



HYGIA

Revista Científica del Colegio
de Enfermería de Sevilla

Nº. 32 • 1º Cuatrimestre de 1996

AÑO X

- 
- QUEREMOS AYUDARLE A CUIDAR SU OSTOMIA
 - HOSPITALISMO EN NIÑOS
 - PAPEL DE ENFERMERIA DE ANATOMIA PATOLOGICA
 - ASISTENCIA DE URGENCIA EN LAS LESIONES OCULARES (Y II)
 - ASISTENCIA PRENATAL Y PERINATAL COMO PREVENCIÓN DE PROBLEMAS EN LA INFANCIA
 - CARACTERISTICAS DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE EN UNA POBLACION MARGINAL



CONDICIONES DEL

BANCO POPULAR ESPAÑOL

para ATS y Diplomados en Enfermería

CUENTA ATS Y DIPLOMADOS EN ENFERMERIA

Actualmente al **5,50% TAE EN CUENTA CORRIENTE** y desde la primera peseta, con un saldo medio de 100.000 pesetas y con liquidación de intereses semestral.

ANTICIPO DE LA NOMINA DOMICILIADA

Le anticipamos el importe de su nómina hasta el abono en cuenta de la nómina del mes siguiente. **Sin cobro de intereses ni comisiones.**

CREDITO HIPOTECARIO POPULAR

Para la compra de su primera o segunda vivienda y hasta el 80% del valor pericial del inmueble.

- Tipo de interés nominal varial: **8,50%** revisable anualmente.
- Indexación: **MIBOR 1 año + 1 punto.**
- Unica comisión de apertura del 1%. Mínimo 35.000 ptas.
- Plazo: Hasta 15 años.
- Condiciones igualmente aplicable en caso de **SUBROGACIONES.**



CREDITO PROFESIONAL ATS

Para aquellas necesidades derivadas de su profesión.

- Tipo de interés nominal: **10%**. Revisable anualmente.
- Comisión de apertura: 1%.
- Cuotas mensuales de amortización.
- Plazo: Hasta 5 años.

PUEDE SOLICITAR MAS INFORMACION EN CUALQUIERA DE LAS SUCURSALES DE LA PROVINCIA

TIEMPO DE ESPERA

El presente número de HYGIA coincide en el tiempo con la puesta en marcha del nuevo Gobierno para Andalucía. El veredicto de las urnas fue concluyente y el Gobierno socialista que presidía Manuel Chaves no salió aminorado en su potencial como resultados de la acción ejecutiva sino, que, al contrario, aumentó su presencia en el Parlamento del Hospital de las cinco llagas.

Con este irrefutable veredicto democrático, nuestra Comunidad se dispone a vivir los próximos cuatro años. Para el mundo de la Sanidad, el que más nos afecta, la Consejería encargada de administrar Salud a los ciudadanos va a seguir contando con el mismo titular y el almeriense García Arboleya repite mandato los próximos cuatro años.

Al hilo de estas reflexiones, una y muchas preguntas podrían hacerse que girarán en torno al mismo eje: ¿Qué futuro inmediato nos aguarda, no ya como ciudadanos, sino en tanto profesionales de la Salud? Llamando a las cosas por su nombre, bien poco puede decir la Enfermería que avanzó en la última legislatura. Poco o nada. Ciertamente es que el escaso tiempo transcurrido —entre pinzas y no pinzas— no dio espacio para prácticamente ningún avance que no fuera la aprobación de una Ley tan importante como es la que regula el funcionamiento de los Consejos Autonómicos de Colegios Profesionales.

Eso sí, en lo que se refiere a la profesión, el balance debe ser más pobre que otra cosa. Pero el futuro está ahí, ya ha empezado y a partir de este momento, Chaves, Arboleya y su Junta de Gobierno no podrán aducir problemas de suma o resta parlamentaria para acometer cuantos proyectos deban configurar al desarrollo de una profesión tan numerosa como la Enfermería. Unidos PSOE y PA en coalición, el nuevo Gobierno andaluz no tiene ningún tipo de obstáculo para promover todas las mejoras que redunden en este como en cualquier otro colectivo.

Pero nos importa Enfermería y tenemos la esperanza abierta, de par en par, a la hora de aguardar resultados. Ciertamente es que el rabioso presente no invita, precisamente, a tirar cohetes si pensamos en la penúltima "hazaña" del Gerente del SAS queriendo sustituir Técnicos de F.P. (muy respetables, eso sí, pero técnicos de FP) por Diplomados Universitarios de Enfermería.

Ahora, sólo queremos ser positivos y aguardar las primeras acciones de Arboleya.

Queremos, como Colegio Profesional, aguardar los 100 primeros días del nuevo Ejecutivo para observar el talante con el que se refiera a esta profesión. Sobre la mesa, un amplio muestrario de deudas pendientes: que si carrera profesional, Licenciatura, especialidades, escasa subida salarial, paro creciente, o la difícilmente presentable esperanza del Gerente en relación a los técnicos a costa de maltratar a la Enfermería... Por no seguir enumerando capítulos del libro que todos sabemos de memoria.

Pero es tiempo de saludar nuevamente a Arboleya y esperar. A ver su compromiso con las mujeres y hombres de la Enfermería. Esos miles de profesionales repartidos por las ocho provincias que hacen posible, día a día, una Sanidad mejor sin apenas rechistar ante las injusticias que les afectan. Señor Consejero: suyo es el poder y la palabra. Enfermería, únicamente, aguarda.

EDITA

Ilte. Colegio Oficial de
Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José M^o Rueda Segura

SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

DIRECCION TÉCNICA

Miguel Ángel 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 Álvarez 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

QUEREMOS AYUDARLE A CUIDAR SU OSTOMIA	5
HOSPITALISMO EN NIÑOS	11
PAPEL DE ENFERMERIA DE ANATOMIA PATOLOGICA.....	14
ASISTENCIA DE URGENCIA EN LAS LESIONES OCULARES (Y II)	18
ASISTENCIA PRENATAL Y PERINATAL COMO PREVENCION DE PROBLEMAS EN LA INFANCIA	24
CARACTERISTICAS DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE EN UNA POBLACION MARGINAL.....	31
CONCURSO FOTOGRAFICO Nº 32	37
NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS	38



Autor: Jesús Rosaura Rodríguez

Colegiado Nº: 9.209

Título: Río Borosa. Parque Natural de Cazorla

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.

QUEREMOS AYUDARLE A CUIDAR SU OSTOMIA

M.^a Carmen Martínez Costa

Estomaterapeuta H.U. Virgen Macarena (Sevilla)

INTRODUCCION

Esta guía de cuidados, denominada "Queremos ayudarle a cuidar su ostomía", es un proyecto que se quiere instaurar en el H.U. Virgen Macarena de Sevilla y va dirigida a los pacientes que van a ser ostomizados.

Se pretende con un lenguaje fácil y comprensible dar una información sencilla y clara a la vez de lo que es y representa la cuestión de las ostomías, desmitificando todo el proceso que le sigue.

Tras ser sometido a una intervención quirúrgica, es lógico que se pregunte cómo va a ser su nueva situación y cómo se enfrentará a su vida cotidiana una vez que deje el hospital.

Para usted no será una intervención corriente como le hacemos ver todos (familiares, amigos, personal del hospital, etc.), le retamos a que se lea el libro de cuidados y por lo menos nos dé un plazo de unos meses para que nos conozcamos un poquito, verá como después de esos meses el experto en el cuidado del estoma será usted.

Aunque no haya oído hablar nunca de ello, no se crea que es el único; hay muchas personas que son portadores de una bolsa y solamente lo sabe ella y la persona más allegada, ya lo irá notando poco a poco. Son personas que trabajan, hacen deportes,

viajan, etc... están integradas en la sociedad.

Si un producto no le va bien, no se agobie, existe un gran surtido en el mercado de la industria farmacéutica, entre ellos, está el que mejor le vá a su piel y tipo de estoma.

¿QUÉ ES UNA OSTOMIA?

Una ostomía es un procedimiento quirúrgico que crea una comunicación con el exterior -UN ESTOMA- (del griega, boca).

minal.

FUNCIONAMIENTO DEL INTESTINO Y COMO ES UN ESTOMA

El intestino delgado (ileón), su función principal es absorber los nutrientes de los alimentos para usarlos como energía corporal.

El intestino grueso (colon), su principal función es la eliminación de los productos finales de la digestión (heces).

El estoma es de color rojo pare-

Los estomas pueden ser de alimentación o de eliminación de los desechos corporales, como son las heces y la orina.

Las heces serán de distinta consistencia dependiendo del tipo de estoma.

Los estomas pueden ser:

• Estomas de alimentación:

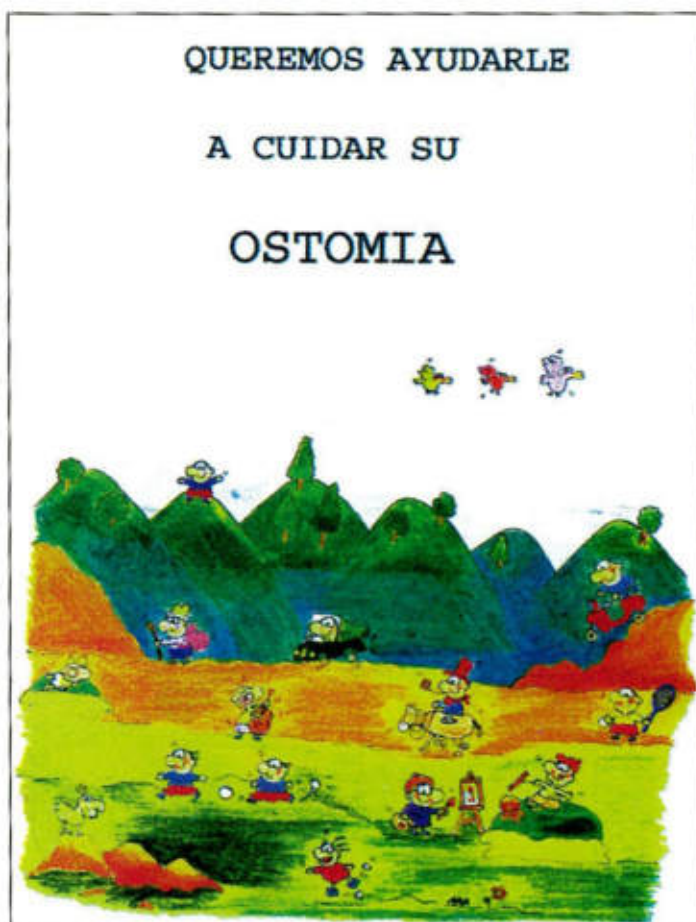
- Esofagostomías
- Gastrostomías
- Yeyunostomías

• Estomas de eliminación; dependiendo de la parte del intestino afectado serán:

- COLOSTOMIA, cuando la parte que aboca a la pared abdominal es una porción del colon ó intestino grueso.

- ILEOSTOMIA, cuando la parte que aboca a la pared abdominal es una porción del ileón ó intestino delgado.

- UROSTOMIA, cuando los uréteres son abocados a la pared abdo-



Portada de la guía "Queremos ayudarle a cuidar su ostomía", utilizada como material de apoyo educativo sanitario.

cido al del interior de la boca, tras la intervención está ligeramente edematoso, con las primeras semanas irá disminuyendo la inflamación hasta adquirir su tamaño normal.

El estoma no se puede controlar para permitir la evacuación voluntaria de las heces y orina; de ahí la importancia de utilizar una bolsa para recoger lo eliminado, sean heces, orina, etc.

HIGIENE DEL ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL

Accesorios necesarios para la higiene

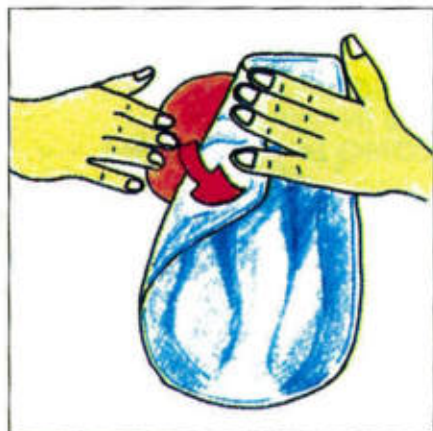
- Jabón líquido Ph neutro
- Esponja natural
- Toallita suave y absorbente
- Papel fuerte (periódico) y bolsa de plástico para desechar los dispositivos.



Accesorios para la higiene.

Como retirar el dispositivo

- Empiece despegando la parte superior del dispositivo (bolsa) con una mano y con la otra presione ligeramente la piel periestomal (alrededor del estoma), DES-



Como retirar el dispositivo.

PEGUE CON SUAVIDAD Y SIN TIRONES, ya que la piel hay que mantenerla en las mejores condiciones posibles.

- Una vez despegada la bolsa, vacíe el contenido en el water enrollle la bolsa, envuélvala en un papel de periódico e introdúzcala en una bolsa de plástico, para tirarla a la basura una vez terminado el aseo.

Higiene

- Usar agua del grifo tibia y jabón neutro. Con la esponja limpiaremos la piel periestomal (alrededor del estoma), aclararemos la piel periestomal (alrededor del estoma), aclararemos y secaremos a pequeños toques, evitando frotar la piel. Emplearemos una toallita suave y absorbente, si lo desea puede utilizar pañuelos de papel, para secarse.



Agua del grifo y jabón neutro.



Seque a toques, evite frotar.

Si va a salir (ir de compras, al médico, de viajes, etc.) puede que le sea más cómodo llevar un paquete de toallitas húmedas, por supuesto no olvide las bolsas.

- Evite ponerse alrededor del estoma aceites o cremas hidratantes, ya que dificultan la adherencia de los dispositivos (bolsas).



Aceites y cremas dificultan la adherencia.

- Cuando retire la bolsa, si el efluente lo permite, puede dejar unos minutos la piel al aire para que se oxigene. **NO ES OBLIGATORIO.**

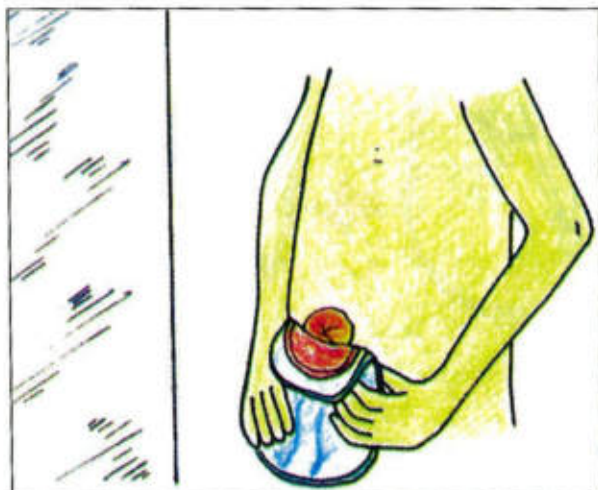
- Puede bañarse o ducharse con la bolsa puesta. No existe ninguna garantía de que no tenga descargas, pero no obstante, una vez que ha restablecido una rutina, podrá encontrar el momento adecuado durante el día para bañarse o ducharse.



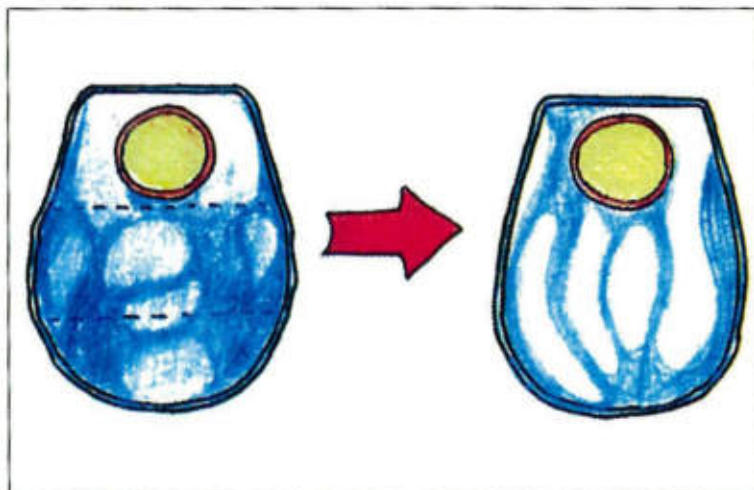
Puede bañarse o ducharse.

- Puede que observe una pequeña cantidad de sangre al limpiar el estoma, no se asuste, es normal. Si es muy frecuente y abundante consulte a su médico o a la enfermera especializada.

- **NO ES NECESARIO QUE UTILICE MATERIAL ESTERIL (GASAS, SUERO)**, por el estoma salen productos de desecho. Si deberá utilizar gasas y suero fisiológico para limpiar el estoma, el portador de una UROSTOMIA.



Colocarse el dispositivo.



Se cambiará a mitad aproximadamente.

COLOCACION DEL DISPOSITIVO

- El estoma se medirá de vez en cuando, ya que al principio su diámetro será mayor que cuando hayan pasado uno o dos meses, usted será el primero en notarlo. Cuando esté más pequeño consúltelo con la enfermera, ella le indicará el nuevo diámetro y el nuevo código de bolsa.

- Para colocarse el dispositivo, a ser posible se pondrá delante de un espejo. Doblando el dispositivo por la mitad, aplicaremos el borde inferior del diámetro de la bolsa al borde inferior del estoma. Se evitará que el diámetro de la bolsa sea más grande que el estoma, ya que puede dar lugar a irritación de la piel periestomal (alrededor del estoma).

FRECUENCIA EN EL CAMBIO O VACIADO DE LA BOLSA

El cambio de dispositivo irá en función del tipo de stoma.

- **Colostomía.** Las heces suelen ser pastosas se cambiará la bolsa de dos a tres veces al día, excepto si tiene diarrea.

- **Ileostomía.** En las ileostomías la bolsa se vaciará las veces que sean necesarias, ya que la salida de heces suele ser más continua.

- **Urostomía.** Debido a la salida continua de orina se vaciará más a menudo.

NO se realizará el cambio de dispositivo en horas de comida,

ya que hay un aumento de peristaltismo (movimiento intestinal) y puede tener descargas inesperadas.

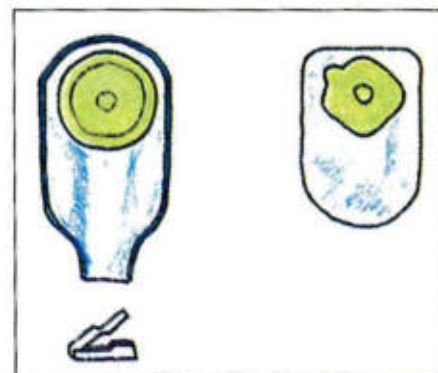
La bolsa se cambiará cuando tenga la mitad de su contenido aproximadamente, ya que al dejarla que se llene más puede desprenderse por el peso, y al retirarla sin apenas contenido puede dar lugar a que se dañe la piel.

En las **ileostomías** al igual que en las **urostomías**, al menor síntoma de filtrado del líquido entre el dispositivo y la piel hay que cambiarlo, ya que debido a lo erosivo del líquido (heces y orina) puede producir irritación en la piel periestomal (alrededor del estoma). En las **colostomías** hay que prestar algo más de atención si se tiene diarreas.

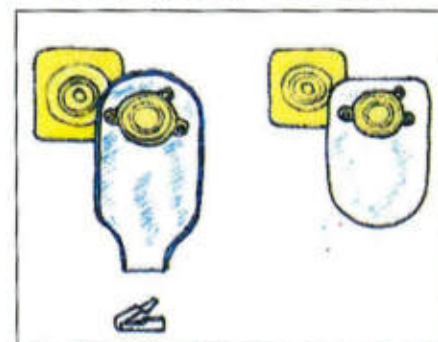


No pinchar el dispositivo, producirá escapes de olor.

NUNCA se pinchará un dispositivo para la eliminación de los gases, la bolsa perderá su hermeticidad y producirá escapes de olor constantemente.



Ileostomía y colostomía una pieza.

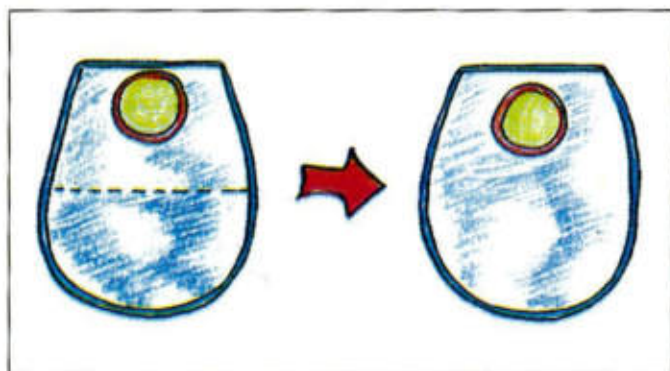


Ileostomía y colostomía dos piezas.

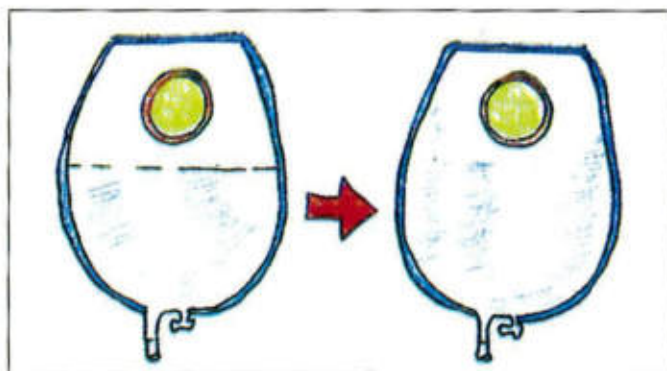
CARACTERISTICAS Y TIPOS DE DISPOSITIVOS

Existen muchos tipos de dispositivos en el mercado que le permitirán desarrollar su vida con normalidad. Por ello es muy importante que le proporcione:

- Mayor seguridad
 - Mayor protección de la piel periestomal
 - Mayor adaptabilidad y comodidad
 - Mayor discreción
- Hay bolsas que llevan un filtro,

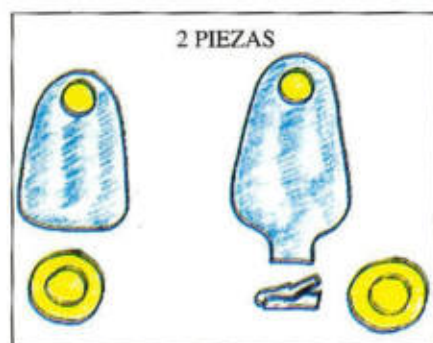


Colostomías.



Urostomías.

este filtro es de carbón activado y permite que salgan los gases a través de él y no se note olor.

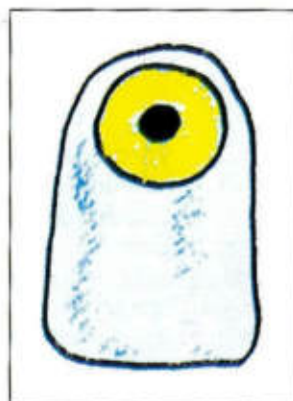


Una bolsa debe ser segura, con un buen adhesivo de piel, que sea fácil su colocación y retirada, flexible, cerradas, con filtro, sin filtro, de dos y tres piezas. Según el color serán transparentes y opacas.

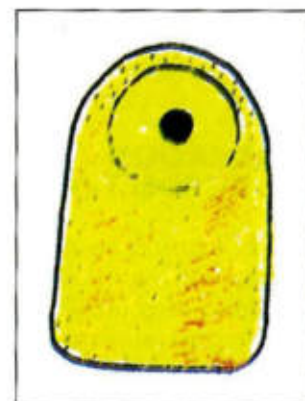
En una colostomía, cuando las heces son pastosas se emplearán bolsas de una pieza, cerradas con filtro. También se utilizarán bolsas de una pieza, cerradas con filtro. También se utilizarán bolsas de dos piezas con filtro.

En una ileostomía, donde las heces son líquidas, se emplearán bolsas abiertas por el extremo inferior, con una pinza para permitir el vaciado. Pueden ser de una o de dos piezas.

En la urostomía, se emplearán



Transparente.



Opaca.

bolsas de dos piezas con grifo y válvula antirretorno, que impedirá que la orina vuelva al estoma y produzca infecciones.

La elección de un dispositivo, bolsa abierta o cerrada, una o dos piezas, dependerá del tipo de estoma, de las heces y de las características de la piel periestomal.

DIETA

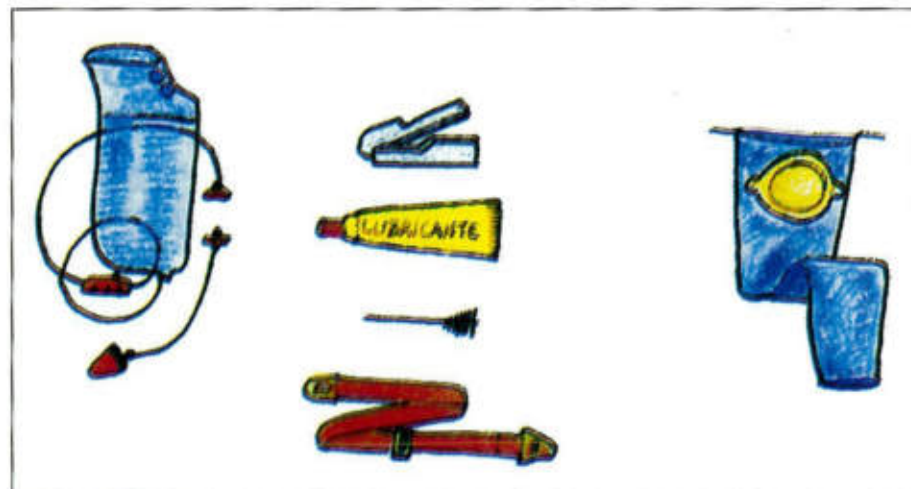
- Puede comer de todo, excepto si usted tiene UNA DIETA ESPECIAL.

- Coma despacio, con la boca cerrada y masticando bien.

- Procure llevar una dieta variada y torne bastante agua.

- Procure evitar las bebidas gaseosas, el agua con gas, pero si tuviera que tomarlas hágalo con moderación, ya que puede tener un aumento de gas en la bolsa.

- Cuando tenga problemas de heces duras o esté un poco estreñido puede ayudar a que las heces sean más fluidas el que tome: ensaladas, zumos, líquidos, fibra.



Sistema de irrigación.

- Cuando tenga diarreas puede tomar una dieta algo astringente como puede ser: arroz, patata, pescado a la plancha, agua.

- Puede reducir la formación de gases no tomando en grandes cantidades alimentos que los produzcan como: cebollas, repollos, guisantes, judías, coliflor o bebidas con gas.

- Si tiene una vida social muy ajetreada, hay alimentos que le pueden ayudar a neutralizar los gases y malos olores. Estos pueden ser, el yogurt natural, el perejil, etc.

ACTIVIDADES

- Normalmente el paciente portador de un estoma puede participar en la mayoría de los deportes, evitando los más violentos.

- También puede practicar la natación, si se siente más seguro puede aplicar una pieza que sujete la bolsa debajo del bañador, aunque NO ES IMPRESCINDIBLE.

Si debe tener la precaución de vaciarse la bolsa y sellarla antes de entrar en el agua.

- En la mayoría de los casos puede volver al trabajo tan pronto como recupere las fuerzas y el médico lo crea oportuno.

- Usted puede viajar cuando y donde quiera. No obstante, llevará siempre a mano el equipo de ostomía, ya que el equipaje facturado puede perderse. Debe llevar consigo material suficiente para todo el viaje.

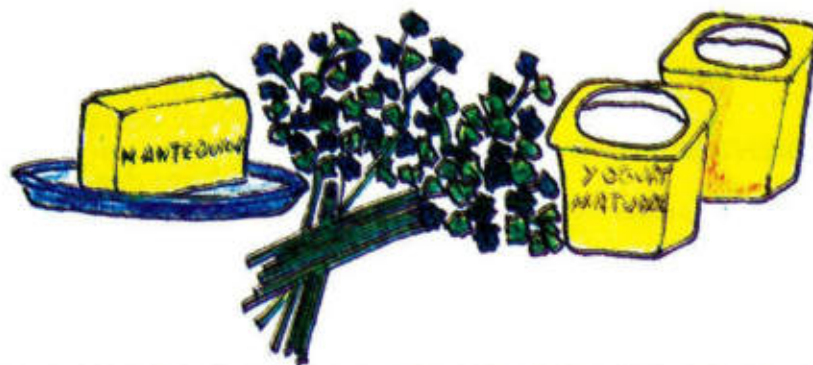
- Si el paciente, antes de la cirugía, tenía una vida sexual satisfactoria, probablemente seguirá teniéndola también después. El estoma no se lesionará con el contacto físico, y la bolsa de ostomía si está correctamente aplicada, no causará ningún tipo de problemas.

- Una mujer ostomizada puede quedar embarazada y tener un

Aumentan los gases, no los tome en grandes cantidades.



Puede llevar una dieta variada, beba agua.



Pueden ayudar a neutralizar los gases.



Pueden ayudar a que las heces sean más fluidas.



Actividades.

embarazo normal; no obstante, debe discutir el tema con el médico, antes de quedar embarazada.

RECOMENDACIONES

- Aprenda el número y diámetro de su dispositivo.
- Cuando empiece una caja de bolsas, procure sacar otra de la farmacia.
- Siempre que salga de casa, procure llevar un par de bolsas por si necesitara cambiarse, y todo aquello necesario para realizar la higiene (si le es más práctico puede llevar un paquete de

pañuelos de papel y un paquete de toallitas húmedas).

- No guarde las bolsas en lugares expuestas a humedad y calor.
- Deberá utilizar prendas y ropa interior que no ejerzan excesiva presión en el lugar donde esté fijado el estoma.
- Existen en el mercado productos además de las bolsas que le ofrecerán soluciones eficaces, tanto para el cuidado de la piel (pastas, protectores, cutáneos, etc.) como desodorantes neutralizadores del olor.
- En la actualidad existen en el mercado muchos y buenos productos, encontraremos el que le

vaya bien a su estoma, solo tiene que dirigirse a la persona adecuada, en este caso a la enfermera especializada en estomas.

AGRADECIMIENTOS

En esta guía han cooperado una serie de personas como son: la Dra. Paula Batalha en la realización de los dibujos; el Subdirector de Enfermería don Gregorio Martínez, dándome el impulso necesario para su publicación; la Supervisora de mi unidad doña Margarita Pinto, por el apoyo incondicional a toda mi labor y a todos mis compañeros de la sala.

BIBLIOGRAFIA

- Manual de Educación Sanitaria del Paciente 1. Ostomías Pag. 263-267. Ed DOYMA. Barcelona, 1989.
- Molina García, A.M.; Guisado Carmona, I.; Valenciano Melero, A.: Atención integral al paciente ostomizado. Madrid. Lab. Coloplast, 1992.
- Vaquer, G.: Guía del Ostomizado Digestivo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ortiz, H., Martí, J., Foulkes, B.: Indicaciones y Cuidados de los Estomas. Barcelona: Editorial JIMS, S.A., 1994.
- Breckman, B. Enfermería del Estoma. Ed. Interamericana. Madrid, 1983.

HOSPITALISMO EN NIÑOS

Alberto González Fernández (D.E)
Manuel Reina Jiménez (D.E)

H.U. Virgen del Rocío (Sevilla)

CONCEPTO

Bajo el nombre de HOSPITALISMO engloba la bibliografía contemporánea los síndromes producidos por los efectos dañinos del internamiento prolongado en un hospital, asilo, orfanato o cualquier institución, con ruptura de los lazos normales, familiares y sociales.

Este síndrome es completamente distinto en niños y adultos.

Evolución histórica del concepto

Aunque el concepto de hospitalismo no aparece hasta principios del S.XX ya era evidente la gravedad para el niño el permanecer durante los primeros meses o años de vida en una institución asistencial lejos de los cuidados maternos.

Es tristemente célebre la anécdota del Emperador Federico II, quien en el S.XIII, llevado de un anhelo "experimental", quiso saber que clase de idioma hablarían los niños que nunca hubiesen oído hablar, y ordenó que a un grupo de niños abandonados en hospicios se los entregase a cuidadores que nunca les hiciesen ningún ruido ni gesto expresivo afectuoso. La curiosidad no pudo satisfacerse, pues murieron todos los niños del experimento.

En el S.XX, ya se observó que si estaba el hospicio repleto se enviaban los niños que no cabían a familias con las que se contrataba su alimentación y cuidado, la mortalidad de estos niños presentaba un índice muy inferior al de los niños internos en la institución.

Hasta la Primera Guerra Mundial no se deslindó claramente el cuadro del hospitalismo infantil. Se vió que los niños desarrolla-



Recién nacido ingresado en una unidad de Neonatales.

ban una serie de síntomas que podían adquirir un curso fatal (la mortalidad era elevada) y sus medios comenzaron a considerar el síndrome como consecuencia del hecho de la misma hospitalización. En Alemania, Ibrahim lo describió como "la enfermedad del hospital" y comentó su posible curso fatal diciendo: "Pese al equipo moderno que disponemos y a toda clase de cuidados, los niños mueren de hambre psíquica. Como causa de la muerte sólo puede señalarse la falta de amor".

Casi simultáneamente Chapin en Estados Unidos, dieron el nombre del Hospitalismo al síndrome de deterioro progresivo y con una mortalidad elevada (70-100%) que aparece en los niños hospitalizados desde sus primeros días y que no podían atribuirse a infecciones ni deficiencias higiénicas, sino al trato impersonal, con la falta de los estímulos afectivos

que normalmente suministran una madre o su adecuado sustituto.

Alteraciones de la inteligencia

Su estudio fue posible gracias a la creación de los test de inteligencia (Carlota Buhler y Hetzler).

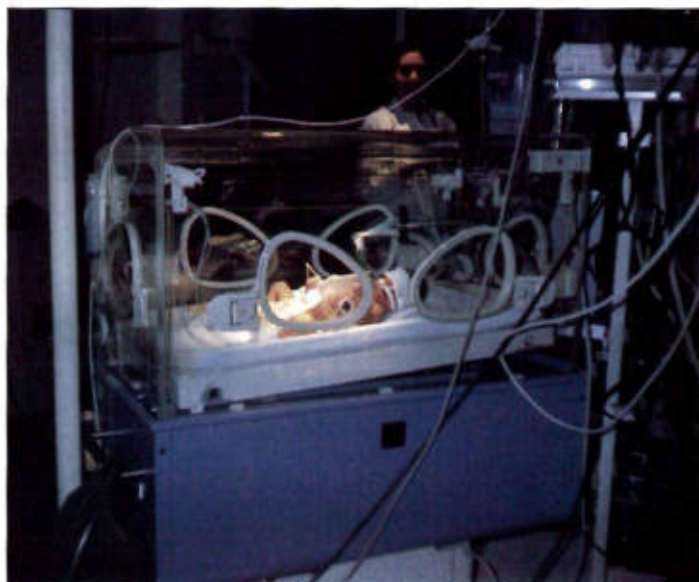
Se demostró que los niños criados en instituciones presentaban un retardo intelectual, más acentuado cuanto más rutinario e impersonal fuese el trato recibido en la institución.

Se comprobó además que si a estos niños con un coeficiente intelectual especialmente bajo, se les sacaba pronto de la institución y pasaban a un hogar adoptivo subía rápidamente su coeficiente intelectual (siempre y cuando no hubiera transcurrido más de 3 años).

Bourne (1955) encontró que en las instituciones para niños oligofrénicos en un 10% de su pobla-



El personal de enfermería debe comportarse como un adecuado sustituto afectivo cuando la situación lo requiera.



A veces la carencia afectiva obedece a razones técnicas.

ción no se encontraba causa orgánica para el retardo intelectual, y como única posible causa etiológica el abandono afectivo, y cálculo cinco meses para el período máximo de tiempo en que el niño puede quedar privado del afecto materno (o de su adecuado sustituto) sin daño permanente para su desarrollo intelectual y carterológico.

Alteraciones somáticas

Los aspectos somáticos del Hospitalismo fueron evidenciados por Rebe A. Spitz.

La gravedad y persistencia de los síndromes guardan una relación proporcional a la duración de la carencia afectiva.

El factor tiempo marca la distinción entre alteraciones reversibles y aquellas que dejarán secuelas permanentes.

Reversibilidad hasta los tres meses: **DEPRESION ANACLITICA.**

- Tras un mes: Retardo global del cociente de desarrollo, con excepción del sector de relación social.

- Tras dos meses: Signos de huida de ambiente, angustia ante la proximidad de cualquier persona, pérdida de apetito, pérdida de peso y detención del cociente.

- Tras tres meses: Retroceso del

cociente de desarrollo, rechazo de todo contacto humano, pérdida de peso, disminución general de la motilidad, insomnio y propensión a contraer enfermedades infecciosas.

La línea fronteriza que marca la reversibilidad se encuentra en los cinco meses y se caracteriza por:

- La rigidez facial es permanente, teniendo la facies anímica una expresión vacía, de imbecilidad.

- La coordinación ocular es defectuosa.

- El niño yace constantemente en decúbito supino.

- Posteriormente aparecen espasmos y movimientos anormales de los dedos.

- La morbilidad infecciosa aumenta.

Alteraciones de la conducta

Fundamentalmente son:

- a) La personalidad queda retrasada en su desarrollo, en un nivel infantil, sin angustia ni mecanismos secundarios de defensa contra ella.

- b) Déficit primario de la capacidad de identificación. Ausencia de relación humana objetiva o de la conciencia de la significación del amor o de las relaciones interpersonales. No

hay angustia, ni sentimientos de culpa, ni hostilidad.

- c) Conducta impulsiva

- d) Déficit en el desarrollo del lenguaje y en la concepción de los términos abstractos.

- e) En la adolescencia suelen aparecer oscilaciones rítmicas del humor, aparentemente en relación con impulsos biológicos o instintivos que no se inhiben adecuadamente.

- f) En los niños mayores se desarrolla una tendencia imitativa de la conducta. El impulso instintivo a "ser normal" sólo encuentra expresión copiando el comportamiento de otros.

- g) El trastorno no se modifica por ningún tipo de tratamiento, una vez pasada la primera infancia.

Todos los autores coinciden en que los niños criados en instituciones, con falta de cariño, y que sobreviven, presentan luego un tipo de personalidad anómalo, caracterizado por su conducta antisocial, hostilidad, agresión, incapacidad para someterse a las reglas y normas éticas y sociales, incompreensión para el sentido beneficioso de las limitaciones que impone la ley, y sobre todo, una incapacidad para lograr una situación amorosa normal y satisfactoria; ni entregan afecto ni valoran el que se les dan. En la adoles-

cencia cometen hurtos, engaños, fugas, etc. y en la vida adulta quedan con frecuencia en situaciones delectivas.

ORIENTACION DE ENFERMERIA

Algunas nociones de orientación de enfermería se resumen en:

- No tratar al niño hospitalizado como si se tratase de un adulto.
- Evitar que la estancia del niño en el Hospital sea una experiencia traumatizante.
- Entender que el cuidado de un niño hospitalizado debe ser realizado por un equipo multidisciplinario (DUE, Psicólogo, padres, etc.) el cual debe unificar criterios y favorecer la compenetración.
- Favorecer que la estancia en el Hospital sea lo menor posible.
- Debe evitar el trato autoritario y punitivo a pesar de utilizar una buena técnica y cuidado.
- Debe ofrecer al niño, oportunidades de mantener y mejorar los buenos hábitos los cuales deben introducirse gradualmente (higiene, hábitos alimenticios, etc.).
- Debe favorecer el juego, ya que este puede satisfacer necesidades del desarrollo físico, emocional, social y mental. Además de ser un instrumento para dominar la tensión.
- Debe favorecer la visita de los padres, sobre todo por la necesidad que tienen los niños de tener a su lado a los mismos.
- Debe favorecer la formación de los padres para que estos puedan satisfacer las necesidades de su hijo en el Hospital.

Para finalizar decir que existen condiciones de diferente índole



Se debe facilitar en lo posible el contacto precoz con la familia del R.N.



El hospital no debe ser un obstáculo para la estimulación psico-afectiva del R.N.

(profesional, técnico, etc.) que impiden en mayor o menor grado evitar el síndrome de Hospitalismo en algunos casos. Aunque el

mejor conocimiento de este fenómeno nos permitirá una adecuada atención de los niños hospitalizados por nuestra parte.

BIBLIOGRAFIA

- Bleier, J.J.- Enfermería Materno Infantil. Editorial Interamericana. México 1982.
- Beauchesne, H.- Psicopatología del niño y del adolescente. Ed. Paraninfo. Madrid 1979.
- Ajuriaguerra, J. de.- Psicopatología del niño- Ed. Toray-Masson. Barcelona 1982.
- Leifer, G., Enfermería- Pediatría. 4ª edición. Ed. Interamericana. México 1984.
- Sahler, O.J.Z.- El niño y la muerte. Ed. Alhambra. Madrid 1983.
- Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Oncología Pediátrica. Vol 3 - 1985. Ed. Interamericana. Madrid 1985.

PAPEL DE ENFERMERIA DE ANATOMIA PATOLOGICA

Francisco Palma Ramírez*
Manuel Hermida Rodríguez*
Manuela Cañada**
Gonzalo Miranda Nieves**
Antonio Ordóñez Fernández***

*ATS/D.E. del departamento de A. Patológica

**Médico Adjunto al departamento de A. Patológica

***Médico Adjunto al departamento de Cirugía Cardiovascular
(H.U. Virgen Del Rocío, Sevilla)

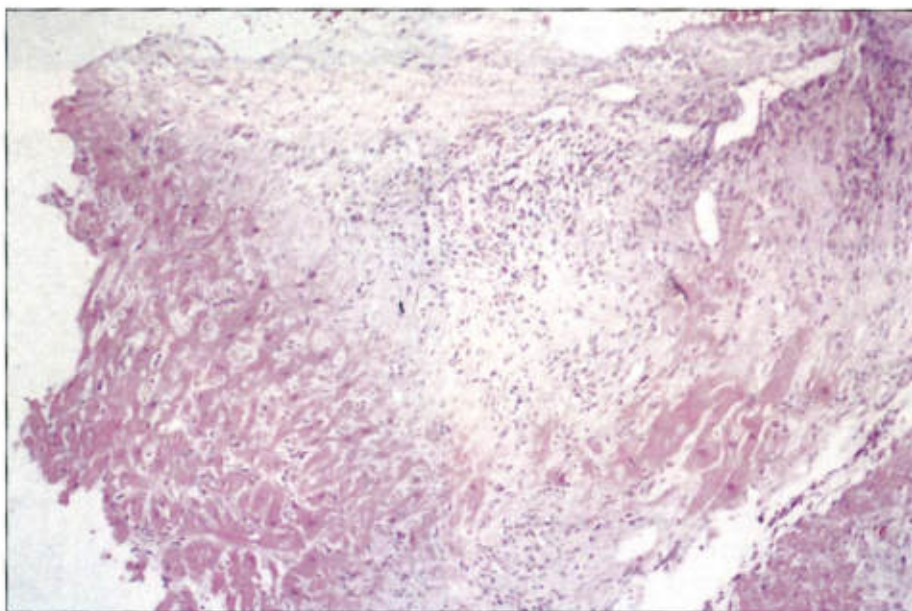
INTRODUCCION

El estudio de la biopsia endomiocárdica es relativamente comparada con el estudio de otros órganos en general, ya esto se hacía desde la segunda mitad del siglo XIX. La primera biopsia endomiocárdica se hizo en los años 50 y se practicó por taracotomía mínima, con una incisión seguida de sutura (1) o por punción directa transtorácica (3) que se aplica en el hombre años más tarde, la punción transtorácica con agujas de Silverman y Menghini modificada, pero produce un gran número de complicaciones pulmonares (neumotórax) y cardíacas por ser un método ciego.

En 1962, Sakakibara y Konno (4) diseñan un catéter provisto de una pinza distal que, introducido en el territorio vascular, permite llegar a las distintas cavidades cardíacas y obtener muestras endomiocárdicas. Con este nuevo biotomo se introduce el concepto de biopsia endomiocárdica, siendo este método más seguro.

Hoy en día hay tres tipos de biotomos en uso:

1.- El biotomo de Konno y Sakakibara antes ya mencionado, pero en versión mejorada (5). Consta de un catéter metálico flexible de 100 cm. de longitud, terminada en unas pinzas cortantes con unas cúspides móviles y provisto de un mecanismo de apertura y cierre en su extremo proxi-



Rechazo moderado 3-B en cual podemos ver necrosis fibrilar, teñido con H.E.

mal, que controlado por la mano del operador, puede obtener especímenes de 3 a 4 mm.

2.- Biotomo descrito originalmente por Caves et al en 1972 (6) utilizado en el Centro Universitario de Stanford, EE.UU., modificado más tarde por Nasson (7). Es un biotomo de 50 cm de longitud de mejor maniobrabilidad, direccionalidad y eficacia mecánica que el anterior y muy apropiado para la biopsia del ventrículo derecho a través de la vena yugular o subclavia derecha.

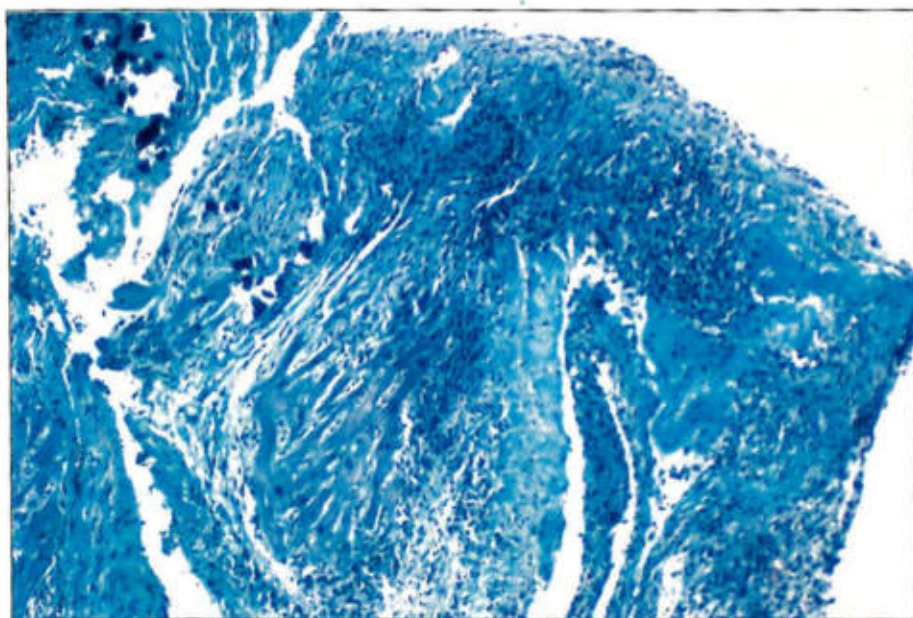
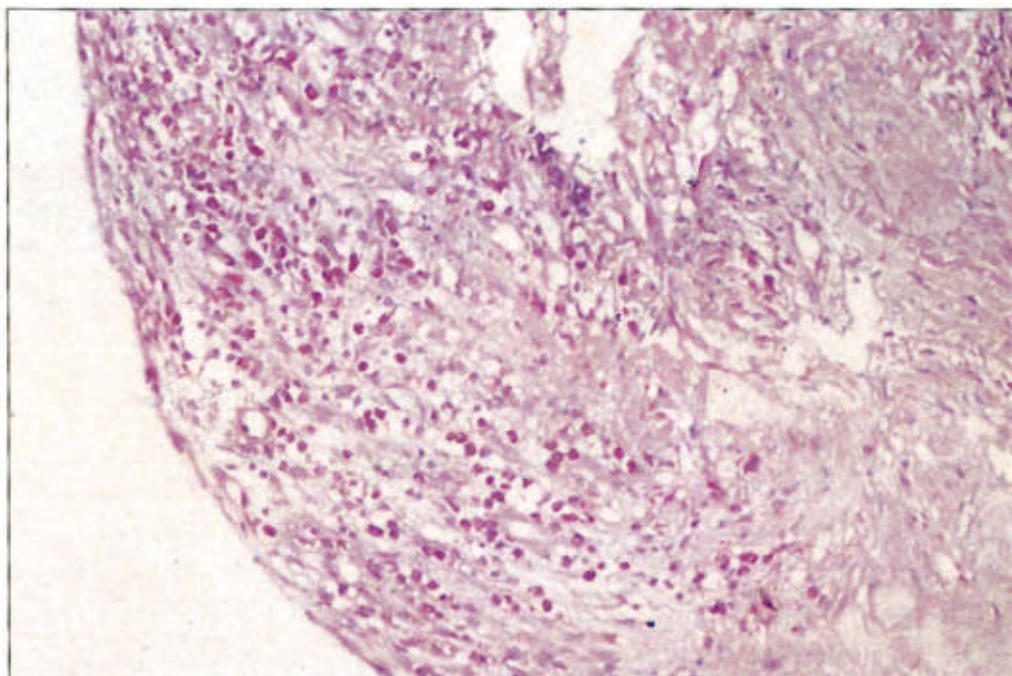
Tiene un mecanismo de cierre en tres posiciones a voluntad del operador. Las pinzas cortantes

son hemisféricas, una de ellas es fija y la otra móvil. Las biopsias conseguidas con este son más pequeñas entre 1 y 3 mm.

3.- Miotomo desarrollado por Richardson, del King's Collage (G.B) en 1974, que consiste en una adaptación del broncoscopio de fibra óptica Olympus (8); este miotomo es introducido a través de una vaina de St. Thomas según técnica descrita por Brooksby et al (9).

Todos los miotomos descritos son buenos estudios de la biopsia endomiocárdica. El utilizado en el Servicio de Cardiología de este Hospital es el de Konno.

Rechazo moderado 3-B, teñido con V.M.P. Podemos ver los linfocitos T teñidos pironinófilos.



Rechazo moderado 3-B, teñido con T.M. con exudado y necrosis.

MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestro H.U. Virgen del Rocío se han realizado un total de 37 trasplantes cardíacos humanos alogénicos ortotópicos desde Enero de 1991 hasta Julio de 1994.

Todos los pacientes fueron sometidos a biopsias endomiocárdicas, con biotomos de Cordis (Kono) periódicamente según protocolo:

- La primera a la semana pos-

trasplante.

- Durante los dos primeros meses una a la semana (8 biopsias).

- 3^º y 4^º mes una cada 15 días (4 biopsias).

- 5^º y 6^º mes una vez al mes (2 biopsias).

Después del 6^º mes de biopsia se efectuará cada 6 meses. Después se hace anulamente.

En cada biopsia se debe de tomar un mínimo de 5 fragmentos y entre 1 y 3 mm. y cada uno de

diferentes puntos, procurando que estos fragmentos correspondan al septo intraventricular.

Las muestras son revisadas por el ATS/DUE en el quirófano de hemodinámica, rechazándose aquellos fragmentos que tengan menos de 1 mm. de diámetro o que presenten un aspecto macroscópico hemorrágico (ya que probablemente serán trombos murales). Los fragmentos que sean de color blanco-nacarado, pueden corresponder a sitio de biopsias previas.

Los especímenes obtenidos son fijados en una solución de formaldehído al 10% tamponado e introducido en una cápsula especial (doble cápsula).

Los fragmentos son procesados siguiendo la técnica habitual hasta llegar a la parafina. Una vez hecho el bloque es seriado en un microtomo de Leitz a 5 micras. Nosotros hacemos un total de 14 preparaciones, que van numerados de 1 al 14, tiñiéndose el 1, 4, 7, 10, 13 y 14 con Hemotoxilina y Eosina; el 2, 5, 8 y 11 con Tricromico de Masson modificado y el 3, 6, 9 y el 12 con Verde Metil pironima. Con estas técnicas especiales se valoran la fibrosis y la actividad de los linfocitos que intervienen en el rechazo respectivamente.

Clasificación de los rechazos:

El diagnóstico y su graduación se ha hecho siguiendo la pauta establecida por Billingham (10,11) ligeramente modificado.

Grado	Lesiones	Nomenclatura Antigua
0	No rechazo.	Ausencia de rechazo.
1	A- Infiltrado focal intersticial o perivascular sin necrosis. B- Escaso y difuso infiltrado sin necrosis.	Rechazo leve.
2	Infiltrado linfocitario importante FOCAL, con o sin eosinófilos, con "daño miofibrilar".	Rechazo moderado Focal.
3	A- Infiltrado linfocitario multifocal con o sin eosinófilo y/o daño fibrilar focal. B- Infiltrado linfocitario difuso con necrosis fibrilar, eosinófilos y escasos polinucleares.	Moderado establecido. Rechazo moderado alto ó "BORDELIN" severo.
4	Infiltrado difuso polimorfo: linfocitos eosinófilos y neutrófilos. Necrosis fibrilar, Edema, Hemorragia. Vasculitis.	Rechazo agudo severo.

La columna de la derecha (nomenclatura antigua), se refiere clasificación publicada por la Dra. Margaret E. Billingham.

Intentando solucionar algunos

de los problemas que planteaban esta clasificación, posteriormente se introdujo lo que se llama el sistema de clasificación internacional, que modificaba a la anterior,

y que es la que utilizamos en nuestro hospital, teniendo también esta algunos problemas de diferenciar entre los grados 1 y 3 (12).

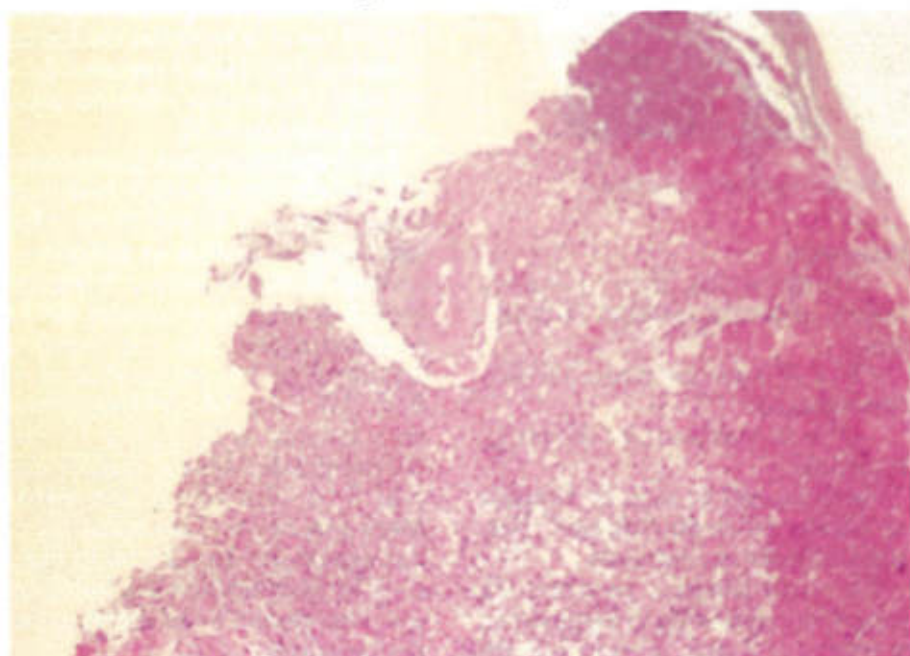
RESULTADOS

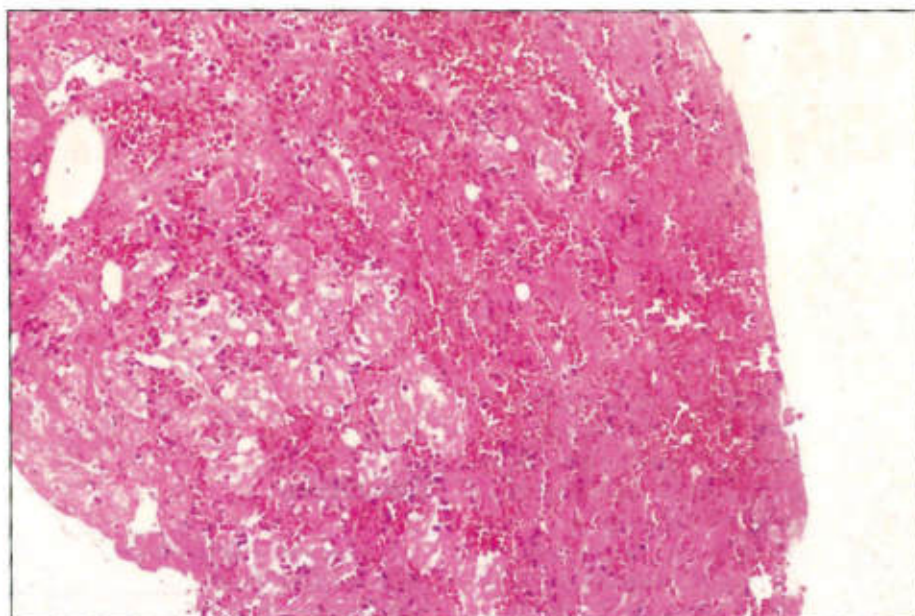
De los 37 pacientes trasplantados como podemos ver en la tabla 1, fueron todos varones excepto una mujer joven. La edad media es de 47 años, siendo la menor de 12 y el mayor de 57 años.

1. N° de trasplantes, edad y sexo

N° de trasplantes	37
Trasplantes vivos	27
Trasplantes fallecidos..	10
Sexo V/H.....	36/1
Rango de edad	12/57

Rechazo crónico con necrosis miocárdica y vasos engrosados.





Zona hemática reciente.

La enfermedad cardíaca más frecuente como se puede ver en la tabla 2, es la miocardiopatía isquémica.

2. Enfermedad cardíaca del receptor

Miocardiopatía	25
Miocardiopatía dilatada ...	10
Otras	2

En la tabla número 3 vemos qué número de biopsias es de 303, siendo la media por paciente de 8,1, la media de fragmentos por

biopsia es de 5,2. También hemos encontrado correspondiente a biopsias previas, fragmentos hemáticos y efectos Quilty.

3. N° de Biopsias y fragmentos

N° de biopsias	303
Media/paciente	8,1
N° de fragmentos	1576
Media de fragmentos/biopsias	5,2
Fragmentos de biopsia previa	93
Fragmentos de biopsia hemática	15

En la tabla número 4 podemos observar que la mayoría fueron los rechazos agudos leves, seguidos de los rechazos negativos o cero.

4. Rechazos agudos y sus graduaciones

Total de biopsias.....	303
S/ lesiones o lesiones mínimas.....	102
Crónico	1
Material insuficiente	1
Leve:	
- Grado 1-A	68
- Grado 1-B	51
Moderado establecido:	
- Grado 2	13
Moderado:	
- Grado 3-A	58

CONCLUSIONES:

- La biopsia endomiocárdica es el método más seguro y precoz para el diagnóstico del control del rechazo agudo.
- No hemos observado secuelas significativas después de las biopsias.
- Es una técnica inocua y económica, ya que se puede hacer en régimen de ambulatorio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Weinberg M., Fell EH, Lynfield J. Diagnostic biopsy of the pericardium and myocardium. Arch Surg 1958; 76: 825-829.
- 2.- Sutton DC, Sutton GC, Kent G. Needle biopsy of the human ventricular myocardium Q. Bull, Northwestern Univ. Med Sch 1956; 30:213-214.
- 3.- Casten GC, Marsh IB. Metabolic studies on cardiac tissue obtained by needle biopsy in the intact unanesthetized dog. Cir Res 1953; 1:226-229.
- 4.- Shugoll GI. Percutaneous myocardial and pericardial biopsy with the menghini needle. Am heart J 1973; 85:35-39.
- 5.- Konno S, Sekiguchi SL, Sakikabara S. Catheter biopsy of heart, radiol Clin Am 1971; 3:491-510.
- 6.- Caves PK, Schulz WP. Techniques for right and left ventricular endomyocardial biopsy. Am J Cardiol 1978; 41:887-892.
- 7.- Masson JW. Techniques for right and left ventricular endocardial biopsy. Am J, Cardiol 1978; 41:887-892
- 8.- Richardson PJ: King's endomyocardial biptome lancet 1974; 1:660-661.
- 9.- Brooksby IAB, Swanton RH, Jenkins BS, Webb Peplow MM. Long-hearth techniques for introduction of catheter tip manometer or endomyocardial biptome into left or right heart. Br heart J. 1974; 36:908-912.
- 10.- Billingham Margaret E., M.B., B.S., F.A.C.C. Diagnosis of Cardiac Rejection by endomyocardial biopsy. Heart transplantation Vol 1 N°1 1981 25-30.
- 11.- Billingham Society of heart transplantation J. of heart transp. Nov.1990.
- 12.- Reproducibility of the acute rejection diagnosis in human cardiac allografts. The Stanford classification and the intrnational Grading System. J-Heart-Lung-Transplant.12/2.

ASISTENCIA DE URGENCIA EN LAS LESIONES OCULARES (Y II)

M.^a Isabel García Chamorro

Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

AVULSION OCULAR

Definición

Consiste en el arrancamiento ocular.

Precaución

- Nunca intentar reimplantar en su órbita un ojo arrancado.

Causas posibles

- Golpe o traumatismo ocular.

Signos y síntomas

- Protusión del globo ocular fuera de la órbita.
- Hemorragia.
- Dolor intenso.
- Posible shock.

Indicaciones

- Proteger el ojo de la presión y el movimiento.

Equipo

- Gasas estériles.
- Un vaso de papel, una hoja de papel, un pañuelo o un vaso convencional.
- Tijera (opcional).
- Suero fisiológico estéril.
- Venda o esparadrapo.

Procedimiento/Explicación

- Llamar a una ambulancia.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Tratar de calmarlo y explicarle lo que vamos a hacer.
- Recortar un agujero en una de las gasas. Hacerlo de tamaño

suficiente para que la gasa encaje sobre el ojo arrancado.

- Humedecer la gasa con suero fisiológico estéril. Si no se dispone de él, utilizar agua.
- Colocar la gasa recortada o varias gasas humedecidas alrededor de la zona de avulsión.
- Aplastar un vaso de papel con las manos. De esta forma se impedirá una posterior lesión ocular por un golpe accidental, durante el traslado del paciente.
- Colocar el vaso de papel sobre el ojo afectado y fijarlo con cinta adhesiva o una venda.
- Aplicar un parche o una gasa en el ojo indemne. Para evitar el movimiento del globo ocular.
- Trasladarlo de inmediato a un hospital. Asegurarse que durante el transporte el paciente permanecerá en decúbito supino.

EXTRACCION DE LENTES DE CONTACTO

Definición

Forma de retirar lentes corneales o esclerales en la persona que está lesionada o incapacitada.

Causas posibles

- Lesiones de la cara.
- Quemaduras por sustancias químicas.
- Cuerpo extraño debajo de las lentes.
- Individuo inconsciente por enfermedad o accidente.

Equipo

- Buena luz.
- Copa de aspiración (opcional).
- Dos recipientes para las lentes.
- Solución salina estéril.



Tratamiento de urgencia en la avulsión ocular



Separación de los párpados en la extracción de una lente.



Buena iluminación.

LENTES DURAS

Procedimiento/Explicación

- Abrir los ojos del paciente con suavidad e iluminarlos lateralmente. Se verá un contorno ligeramente menor que el iris o que cubre por completo el iris y parte de la esclerótica.
- Para el ojo derecho, situarse en el lado derecho del paciente. Para que las manos tengan fácil acceso al ojo.

- Colocar el pulgar izquierdo con suavidad en el párpado superior y el pulgar derecho en el párpado inferior, cerca del borde de las pestañas.
- Separar los párpados más allá del borde de la lente y conservar esta posición.
- Hacer pequeña compresión con el pulgar derecho en el párpado inferior, en tanto se desplaza hacia arriba. Esto hará que la lente se levante por el borde inferior.

- Acercar los párpados con los pulgares. La lente se deslizará entre los párpados hasta ser expulsada.

COPA DE ASPIRACION

Procedimiento/Explicación

- Se recomienda una pequeña copa o pera de succión, cuando no se puede retirar una lente de contacto dura. Está diseñada específicamente para quitar lentes de contacto. Es similar a un ventosa de fontanero en miniatura.
- Tirar del párpado inferior del ojo hacia abajo y colocar suavemente el extremo de la ventosa contra la lente, cuidando que todos los bordes de la copa contacten con ella. No dejar que la pera entre en contacto con la córnea, por peligro de lesión permanente.
- Usar un suave movimiento oscilatorio y tirar con suavidad hacia afuera y hacia abajo. Rompe el vacío entre la lente y la superficie del ojo.
- Si se tiene dificultad para romper el vacío en la parte inferior de la lente, levantar el párpado superior y rompe el vacío en el borde superior. Al romper el vacío en cualquier borde se libera la presión y se facilita la extracción.
- Quitar la lente de debajo del párpado inferior tirando con suavidad hacia afuera y hacia arriba. Si los ojos están muy secos, una gota de solución humectante antes de la extracción tal vez ayude a romper el vacío.

LENTES DE ESCLEROTICA

Procedimiento/Explicación

- Para el ojo derecho, ponerse al lado derecho del paciente.
- Colocar el índice o pulgar izquierdo paralelo y en el borde del párpado inferior, presionando el párpado hacia abajo y atrás. Para hacer visible el borde de la lente. Evitar fueras.
- Conservar la presión, pero tirar

con el dedo del párpado inferior hacia la oreja derecha. Esto ocasionará que el párpado se deslice debajo de la lente.

- Tomar la lente de esclerótica con el índice y pulgar derechos.

LENTES BLANDAS

Procedimiento/Explicación

- Manos limpias y secas.
- Antes de atrapar la lentilla, intentar moverla sobre la conjuntiva. Si no se mueve libremente, poner en el ojo varias gotas de suero fisiológico estéril, cerrar el párpado y esperar un minuto antes de intentarlo de nuevo.
- Colocar el índice directamente en la lente y deslizarla suavemente hacia abajo. Alejándola de la córnea.
- Pellizcar ligeramente la lente entre los dedos pulgar e índice y sacarla.
- Otro sistema puede ser, el mismo que el utilizado en las lentes de esclerótica.

Precaución

- Nunca usar la fuerza para extraer una lente, si hay algún problema, se deslizará con suavidad hacia la esclerótica, en donde puede permanecer con relativa seguridad hasta que se cuente con ayuda experta.
- Cuando la lente no esté sobre la córnea, hay que desplazarla a una posición en que quede directamente sobre ella para extraerla.
- Buscar las lentes perdidas en el fondo de saco superior de la conjuntiva, que es el sitio donde con mayor frecuencia se delizan.

- Tener cuidado al extraer las lentes, que no brinquen y se pierdan. Aún la presión suave con los dedos basta para que la lente salte del ojo.
- Cuando se retiren las lentes, colocarlas en dos recipientes o frascos y marcarlos "derecho" e "izquierdo", llenos de solución salina isotónica.
- Cuando no deben retirarse: si el iris no es visible al separar los párpados, esperar la llegada del oftalmólogo.

EXTRACION DE UN CUERPO EXTRAÑO

Definición

Forma de extraer un cuerpo extraño introducido en el ojo, que está causando molestias e irritando la conjuntiva sensible.

Causas posibles

- Partículas de polvo.
- Insectos.
- Ceniza.

- Pestañas.
- Partículas de metal, vidrio, plástico, madera, etc.

Signos y síntomas

- Sensación de cuerpo extraño en el ojo.
- Enrojecimiento de la conjuntiva.
- Dolor moderado o escozor.
- Visión borrosa o normal.
- Lagrimeo excesivo.
- Fotofobia o gran sensibilidad a la luz.
- Blefarospasmo.

Indicaciones

- Extraer un cuerpo extraño del ojo.
- Disminuir con ello el dolor.
- Evitar mayor daño por abrasión.
- Reducir el riesgo de infección.

Equipo

- Solución salina estéril, agua esterilizada o agua limpia,
- Jeringa.
- Hisopo, pañuelo de tela o de papel.
- Varilla de cristal o palillo de dientes, etc.
- Lupa.
- Protector rígido.
- Parche ocular o gasa estéril.
- Esparadrapo antialérgico.

Procedimiento/Explicación

- Tranquilizar al paciente y explicarle lo que le vamos a hacer.
- Sentarlo en una zona bien iluminada, revisar y extraer las lentes de contacto si las hay.
- Retraer el párpado inferior con una suave presión en su parte central, por debajo del borde orbital inferior y pedir al paciente que mire hacia arriba, hacia abajo, a la izquierda y a la derecha. Las partículas de polvo generalmente se desplazan hacia el saco conjuntival inferior por el párpado superior.
- Examinar el interior del párpado completamente, con ayuda



Irrigación ocular.

de una lupa si tenemos. Puesto que el cuerpo extraño puede ser de pequeño tamaño, a veces es útil la amplificación.

- Irrigar con solución salina, agua esterilizada o agua limpia y jeringa (las dos primeras son preferibles si se puede contar con ellas). Las partículas pequeñas conjuntivales a menudo se expulsan de modo espontáneo con las lágrimas o por simple irrigación, que se hará siempre desde el ángulo interno hacia el externo del ojo.
- Si se ha detectado alguna partícula adherida, usar la punta de un aplicador de algodón (hisopo) humedecida en suero fisiológico, o un pañuelo limpio o de papel humedecidos, para extraerla.
- Si el cuerpo extraño es metálico, hay que extraerlo en la medida de lo posible. Se rodean rápidamente de un anillo de óxido y si de dejan estar, se van hundiendo progresivamente por el frotamiento constante del párpado superior, corriendo el peligro de infección.
- Si no se ha encontrado, pellizcar suavemente el párpado superior y estirarlo con cuidado hacia abajo, montándolo sobre el párpado inferior. Para estimular el lagrimeo y permitir que las lágrimas lo arrastren al canto interno o al párpado inferior, donde se podrá extraer sin riesgo.
- Proceder a la eversión del párpado superior, animando al paciente a relajarse. Para examinar su superficie interna.
- Decirle que mire hacia abajo. Así se relaja el músculo elevador y se facilita la eversión, a la vez que sirve de medida de seguridad, ya que la córnea se retira del centro de actividad.
- Levantar ligeramente el párpado superior con nuestro dedo pulgar o medio sobre el borde de la órbita superior. Evitar ejercer presión sobre el globo ocular.
- Cuando sobresalgan las pestañas, cogerlas suavemente con



Uso de lupa para amplificación.

- los dedos índice y pulgar de la otra mano.
- A continuación, colocar horizontalmente la punta de un hisopo de algodón, varilla de cristal, palillo de dientes u otro objeto romo, justo por encima del pliegue sobre la cara externa del párpado y doblarlo tirando de las pestañas hacia abajo, hacia adelante y hacia arriba, por encima del hisopo. La exposición del párpado superior ayuda a la identificación de partículas que con frecuencia se enclavan a este nivel, donde son muy molestas por su continuo roce con la córnea, que a menudo llegan a erosionarla, en especial si el paciente se restriega los ojos.
- Fijar el borde palpebral con un dedo contra el borde orbital superior, retire el hisopo e inspeccionar el interior del párpado.
- Con el hisopo humedecido en solución salina o con un pañuelo también humedecido, retirar la partícula frotando suavemente o girando el aplicador. Un algodón seco podría dejar filamentos dentro del ojo.
- Si no se consigue nada, recurrir a la irrigación del saco conjuntival superior.
- Volver el párpado superior a su

posición normal, diciendo al paciente que mire hacia arriba, y desplazarlo suavemente el párpado hacia delante; Después pedirle que parpadee. No permitir que el párpado caiga de forma brusca sobre el ojo.

- Si la partícula está incrustada o simplemente sobre la córnea, aplicar con cuidado un parche ocular y encima un protector rígido y obtener de inmediato el tratamiento de un oftalmólogo, que puede ser quirúrgico. Tratar de extraerla por la fuerza con el hisopo, puede hacer que penetre en los tejidos y lesione el ojo.
- Después de extraer la partícula, el paciente por lo regular se queja de seguir notándola, puede aliviarse colocando un cojincillo oval sobre los párpados cerrados, fijándolos con un esparadrapo. Si las molestias no se alivian en una hora, más o menos, puede haber abrasión corneal, por ello, llevar al oftalmólogo para examen y tratamiento adecuado.
- Bajo ninguna circunstancia instilar colirios analgésicos sin prescripción médica, cuando reaparezcan los dolores. Dichos preparados retrasan la cicatrización y puede quedar destruida toda la capa epitelial.



Limpieza de párpados.

PROTESIS OCULAR

Definición

Forma de extraer y reinsertar la prótesis usada para llenar la órbita después de la enucleación del ojo.

Causas posibles

- Tumor maligno del ojo.
- Lesión intensa por traumatismo o enfermedad.
- Para aliviar el dolor.

Indicaciones

- Limpieza del ojo artificial y órbita.
- Retirar la prótesis para dormir o al ir al quirófano.

Equipo

- Toalla.
- Gasas suaves o torundas de algodón.
- Copa de aspiración (opcional).
- Agua, jabón o líquido detergente.
- Solución salina tibia.
- Recipiente con tapa para la prótesis.

Procedimiento/Explicación

- Lavarse las manos.

- Acostar al paciente. Para prevenir la caída del ojo artificial por accidente. Si está incorporado colocar una toalla.
- Hacer que el enfermo cierre los ojos y limpiar los párpados con movimientos de frotamiento suave.
- Para extraer el ojo artificial, depressir el párpado inferior con el pulgar y levantar suavemente el párpado superior con el índice, ejerciendo a la vez una ligera presión hacia abajo. Esto rompe la succión que sostiene la prótesis en su lugar y ésta se deslizará hacia afuera y hacia abajo.
- Usar la otra mano para que, como recipiente, recoja la prótesis cuando deslice. No dejar que la prótesis caiga sobre una superficie dura.
- Otra posibilidad es usar una pequeña copa de aspiración que se aplica directamente a la prótesis, efectuando un ligero movimiento oscilatorio. Esto libera el vacío, saltando la prótesis hacia afuera.
- Lavar la prótesis con jabón o líquido detergente y agua, enjuagarla bien y secarla con una gasa. Quitar todas las costras y secreciones, teniendo cuidado de no rayarla en alcohol u otros limpiadores químicos.
- Si no se va a reinsertar de in-

mediato, guardarla en un recipiente con tapa segura, lleno de agua o de una solución desinfectante.

- Limpiar la órbita con torundas de algodón o gasas humedecidas en solución salina tibia. Frotar del canto interno hacia el externo, eliminando las costras y secreciones. Secar el tejido adyacente con gasas secas. Los conductos lagrimales pueden estar intactos. Al frotar del canto interno hacia el externo se reucen las probabilidades de empujar restos hacia los conductos, y se apartan del ojo no afectado.
- Para introducir la prótesis, humedecerla con agua tibia. La fricción hace difícil la inserción.
- Sostener la prótesis entre el pulgar e índice, con la otra mano asegurar el párpado superior hacia arriba contra la superficie de la cavidad orbitaria. Mientras el paciente mira hacia abajo, introducir la prótesis bajo ese párpado. Sostener el ojo con firmeza para no dejarlo caer, a la vez que manipularlo con mucho cuidado, ya que, de otro modo, su superficie se hace áspera y produce irritación del saco conjuntival.
- Con un dedo fijar la prótesis en su posición, y mientras que el enfermo mira hacia arriba, traccionar hacia abajo y hacia afuera el párpado inferior, deslizando el borde inferior de la prótesis por detrás del párpado mencionado. Debe ajustarse con facilidad a la órbita.

ASISTENCIA DEL NIÑO

- Permitir que el niño maneje y se familiarice con el equipo que se utilizará, en la medida de lo posible.
- Siempre hablarle antes de tocarlo.
- Explicarle lo que se le va a hacer, sin asustarlo.
- Ganar la confianza y cooperación del niño y tranquilizarlo, hablándole durante el procedimiento.

- Permitir que el niño tenga alrededor de él objetos familiares estimulantes del tacto y del oído.
- Se le puede aplicar un vendaje en las manos, o férulas en los codos para que no se frote los ojos.
- Cuando el niño no colabore, será preciso acostarlo y solicitar la ayuda de una tercera persona para sujetarle la cabeza.
- Si estamos solos con el niño y no para de moverse, se le puede inmovilizar sentándolo sobre una alfombra, colocando el niño tumbado entre nuestras piernas mirando hacia nuestros pies, de forma que nuestros muslos queden sobre los brazos del niño. Así, la cabeza y el cuerpo del niño quedarán sujetos entre nuestras piernas y no podrá utilizar los brazos para forcejear.



Familiarización del niño con el equipo.

FRASES CLAVE

- Retirar un objeto penetrante del globo, puede ocasionar la salida de su contenido.
- No ejercer presión sobre un ojo hasta asegurarnos que no existe penetración.
- Todo tipo de estimulación corneal origina malestar.
- Independientemente de la lesión, reír primero las lentes de contacto.
- Cubrir un ojo quemado por un

cáustico puede reactivar los residuos químicos.

- En una quemadura, si es imposible desplazar al accidentado, acarrear agua al lugar del accidente.
- Nunca intentar reimplantar un ojo arrancado.
- No extraer por la fuerza un cuerpo extraño si está incrustado o sobre la córnea.
- Hablar al niño antes de tocarlo, para no asustarlo.

ACLARACION

En el anterior artículo Asistencia de Urgencia en las lesiones oculares I, publicado en el número 30 de la presente revista, se han observado alteraciones en su estructura. La principal ha consistido en la ausencia de correlación de los procedimientos con sus explicaciones, teniendo en cuenta que no todos los procedimientos requieren explicación.

BIBLIOGRAFIA

1. Brunner, L.S.; Suddarth, D.S.: Enfermería práctica. Interamericana, Mc. Graw-Hill, Madrid, 1989.
2. Brunner, L.S.; Suddarth, D.S.: Manual de enfermería médicoquirúrgica. Volumen 2. Interamericana, México, 1988.
3. Cahill, M.: Tratamiento en enfermería. Interamericana, Mc. Graw-Hill, México, 1991.
4. Eckert, Ch.: Urgencias médicoquirúrgicas. Toray, Barcelona, 1982.
5. Gardiner-Hill, H.: Medicina de urgencia. Marín, Barcelona, 1987.
6. Hollwich, F.; Verbeck, B.: Oftalmología para enfermeras. Salvat, Barcelona, 1982.
7. Irvin-Pethick, J.; Noesgaard, Ch.L.: Examen y valoración del paciente en enfermería. Nursing photobook. Doyma, Barcelona, 1933.
8. King, E.M.; Wieck, L.; Dyer, M.: Técnicas de enfermería. Interamericana, México, 1988.
9. Lacombe, J.S.; Delclos, L.O.: Urgencias. Enciclopedia práctica de primeros auxilios. Volumen 5. Marín, Barcelona 1993.
10. Mahoney, E.A.; Flynn, J.P.: Manual de enfermería médicoquirúrgica. Interamericana, México, 1986.
11. Obenrader, M.H.: Urgencias de enfermería. Nursing Photobook. Doyma, Barcelona, 1985.
12. Potter, D.O.; Rose, M.B.: Urgencias en enfermería. Interamericana, Mc.Graw-Hill, México, 1987.
13. Schniedman, R.; Lambert, S.: Manual de procedimientos en enfermería. Interamericana, México, 1986.
14. Smith, D.W.; Gips, C.D.: Enfermería médicoquirúrgica. Interamericana, México, 1969.
15. Vogel, T.C.: Atención primaria: Cuidados de enfermería. Nursing photobook. Doyma, Barcelona, 1986.

ASISTENCIA PRENATAL Y PERINATAL COMO PREVENCIÓN DE PROBLEMAS EN LA INFANCIA

Acosta Martín, M^a Pilar*
González Carrión, Pilar*
Martín Acosta, Elisa**
Quero rufian, Aurora*
Robles Acosta, M^a Mar***

* Profesoras Escuela Universitaria (E.U) Virgen de las Nieves (Granada)

** Diplomada en Enfermería (Sevilla)

*** Diplomada en Fisioterapia (Granada)

Una buena Asistencia Prenatal contempla la Higiene Materno-Infantil como parte de la Medicina Preventiva, encaminada a cuidar del embarazo, parto y lactancia, para que su evolución y desarrollo cursen de la forma más fisiológica posible, obteniendo niños sanos y evitando sufrimientos inútiles a la madre.

Una correcta asistencia a la mujer embarazada es tan importante o más que la asistencia al parto. Durante la gestación pueden manifestarse alteraciones en la futura madre que inciden de un modo negativo en el desarrollo fetal, y pueden motivar situacio-

nes patológicas en el momento del parto.

La mujer embarazada debe acudir lo más pronto posible al control prenatal para poder de esta forma planificar y participar en su cuidado Prenatal.

Los **OBJETIVOS** del control prenatal son:

- Mantener la salud de la gestante, tanto desde el punto de vista físico como psíquico.
- Asegurar el crecimiento y desarrollo óptimos del feto.
- Diagnosticar y tratar precozmente los problemas clínicos, sociales y psicológicos del embarazo.

SISTEMATICA DEL CONTROL PRENATAL

La frecuencia de las visitas varía según los protocolos establecidos, no obstante, se recomienda que las mujeres acudan a visitarse con una frecuencia mínima de:

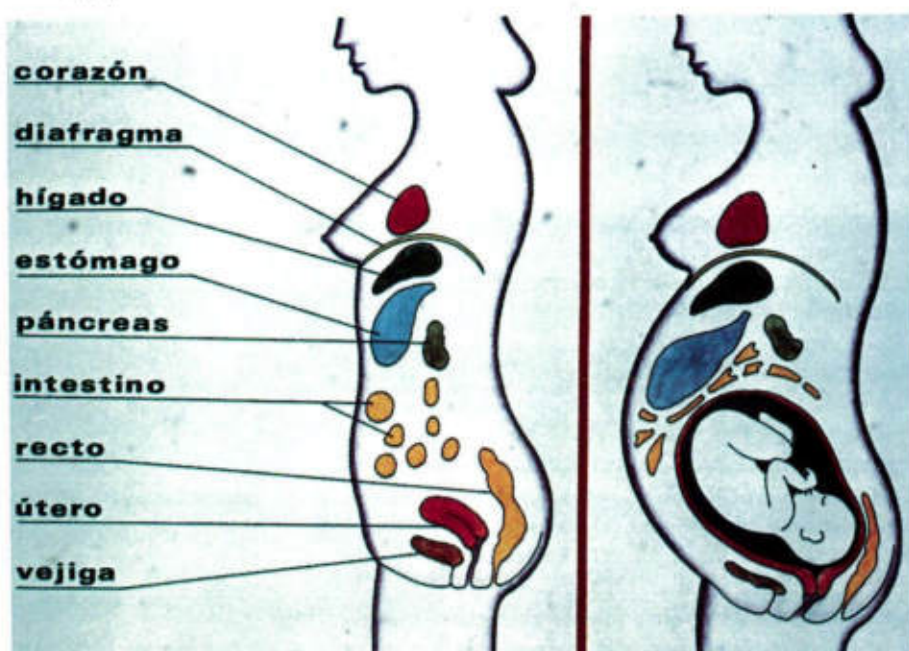
- Una visita cada 4 semanas hasta las 36 semanas.
- Una visita cada 15 días desde las 36 hasta las 40 semanas.
- Semanalmente desde la 40 hasta las 42 semanas.
- A partir de las 42 semanas si la mujer no ha dado a luz, se procede a su ingreso en el centro hospitalario para su valoración e inducción al parto.

VALORACION DEL ESTADO DE SALUD DE LA EMBARAZADA

En la primera visita, a través de la entrevista individual, se confecciona la historia clínica del Embarazo Actual. Se recogerá con la mayor exactitud posible la fecha de comienzo de la última regla para calcular la edad del embarazo y la fecha probable del parto.

Se tendrá que valorar:

- Características de la última regla.
- Aparición de Náuseas y Mareos.
- Molestias aparecidas en este embarazo.
- Si ha habido pérdidas sanguíneas.



*Principales órganos maternos sometidos a cambios durante el embarazo.

APARTADOS DE UNA HISTORIA CLINICA

1º ANAMNESIS:

- 1.1 Antecedentes Familiares.
- 1.2 Antecedentes Personales.
- 1.3 Antecedentes Menstruales.
- 1.4 Antecedentes Obstétricos.

2º EXPLORACIONES GENERALES:

- 2.1 Peso.
- 2.2 Talla.
- 2.3 Signos vitales.
- 2.4 Presencia de Edemas.

3º EXPLORACIONES MATERNALES:

- 3.1 Inspección.
- 3.2 Palpación.
- 3.3 Auscultación.

4º PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- 4.1 Analítica completa.
- 4.2 Ecografía.
- 4.3 Monitorización fetal.
- 4.4 Amniocentesis.
- 4.5 Radiopelvimetría.
- 4.6 Amnioscopia.

1º ANAMNESIS:

1.1 En los Antecedentes Familiares valoraremos las enfermedades de los padres y hermanos. Si han muerto o viven sanos.

1.2 Antecedentes Personales. Si la embarazada ha padecido o padece alguna enfermedad. Hábitos de salud de ella y el marido.

1.3 Antecedentes Menstruales. Veremos como son sus ciclos cortos o largos. De sangrado escaso o abundante y días de duración.

1.4 Antecedentes Obstétricos. Todos los datos relacionados con los embarazos anteriores, número de abortos, si hubo complicaciones y resultado final de los embarazos.

2º EXPLORACION GENERAL:

En esta primera visita se realiza una exploración general a la mujer gestante para descartar la existencia de patologías en los diferentes sistemas (respiratorio, digestivo, circulatorio y endocrino). Se obtiene la talla y el peso y se averigua su peso antes del embarazo. Es importante valorar T.A.

3º EXPLORACIONES MATERNALES:

3.1 Inspección. A través de ellas podemos confirmar la existencia del embarazo. Se inspecciona:

- Volumen del abdomen.
- Pigmentación (aureola y línea alba).
- Grado de nutrición de la embarazada (normal, obesa o desnutrida).
- Movimientos fetales.

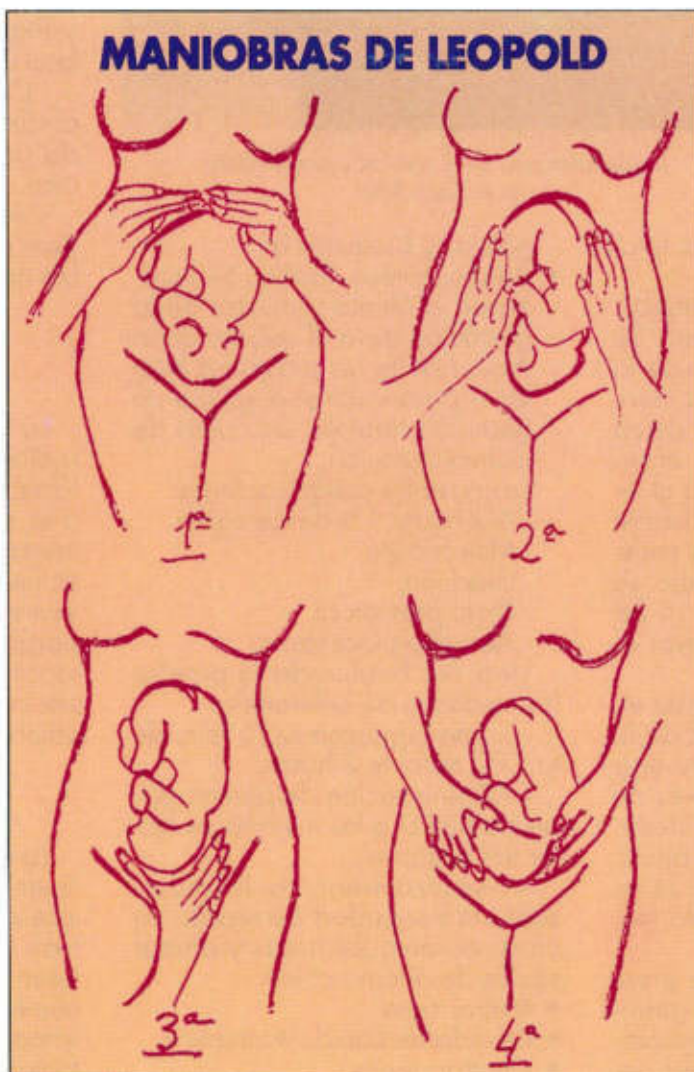
- Presencia de estrías gravídicas en las mamas y el abdomen.

Una vez realizada la INSPECCION general debe pasarse a la INSPECCION instrumental.

3.2 Palpación. Se realiza mediante las maniobras de Leopold, que son 4 y se pueden practicar a partir de las 28 semanas.

- 1ª Maniobra nos detecta la edad gestacional.
- 2ª Maniobra determinamos la situación del dorso fetal.
- 3ª Maniobra determinación del polo fetal, que está situado en el estrecho superior de la pelvis, cabeza o pies.
- 4ª Determinación del grado de penetración de la presentación en el estrecho superior de la pelvis. Medición de la altura uterina y perímetro abdominal para valorar la evolución del crecimiento fetal.

MANIOBRAS DE LEOPOLD



3.3 Auscultación. La auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (F.C.F.), se considera un indicador fiable del estado fetal. Los valores que se consideran dentro de los límites de la normalidad son de 120-160 lat./min. Se considera bradicardia por debajo de 100 lat/min y taquicardia, por encima de 160 lat/min. Se lleva a cabo por el estetoscopio de PINARD y Sonda ultrasónica (efecto Doppler).

4º PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

4.1 Otras exploraciones sistemáticas de pedir pueden ser:

- Analítica completa.
- Serología luética.
- Determinación de anticuerpos de la rubeola.
- Detección de anticuerpos antitoxoplasmosis.
- Grupo sanguíneo y factor RH (si negativo test de Coombs).
- Antígeno de Australia.

- A partir de las 22 semanas se determina la glucemia basal o prueba de O'Sullivan.

4.2 Ecografía. En los últimos años la utilización de la ecografía ha aumentado considerablemente en el cuidado prenatal. Se ha mejorado de forma rápida la resolución y la calidad de las imágenes ecográficas y el progreso en este campo ha sido importante. Desde las primeras imágenes en 1972 hasta el diagnóstico sofisticado de pequeñas anomalías fetales se ha tardado solo unos años. Su utilización para diagnosticar:

- Crecimiento fetal.
- Edad gestacional.
- Número de fetos.
- Localización de la placenta.
- Posibles malformaciones fetales.
- Cantidad de líquido Amniótico.

4.3 Monitorización fetal. Se efectúa un registro continuo de la FCF y de las contracciones uterinas mediante la aplicación de un cardiotocógrafo externo en la pared abdominal. Se valora el registro del patrón FCF en relación con la actividad uterina. En mujeres de riesgo perinatal alto se puede realizar a partir de la 28 semanas, aunque su uso mayor es al final del embarazo.

4.4 Amniocentesis. Consiste en la aspiración y extracción de líquido amniótico mediante una aguja que se inserta, a través de la pared abdominal y el útero, hasta llegar al saco amniótico. Para evitar posibles lesiones se localizan la placenta y el feto mediante ecografía.

- Amniocentesis Precoz. Se practica a las 16 semanas de gestación para realizar el diagnóstico prenatal de alteraciones ge-



La pigmentación de la piel, más pronunciada en la Línea Alba.

néticas y bioquímicas.

- Amniocentesis Tardía. Se realiza en el último trimestre de la gestación para el estudio de la madurez de los pulmones fetales o para valorar el grado de afección fetal en los casos de isoinmunización.

Las posibles complicaciones:

- Aborto en 1% de los casos.
- Metrorragia.
- Infección.
- Parto prematuro.
- Abruption placentario.

Una vez finalizada la prueba los cuidados de enfermería:

- Control riguroso c/15 min. de la CFC durante 2 horas.
- Administración de gammaglobulina anti-D a las mujeres en factor RH negativo.

- Asesoramiento a la mujer sobre la necesidad de reposo en cama durante 24 horas y anotar signos de alarma como:

- Metrorragia.
- Pérdida de líquido Amniótico.
- Contracciones.

- Escalofríos.
- Fiebre.

4.5 Radiopelvimetría. Hoy relegada sólo para casos de sospecha de parto Distócicos. Ya sean Distocias dinámicas (del motor del parto) o Distocias pelvico-fetal.

4.6 Amnioscopia. Es una técnica de estudio de la coloración del líquido amniótico del polo inferior del feto.

Para ello se introduce un tubo cilíndrico en la vagina y el cuello uterino, cuyo interior se ilumina con un haz de luz que permite la observación del líquido amniótico.

Se realiza a partir de las 36 semanas de gestación. La coloración normal del líquido amniótico es transparente blanquecina. Cuando existen alteraciones de bienestar fetal puede cambiar su coloración.

- Líquido Amniótico de color verdoso puede ser indicativo de sufrimiento fetal, por la expulsión fetal de meconio.

- Líquido Amniótico de color amarillento puede ser sinónimo de problemas de isoinmunización.

- Líquido Amniótico de color rojizo, puede ser indicativo de posible muerte fetal.

EDUCACION SANITARIA A LA GESTANTE

La Educación Sanitaria se debe realizar a todas las gestantes, de forma individual cuando acuden a la consulta. En las mujeres que tienen buenos hábitos de salud no es necesario modificar significativamente sus costumbres, sin embargo, las mujeres con hábitos tóxicos para la salud deben realizar un esfuerzo considerable para cambiarlos.

HABITOS ALIMENTICIOS

La mujer embarazada debe realizar una dieta equilibrada, ya que numerosos estudios demuestran que el peso del R. Nacido tiene una relación directa con la alimentación de la mujer y con su estado nutricional previo a la gestación.

Se ha comprobado que las madres que presentaban deficiencias de nutrición y a quienes se le han administrado suplementos alimenticios y con proteínas de baja intensidad durante la gestación han tenido hijos con un ligero incremento de peso al nacer.

Durante el embarazo se sintetizan tejidos nuevos como tejido uterino, placenta, feto, glándula mamaria y tejido adiposo, todo ello justifica un aumento de peso de 10, 11 kilos.

Como consecuencia de los importantes cambios físicos que se producen durante la gestación existe un aumento en las demandas energéticas. El aporte energético diario no será superior a 2.500-2.800 Kcal. durante el embarazo, aunque tampoco se aconseja que el aporte sea inferior a 1.700 Kcal. Los requisitos son:

Necesidades Proteicas. Están aumentadas, ya que son alimentos plásticos o constructores por excelencia.

Necesidades glúcidos y lípidos. Para asegurar el equilibrio de la dieta es necesario un aporte de 350 g. de glúcidos y 110 de lípidos/día.

Necesidades vitamínicas. Generalmente son cubiertos por una alimentación equilibrada.

Necesidades de Sales Minerales. El calcio y el fósforo son necesarios para la formación de los huesos del feto y por este motivo se recomienda un aumento de la ingesta de alimentos que lo contienen. En cuanto al hierro durante la gestación aumentan considerablemente sus demandas.

Necesidades Hídricas. La ingestión líquida no debe descuidarse. Repartir el aporte entre agua, zumo, leche, infusiones.

ACTIVIDAD Y REPOSO

El ejercicio más accesible para todas las mujeres gestantes es andar, los paseos al aire libre favorecen el descanso.

Es necesario que realice ejercicios para favorecer la circulación de retorno. Si practicaba algún deporte antes debe seguir reali-



La Educación Maternal como método psicoprofiláctico.

zándolo siempre que no suponga riesgos físicos.

Es aconsejable que la mujer embarazada duerma un mínimo de 8 horas diarias y realice descansos durante el día en cama de consistencia dura para evitar Algias dorsales y lumbares.

En los viajes habrá que hacer etapas cortas y utilizar el cinturón de seguridad. Llevará la documentación referente a su embarazo.

La mujer embarazada puede seguir con su actividad laboral siempre y cuando ésta no sea perjudicial para su salud y la de su hijo.

La legislación española referente a la maternidad, prevé que la mujer disfrute de una baja laboral remunerada antes y después del parto, con un total de 16 semanas para parto único y 18 semanas para parto gemelar.

La distribución de este permiso en los períodos pre y postnatal es una opción de la interesada, aunque obligatoriamente se han de guardar 6 semanas para después del parto. Los profesionales de la salud debemos aconsejar que el descanso se inicie un mes antes de la fecha probable del parto, con el fin de favorecer el desarrollo y crecimiento fetal y evitar el parto pretérmino.

SIGNOS DE PELIGRO

La aparición de determinados signos y síntomas en el curso de la gestación son indicativos de peligro para la vida de la madre y el feto. La mujer debe conocer cuales son los signos de peligro que requieren una consulta urgente:

- Vómitos persistentes.
- Pérdida Hemática.
- Pérdida de líquido Amniótico.
- Edema en la cara (Toxemia).
- Cefáleas intensas.
- Alteraciones de la visión.

HABITOS HIGIENICOS

Cuidados de la piel. Para la higiene y cuidado de la piel se aconseja un baño o una ducha diaria, no obstante las temperaturas extremas y las inmersiones muy prolongadas están desaconsejadas. Debe evitarse también cuando la embarazada presente:

- Metrorragia.
- Cuello permanente.
- Rotura de membranas

Se recomienda hidratar la piel después del baño y la ducha, sobre todo en las zonas expuestas a que se produzcan estrías como:

- Mamas
- Abdomen
- Muslos

- Cuidado de la boca. Durante la gestación hay que ser riguroso en la higiene dental. Se recomienda el cepillado después de cada comida con un cepillo suave. Se recomienda visitar al dentista al comienzo del embarazo.

- Cuidado de las mamas. La sensibilidad de las mamas es un síntoma muy frecuente en el embarazo, por lo que se aconseja que el sujetador se adapte al volumen de las mamas y sea de tejido suave.

Es importante el cuidado de las mamas si se quiere evitar tener unos pezones irritados o con grietas durante el puerperio. Se valora el tipo de pezón que tiene la mujer:

- Pezón Normal.
- Pezón Plano.
- Pezón Umbilicado.

Cuando una mujer tiene los pezones poco expresados se le enseña:

- Realizar Tracciones Suaves.
- Sujetador con Bolsas Recortada para dejar salir el pezón.

VESTIDOS

Han de adaptarse a las modificaciones que experimente su cuerpo y deben ser amplios y cómodos.

El calzado ha de ser igualmen-

te cómodo, ni alto ni completamente plano. Los calcetines y las ligas circulares están contraindicados, ya que dificultan el retorno sanguíneo venoso.

RELACIONES SEXUALES

Si el embarazo se desarrolla normalmente y la pareja lo desea se pueden tener relaciones hasta el final de la gestación. Están contraindicadas en:

- Amenaza de Aborto.
- Abortos anteriores.
- Amenaza de Parto Prematuro.
- Rotura de Membranas.
- Inserción Baja de la Placenta.

EDUCACION MATERNAL

La educación maternal es un programa educativo dirigido a la mujer gestante y a su pareja. Este programa incluye información y entrenamiento en el proceso del embarazo, parto y puerperio.

En su inicio la educación maternal surge como medio para responder a la insatisfacción creciente de las mujeres a la asistencia obstétrica institucional, hospitalaria y altamente tecnificada, que se expresa activamente a través de los movimientos de mujeres en demanda de un parto más natural, con participación de la familia.

Los objetivos del programa de educación maternal:

- Promover el aprendizaje en materia de salud.
- Fomentar la participación de los futuros padres.
- Potenciar todos los aspectos que proporcionen a los padres un ambiente de seguridad y responsabilidad en la tarea de la paternidad y maternidad.
- Conocer la utilidad de los ejercicios físicos y las técnicas de respiración y relajación.
- Saber aplicar estas técnicas de autoayuda en el momento del parto.

ATENCION PERINATAL

La asistencia Perinatal relacionada con la edad materna, ya sea embarazada añosa o embarazada adolescente conlleva que la evolución del embarazo no sea la adecuada por deficiente atención sanitaria y embarazos no deseados de madres adolescentes.

ADOLESCENTES:

- Anemia severa.
- Hipertensión gravídica.
- Partos prematuras (Patología Asociada).
- Bajo peso (para la edad gestacional).

Por ello mientras la Morbilidad Materna y Neonatal ha disminuido en nuestro país en los últimos años, este grupo de edad, los adolescentes, son los que por razones expuestas nutren las estadísticas de Morbilidad Materna y Neonatal.

MAYORES DE 40 AÑOS:

- Partos Distócicos (En adolescentes por falta de Madurez-Biológica).
- Cesáreas.
- Abruption Placentario.

Los problemas maternos de partos distócicos y Cesáreas por desproporción junto con anomalías placentarias, también tienen una incidencia alta en embarazadas añosas a partir de los 40 años.

En cuanto a la atención perinatal hace tiempo se estableció una relación de los acontecimientos perinatales adversos y la disfunción neurológica y el daño ence-



El conocimiento de los distintos grupos de alimentos, imprescindible para una dieta equilibrada.

fálico (Litte 1.862). Posteriormente con el desarrollo tecnológico que siguió a la II Guerra Mundial se establecen las correlaciones clínico-patológicas entre asfixia-hipoxia y daño cerebral, lo que nos hace recordar que cada lesión, asfixia o trauma, tiene su locus en el cerebro.

Entre las complicaciones Neonatales de origen obstétrico tenemos:

a) LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS:

- Caput Succedaneum.
- CefaloHematoma.

El Caput Succedaneum es quizá la lesión del cuero cabelludo más frecuente. Se trata de una protuberancia edematosa del tejido blando del cuero cabelludo, causado por una presión prolongada del occipucio en el cervix materno durante el parto. No está bien definida la forma de la cabeza. El edema conserva la huella, desaparece en pocos días, no tienen tratamiento.

El Cefalohematoma es una hemorragia subperiostica de uno de los huesos craneales. La hinchazón generalmente es mínima al nacimiento, pero aumenta en las 24 o 48 horas de vida.

Los límites del cefalohematoma están claramente delimitados de manera que no rebasa los bordes del hueso y no cruza las suturas.

No está indicado tratamiento alguno para el hematoma cefálico y no debe extraerse la sangre acumulada, por riesgo de infección.

La complicación extrema sería una anemia.

b) LESIONES OSEAS:

• **Fracturas de cráneo.** Las lesiones más frecuentes es a un nivel de parietal y con menos frecuencia en el frontal y occipital. El diagnóstico se basa en el estudio Radiológico.

• **Fracturas vertebrales.** La mayoría tienen su origen en el parto debido a traumatismo obstétrico se asocia con la macrosomía fetal. Puede haber disminución de la movilidad del brazo y ausencia unilateral del reflejo de Moro, aunque generalmente son

asintomáticas y a la palpación y desviación de los fragmentos óseos. Si la desviación de los fragmentos es amplia se realiza inmovilización con un vendaje en ocho para evitar la lesión del plexo braquial. El pronóstico es bueno.

• **Fractura de los huesos largos.** Las fracturas del húmero se producen por la tracción axilar para desbloquear el hombro en la distocia de hombro, o por tracción del brazo extendido en la extracción fetal en la intervención cesárea o en las nalgas.

La fractura del fémur son de tipo transverso causadas por torsión de las piernas al realizar la extracción fetal en la presentación podálica.

• **Fractura de los huesos de la cara.** Las más corrientes son la fractura o subluxación del tabique nasal, asociada con la presentación occipito posterior persistente.

c) LESIONES DEL NERVO FACIAL.

La parálisis secundaria a traumatismo obstétrico es habitualmente unilateral y de tipo periférico. Es la lesión de un nervio periférico. En el R.N. el nervio tiene una trayectoria más superficial y no están desarrollada las mastoi-

des. La causa más frecuente es el traumatismo directo por aplicación del fórceps.

• **Lesión del Plexo Braquial.** La frecuencia de lesiones del Plexo braquial oscila del 0,2-0,8 por 1.000 nacidos vivos. Se asocia a otras lesiones debido a un parto traumático como fractura de clavícula o de húmero. La lesión es causada por la tracción y el estiramiento del plexo durante el parto.

La lesión es bilateral en el 8-28% de los casos. Los factores de riesgo para esta lesión son las expulsiones o extracciones fetales difíciles.

• **Parálisis de Erb-Duchenne.** La lesión afecta a los segmentos superiores C-5, C-6 y C-7 del plexo braquial. La lesión se caracteriza por parálisis de los músculos abductores, rotadores externos y extensores del hombro y de los flexores y supinadores del antebrazo.

• **Parálisis de Klumpke.** Afecta a porción inferior del plexo braquial. Clínicamente también existe afectación de los músculos flexores de la muñeca y de la mano. El reflejo de presión está ausente. El diagnóstico se realiza por la clínica y la electromiografía.



El control ecográfico como método de evaluación fetal.

• **Lesión del nervio frenico.** La lesión del nervio frénico causa la parálisis diafragmática. Los antecedentes más frecuentes son el parto en presencia de nalgas. Los síntomas clínicos no son específicos e incluyen insuficiencia respiratoria, atelectasia pulmonar y neumonía.

• **Otras lesiones nerviosas periféricas.** Son menos frecuentes la lesión de los nervios radial, mediano, ciático y peroneo. La causa es la compresión del nervio contra una prominencia ósea.

• **Hemorragia intracraneal.** En el recién nacido puede tener su origen en un traumatismo obstétrico o en una anoxia-isquemia perinatal. Según su localización se clasifica en:

1º Hemorragia Subdural (origen traumático).

2º Hemorragia Subaracnoidea (traumatismo Hipoxico).

3º Hemorragia Intraventricular (Hipóxica).

CONCLUSION

En 1980 la oficina Regional para Europa de la O.M.S. inició un programa de evaluación de los servicios perinatales institucionales y de las posibles alternativas. Un grupo de 15 miembros (Neonatólogos, obstetras, pediatras, enfermos y sociólogos) establecieron algunos principios generales para dicha evaluación:

1º Ningún servicio, por acreditado que esté, sea cual sea su historia es "sagrado" e intocable...

2º Todo procedimiento asisten-



Recién Nacido atermino, con Apgar de 8 y 10 al minuto y a los 5 minutos.

cial debe someterse permanentemente a pruebas clínicas controladas.

3º Deben tenerse siempre en cuenta las consecuencias psicológicas y sociales de cualquier procedimiento.

4º Toda innovación tecnológica debe ser escrutada mediante ensayos aleatorios cruzados (igual que los fármacos).

5º El criterio esencial, aplicable a cualquier caso, es no producir un daño equivalente o mayor del que se quiere evitar.

En virtud de estos principios, puede afirmarse que muchas rutinas asistenciales y muchos proce-

dimientos técnicos no están justificados. Las modernas tecnologías no pueden rechazarse, pero deben subordinarse a la concepción de que el parto es un proceso natural, que en la mayor parte de los casos cursa espontánea y normalmente, especialmente si se dan condiciones sociohigiénicas adecuadas, y la asistencia perinatal se imparte de forma continua por un mismo equipo que puede ser multidisciplinario.

Las instituciones responsables de la atención a la Maternidad tienen que hacer el esfuerzo de individualizar y humanizar la asistencia al parto.

BIBLIOGRAFIA

- Materno Infantil. Bleier. Norteamericana.
- Asistencia Materno-Infantil. Elizabeth, J. Dickason, Marta Osen. Salvat.
- Obstetricia. González Merlo, J. del Sol, J.R. Salvat.
- Cuadernos de la Enfermera. Plantureux, G. Toray-Masson.
- Enfermería Maternal. Seguranyes, G. Salvat.
- Obstetricia ginecológica. López, G. Enusa.
- Cuaderno de la Enfermería. Ginecología. Plantureux, G. Toray-Masson.
- Regulación Natural de la Natalidad. Ana Mercedes Rodríguez, Mª Teresa Gutierrez. Editorial C.N.
- S.B. Olds. M.London. Enfermería Materno-Infantil. Un concepto integral familiar. 2ª Edición. Interamericana.
- Ginecología y Obstetricia en Enfermería. Nursing Photobook.
- Mery Ann Miller. Dorothy A. Brooten. Enfermería Materno-Infantil. Interamericana.

CARACTERISTICAS DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE EN UNA POBLACION MARGINAL

Ana M^a Morales Cerro*
Manuel Yaque Navarrete**
Esperanza Castillo Ojeda**
Asunción Valiente Morilla***
Inmaculada Cruz Domínguez****
José Luis Álvarez Gómez*****

* Matrona ** Pediatras. Centro de Salud "Polígono Sur" (Sevilla)

*** Prof.^a. Titular de Enfermería Maternal **** Prof.^a. Asociada de Enfermería Infantil

***** Catedrático de Enfermería Maternal. Departamento de Enfermería.

INTRODUCCION

Con frecuencia aparecen trabajos sobre el embarazo en adolescentes y sus implicaciones sociales, que no siempre reflejan lo que nosotros, en nuestro ámbito, entre la población que manejamos y con nuestros medios, encontramos. Por ello hemos estudiado las características personales, forma de vivencia y resultados de gestantes adolescentes que acuden al programa de atención del embarazo en nuestro Centro de Salud que tiene la peculiaridad de encontrarse situado en una zona marginal de Sevilla ("Las Tres Mil Viviendas"), pero con un acceso cercano y directo a la atención, a los cuidados y a la educación para la salud durante sus embarazos.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio retrospectivo sobre 40 adolescentes, entre 14 y 18 años, que acudieron al programa de embarazo, durante 1994 (15,1% del total de 265 embarazadas atendidas en ese año).

Se les pasó un cuestionario al final del embarazo en el que se recogía: Características personales, familiares y sociales, datos de seguimiento en el Centro, datos del embarazo y posteriormente

del parto y recién nacido. Y se utilizó el D Base IV y el EPI 5, como base de datos y programa estadístico general de adolescentes que han ido a dar a luz en las principales maternidades de nuestra ciudad, la del Hospital Universitario "Virgen del Rocío" y "Virgen Macarena" y con los de otros autores revisados.

RESULTADOS

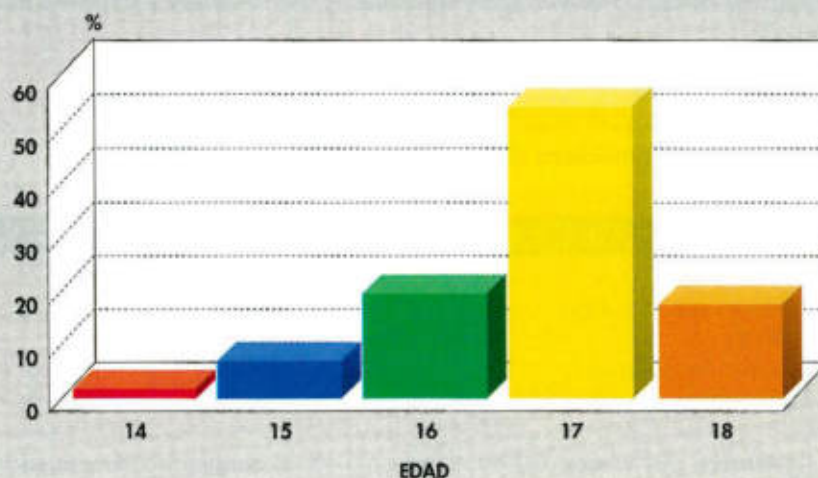
Características personales

La edad (**gráfica 1**) media fue de 16,8 años, mínima 14 y máxi-

ma 18. El 92,5% primíparas y el 7,5% secundíparas. Sólo el 40% estaban casadas tras el parto, aunque el 25% por rito gitano y reconocían tener pareja el 90% de ellas.

El 17,5% estudiaba cuando quedó embarazada, continuando los estudios el 42,8%. El nivel máximo de estudios de ella fue de 8º de EGB en el 30%, el 67,5% no terminan la primaria el 2,5% no tiene estudios ninguno, es aún inferior el nivel de la pareja: sólo el 22,5% termina la EGB y ninguno el 7,5%. Entre ellas trabajan el 10% y de ellas continúan traba-

GRAFICA 1
CARACTERISTICAS PERSONALES (EDAD)



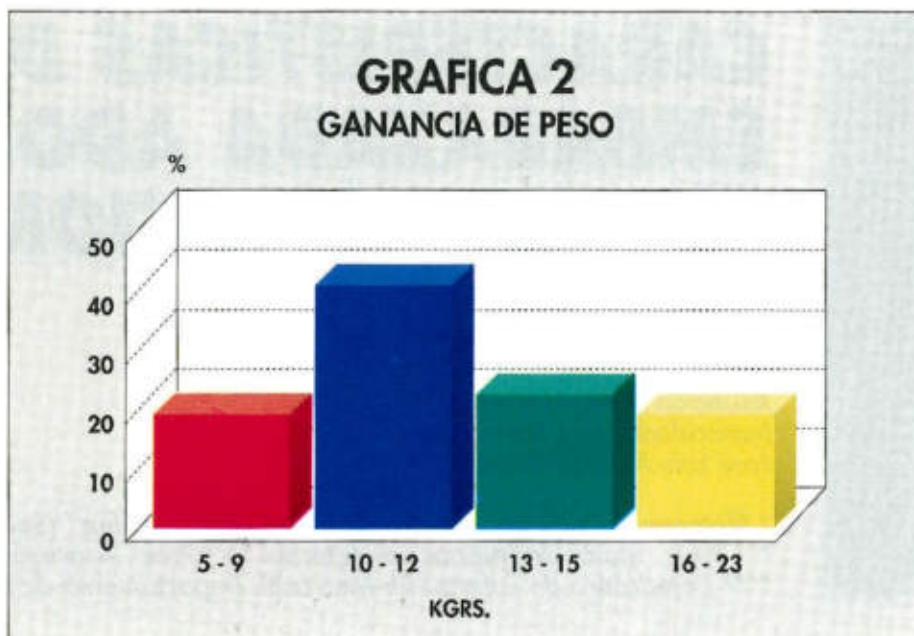
jando durante el embarazo el 30%. Entre ellos trabajan el 50%, ninguno en trabajo cualificado.

Sólo el 15% poseen independencia económica y sólo el 27,5% poseían habitat propio, de ellos el 79,3% vivían con la familia de ella y el 20,7% con la de él. El 50% nació en la zona de residencia y el 40% lleva más de 4 años viviendo en ella.

Se constata la existencia de un ambiente familiar muy desfavorable en el 14% de los adolescentes, unas veces por rechazo familiar de la pareja elegida (33,3%) o por la presencia habitual de violencia física o verbal (66,6%), la mayoría de las veces por padre alcohólico.

Casi la mitad de ellas, un 47,5%, mantenían relaciones sexuales desde hacía más de un año, mientras que el 42,5% dichas relaciones tenían una duración inferior a 6 meses.

El 10% poseía antecedentes médicos personales (cardiopatía congénita, TBC, bronquitis asmática y alergia respiratoria). El 24,9% manifestó haber tenido problemas médicos durante el embarazo (Tabla 1).



Datos del embarazo

En el 77,5% se diagnosticó el embarazo a las 12 semanas de gestación o antes y el resto antes de la 24 semanas. Y el 60% acude a la 1ª visita en la 12ª semana de embarazo o antes y el resto antes de la 28 semanas. Sólo el 20% faltó a alguna cita (Tabla 2).

El 55% acude a educación maternal, las que no acudieron el motivo principal fue el desinterés en el 77% de las ocasiones y en menor proporción la inconstancia (25%).

La ganancia de peso durante el embarazo en la mayoría fue el

normal (10-15% Kg.); sólo el 18,1% puso 16 Kg. o más (ver gráfica 2).

El 30% refirieron una ingesta inadecuada, debido a aumento de apetito (57,1%), inapetencia (28,6%) y dieta caprichosa (14,3%). El 22,5% guarda reposo inadecuado, por exceso de sueño (37,5%) e insomnio (62,5%).

El 60% cambió las relaciones sexuales durante el embarazo, el 79,2% por miedo a dañar el feto, el 12,5% por molestias durante el acto sexual y el 8,3% por "ascos" o cansancio.

Preguntadas sobre el consumo de drogas se constata que ninguna consumió alcohol, drogas o psicofármacos durante el embarazo. El 15% eran fumadoras y de ellas el 33,3% consumía un paquete o más al día.

El 50% de los embarazos fueron buscados y deseados, bien por deseo de independencia (40%), rechazo del medio familiar (25%), considerarlo "lo natural" para su edad (20%), buscar mayor afecto y apoyo (10%) y atraer o retener al novio (5%).

El otro 50% tuvo un embarazo inesperado, y de este grupo el 90% por fallo de anticoncepción, básicamente por uso incorrecto o esporádico de preservativos y la práctica del coito interruptus,

TIPO DE PROBLEMA	Nº CASOS	%
Anemia	6	14,9
Trabajo prematuro de parto	2	5
Infección urinaria	2	5

Tabla 1: Problemas médicos durante el embarazo

MOTIVO QUE JUSTIFICA LA FALTA	Nº CASOS	%
Cansancio	1	2,5
El cuidado de otro hijo	1	2,5
Desinterés	4	10
Problemas familiares	1	2,5
Acudir a tocólogo privado	1	2,5

Tabla 1: Motivo por el que faltan a las citas en el programa de atención del embarazo



Entrevista realizada a una gestante de la zona.

mientras que el 10% confesaba no utilizar ningún método.

El 7,5% se planteó el aborto mientras el embarazo no era conocido por su familiar, temiendo la reacción del medio familiar. Sin embargo, ninguna llegó al aborto y pasados las primeras semanas de embarazo se constata que el 87,5% de las adolescentes aceptan con agrado su embarazo, que un 90% de sus parejas se sienten contentos con el hecho y que hay una aceptación por parte de ambas familias en un 72,5%. Una gran parte de las adolescentes embarazadas (el 72,7%) refieren el embarazo como una experiencia positiva.

Datos del parto y del recién nacido

El 80% de los partos fueron espontáneos; el 7,5% con ventosa y el 12,5% por cesárea. El 25% presentó algún tipo de problema en el parto (pelviana, rotura prematura de membranas, metrorragia,...).

Sólo un niño ingresó en Pediatría por bajo peso para su edad gestacional (2.300 gr.) siendo

hija de fumadora, el 70% pesó entre 2.500 y 3.500 y el 27,5% más de 3.500 grs. El 57,5% hembras y el 42,5% varones.

DISCUSION

La curva de frecuencia de edad y paridad del grupo de adolescentes estudiadas en nuestro medio, es asimilar a la encontrada por otros autores aunque es algo inferior el rango de edad de nuestra muestra y mayor la frecuencia de primíparas.

Nos ha resultado llamativo encontrar en nuestro medio una frecuencia cuatro veces superior de embarazos en adolescentes a la encontrada en las dos grandes maternidades de nuestra ciudad y que las de nuestra comunidad y sólo similar a la de algunos autores.

El nivel socio-económico de nuestras adolescentes es más bajo que el encontrado en las adolescentes que han dado a luz en ambos hospitales locales. Sin embargo, es semejante al aportado por otros autores en medios sociales diferentes, constatándose la permanente relación entre pobre-

za, desinformación, alteración de la dinámica familiar y búsqueda de experiencias sexuales y afectivas precoces. La existencia de maltrato físico o psíquico (15%) en los años anteriores al embarazo, cifrado por algunos autores hasta en un 32% de los embarazos en adolescentes, rara vez confesado por las mismas, constituye un dato revelador sobre los motivos que pueden conducir a buscar un embarazo como salida a una situación afectiva familiar maltrecha, ya sea como acto de reafirmación personal, rebeldía contra el núcleo familiar o consentimiento sexual para retener a la pareja.

Resulta significativo en nuestro medio la aceptación personal y familiar de los embarazos en la gran mayoría de los casos (87-90%), considerándose "natural" el hecho, como refiere algún otro autor, pero en contra de otros estudios en los que se constata que el medio a la reacción familiar ante el embarazo lleva a muchas adolescentes a plantearse el aborto.

El abandono precoz de la escolarización en nuestro medio es

doblemente grave (sólo el 17,5% está estudiando al quedar embarazada), pues a la falta de formación general de nuestra población se añade el permanecer fuera de los grupos dianas a los que se les imparte educación sexual durante la Educación General Básica. En este sentido encontramos múltiples trabajos que demuestran no sólo lo esencial de transmitir conocimientos en educación sexual durante varios años de escolarización sino el papel que pueden jugar determinados programas de ayuda a la embarazada implantados en su propia escuela, con la finalidad de completar el ciclo educativo superior y evitar segundos embarazos no deseados.

Los conocimientos sobre contracepción en nuestro medio es semejante al encontrado en estudios hechos en países del Este de Europa, en Canarias, por Fernández Martínez et al y Aguado-Mingorance et al en el distrito de la Alpujarra.

En cuanto al interés que muestran nuestras adolescentes por su embarazo ha resultado ser muy alto, como lo demuestra el hecho del elevado índice de diagnósticos precoces (77,5%), la incorporación temprana (60% antes de la 12ª semana de gestación) y seguimiento en el programa de cuidados prenatales y la elevada asistencia a la educación maternal (55%) (superior al de las embarazadas adultas de la misma zona) y el escaso índice de faltas de asistencias al programa (sólo



Una educación sanitaria correcta trae consigo una ganancia de peso adecuada.

el 30% faltó a alguna cita). Estos datos contrastan con otros autores que encuentran un 20-26% que acuden al programa de embarazo frente al 87% de las adultas y un 27% siguen la educación maternal frente al 92% de las adultas. Las adolescentes siempre han encontrado más barreras que las adultas para acudir a los cuidados prenatales, ya sea por transporte, horarios, falta de conocimiento de los servicios disponibles o falta de apoyo social y/o familiar. De todas formas hay experiencias que demuestran que las adolescentes no se constituyen como grupo aislado y que cuen-

tan, más que las adultas, con los grupos de ayuda, aunque no con la del padre del niño.

Se demuestra en nuestro trabajo, en consecuencia con otros autores que el seguimiento afectivo de unos cuidados prenatales en las adolescentes va seguido de unos resultados positivos tanto para la madre como para el recién nacido.

Aunque la mayoría de las adolescentes tienen un conocimiento incorrecto de la nutrición y valores nutritivos de los alimentos y están peor alimentadas, no hay duda que las recomendaciones recibidas durante el período prenatal, como se demuestra entre nuestras adolescentes, se traduce en una ganancia de peso adecuada durante el embarazo en la mayoría de los casos, aunque se siga observando alteraciones del apetito y de la ingesta dentro de algunas de ellas. No

hay que olvidar que la actitud negativa hacia la ganancia de peso por parte de la adolescente puede producir efectos adversos en el peso del recién nacido y se relaciona con síntomas depresivos y disminución de la autoestima, sobre todo cuando se asocia a la falta de apoyo afectivo y a las edades más jóvenes.

Es de reseñar la ausencia de consumo de alcohol u otras drogas entre nuestras adolescentes embarazadas, lo que contrasta de forma llamativa con el alto índice de consumo en nuestro medio. La violencia física y psicológica va unida a un mayor con-

sumo de drogas en la embarazada adolescente en todos los grupos étnicos estudiados hecho no constatado por nosotros.

En cuanto a los datos del parto y del recién nacido, llama la atención un solo caso de bajo peso, mientras algunos autores sitúan la incidencia en un 67% cuando no existen programas prenatales en países en vía de desarrollo o en 19,3% en un área de Barcelona antes de la implantación del programa que se convierte en un 6% tras un período de implantación de 4 años. Contrariamente a los descrito en la literatura no encontramos mayor incidencia de prematuridad, distócias o complicaciones neonatales en las adolescentes comparadas con las adultas. Podemos afirmar, como otros autores, que el embarazo en la adolescente es un proceso seguro si ella permite un correcto seguimiento del mismo. Nuestras adolescentes embarazadas han resultado ser unas correctas usuarias del programa de cuidados prenatales y educación maternal y ello se ha traducido en unos resultados positivos para ella y el recién nacido. Otro problema bien distinto y fuera del contexto de este trabajo, es la complejidad del desarrollo de su faceta como madres con todos los interrogantes que plantea.



Exploración en un control del programa de embarazo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Álvarez, J.L. et al: "Parto de la adolescente en nuestro servicio". *Toko-Gin. Práct.* 50: 201-205, 1991.
- 2.- Jiménez Piñañes, M.E.: "Embarazo y parto en la adolescencia. Entorno sociocultural". Tesis Doctoral. Sevilla. 1988.
- 3.- Kovacs, M., Krol, R.S. and Voti, L.: "Early onset psychopathology and the risk for teenage pregnancy among clinically referred girls". *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 33: 106-113, 1994.
- 4.- Holden, G.W. et al: "Cognitive psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents". *Adolescence* 28: 557-572. 1993.
- 5.- Higgins, B.S. et al: "Support systems and caretaking behaviors of adolescent and older mothers: the first year after delivery". 6: 5-14. 1993.
- 6.- Silva, M.O. et al: "Adolescent pregnancy in Portugal: effectiveness of continuity of care by an obstetrician". *Obstet. Gynecol.* 81: 142-146. 1993.
- 7.- Kapil, U. et al: "Knowledge amongst adolescent girls about nutritive value of foods and diet during diseases, pregnancy and lactation". *Indian. Pediatr.* 28: 1135-1139. 1991.
- 8.- Berenson, A.B. et al: "Violence and its relationship to substance use in adolescent pregnancy". *J. Adolesc. Health* 13: 470-474. 1992.
- 9.- Nebot, M. et al: "Maternidad en adolescentes de alto riesgo social". *Aten. Primaria* 11: 213-214. 1993.
- 10.- Tejerizo, L.C. et al: "Embarazo y adolescencia. Análisis de las complicaciones obstétricas". *Progr. Ginecol.* 29: 65-72. 1986.
- 11.- Pascual, A. et al.: "Embarazo en la adolescencia: resultados obstétricos y perinatales en nuestro medio". *Act. Obstet. et Gynecol.* 7: 209-210. 1994.

NORMATIVA DE PRESENTACION DE TRABAJOS PARA SU PUBLICACION EN LA REVISTA HYGIA

No se aceptarán trabajos publicados con anterioridad en cualquier medio de difusión o presentados al mismo tiempo en otra revista.

Todos los trabajos aceptados quedarán en propiedad del Colegio Oficial de ATS/DE de Sevilla, que hará de ellos el uso que crea conveniente. Asimismo, estos trabajos no podrán reimprimirse sin el permiso expreso del autor y la dirección de la revista.

Los trabajos deben ir mecanografiados a doble espacio en hoja de tamaño A-4, dejando un amplio margen a la izquierda. Las hojas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho o en su defecto en la mitad inferior del final de cada página. Cada parte del trabajo debe empezar una nueva página, en el siguiente orden:

• Primera página:

- Nombre y apellidos de los autores (que no excederá de seis).
- Servicio en el que se ha realizado.
- Nombre completo del centro de trabajo y dirección del mismo.
- Teléfono de contacto con el autor/es.

• Texto: Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, siendo de desear que el esquema general sea el siguiente:

A) Trabajos de investigación

- 1) Introducción.
- 2) Material y método.
- 3) Resultados.
- 4) Discusión.
- 5) Bibliografía.

B) Artículos de opinión

- 1) Introducción.
- 2) Observaciones.
- 3) Comentarios.

- 4) Resumen.
- 5) Bibliografía.

ESTRUCTURA

• **Introducción:** Será lo más breve posible y su regla básica consistirá en proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue o continúa.

• **Material y método:** En este apartado se indicará el centro donde se ha realizado el experimento o investigación, el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección empleado, las técnicas utilizadas y explicación detallada para que la experiencia pueda realizarse en cualquier otro centro sobre la base de esta información.

• **Resultados:** Se relatarán las observaciones efectuadas con el material y método empleado. Estos datos pueden publicarse con detalle en el texto o bien en forma de tablas, figuras o gráficos. Las fotografías y los gráficos, en conjunto, forman las figuras. Se numerarán de forma correlativa y conjunta con números árabigos. Todas las ilustraciones se presentarán incluidas en un sobre aparte del texto. Los pies de las mismas se mecanografiarán en hojas aparte.

Las fotografías y diapositivas se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad, para obtener buenas reproducciones. La Dirección de la revista aconseja un máximo de SEIS fotografías irán numeradas al dorso con una flecha que señale la parte superior.

• **Discusión:** El autor o auto-

res intentarán ofrecer sus propias opiniones sobre el tema. Destaca en este apartado lo siguiente:

- El significado y la aplicación práctica de los resultados.

- Las consideraciones sobre una posible inconsciencia de la metodología y las razones por las cuales pueden ser válidos los resultados.

- La relación con publicaciones similares, si las hubiera.

- Las indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

• **Agradecimientos:** Cuando se considere oportuno se citará a las personas, centros o entidades que hayn colaborado o apoyado la realización del trabajo.

• **Bibliografía:** Se presentará según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el texto constará siempre la numeración de la cita en número, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionan éstos, si se trata de varios, se citará el primero seguido de la expresión "et al".

• **Resumen:** Su extensión será de doscientas palabras máximo y se caracterizará por:

1) Poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo.

2) Estar redactado en términos concretos, desarrollando los puntos esenciales del artículo.

3) Su ordenación observará el esquema general del artículo en miniatura.

4) No incluirá material o datos no citados en el texto.

• **Palabras clave:** Debajo del resumen especificar de tres a diez palabras claves o frases cortar para facilitar la elaboración del índice de la revista.

CONCURSO FOTOGRAFICO Nº 32



1er PREMIO

Guillermo García Rodríguez

Título: Esperando el reparto de la comida
Nº Colegiado: 11.554

2er PREMIO

Eva Fonseca

Gordillo

Título: La otra mirada
Nº Colegiado: 11.118



3er PREMIO

M.ª Carmen Gómez Contreras

Título: Mira que eres lindo
Nº Colegiado: 5.932

CONCURSO FOTOGRAFICO HYGIA Nº 33 TEMA: NUESTRAS FIESTAS

El plazo de presentación finalizará el próximo 20 de Junio de 1996.

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 cms. con marco).

Cada participante sólo podrá presentar 2 fotografías como máximo, aunque se optará sólo a un 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 el título de la com-

posición 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
TEL: (91) 431 24 82
FAX: (91) 575 55 63



LA GESTION DE SERVICIOS DE SALUD

. JOSÉ MARÍA CORELLA
. 344 PAGINAS
. P.V.P. 3.300

En este libro, de forma expresivamente locuaz pero ciertamente riguroso, sirviéndose de un planteamiento y una redacción claramente educativos, se aborda los contenidos típicos de la gestión con maestría. El autor prepara el terreno exponiendo previamente conceptos económicos básicos para que el lector pueda partir de un conocimiento necesario y conciso tanto de economía general como de economía de la salud. Después, tras la matización de su sentido y extensión genérica se ofrece lo que constituye el grueso del libro y que responde al alcance de la gestión de servicios de salud.

Una vez identificado el "producto sanitario" como noción previa, se da una visión de las técnicas case-mix, a la par que matiza los requisitos para su utilización. A continuación, y de forma exhaustiva, se expone la actividad económico-financiero-administrativa como actividad de vital importancia para la gestión de los medios que facilitan el logro de los objetivos en términos óptimos. De aquí que el autor aluda a los conceptos de coste, umbral de rentabilidad y otros aspectos propios del control de gestión, tales como estándares, ratios, precio, cuadro de mandos, etc. La obra finaliza con un referencia a los requisitos que, como paso previo para la consecución de la tan "exigida" calidad de los servicios de salud, configuran un sistema integrado de control de gestión.

La catedrática de Val, en el prólogo, califica este libro de "manual práctico" dirigido a aquellos médi-

cos y personal sanitario que desempeñan tareas de gestión, así como a otros profesionales con responsabilidad en el sector sanitario que no dominan la singularidad de la atención médica, resultando también una obra de enorme utilidad para los jóvenes economistas que quieran iniciarse en el mundo de la economía de la salud.



EVALUACION DE PROGRAMAS SOCIALES

. Cesáreo Amezcua Viedma
Antonio Jiménez Lara
. 134 PAGINAS
. P.V.P. 1.875

Cuando existen recursos escasos es particularmente importante asignarlos eficientemente. Por ello, quienes financian, administran y ejecutan programas sociales necesitan conocer de forma fiable, los efectos y la rentabilidad de su trabajo.

Los usuarios también exigen una adecuada información sobre los resultados de las investigaciones que les afectan.

Evaluación de programas sociales pretende ser una herramienta válida y útil para quienes, desde la política, la planificación y la gestión, tratan de dar respuesta a la creciente demanda en materia de evaluación.



MANUAL PRACTICO DE ANESTESIOLOGIA CLINICA Y REANIMACION

. José María Maestre Alonso
Mª A. Villanueva Eguaras
. 832 páginas
. P.V.P. 6.990

Este manual recoge fundamentos medicoquirúrgicos relaciona-

dos con anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor. Aborda desde temas básicos de nuestra especialidad, como son la monitorización y el abordaje tanto de la vía aérea como de la vía venosa, a temas más concretos como son los temas relacionados con el trasplante de órganos y entidades fisiopatológicas graves relacionadas con situaciones clínicas críticas. Así mismo, trata temas cada vez más interesantes para la anestesiología como son la anestesia en las distintas patologías asociadas y el tratamiento del dolor. El espíritu de la obra es exponer una visión amplia de nuestra especialidad aportando soluciones a los problemas concretos que surgen cada día en nuestro trabajo.



EL METODO CIENTIFICO EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD

. Rafael Alvarez
Cáceres
. 396 páginas
. P.V.P. 4.600

La aplicación rigurosa del método científico a las ciencias de la salud, sobre todo el campo clínico, está en una fase embrionaria. Este libro pone a disposición de los profesionales de las ciencias de la salud de forma clara, sencilla y rigurosa las bases filosóficas y estadísticas de la metodología científica.

Los tipos de estudios, el análisis del riesgo, el significado de las pruebas diagnósticas, el diseño e interpretación de los ensayos clínicos, las epidemias y las fases de un trabajo científico son algunos de los temas expuestos.

Este texto es de la máxima utilidad para médicos, farmacéuticos, enfermeros, veterinarios, odontólogos, psicólogos y demás profesionales de las ciencias de la salud.



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

XII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA



"CIUDAD de SEVILLA"

PREMIOS

PRIMERO: 600.000 PESETAS

SEGUNDO: 300.000 PESETAS

TERCERO: 200.000 PESETAS

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

B A S E S

- 1.ª **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2.ª **OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3.ª **DOTACIÓN:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar; de TRESCIENTAS MIL (300.000) para el premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4.ª **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentarán por duplicado ejemplar, en tamaño DIN A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, y encuadernados; incluirán en separata un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
- 5.ª **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6.ª **JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien él delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- 7.ª **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las presentes Bases.
- 8.ª **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán ser declarados desiertos.
- 9.ª **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos que opten al premio serán remitidos por correo certificado, con acuse de recibo, al Colegio de Enfermería, apartado de Correos n.º 3.027, 41090 SEVILLA. Deberá indicar en el sobre únicamente: para el "XII 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.
- 10.ª **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados en el "XII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11.ª **TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de Octubre de 1996. 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 1996.



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERIA
DE SEVILLA

Premios 1995:

- 1.º D. Carlos González Álvarez (Huesca)
- 2.º D. José Siles González (Alicante)
- 3.º D.ª Montserrat García Martínez (Tarragona)

**BANCO
POPULAR
ESPAÑOL**

