J.I.: Mosen Juan Bonal, el sacerdote veredero. Documentos Hist3ricos II. Vitoria, 1984.
- Tellechea Idígoras, J.I.: Las Hermanas de la Caridad de Santa Ana en Huesca (1807-1868). Vitoria, 1972.
- Tellechea Idígoras, J.I.: Las Hermanas de la Caridad de Santa Ana y el Hospital de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza. Documentos Hist3ricos II. Constituciones Primitivas. Vitoria, 1976.

NOTAS

1. Tellechea Idígoras, J.I.: Las Hermanas de la Caridad de Santa Ana y el Hospital de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza. Documentos Hist3ricos I (1807-1858). Zaragoza, 1968, p. XII y ss.
2. Estos datos biográficos de la Madre María Rafols se han extraído de las obras Martín Descalzo, J.L.: El verdadero rostro de María Rafols. Edita: Congregaci3n Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Zaragoza, 1981; Aznar, Hermana Rosario: María Rafols, Heroína de la Caridad, fundadora de las Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Edita: Congregaci3n Hermanas de la Caridad de Santa Ana. Zaragoza.
3. Tellechea Idígoras, J.I.: Las Hermanas de la Caridad de Santa Ana y el Hospital de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza. Documentos Hist3ricos V. Constituciones de 1824. San Sebastián, 1988, p.8 y ss.
4. *Ibidem*, p.6 de las Constituciones.
5. Ob. cit., El verdadero rostro de María Rafols, p. 84.

CONCURSO FOTOGRAFICO Nº 30



3er PREMIO

Isabel Mañas Alvarez

Nº Colegiado: 8413

Máquina: Fujica ST-705

El Aseo

1er PREMIO

Desierto

2º PREMIO

Desierto

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA Nº 31

TEMA: NUESTROS PUENTES

El plazo de presentación finalizará el próximo 31 de Octubre de 1995.

BASES:

Premios

1er premio: 50.000 ptas.

2º premio: 25.000 ptas.

3er premio: 10.000 ptas.

Formato

18 x 24 cm. color, enmarcada en cartulina blanca de 2 cms. de

margen (22 x 28 cm. con marco). Cada participante sólo podrá presentar 2 fotografías como máximo, aunque se optará sólo a único premio, cada una de las cuales irán en sobre cerrado e identificada en su reverso con el título de la composición.

En sobre aparte cerrado, irá el nombre y el número de colegiado (imprescindible teléfono de contacto) y máquina con la que ha realizado la fotografía y sin negativo, figurando solamente en el exterior

de éste título de la composición a fin de mantenerse en anonimato el nombre del autor de la misma. Los ganadores tendrán de plazo una semana para entregar los negativos. Tanto los negativos como todas las fotografías presentadas pasarán a ser propiedad del Colegio, que podrá hacer uso de ellas sin carácter lucrativo y especificando el autor de la misma. El fallo del jurado será inapelable. La presentación a dicho concurso supone la aceptación de las presentes bases.

NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS

EDICIONES DIAZ DE
SANTOS, S.A.
C/ JUAN BRAVO, 3A
28006 MADRID
TELF: (91) 431 29 82
FAX: (91) 575 55 63



TEORIA Y PRACTICA DE LA GERIATRIA

. FERNANDO PERLADO
. 316 PAGINAS
. P.V.P. 2.500

Los ancianos enfermos constituyen un amplio grupo consumidor de recursos de salud y de recursos sociales. La necesidad de organizar servicios especiales orientados a atender los problemas derivados de la enfermedad en el anciano hace que la Geriatría adquiera cada día mayor importancia.



PEDIATRIA SOCIAL

. CARLOS GARCIA
CABALLERO (Editor)
. 500 PAGINAS
. P.V.P. 6.850

En estos momentos, cuando se persigue como un desiderátum la culminación de un ambicioso y, tal vez, utópico proyecto de la OMS -"Salud para todos en el año 2000"-, cuando la Pediatría convencional, individual, está evolucionando hacia una Pediatría colectiva y social, cuando la Pediatría hospitalaria se proyecta hacia la realizada en la atención primaria, precisamente ahora, se necesita una constante puesta al día de los objetivos, las actividades y los conocimientos pediátricos y, en particular, los concernientes a la Pediatría Social. Es imprescindible, por consiguiente, fomentar la docencia y la investigación en este área, así como la puesta en práctica de una idónea organización de los servicios pediátricos, que permitan el desarrollo adecuado y armónico de sus actividades especiales.



INTRODUCCION A LA EPIDEMIOLOGIA OCUPACIONAL

. SVEN HERNBERG
. 330 PAGINAS
. P.V.P. 3.900

Este nuevo libro proporciona una extensa introducción a la epidemiología ocupacional. El estilo es directo, claro y de fácil comprensión: numerosos ejemplos ayudan a ilustrar los conceptos presentados. El temario incluye la comparación entre la investigación no-experimental y la experimental, las medidas de control usadas en epidemiología ocupacional, las fuentes de datos, los diseños de estudios, los problemas de validez y de generalización, las pautas para la preparación del protocolo de un estudio y los aspectos éticos.



MASTOLOGIA DINAMICA

. EMIR ALVAREZ
GARDIOL/ARMANDO
TEJERINA GOMEZ
. 628 PAGINAS
. P.V.P. 9.800

"Mastología Dinámica" es una consecuencia de los avances científicos que incorporó la mastología de la década de los 80. En estos años se afirmó la concepción sistemática del cáncer de mama y se comprometió la Medicina de Occidente con el tratamiento conservador de la mama. Pero debemos reconocer que, mucho antes, científicos pioneros, avanzando a tientas en esa dirección, iluminaron el campo que hoy transitamos, para que, en nuestros días, prosiga la cruzada de vida, con el apoyo de nuevos y óptimos recursos.



GLOSARIO DE ECONOMIA DE LA SALUD (Y DISCIPLINAS AFINES)

. SANTIAGO RUBIO
CEBRIAN
. 334 PAGINAS
. P.V.P. 3.400

El propósito de este libro ha sido servir de ayuda a los intereses económicos relacionados con la salud pública y la administración sanitaria. A este objeto se ha intentado ofrecer al lector la mayor cantidad de nociones, expresiones o principios vinculados con la Economía de la Salud, de la forma más sencilla y comprensible que ha sido posible.



Ilustre Colegio Oficial
de Enfermería



CAUDAL
SEGUROS
GRUPO ZURICH

SEGURO DE AUTOMOVILES



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

Se tiene derecho con ella:

DESDE EL Km. 0

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

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

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



PRECIOS MUY ESPECIALES PARA LOS COLEGIADOS DE SEVILLA

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

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

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

XI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA



"CIUDAD DE SEVILLA"

PREMIOS

PRIMERO: 600.000 PESETAS

SEGUNDO: 300.000 PESETAS

TERCERO: 200.000 PESETAS

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

BASES

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- DOTACIÓN:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, de TRESCIENTAS MIL (300.000) para el premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentarán por duplicado ejemplar, en tamaño DIN A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, y encuadernado; incluirán en separata un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien él delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las presentes Bases.
- 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.
- DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos que opten al premio serán remitidos por correo certificado, con acuse de recibo, al Colegio de Enfermería, apartado de Correos n.º 3.027. 41080 SEVILLA. Deberá indicar en el sobre únicamente: para el "XI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla". No llevarán remite, ni datos de identificación del autor, o lugar de trabajo, ni agradecimientos, ya que el incumplimiento de estas bases dará lugar a la exclusión del trabajo. Los trabajos serán firmados con seudónimo y acompañarán sobre cerrado con la misma identificación en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección completa, lugar de trabajo, si lo hubiese; certificado de colegiación reciente y "curriculum vitae" que se abrirá tras las concesiones de los premios.
- PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados en el "XI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de Octubre de 1995.
Los Premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.
El fallo del Jurado se hará público el día 15 de diciembre de 1995.



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERIA
DE SEVILLA

BANCO
POPULAR
ESPAÑOL

