



# HYGIA

Revista Científica del Colegio  
de Enfermería de Sevilla

Nº. 33 • 2º Cuatrimestre de 1996

AÑO X

- 
- A photograph of a stone archway leading to a body of water with a boat. The archway is made of rough, brownish stone blocks. Through the arch, a bright blue body of water is visible, with a white boat with a canopy in the center. The background shows a hilly coastline under a clear sky.
- *ACTUACION DEL ESTOMATERAPEUTA EN LA PROBLEMATICA DEL PACIENTE OSTOMIZADO*
  - *LA HUMANIZACION COMO RETO EN LOS CUIDADOS Y TRATO ASISTENCIAL*
  - *MATRONA Y PUERPERIO. ESTUDIO DE UN CASO PRACTICO*
  - *ENFERMERIA EN EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DENTRO DEL MARCO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD*
  - *VALORACION DEL CONSUMO ALIMENTARIO EN UN COLECTIVO DE MUJERES DE SEVILLA*



# BANCO POPULAR ESPAÑOL

## El Banco de la Enfermería

AHORA LOS CREDITOS HIPOTECARIOS A LOS TIPOS MAS BAJOS

**6,90%**

**Comisión de apertura: 1%**

**Indexación: Mibor 1 año + 1 punto**

- 6,90% DE INTERES NOMINAL CON REVISION ANUAL.
- SIN GASTOS DE ESTUDIO.
- SIN COMISION POR AMORTIZACION NO PACTADA.
- SIN COMISION POR CANCELACION ANTICIPADA.

EJEMPLOS DE CUOTAS A PAGAR POR 1.000.000 DE PESETAS:  
(Calculadas al 6,90% de interés)

	6 años	8 años	10 años	12 años	15 años
1.000.000 Ptas.	17.001	13.584	11.559	10.231	8.932

**Si su actual hipoteca tiene un tipo superior al 6,90% o su diferencial es superior a MIBOR 1 año más 1 punto, usted está perdiendo dinero.**

Mediante la **SUBROGACION** puede acogerse a las condiciones que le ofrece el Banco Popular Español. Tenga en cuenta que:

- No se cobra comisión de apertura.
- La subrogación está exenta del Impuesto por Actos Jurídicos Documentados.
- Los gastos notariales y registrales se reducen puesto que se calculan sobre el importe pendiente de pago.

**EN CUALQUIER SUCURSAL DEL BANCO POPULAR ESPAÑOL LE REALIZARAN, SIN COMPROMISO ALGUNO, UN ESTUDIO DE SUBROGACION DE SU ACTUAL HIPOTECA.**

Pregunte por el resto de condiciones especiales para el colectivo de ATS Y DIPLOMADOS EN ENFERMERIA.

Septiembre, 1.996

## NUEVA ETAPA EN EL SAS

Cuando el verano de 1996 es ya un recuerdo, y la actividad a todos los niveles hace tiempo que se normalizó, vuelve HYGIA a estar en contacto con el mundo de la Enfermería no sólo de Sevilla sino, porque así nos consta, a nivel andaluz y nacional. Nuevamente se presentan trabajos e iniciativas que hablan de un permanente interés por seguir ahondando en la introspección como herramienta de trabajo y consolidación.

Pero el tiempo actual está presidido por otras coordenadas a nivel superior que este colectivo, como parte importante del mundo sanitario, no puede desconocer por su trascendencia y peso específico. Nos estamos refiriendo, claro está, a la nueva cúpula del Servicio Andaluz de Salud (SAS) que, desde hace poco, está en el puente de mando de la Sanidad Pública en la Comunidad, amén de ser la primerísima empresa donde ejercen sus funciones el personal de Enfermería.

Y en el timón del SAS, una mujer, Carmen Martínez Aguayo, que se ha convertido en la primera mujer que asume las riendas de una macroorganización como esta. ¿Qué puede esperarse de la actuación de la nueva responsable? La respuesta viene por sí misma: el tiempo lo dirá. De momento, aportemos el beneficio de la duda avalado por unos datos extraídos de su etapa como Directora General del Insalud donde, está escrito, dejó bien patente que Enfermería debe tener capacidad para, según sus propias palabras, "contribuir a la modernización del sistema sanitario" o que la profesión de Enfermería es un sector "fundamental en la gestión de los centros sanitarios".

A quien así se ha manifestado hay que concederle, porque nobleza obliga, el periodo lógico de expectativa que comporta su llegada al poder de la Sanidad Andaluza. Y aguardar. Aguardar para constatar si esas esperanzadoras impresiones se llegan –ojalá– a corresponder con hechos tangibles donde se ponga a prueba la valoración que, desde el puesto que ahora ocupa en Sevilla, le merecen los profesionales andaluces.

Por eso no está de más que demos, en este número de la Revista HYGIA, nuestra bienvenida a Carmen Martínez Aguayo con la esperanza de que, al cabo de algunos meses, podamos confirmar que al liderazgo del SAS llegó una ejecutiva que no cayó en idénticos errores que sus antecesores. Porque la memoria –y las hemerotecas– están ahí para atestiguar que en tiempos pretéritos, los responsables que hicieron mención de la Enfermería Andaluza no fue, precisamente, para situarla, en cualquier orden que se quiera, en el sitio que merece. Que no tengamos que añadir a la lista de responsables que no soportaron en su justa medida el quehacer de la Enfermería, el nombre de Carmen Martínez Aguayo.

### EDITA

Ilte. Colegio Oficial de  
Enfermería de Sevilla

### DIRECTOR

José M<sup>o</sup> Rueda Segura

### SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

### DIRECCION TÉCNICA

Miguel Angel Alcántara  
González

### JEFE DE REDACCION

Vicente Villa García-  
Noblejas

### CONSEJO DE REDACCION

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

### PRODUCE

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

### TIRADA

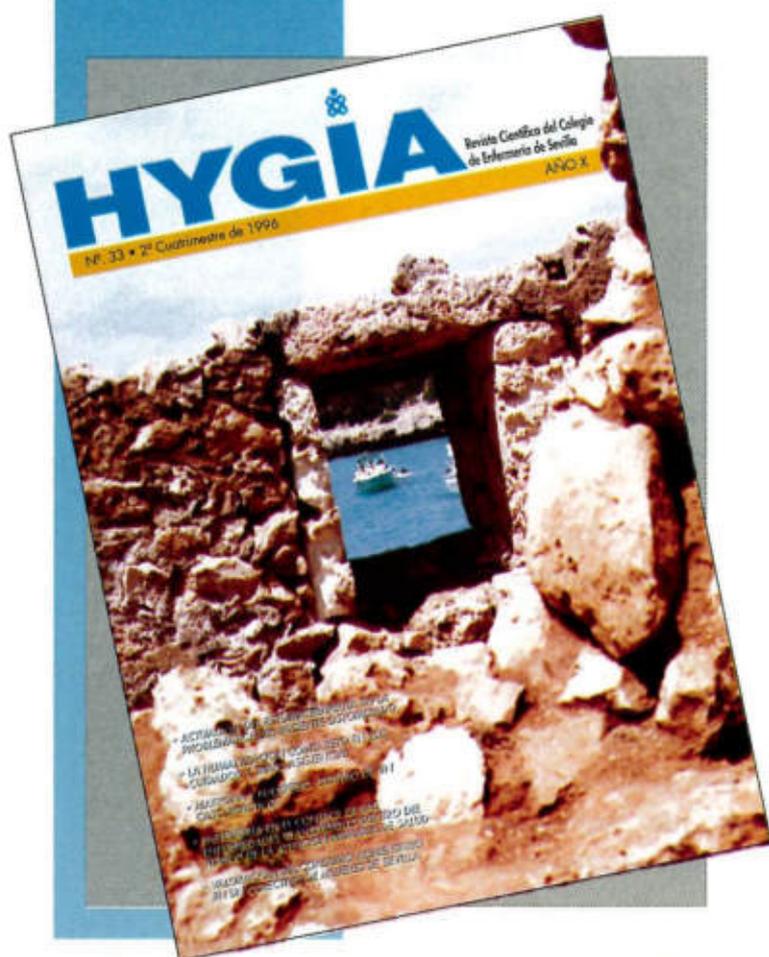
8.800 ejemplares

### DEPOSITO LEGAL

SE - 470 - 1987

# SUMARIO

ACTUACION DEL ESTOMATERAPEUTA EN LA PROBLEMATICA DEL PACIENTE OSTOMIZADO .....	5
LA HUMANIZACION COMO RETO EN LOS CUIDADOS Y TRATO ASISTENCIAL.....	10
MATRONA Y PUERPERIO. ESTUDIO DE UN CASO PRACTICO.....	15
ENFERMERIA EN EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DENTRO DEL MARCO DE LA ATENCION PRIMARIA .....	21
VALORACION DEL CONSUMO ALIMENTARIO EN UN COLECTIVO DE MUJERES DE SEVILLA .....	25
CONCURSO FOTOGRAFICO Nº 33 .....	33



**Autor:** Jesús Rosaura Rodríguez  
**Colegiada Nº:** 9.209  
**Título:** "Cala de Barcas" (Palma de Mallorca)

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.

# ACTUACION DEL ESTOMATERAPEUTA EN LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE OSTOMIZADO

María Dolores Ruiz Fernández

H.U. Virgen de Valme (Sevilla)

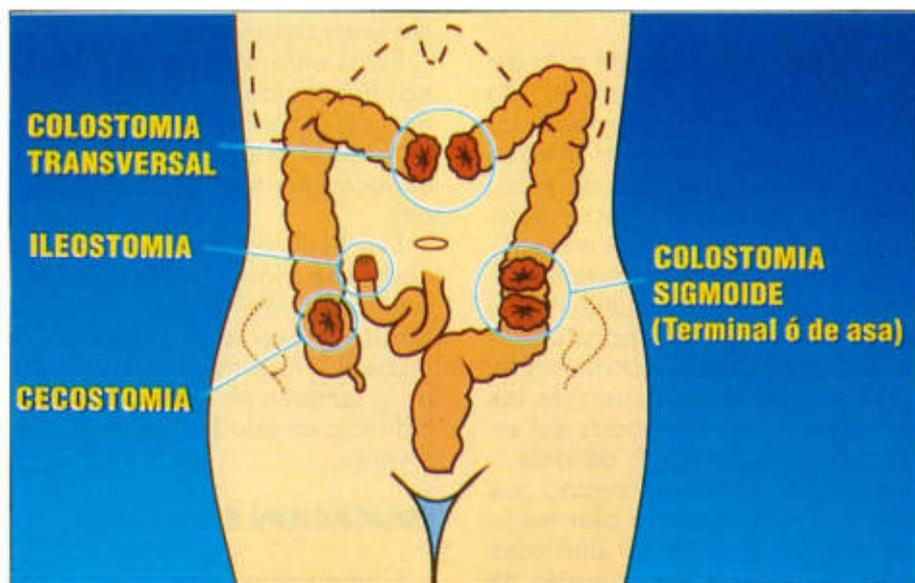
## INTRODUCCION.- CONCEPTO DE OSTOMIZADO

En ocasiones las personas sufren enfermedades o son sometidas a técnicas y funciones que interfieren en el funcionamiento humano integrado.

Son situaciones en las que a los afectados no se les puede considerar enfermos, pero tampoco sanos, pues no están estructural u funcionalmente intactos. Se les define por lo tanto como discapacitados.

Un claro ejemplo de discapacidad es la que afecta a los individuos enterostomizados y traqueostomizados, en los primeros se aboca de forma artificial en la pared anterior del abdomen y a los traqueostomizados se les aboca la tráquea en la cara anterior del cuello. Se les construye quirúrgicamente un estoma, término de origen griego que significa boca y define de forma global a abocación artificial de una viscera hueca o de un conducto a la piel.

Al paciente enterostomizado se le construye quirúrgicamente un estoma que le va a permitir eliminar los desechos digestivos, hecho imprescindible para la supervivencia, pero se le suprime una señal diferenciadora del comportamiento animal, uno de los primeros logros de la infancia hacia la integración social: la continencia esfinteriana.



Localización de los diferentes estomas.

Al paciente traqueostomizado sin embargo, se le arrebató un don muy importante para relacionarse, que es la comunicación verbal y la respiración de forma natural (vía nasal y bucal).

La alteración de la imagen y de autoestima, el rechazo a la ostomía, la alteración sexual, estados de ansiedad o depresión, son posibles causas de desajuste emocional, pudiendo desencadenar alteraciones somáticas. El hecho de que la patología sea tumoral, también puede ser causa de reacciones emocionales adversas en el individuo, aunque en nuestro medio cultural no existe una costumbre generalizada de informar

sistemáticamente del verdadero diagnóstico al propio paciente.

## PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE OSTOMIZADO

El portador de un estoma procede de diferentes clases sociales y culturales. Ha de ser tratado de forma individual, de una manera integral como ser BIO-PSICO-SOCIAL, pues sería un error contemplar este paciente desde una perspectiva puramente somática, pues son personas que sufren una alteración no sólo desde el punto de vista biológico, sino también desde el punto de vista psicosocial.

La problemática del enfermo ostomizado, parte de la base de la información, enseñanza y aceptación que cada paciente reciba del equipo sanitario como preparación para su retorno a la sociedad y poder hacer las necesarias modificaciones que le permitan realizar una vida normal, dentro de sus limitaciones. Si el ostomizado carece de la información y adiestramiento adecuado para afrontar una nueva forma de vida, adoptará actitudes de enfermo e inválido. Informar, instruir, adiestrar y motivar al ostomizado deben ser parte activa del proceso terapéutico de un multidisciplinar y sobre todo del estomaterapeuta.

Para que la calidad de vida del paciente ostomizado no se vea afectada por su discapacidad, los cuidados de enfermería pueden llegar a ser un servicio de salud esencial, pues el manejo y autocuidado del estoma, que no precise de un tratamiento médico activo, sí requiere un seguimiento del personal cualificado para poder tener así un control continuo preventivo y/o diagnóstico de las complicaciones derivadas del estoma o de la patología de base.

El cáncer es la enfermedad que con mayor frecuencia plantea la necesidad de practicar una ostomía. El número aproximado de ostomía/año en España es de 3.500 a 4.000.

Las estadísticas de EEUU estiman en 120.000 casos nuevos anuales de incidencia de neoplasias

colorectales. Además de los factores de riesgo asociados, poliposis o adenomas, colitis ulcerosas y granulomatosas.

Estas enfermedades inflamatorias han tenido en los últimos años una especial importancia por su considerable aumento, afectando especialmente a pacientes jóvenes.

De igual forma se contabilizan cada vez más los afectados por carcinoma de laringe, debido al hábito excesivo de consumo de alcohol y tabaquismo, observándose también en estos casos la incidencia en edades cada vez más jóvenes.

### EDUCACION SANITARIA

Comentaba Derek Bok, Presidente de la Universidad de Harvard. "Si usted cree que la educación es cara, intente la ignorancia". Sólo ésta afirmación proveniente de un experto en educa-

ción demuestra por sí sola la rentabilidad de la educación sanitaria. Para U. Adcock, la educación sanitaria debe convertir a los pacientes en tan autosuficientes como sea posible. Bajo estas premisas parece evidente y necesario el seguimiento y control de los pacientes ostomizados por un profesional de la salud, en base a un diagnóstico y plan de cuidados, que incluye la educación sanitaria y por tanto la información. Nuestra sanidad pública y en concreto nuestra área hospitalaria de Valme, ha ayudado a desarrollar la figura del estomaterapeuta, profesional de enfermería dedicada al tratamiento, seguimiento y control de los pacientes ostomizados.

### ACTUACION DEL ESTOMATERAPEUTA

La actividad de la consulta para ostomizados, se desarrolla tanto en el periodo preoperatorio como durante la estancia del paciente en el hospital y en el seguimiento de la persona ostomizada una vez dada de alta. Se plantea para dar respuesta a las necesidades de éstos en los aspectos específicos de enfermería en las áreas de prevención, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud. Por todo ello, aporta los siguientes beneficios:

- 1) Mejora de cuidados clínicos del paciente.
- 2) Reducción del tiempo de hospitalización.
- 3) Racionamiento del gasto de productos y dispositivos.



Colostomía sigmoidea.



Ileostomía.

**A) Preparación preoperatoria**

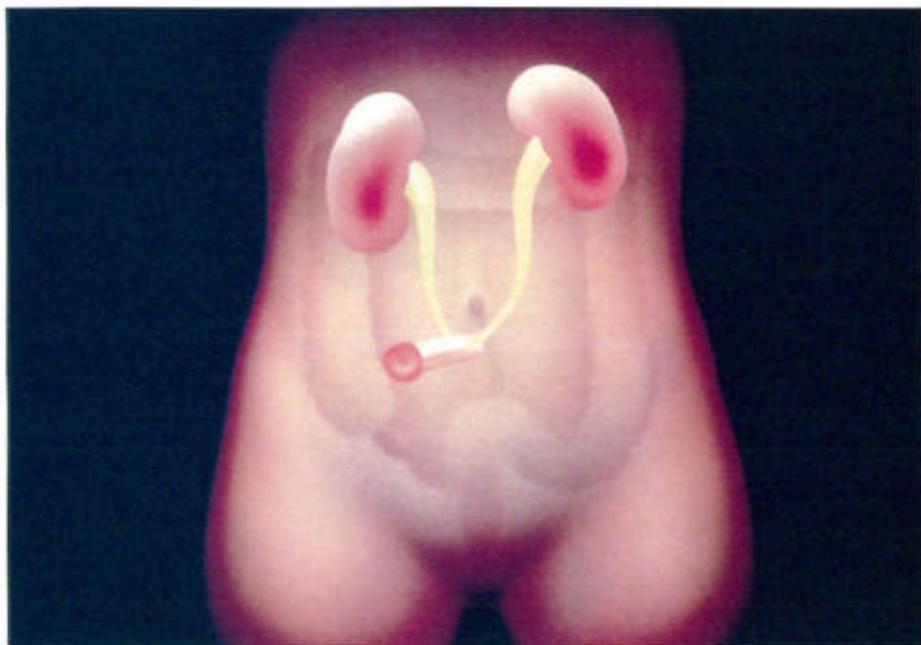
- \* Informar al paciente y familia de la intervención.
- \* Valorar el estado físico y psicosocial mediante la entrevista para prepararlo emocionalmente.
- \* Preparación prequirúrgica del intestino según protocolo establecido.
- \* Marcaje del estoma (acorde con la morfología y hábitos del paciente).

**B) Cuidados post-operatorio**

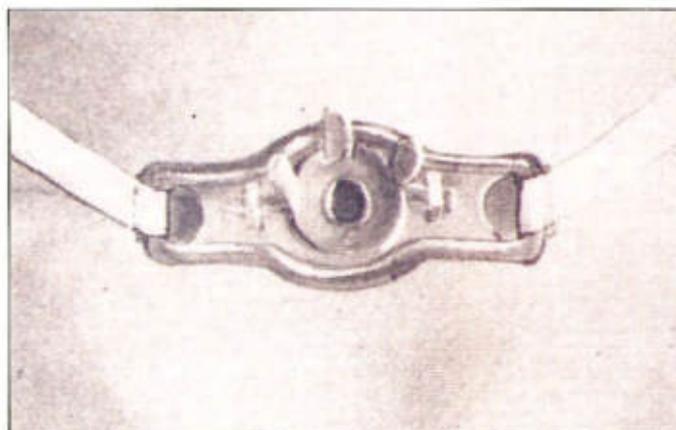
- \* Cooperar con el personal del servicio en el cuidado del estoma.
- \* Demostración del cambio de bolsa y vigilar el estoma y la piel periestomal. (Cánulas y limpieza de éstas).
- \* Instruir al paciente en el cuidado e higiene de un estoma, hasta conseguir un autocuidado del mismo en el momento de ser dado de alta.
- \* Implicar a la familia en el cuidado del paciente y en un apoyo emocional.
- \* Informar de los diferentes dispositivos y cómo obtenerlos.
- \* Aconsejarle del seguimiento de una dieta adecuada.
- \* Planificación del alta hospitalaria.

**C) En el paciente externo**

- \* Seguimiento periódico en consulta, tras el alta hospitalaria para evitar posibles complicaciones del estoma y por consiguiente ingresos hospitalarios innecesarios e indeseados.
- \* Intercomunicación con los centro de salud (médicos y enfermeras) y otros profesionales como asistente social y psicólogo.
- En el caso del traqueostomizado se le pondrá en contacto tan pronto lo permita su estado postquirúrgico (o lo indique el ORL) con un logopeda y asociación de laringectomizado para conseguir cuanto antes una buena comunicación, independencia e integración social y laboral.
- En los pacientes ostomizados desde que se les informa del ha-



*Urostomía según la técnica Bricker.*



*Traqueostomía.*

llazgo de su patología y necesaria intervención, hay que tener muy en cuenta a la familia. Esta debe ser implicada y ampliamente informada desde un principio y durante todo el proceso de hospitalización y consultas posteriores. Pues es precisamente la familia la que va a tener que hacerse cargo de los primeros cuidados del paciente hasta que éste vaya adquiriendo poco a poco un autocuidado satisfactorio.

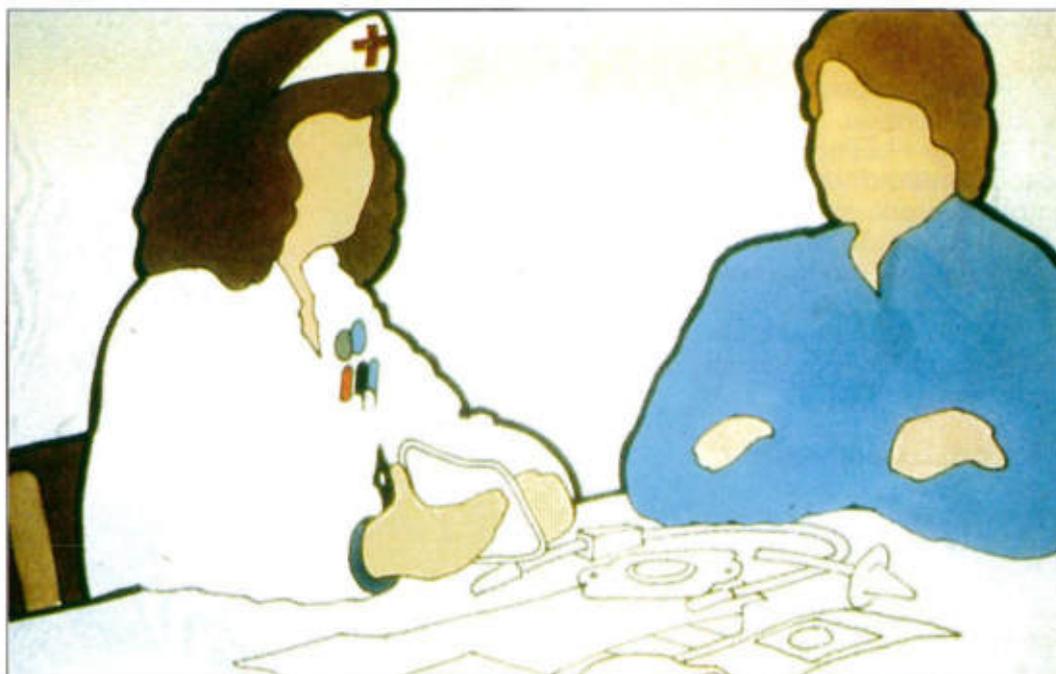
Debemos conseguir que aquellas personas que convivan con el paciente lo apoyen, animen y sepan en cualquier momento valorar pequeños contratiempos o posibles complicaciones y actuar consecuentemente.

Por ello es el personal sanitario

y concretamente el estomaterapeuta el que debe aconsejar y servir de enlace directo para cualquier consulta, derivando según las necesidades a otros profesionales, instituciones y contactar con asociaciones que le puedan ayudar y hacer más fácil la convivencia y comprensión que está a su cargo.

La problemática de ajuste de relación familiar puede ser debida por rechazo como por superprotección del grupo familiar. Igualmente la afectación puede alterar el equilibrio de la convivencia familiar.

El desajuste en la vida de relación sexual en estas personas, es debido en gran parte por la tendencia que presentan al abandono de las actividades sociales y



Información y educación sanitaria al paciente y familia.

diversión que antes de la intervención eran habituales en dichos pacientes, habiéndose encontrado incluso, casos de reclusión total. Esta problemática de relación social puede comprometer y compromete el equilibrio bio-psico-social de la persona, con la consiguiente sensación de inutilidad, pérdida de rol y/o disminución de los ingresos económicos.

La consecución de elevados niveles de salud positiva y la evitación de muertes prematuras, dependen de la adopción de conductas positivas por parte de los individuos, de ahí el interés que la educación sanitaria tiene para la consecución de hábitos sanos. Dicha educación pretende que las personas actúen de forma que restablezcan, conserven y aumenten su nivel de salud, dándole la información necesaria para cuidar de sí mismos. Adquiriendo para ellos los problemas de salud y en lo posible a mantenerla y evitar la recidiva de su enfermedad.

### COORDINACION AREA HOSPITALARIA Y ATENCION PRIMARIA

En el ámbito de la atención primaria y hospitalaria, se están tratando ya un significativo número de casos que nos incita a plan-

tearnos seriamente el nivel de cuidados y educación en el autocuidado de estos pacientes ostomizados, ya que en muchas ocasiones, por desgracia, los resultados no son los adecuados por dos razones:

- La coordinación entre los niveles de atención primaria y hospitalaria es diferente.

- La actuación en la formación no es la demandada.

Durante mucho tiempo, han estado y están funcionando independientemente la atención hospitalaria de la atención primaria con el consiguiente perjuicio tanto para el personal sanitario como para el ostomizado y su familia.

Por ello es necesario que creemos y mantengamos canales de comunicación entre una y otra atención. Para que no se efectúe la rotura brusca, tenemos que conseguir que la salida del hospital no les cree la sensación de abandono que muchas veces sienten al pensar que no van a tener a la enfermera que les contestaba a sus preguntas y solucionaba sus problemas, sino que su proceso va a tener una continuidad en los cuidados, tanto a nivel médico con las revisiones de su patología, como de enfermería para atender a sus cuidados.

Con el objetivo de conexionar

y ampliar el seguimiento a los centros de atención primaria, es necesario **"un informe de alta de enfermería"**. Este lo cumplimentará la enfermera o estomaterapeuta que haya llevado el seguimiento de este paciente durante el periodo de hospitalización e irá dirigida al profesional de enfermería de la zona que le corresponda al paciente. Este informe se acompaña con el alta médica que el enfermo llevará en manos a su área de atención primaria.

De esta forma, poco a poco, iremos estrechando los lazos necesarios así como la continuidad de los cuidados entre hospitales y atención primaria.

Con respecto a la actuación de la formación, los propios profesionales de enfermería mediante cursos organizados a través del Departamento de Formación Continua de cada centro, debemos impartir las materias más demandadas así como actualización de los cuidados especializados.

La publicación en revistas, participación en proyectos de investigación, charlas, ponencias y comunicaciones, son todas formas de incrementar y dar a conocer la importancia de la enfermería en el cuidado y seguimiento de los pacientes. La atención a estos pacientes se llevará a cabo valo-



*Objetivo: Buen estado Bio-psico-social.*

rando sus dimensiones BIO-PSICO-SOCIALES, consiguiendo paliar de esta forma la problemática que presentan los pacientes ostomizados.

Para terminar y en base a abundar en la importancia de los cuidados, haremos mención a Sione Weil cuando dice que "los hombres sólo necesitan en este mundo que otros hombres sean capaces de prestarles atención: Cosa rara, muy difícil. Casi un milagro".

## CONCLUSIONES

La presencia de un estoma alte-

ra la calidad de vida del individuo en relación a su situación de presunta normalidad anterior.

Los pacientes ostomizados sufren un cambio drástico en su vida, considerándose discapacitados para ciertas habilidades sociales y/o laborales.

La edad no es factor determinante para que un paciente ostomizado sufra en su imagen corporal. De igual forma no es factor determinante la patología base que haya llevado a la ostomía.

La consecución de un absoluto autocuidado, así como la rapidez de su inserción social, familiar y

laboral, depende en gran parte de una eficaz Educación Sanitaria al enfermo y su familia.

La figura del Estomaterapeuta juega un importante rol en la disminución de las posibles complicaciones de la piel periestomal y la propia ostomía. Así como en el seguimiento bio-psico-social del paciente ostomizado, evitando reingresos innecesarios.

Para conseguir estos objetivos es de suma importancia, establecer una relación dinámica e integral entre el estomaterapeuta, equipo de Atención Primaria, enfermo ostomizado y familia.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ruíz, M.D.- Proyecto de consulta de enfermería Area Hospitalaria de Valme. Sevilla. 1.994.
- 2.- Ortíz, H.; Martí-Rague,J; Foulkes, B.- Indicaciones y cuidados de los estomas, Barcelona: JIMS, 1.989.
- 3.- Pérez García, S.- Educación sanitaria; medio para mejorar la salud del ostomizado. Enfermería Científica. Octubre, 1.991. 117: 4-11.
- 4.- Breckman, B.- Enfermería del estoma. Interamericana. Madrid, 1.990.
- 5.- Boelker, T.- El diálogo con el paciente es importante pero debe hacerse correctamente. Eurostoma, 1.994, 6: 16-17.
- 6.- Dayris, D.- Cuidado de estomas en comunidad: Una necesidad, una actividad y una esperanza. Eurostoma, 1.995; 10-11.
- 7.- Carranque, C.F.; Nieto, M<sup>o</sup>C.; Suárez, E.- Programa de educación sanitaria al paciente ostomizado adulto, en el Area de Atención Primaria. Enfermería Científica, 1.991; 112-113: 16-19.
- 8.- Sánchez, J.- Influencia del proceso educativo en la calidad de vida del paciente ostomizado. Libro de ponencias II Congreso de Enfermería en Ostomías. S.E.D.E. Madrid, 1.994, 143-148.
- 9.- Larrea, B.; Fuertes, C.; Udobro, R.- Atención de enfermería al paciente traqueostomizado en el periodo post-operatorio. Libro de ponencias II Congreso Nacional de Ostomías. S.E.D.E. Madrid, 1.994; 171-177.
- 10.- Ruíz, M.D.; Delgado, C.; Chacartegui, I.- Estudio de calidad de vida en pacientes enterostomizados. 1er Premio Fuden. Sevilla, 1.995.

# LA HUMANIZACION COMO RETO EN LOS CUIDADOS Y TRATO ASISTENCIAL

Josefa Parrilla Saldaña (D.E.)  
 M<sup>a</sup> Angeles Caballero Trigo (T. Social)  
 Urbina Aguilar Raposo (T. Social)  
 Antonia Quero Haro (D.E.)  
 Camelia Moreno Maudó (D.E.)

H. U. Virgen de Valme (Sevilla)

## 1.- INTRODUCCION

Los profesionales sanitarios en su relación diaria con los pacientes se enfrentan a situaciones que son difíciles de afrontar y de resolver, como son el dolor, la angustia, la inseguridad, el temor, el rechazo... etc, sentimientos y actitudes propias e inherentes a la condición humana cuando se produce un choque emocional como puede ser el paso del estado de salud al de enfermedad y que sin pretenderlo interfieren en la relación asistencial con el paciente y

su familia. Pensamos, sin embargo, que mediante el desarrollo de ciertos mecanismos y habilidades profesionales por parte del personal se podrían si no resolver, al menos, paliar estos conflictos, logrando con ello humanizar más la atención y aumentar la satisfacción de los profesionales y usuarios.

Este artículo pretende llamar a la reflexión personal preguntándose cómo podríamos llegar a cambiar nuestras propias actitudes como profesionales, a veces olvidadas por la sistemática dia-

ria del trabajo, para poder ayudarnos y ayudar a enfrentar este tipo de situaciones, con la única y exclusiva pretensión de lograr un bien común: LA HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL.

## 2.- METODOLOGIA

Básicamente ha consistido en la recopilación de datos bibliográficos referidos al personal del entorno hospitalario en su conjunto y, en particular, a las relaciones que se establecen con el paciente y su familia. Por otra parte, se ha consultado la fuente de datos que supone el estudio de la demanda social producida en nuestro Hospital, por parte de la Unidad de Trabajo Social, analizando las necesidades más básicas de los pacientes, así como las variables familiares, económica, sociales, culturales y ambientales que influyen en las mismas que son objeto de su intervención.

## 3.- MATERIAL

- Documentación existente en la Bibliografía del Hospital Universitario de Valme.
- Documentación existente

*El usuario reclama, cada vez más, mayor humanización del profesional*



en la Biblioteca de la Universidad de Sevilla.- Escuela de Ciencias de la Salud.

- Fuente de Datos correspondiente a los registros informáticos de la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario de Valme.

- Análisis de las experiencias propias y personales de relaciones interprofesionales.

**4.- OBJETIVOS**

4.1.- Pretendemos acercarnos al profesional que de una u otra forma desempeña trabajos relacionados con el paciente, familia y otros profesionales.

4.2.- Intentamos enfatizar la importancia de las relaciones interprofesionales en lo cotidiano para que revierta en beneficio del paciente y su familia.

4.3.- Potenciar la "escucha", reforzar la información, comprender y entender, empatizar con el paciente y ampliar la visión a otros ámbitos, familiar, laboral, ambiental... que no son los estrictamente sanitarios.

4.4.- Estudiar y analizar los factores que pueden llegar a acusar los conflictos e intentar buscar alternativas conjuntas y adecuadas.

4.5.- Ser agentes facilitadores de salud y no barreras en contra de este objetivo.

4.6.- Colaborar y desarrollar los mecanismos pertinentes para que la atención al paciente sea integral e integradora.

**DESARROLLO DE OBJETIVOS**

**4.1.- Pretendemos acercarnos al profesional...**

Para acercarnos al profesional convendría aproximarnos, en primer lugar, a la estructura y organización de su medio de trabajo ya que, sin duda, el entorno donde se desenvuelve va a determinar, por sus características, a los que allí trabajan.

Por lo que habrá que tener en cuenta factores tales, como:

a) Tipo de Hospital (General, de Especialidades, Materno-Infantil, etc.):

- Patologías que atiende
- Servicios médicos que lo configuran

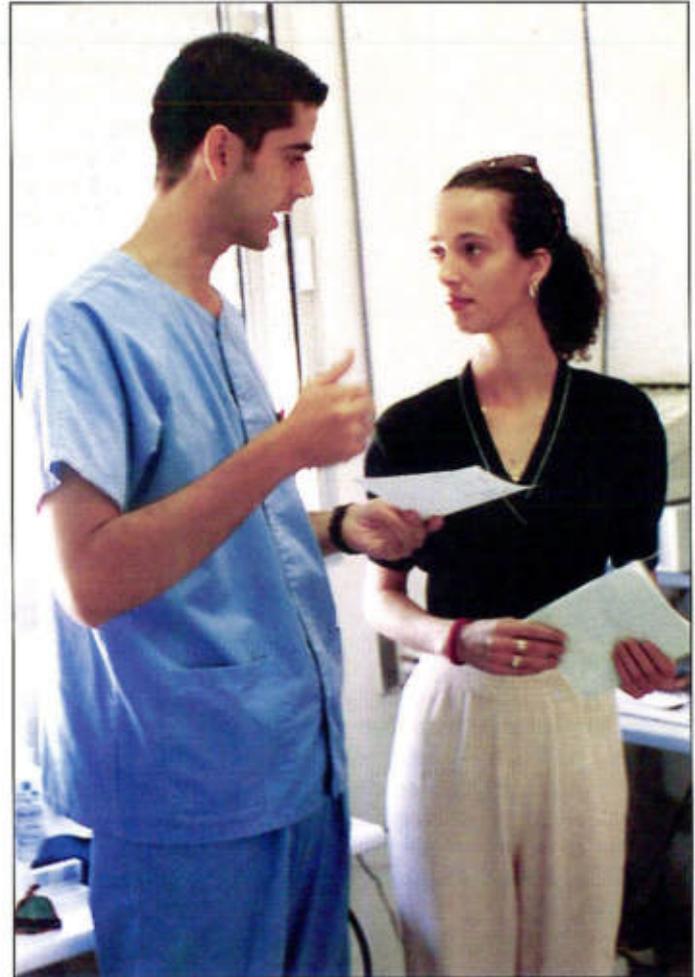
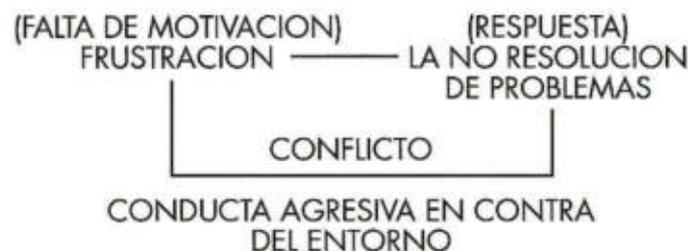
b) Población que abarca

c) Dotación Presupuestaria:

- Recursos materiales
- Recursos humanos

d) Política administrativa

Una característica inherente a un amplio sector de trabajadores dentro del Hospital es la



*Una tarea importante es facilitar toda la información a familiares y pacientes*

Las causas fundamentales de la falta de motivación puede estar producida por distintos factores, desde los puramente personales (familiares, ambientales, estrés...) a los de tipo laboral, donde cabría destacar dos vertientes:

**a) Escasez de Recursos:**

- Materiales: Falta de espacio o infraestructura adecuados, insuficiencia de material (fungible, de equipamiento...)

- Humanos: Sobrecarga de trabajo, escasez de tiempo o incorrecta distribución del mismo, agravios comparativos,...

**b) Conflicto de Roles:**

- Delegación o reparto no proporcional de responsabilidades entre jerarquías y/o niveles de competencias profesionales...

- Exhaustivo cumplimiento de competencias y funciones, en ocasiones extremas, luchas y conflictos internos entre categorías profesionales, corporativismo de estamentos.

Sobre el primer punto (A), difícilmente podremos actuar de una manera directa, entre otras razones, porque va asociado a un problema que tiene que ver



La comunicación interdisciplinaria debe estar siempre pendiente.

más con la organización y administración hospitalaria, sin que de ello se derive la no actuación por nuestra parte ya que se deben utilizar los canales establecidos para que las distintas direcciones conozcan estos problemas e intenten remediarlos.

Sin embargo, sobre el origen del conflicto de roles que, quizás sea el principal causante del "mal clima de trabajo" y lo que repercute, de una manera más directa, en el proceso de humanización, sí podríamos intentar intervenir:

La solución vendría dada por la potenciación de un sentimiento de "PERTENENCIA DE EQUIPO", donde los objetivos son comunes a todos los miembros del grupo y revierte, de una manera más directa, en el bienestar del paciente, donde las funciones estén bien definidas y bien repartidas siendo complementarias y útiles. Donde, además, la comunicación se diera en una doble vertiente: entre los profesionales implicados y entre éstos y el paciente y/o la familia.

#### 4.2.- Intentamos enfatizar la importancia de las relaciones interprofesionales...

Los trabajadores en su relación diaria asistencial tienen asignadas una serie de actividades que, si bien son específicas de diferentes categorías profesionales, no

se dan de forma aislada sino que han de estar en interrelación unas con otras, tanto a nivel de unidades asistenciales como de apoyo, para que se dé el objetivo final que es: LA ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE.

Este proceso, con las dificultades que entraña en sí, ha de darse necesariamente dentro del marco de la COMUNICACION.

- Unidades Asistenciales..
- Unidades de Apoyo.
- Servicios Generales.
- Servicios de Atención al usuario.

Entre los factores que inciden y afectan a las relaciones interprofesionales, podríamos destacar los siguientes.

- 1.- TIEMPO.
- 2.- DESCONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES DE OTROS TRABAJADORES IMPLICADOS EN EL PROCESO ASISTENCIAL.

(El desconocimiento lleva a la inadecuada utilización de recursos...).

- 3.- DESCOORDINACION ENTRE PROFESIONALES.

- 4.- BARRERAS DE LA PROPIA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA.

- 5.- CONFLICTOS A NIVEL PERSONAL (ánimos-emocionales, ambientales, situaciones, profesionales,...).

Sabemos que no podemos in-

fluir sobre todos los factores que impiden una buena interrelación profesional, pero sí podríamos actuar sobre aquellos que de una manera más directa nos afectan en nuestra relación diaria y está en nuestras manos cambiar como profesionales responsables del proceso asistencial.

Si no se establece el adecuado sistema relacional, así como unas líneas de comunicación que sean válidas, se puede llegar a un constante desequilibrio que dificulte enormemente el proceso asistencial y donde además el clima que se dé no sea el indicado para llegar a COMUNICAR Y COMUNICARSE.

#### 4.3.- Potenciar la "escucha", reforzar la información, comprender y entender,...

Las prisas, los agobios, la constante preocupación por la rentabilidad y disminución de costes económicos, las sobrecargas de trabajo,... supone que no disponemos, la gran mayoría de las veces, de una inmejorable herramienta de trabajo: LA ESCUCHA, elemento imprescindible para conocer y mejorar la calidad de la asistencia, y en suma, hacerla más humana. Por otra parte, con el empleo de esta herramienta: ESCUCHAR AL PACIENTE, pode-



*Estar enfermo no debe suponer aislamiento con respecto al entorno habitual de la persona.*

mos lograr eliminar sentimientos como los referidos al inicio de esta Comunicación, tales como la angustia, el miedo, el rechazo,... y estimular al paciente a participar en su propio proceso de recuperación. A estos niveles, no debemos olvidarnos que tan importante como la escucha es saber comunicarnos con el paciente, saber transmitirle un mensaje de manera clara y sencilla, reforzando la información.

LA ORIENTACION, CANALIZACION Y COMPRESION DE LA INFORMACION debe ser, en todo momento, uno de los principales objetivos de la relación asistencial con el paciente y éstos, que en suma, no son más que elementos básicos de LA COMUNICACION.

**4.4.- Estudiar y analizar los factores que pueden llegar a causar los conflictos... (PONERSE EN LUGAR DE... EMPATIZAR).**

Mediante el estudio de las variables sociales, familiares, culturales y ambientales se puede establecer:

- Una mejor y más orientada atención al paciente, que lleven a la planificación de estrategias de abordaje y consecución de objetivos terapéuticos, asistenciales y sociales.

- Así como a alcanzar mejores alternativas al alta reinsertando al paciente en el medio del que procede sin que ello represente una agresión más hacia la persona.

La aportación de estos datos, la gran mayoría de las veces facilita y orienta la atención, haciéndola más humana y cualitativa-mente más consecuente al momento y circunstancias que vive la persona objeto de nuestra atención.

SI OLVIDAMOS ESTOS ASPECTOS OLVIDAMOS LA CONCEPCION INTEGRAL QUE COMO PERSONAS TODOS POSEEMOS.

**4.5.- Ser agentes facilitadores de salud,...**

La sistemática y dinámica de nuestro trabajo diario representa, en múltiples ocasiones, barreras que van en contra de la atención al paciente:

Por una parte, la mecanización de las actuaciones influyen en la manera irreflexiva de hacer las cosas, lo que conlleva a no plantearnos o cuestionarnos si estas actuaciones son las adecuadas o no a las necesidades del paciente.

Por otra parte, las propias actitudes personales de los profesionales sanitarios influyen, a veces, de forma muy negativa en

el proceso de facilitación asistencial: PRE-JUZGAR, PRE-SUPONER, CONCEPTUAR ANTES DE... De alguna manera, es poner "etiquetas" sin conocer y además predisponen casi siempre en contra o a favor de la persona.

Ejem.:

(persona bien vestida es respetable, persona desarropada es un mendigo,... pinta de toxicómano, enfermo de VIH/SIDA, pinta normal no tiene ninguna enfermedad de la cual nos tengamos que proteger,...). Esta labor se realiza, desgraciadamente muy a menudo en los Centros Hospitalarios.

Las personas cuando llegan a un Hospital, se encuentran en manos de unos profesionales a los que hacen entrega de su INTIMIDAD, de sus PREOCUPACIONES, de sus LIMITACIONES FISICAS Y PSIQUICAS, de SU DIGNIDAD COMO PERSONA... ellos esperan de los profesionales, como mínimo, RESPETO. Sin embargo, con el simple hecho de ejercer actitudes como las referidas, se puede llegar a frenar todo un proceso asistencial, vulnerando el derecho que toda persona tiene a una asistencia digna. Esto es preocupante porque puede llegar a tener una influencia muy negativa, siendo los propios profesionales implicados quienes, a veces, frenan o limitan los proce-

sos asistenciales o de recuperación de la salud.

**4.6.- Colaborar en el desarrollo de los mecanismos adecuados para que la atención sea integral e integradora.**

La asistencia integral al paciente debe ser el objetivo a cubrir. Consiste en integrar de forma vertical y horizontalmente la asistencia, atendiendo a todas las necesidades del paciente y debe ser impartida por todos los miembros del equipo asistencial en coordinación.

La ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE, por tanto, se basa en la consideración de todos los aspectos que confluyen en la persona. No se trata de atender tumores, dolores o síntomas, ... sino a personas que como consecuencia de una enfermedad pierden el estado normalizado de vida.

Consecuentemente, la familia, el entorno, ... etc. serían otros aspecto a tratar. (La familia porque en muchas ocasiones puede intervenir en el proceso de recuperación del enfermo, el entorno porque al poder llegar a ser reconvertido se torna menos agresivo para las nuevas circunstancias del paciente,...). Por lo que hemos de tener en cuenta todos aquellos elementos que pueden llegar a influir, en mayor o menor medida, y que intervienen en la recuperación del paciente mejorando con ello la calidad de vida.

**CONCLUSIONES**

1.- Para humanizar el trato con el paciente es fundamental humanizar las relaciones personales entre el enfermo y todos los profesio-



*Humanizar nuestros hospitales, una demanda de la sociedad actual.*

sionales con los que se encuentra durante su estancia en el mismo.

2.- Es imprescindible respetar los derechos y deberes del enfermo así como que las instituciones públicas y privadas lo asuman, difundan y traten de eliminar barreras que faciliten la comunicación. El derecho del enfermo a recibir información comprensible, suficiente y continuada debe constituir un reto para todos los profesionales implicados.

**3.- Motivar para humanizar:**

Conseguir motivar a los profesionales es, a veces, una cuestión compleja, pero que puede lograrse no únicamente por medio del incentivo económico, sino mediante otras fórmulas como pueden ser la comunicación, la descentralización, el trabajo de equipo, la formación, la participación, el trato personalizado y el reconocimiento del trabajo de-

sempeñado sin perder de vista que el eje central es el enfermo, su familia y el entorno entendido esto como globalidad.

4.- Mejorar los niveles de información y satisfacción de los usuarios. Teniendo en cuenta no sólo aquellos aspectos que tienen que ver directamente con el proceso asistencial, sino también con todos aquellos aspectos que tiene que ver con el proceso de hospitalización.

5.- Humanizar teniendo en cuenta que debemos conocer también el entorno en el cual se desenvuelve el trabajo diario de los profesionales, enfatizar la importancia de las relaciones interprofesionales, potenciar la "escucha" como herramienta fundamental para establecer la comunicación, ser agentes facilitadores de salud e intentar dar una atención integral e integradora.

**BIBLIOGRAFIA**

- J.A. Peitchinis. "La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes". Ed. Alambra
- E.G. Bormann; W.S. Howell; R.G. Nichols; G.L. Shapiro. "La comunicación: un problema de la organización". Ed. Desusto (Bilbao)
- H. Touzard. "La mediación y la solución de los conflictos". Ed. Herder (Barcelona)
- A. Poletti Rosette. "Cuidados de enfermería". Ed. Rol (Barcelona)
- C. Eserverri Chaverri. "Enfermería hospitalaria". Ed. Médica Técnica (Barcelona)
- D. Orem. "Normas prácticas en enfermería". Ed. Pirámide (Madrid)
- P. Watzlawick; J. Beavin Bavelas; D.D. Jackson. "Teoría de la comunicación humana". Ed. Herder (Barcelona)

# MATRONA Y PUERPERIO. ESTUDIO DE UN CASO PRACTICO

Manuel Jesús García Martínez\*  
Manuel Santos Pérez\*\*  
Antonio Espinosa Castellero\*\*

\* (Matrona. Profesor de la Unidad Docente de Matronas del H.U. Virgen del Rocío. Sevilla)

\*\* (D.E. Residente 2º año. Unidad Docente de Matronas H.U. Virgen del Rocío. Sevilla)

## I.- INTRODUCCION

El puerperio (del latín puer, niño, y parere, parir) es el período de tiempo que va desde la expulsión del feto y los anexos ovulares hasta la desaparición de las modificaciones gravídicas. Popularmente se denomina cuarentena porque ésta es, aproximadamente, la duración de este período. Algunos autores (J. González-Merlo<sup>1</sup> entre ellos) definen el puerperio como el período de tiempo que se extiende desde el parto hasta la aparición de la primera menstruación, caracterizándose por el lento retorno del organismo materno al estado anterior a la gestación y el establecimiento de la lactancia. En cuanto a la clasificación, se puede distinguir entre puerperio inmediato (corresponde a las primeras 24 horas); puerperio precoz o puerperio propiamente dicho (la primera semana postparto) y puerperio tardío (hasta la reaparición menstrual, siempre que la primera menstruación esté comprendida en el lapso de tiempo citado, unos 45 días).

Se caracteriza fundamentalmente por dos fenómenos fisiológicos: involución (vuelta del organismo a su estado anterior) y el establecimiento de la lactancia. Tras el agotador esfuerzo del parto, la madre se enfrenta a la necesidad de realizar reajustes, tanto psicológicos como fisiológicos. En este período juega un papel muy importante Enfermería, pues debe valorar estos cambios físicos y de conducta que se producen en la mujer, así como sus

REGISTRO DE VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO							
Nombre				Hab./cama			
Fecha de ingreso	Hora	Parto	Paridad				
Profesión	Edad	Recibió educación marternal?					
Grupo/RH	Vacuna anti-D						
RN	Tto. RN	Prueba del talón					
Estado de consciencia			Estado anímico				
Útero	Hemorragia	Episiotomía	Desgarro				
Inciisión quirúrgica	Tipo de sutura	Drenaje abdominal					
Micción	Sonda vesical						
Enfermedad crónica			Tto. de la enfermedad				
Incapacidad física o psíquica			Prótesis	Alergias			
Lactancia	Tipo de pezón		Experiencia anterior				
DIETA							
Fecha inicio	Medicación			Fecha terminación	Mañana	Tarde	Noche

Registro de Valoración Inicial de Enfermería en el Puerperio. A partir de una primera valoración, el personal de Enfermería elabora sus diagnósticos y planes de trabajo.

necesidades, conjuntamente con su pareja y familia, para desarrollar un plan de asistencia.

El presente trabajo, elaborado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío - H. Maternal- de Sevilla, tiene como objetivo presentar un caso de puérpera, desde el momento de su llegada a la sala de puerperio hasta su marcha del hospital, analizando algunas de las necesidades y problemas que presenta y su resolución por la enfermera/matrona.

La prestación de cuidados y vigilancia de la puérpera y del recién nacido constituyen funciones

tradicionales llevadas a cabo por la matrona desde la más remota antigüedad. Hemos creído conveniente, a modo de recordatorio histórico, recoger al final del trabajo algunas notas al respecto.

## II.- MATERIAL Y MÉTODO

El material empleado ha sido el siguiente:

- Historial Clínico de la puérpera.
- Historia de Enfermería:
  - \* Registro Tococardiográfico.
  - \* Registro de Valoración Inicial de Enfermería en el Puerperio.

\* Registro de Evolución de Enfermería.

\* Gráfica de constantes vitales (temperatura, T.A., pulso, diuresis).

- Hoja de tratamiento médico.
- Bibliografía.

Se analizan las necesidades y problemas presentados por una púérpera a su ingreso en la Unidad, así como las intervenciones del personal de enfermería/matrona. Se han escogido tres diagnósticos de Enfermería que suelen presentarse con cierta frecuencia en una primípara y cuyo estudio y exposición pueden ayudarnos a valorar con mayor conocimiento este período del postparto, muy importante, sin duda, en la vida de la mujer y del recién nacido.

### III.- DESARROLLO. RESULTADOS

Presentación del caso. Recogida de datos. Valoración inicial.

Se trata de la Sra. M<sup>a</sup> M.G.M., de 27 años, primípara y primigesta, que ingresa en la Unidad de Puerperio, procedente de Observación, tras parto espontáneo de una niña de 3.250 gramos de peso. El mismo tuvo lugar a las 11'40 horas del día 23 de Octubre de 1995, tras 10 horas en Sala de Dilatación y Partorio. Se marcha de alta a los cinco días.

El desarrollo del parto fue el siguiente: ingreso en la Unidad de Dilatación a la 1'30 h, con 1 cm de dilatación y bolsa íntegra, a las 9'30 h presenta dilatación de 3 cm, procediéndose a una amnioscopia: líquido amniótico teñido y en cantidad normal. A las 9'40 h se inicia aceleración del parto, dando como resultado 4 cm de dilatación a las 10'30 y 6 cm a las 11 h. El parto se produce a las 11'40H, practicándose episiotomía media. Durante el mismo presentó sangrado, unos 600 cc, e hipotonía uterina, resultados con tratamiento médico y medidas enfermeras (masaje uterino, entre otras). A las 13'30 h sube a la unidad de púerperas.

El registro de valoración inicial

de Enfermería, a su ingreso en planta, recoge los siguientes datos:

- Constantes vitales: T.A.: 90/60 mm Hg.; Frec. card.: 90 puls/min.; T<sup>o</sup>: 37 C.

- Nivel de conciencia: despierta y orientada; mantiene conversación coherente.

- Estado físico general: decaimiento, cansancio. Al intentar incorporarse presenta mareos.

Estado anímico: bueno, muy animada.

Utero: a nivel del ombligo, edematoso. Hemorragia: escasez al realizar Credé. Loquios abundantes y sanguinolentos, de color rojo claro. Episiotomía: media. Desgarro: no. Tipo de sutura empleada: catgut O. Micción: sí. Sonda vesical: no. Defecación: no. Mamas: buen estado.

- Tratamiento médico administrado en Partorio: Methergin 2 amp. vía intramuscular y otra intravenosa.

- Hemograma tras hemorragia: Leucocitos: 17.500; Hematíes: 3.000.000; Hb: 9 gr/100 ml; Hcto: 32%; Plaquetas: 200.000.

### DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Tras la entrevista inicial en la Unidad de púerperas y la correspondiente recogida de datos, a modo de resumen concluimos que la Sra. M<sup>a</sup> M.G.M. manifiesta sentirse molesta porque tiene dolor abdominal (a la exploración la matrona detecta útero hipotónico, a nivel del ombligo); igualmente dice estar algo mareada. Desea amamantar a su hija, pero, refiere, no saber cómo hacerlo. Igualmente expresa tener mucho miedo porque no sabe cómo cuidar de su hija. El esposo no se atreve a coger a la niña "por miedo a que se le caiga". Resto de la exploración normal.

Ante los datos expuestos escogimos como diagnósticos enfermeros más destacados los tres siguientes, uno que alude al plano físico -involución uterina-, otro al psíquico -temor, ansiedad- y un último al de la educación sanitaria -falta o déficit de conocimientos-

\* Atención en la involución uterina debido a una disminución del tono uterino.

\* Temor a la alimentación materna, relacionado con una falta de conocimientos y de experiencia de la misma.

\* Falta de conocimientos y de técnicas de cuidados del niño debido a una inexperiencia en los cuidados del mismo.

#### 1.- Diagnóstico de Enfermería:

Alteración en la involución uterina debido a una disminución del tono uterino.

##### 1.a.- Valoración

Los datos más significativos recogidos por la Matrona para este diagnóstico son los siguientes: Utero edematoso, localización a nivel del ombligo. Cantidad moderada de loquios rubra. T.A.: 90/60 mm Hg; Frec. card.: 90 puls/min. Primigesta y primípara. Primer día de puerperio.

##### 1.b.- Plan de Enfermería

El objetivo principal del plan establecido en este primer diagnóstico es el de mejorar el tono uterino para favorecer la involución de este órgano.

##### 1.c. Intervención de Enfermería

Intervenciones de Enfermería:

- Dar masaje en el fondo uterino hasta que endurezca, con objeto de estimular las contracciones musculares uterinas y aumentar el tono. Una labor importante del personal de Enfermería es enseñar a la púérpera a darse sus propios masajes uterinos, advirtiéndole que tenga la preocupación de no practicarlo con demasiada fuerza, debido a que el útero puede quedar fatigado o hiperestimulado, pudiendo provocar una posible hemorragia o dolor. En planta se comprobó el estado del fondo uterino cada dos horas el primer día (en la Unidad de Observación se realizó con una frecuencia de una vez cada quince minutos).

- Animar a Dña. M<sup>a</sup> M.G.M. a que evacue frecuentemente para prevenir que la vejiga interfiera con la involución.

**Fundamentos:**

- El masaje uterino aumenta el tono y disminuirá el flujo de loquios.
- Después del parto, la necesidad de micción está frecuentemente disminuida.

**Criterios resueltos:**

- El útero se volverá duro y contraído; la paciente se dará masajes para aumentar el tono uterino.
- No había distensión vesical.

**1.d.- Evaluación.**

La señora M.<sup>ª</sup> M.G.M. realiza correctamente el masaje uterino. Tras las diversas sesiones de masaje, el útero adquirió su dureza y consistencia normales. El fondo uterino descendió a la posición prevista, es decir, un través de dedo al día (al alta hospitalaria, se encontraba tres traveses de dedo por debajo del ombligo y en la línea media). Los loquios disminuyeron en cantidad y coloración. No hemorragia. La diuresis/día fue la adecuada.

**2.- Diagnóstico de Enfermería:**

Temor a la alimentación materna, relacionado con una falta de conocimientos y de experiencia de la misma.

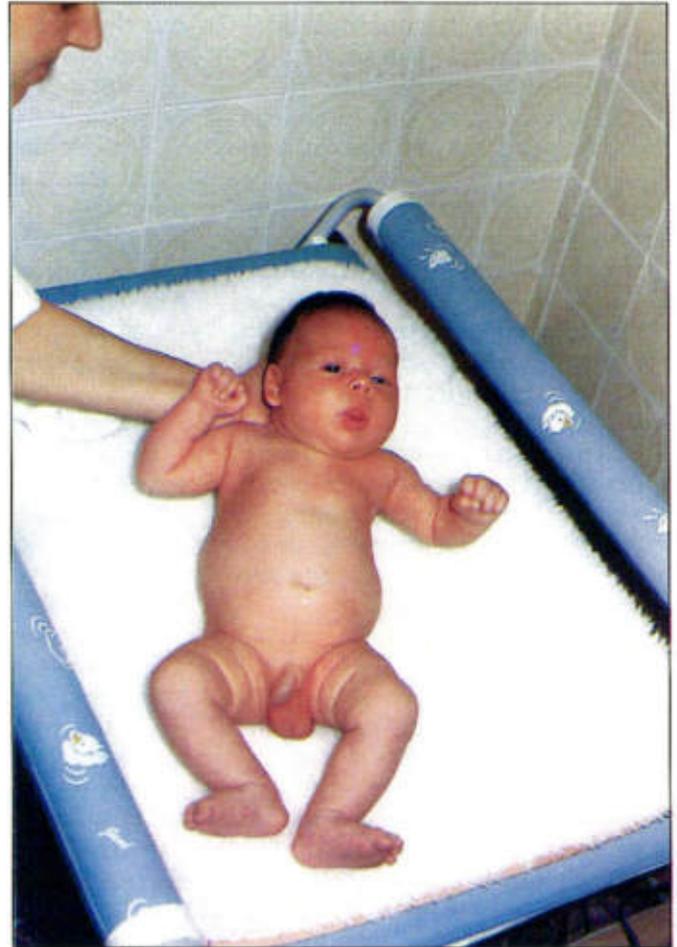
**2.a.- Valoración.**

Como datos importantes y significativos que nos ayuden a establecer este diagnóstico encontramos:

- La señora M.<sup>ª</sup> M.G.M. muestra dificultad para entender todo lo concerniente al proceso de producción de la leche; cree que sus pechos son demasiados pequeños para amamantar a su hija.
- Hace preguntas acerca de cómo se lleva a cabo la alimentación por pecho.
- Observamos en la señora nerviosismo, inquietud, llegando a afirmar que no se ve preparada para amamantar a su hija.

**2.b.- Plan.**

El plan de Enfermería tiene como objetivos aumentar el conocimiento de la Sra. M.<sup>ª</sup> M.G.M. en todo lo referente a la lactancia



*En muchos padres, la inexperiencia y la falta de conocimientos acerca de cómo cuidar a su primer hijo son manifiestos. La labor educacional de la matrona durante el puerperio, ya sea en el Hospital o en Asistencia Primaria, es fundamental.*

materna y promover experiencias positivas sobre la misma.

**2.c.- Intervención de Enfermería.**

**Intervenciones de Enfermería:**

- Instruir a la puerpera sobre la anatomía del pecho y la formación de la leche.
- Indicarle la postura de la madre y del niño para llevar a cabo una correcta alimentación.
- Mostrarle los métodos para hacer que el niño coja el pezón y para que se retire del pecho.
- Enseñarle el masaje complementario para asegurar que el pecho está totalmente vacío.
- Enseñarle técnicas para aumentar su aporte de leche. Decirle que un vaciamiento total del pecho es el estímulo que provoca una subida de la leche. Si el pecho no está vacío, se forma menos leche.
- Enseñarle, al mismo tiempo, los cuidados apropiados de las mamas, para que los ponga en práctica en su domicilio.

**Fundamentos:**

- Entender los conceptos de la formación de leche en el pecho favorecerá la comprensión del proceso de lactación y facilitará una buena alimentación materna.
- El reflejo de eyección es promovido cuando la madre adopta una posición cómoda y que permita succionar al niño.
- El dolor en el pezón puede evitarse si la madre adopta las técnicas adecuadas para poner y quitar al niño del pecho.
- El masaje complementario permite un vaciamiento total de la mama, al permitir el flujo de la leche desde los alvéolos a los reservorios de leche. Esto ayuda a prevenir la ingurgitación.
- El dolor en los pezones y las complicaciones de la alimentación materna pueden prevenirse con un correcto cuidado de las mamas.

**Criterios resueltos:**  
La Sra. M.<sup>ª</sup> M.G.M.:

- Comprende la anatomía básica del pecho y puede hablar sobre la formación de la leche.

- Podrá adoptar una posición cómoda para dar de mamar a su hijo.

- Gana confianza en la colaboración del niño para alimentarle y retira al niño del pezón sin dañarlo.

- Encuentra que después de la alimentación, el pecho estará flácido, lo cual indica un vaciado total.

- Expresa su comprensión de las técnicas para aumentar o disminuir la formación de leche.

- Expresa y demuestra unos cuidados apropiados de sus mamas.

2.d.- Evaluación.

La Sra. M.<sup>a</sup> M.G.M. se encuentra muy contenta por la posibilidad de dar de mamar a su hija. Sus pechos se encuentran flácidos y vacíos y no hay grietas en los pezones. La niña recibe las tomas de leche sin plantear problema alguno y duerme unas tres horas después de las comidas.

3.- Diagnóstico de Enfermería:

Falta de conocimientos y de técnicas

de cuidados del niño debido a una inexperiencia en los cuidados del mismo.

3.a.- Valoración

Los datos más llamativos y significativos para este diagnóstico incluyen:

- Es el primer hijo del matrimonio.

- El matrimonio hace preguntas sobre los cuidados del niño.

3.b.- Plan

El plan de Enfermería consiste en aumentar el conocimiento de los padres y las técnicas de cuidados de la hija.

3.c.- Intervención

Intervenciones de Enfermería:

- Examinar a la niña y revisar los conocimientos de los padres.

- Hablar sobre los signos y síntomas de las enfermedades típicas del recién nacido.

- Enseñar a los padres cómo tienen que bañar al niño y permitirles que lo intenten.

- Hablar sobre la necesidad de estimular al niño y animar a los padres a que hablen y jueguen con su hija.

- Hablar sobre la nutrición in-

fantil, resaltando la correlación entre la calidad de la leche materna y la alimentación de la madre. Animar a que se retrase la introducción de alimentos sólidos en la niña, hasta que los padres lo consulten con el pediatra.

- Animar a que se haga un examen de la niña al cabo de cuatro semanas y una revisión puerperal a la madre a las seis semanas.

Fundamentos:

- Hablar sobre la exploración física de la hija anima a que los padres hagan preguntas y a que aprendan sobre las características del recién nacido. Con ello se facilita también el proceso de pertenencia.

- Al percibir algún síntoma o proceso patológico en su hija, los padres sabrán cuándo tienen que avisar al médico.

- La matrona puede ayudar a los padres a que se sientan a gusto bañen o proporcionen cuidados a su hija. Ello refuerza los sentimientos maternos y paternos de ser capaz de cuidar a su hija.

- La alimentación materna influye en la calidad de la leche. La introducción temprana de sólidos puede estimular la aparición de alergias y de obesidad.

- Valorar la salud de la madre y de su hija por parte de Enfermería asegura la detección de cualquier complicación.

Criterios resueltos:

Los padres:

- Presencian la exploración física de su hija y se sienten libres de preguntar acerca de la misma.

- Tratarán sobre los síntomas que indicarían una necesidad de consultar al pediatra.

- Están, se sienten a gusto al dar los cuidados a su hija.

- Comprenden la necesidad de estimular a su hija para favorecer su desarrollo.

- Son conscientes de la necesidad de una buena alimentación para formar una leche de mayor calidad.

También comprenden la relación existente entre la introducción temprana de sólidos y la apa-



La matrona tradicionalmente la venida prestando cuidados tanto a la madre como al recién nacido durante el puerperio. En la figura se muestra a una partera sosteniendo al niño recién nacido. Siglo XIII, Cantiga CVIII. (Cantigas de Santa María, de Alfonso X. Editorial Patrimonio Nacional. Madrid, 1987).

rición de alergias alimentarias y obesidad.

- La madre tiene cita para su revisión puerperal a los 40 días y para su hija.

### 3.d.- Evaluación

La Sra. M<sup>a</sup> M.G.M., durante esta fase de adaptación estaba atenta a la enseñanza de los cuidados de salud. Demostró confianza en el manejo y la alimentación de la niña. El padre coge, toca y proporciona los cuidados a su hija. Ambos la estimulan y juegan con ella.

## VALORACION FINAL DE ENFERMERIA

La permanencia de la Sra. M<sup>a</sup> M.G.M. en el hospital durante cuatro días, permitió al personal de Enfermería transmitirle confianza en sí misma, por un lado, y conocimientos sobre el período puerperal mediato y tardío, por otro. La educación para la salud impartida por la matrona durante su estancia hospitalaria, en la que intervino activamente su marido, le sirvió, como resultado inmediato, vencer la carga de ansiedad que presentaban ambos, en especial ella, a su ingreso y, al mismo tiempo, afrontar la nueva situación que supone la maternidad con ilusión y mayor seguridad.

La resolución de la hipotonía uterina, en el plano físico; la superación del temor a la alimentación materna por medio de consejos y ejercicios prácticos y, por último, el aprendizaje de los cuidados elementales (higiene, alimentación, etc.) para proporcionarlos a su hija recién nacida son el resultado del trabajo llevado a cabo con esta pareja por parte de la matrona/enfermera.

## IV.- A MODO DE CONCLUSION

Queremos concluir este trabajo, cuyo objetivo es mostrar algunos de los problemas-necesidades no cubiertas que suele presentar con relativa frecuencia la mujer durante el puerperio, resaltando

la importancia del empleo de una metodología de trabajo en la profesión enfermera cual es el Proceso de Atención de Enfermería (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución, Evaluación). Este, además de ser una herramienta útil y eficaz en la identificación, valoración y resolución de los problemas y necesidades que puede presentar una persona, sana-caso de la mujer en el embarazo y puerperio- o enferma, puede constituir y, de hecho se constituye en aquellos profesionales que emplean esta metodología, en una fuente de creatividad en la materialización del trabajo enfermero tanto en la asistencia primaria como en la especialidad.

## AGRADECIMIENTOS

Al personal de la Unidad de Puerperio y Partorio del Hospital Maternal del H.U. Virgen del Rocío.

## PALABRAS CLAVE

Puerperio  
Cuidados de Enfermería en el Puerperio  
Actuación de la Matrona en el Puerperio

## NOTAS HISTORICAS SOBRE LA MATRONA Y EL PUERPERIO

A modo de recordatorio traemos a estas páginas de Hygia algunas de las tareas y actividades tradicionalmente llevadas a cabo por la matrona en relación a la puérpera y al recién nacido. La administración de cuidados en el período puerperal, tanto a la madre como al hijo, su seguimiento y evolución en las primeras semanas, constituyen funciones propias e independientes que la Matrona ha venido realizando desde hace siglos, quedando de ello diversos testimonios escritos (obras médicas del siglo XVI e incluso de siglos anteriores, referencias legales antiguas, etc.).

Los datos siguientes, extraídos de un manual para la formación de estas profesionales del primer

tercio de siglo, vienen a mostrarnos el trabajo diario llevado a cabo por la matrona, trabajo, como queda dicho, heredado con pocas modificaciones de centurias anteriores.

Se define el puerperio en esta obra como el estado en que se halla la mujer durante las seis primeras semanas después de la expulsión completa del huevo fecundado.

Tras la salida de las secundinas (placenta y membrana), se procede a lavar minuciosamente a la recién parida con agua hervida y a una detenida exploración de la misma por si presenta algún tipo de lesión. A continuación se le coloca una camisa limpia y un trozo de algodón hidrófilo en la vulva; con objeto de que éste no se le caiga, se fija con un apósito de puerperio (gran trozo de tela cortada en forma de T que se extiende debajo de la región sacra, y cuyas dos partes horizontales se pasan alrededor del cuerpo y se aseguran sobre el abdomen por medio de un imperdible).

Hecha esta operación, la matrona reconoce al niño (observa el desarrollo regular de éste, si existe imperforación del ano o de las restantes cavidades) y procede a quitarle el sebo que cubre su cuerpo, bañándole a continuación con agua calentada a 35°C. Tras el baño se seca al niño y se envuelve el resto del cordón umbilical en un pedazo de algodón estéril y se cubre con una faja no muy apretada. Se acuesta en su camita y se coloca una botella de agua caliente, muy bien tapada.

La matrona no debe abandonar bajo ningún concepto a la puérpera hasta que haya transcurrido al menos tres horas desde que se produjo el parto, debiéndola visitar dos veces al día durante los primeros nueve días y posteriormente una vez diaria, mientras fuese necesario.

Es responsabilidad de la Matrona supervisar el cuarto de la puérpera: renovar el aire, que haya limpieza y orden, no permitir que se fume en el mismo ni que se

haga comida o acumule ropa sucia.

Tiene gran importancia para el curso regular del puerperio el reposo físico y moral de la puérpera, debiendo permanecer la producción de desviaciones y prolapsos del útero, pudiendo ser causa de hemorragias. Asimismo, la recién parida no debe abandonar la habitación antes de transcurridas tres semanas y hasta la sexta deberá evitar todo esfuerzo corporal -incluido sostener al niño-.

En forma discreta hay que indicar a la puérpera que las relaciones sexuales no deben reanudarse hasta transcurrida la sexta semana ni debe recibir visitas durante los primeros nueve días.

Durante este último período de tiempo, la matrona debe prestar gran atención a la temperatura y pulso, debiéndolos tomar dos veces al día. En cada visita de la mañana deberá practicar la palpación externa del bajo vientre para cerciorarse de los progresos de la involución uterina y renovar el apósito vulvar de algodón hidrófilo; aprovechará esta operación para examinar las características de los loquios.

No debe practicar irrigaciones vaginales a la puérpera sanas ni exploración interna; la chambra (camisa corta que usan las mujeres) se cambiará siempre que se ensucie. Para excitar las contrac-

*Los primeros cuidados que la Matrona administraba al niño consistían en el reconocimiento de éste y su posterior baño. A la madre se le daba algún alimento líquido para que repusiera fuerzas. (Pintura de Hans Süss, 1510. Women in the Medieval Town. Erika Uitz. London, p. 80).*



ciones las primeras veinticuatro horas después del parto, la matrona practicará fomentos fríos sobre el abdomen. Otros diversos cuidados y consejos sobre dietética, higiene, medicina preventiva, cuidados al recién nacido, etc., y que no podemos abordar aquí en su totalidad por la limitación espacial que tenemos, completan el contenido de la obra citada. Estas eran, grosso modo, algunas de las ta-

reas y funciones llevadas a cabo por la matrona de hace un siglo en relación al período puerperal.

En definitiva, queda puesto de manifiesto, y la obra anteriormente citada lo refrenda, que la asistencia al período puerperal -administración de cuidados tanto a la madre como al recién nacido- constituía uno de los pilares básicos en el trabajo realizado por la Matrona.

## BIBLIOGRAFIA

- Aukamp, V.: Planes de cuidados en Enfermería Materno-Infantil. Ediciones Doyma. Barcelona, 1989.
- Bedoya, J. M<sup>o</sup> (et al.): Asistencia Obstétrica en Atención Primaria. 1<sup>o</sup> edición. Consejería de Salud. Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud. Sevilla, 1987.
- Carlson, J.H. (et al.): Diagnóstico de Enfermería. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid, 1985.
- De Bleier: Enfermería Materno-infantil. 6<sup>o</sup> edición. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1994.
- González-Merlo, J.: Obstetricia. 3<sup>o</sup> edición. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1990.
- Piskacek, L.: Manual de Obstetricia para Comadronas. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1929.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Guía para la Elaboración del Programa de la Mujer en Atención Primaria de Salud. Colección: "Atención Primaria de Salud", n<sup>o</sup> 4. Madrid, 1990.
- Williams: Obstetricia, 3<sup>o</sup> edición. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1986.

## NOTAS

- 1.- González-Merlo, J.: Obstetricia. 3<sup>o</sup> edición. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1990, p. 268.
- 2.- En el presente trabajo se ha aplicado el modelo diagnóstico seguido por J.H. Carlson.
- 3.- Piskacek, L.: Manual de Obstetricia para Comadronas. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1929, pp. 125-130.

# ENFERMERIA EN EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DENTRO DEL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

José Seda Diestro (D.E.)

Centro de Salud de Sanlúcar la Mayor (Sevilla)

## OBJETIVO

Descripción de las ACTIVIDADES generales y específicas del CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. Con ello afirmaremos la importancia, necesidad y cambio de nuestro trabajo en este área específica de la Atención Primaria de Salud.

## EXPOSICION

Toda enfermedad transmisible atraviesa por una serie de estados comunes. Tras un PERIODO DE EXPOSICION, se produce el CONTACTO, que da paso al PERIODO DE INCUBACION que finaliza con la aparición de los

SINTOMAS. Comienza entonces el llamado PERIODO DE ESTADO que conduce a alguno de los siguientes estados: REMISION DE LOS SINTOMAS y CURA TOTAL, CRONIFICACION y SECUELAS DE LA ENFERMEDAD, DESARROLLO DE COMPLICACIONES Y/O EXITUS.

Durante todos estos estados es posible y necesario actuar desde la ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

Las enfermedades transmisibles que consideraremos serán las siguientes:

TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS, TUBERCULOSIS, HEPATITIS B, V.I.H., S.I.D.A. y LAS ENFERMEDADES ENGLOBADAS

POR EL PLAN DE VACUNACIONES SISTEMATICAS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.

Las actividades generales de promoción y prevención se desarrollan desde antes y/o el momento del contacto. Estas actividades de promoción y prevención se extienden a lo largo de toda la historia natural de la enfermedad.

Las ACTIVIDADES DE ASISTENCIA han sido las tradicionalmente desarrolladas antes de la reforma en Atención Primaria. Comienzan a desarrollarse en el momento de la aparición de los síntomas y se extienden en el tiempo hasta la extinción de la enfermedad.

Las ACTIVIDADES de REHABILI-





TACION Y REINSERCIÓN SOCIAL no tienen un momento fijo de comienzo (como casi todas las actividades), aunque lo supondremos por motivos didácticos en el comienzo del período de estado.

Queremos hacer notar que dependiendo de la enfermedad, las actividades comienzan/finalizan en momentos distintos y no existe punto fijo donde situar su inicio/finalización.

### **TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS**

**ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:** Educación para la Salud (E.P.S.) en colegios, subprograma de niño sano, charlas dirigidas a amas de casa, otros colectivos implicados...

Curso de manipulaciones de alimentos. Inspecciones con pa-

cientes en período contaminante.

**ACTIVIDADES DE ASISTENCIAS:** Seguimiento y control del enfermo (estado hídrico-nutricional). Administración de medicación. Consejo higiénico dietético durante la enfermedad en prevención de la expansión del brote.

**ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL:** Estas enfermedades suelen con-



cluir en la curación total. En caso de secuelas, apoyo al enfermo y familia en el camino hacia la salud.

### TUBERCULOSIS

**ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN:** Educación para la salud en escuelas, colectivos en riesgo, convivientes/contactos. Localización y estudio (Mantoux) de la población susceptible.

**ACTIVIDADES DE ASISTENCIA:** Control adecuado del enfermo y convivientes/contactos. Control de la correcta toma de medicación en los individuos enfermos y aquellos casos de medicación profiláctica. Control, apoyo y si es posible solución de los factores predisponentes/facilitadores de la aparición y evolución de la enfermedad (nutrición, hacinamiento...). Control de la adecuada ejecución de las medidas higiénico-dietéticas.

**ACTIVIDADES DE REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL:** Educación para la salud en la comunidad para la desmitificación de la enfermedad. Medidas de

rehabilitación en nuestras consultas de enfermería. Ayuda en la reinserción laboral.

### HEPATITIS B

**ACTIVIDAD DE PROMOCION Y PREVENCIÓN:** Educación para la salud en colegios, amas de casa, población en general (radio), grupos de riesgo. Marcadores en embarazadas y grupos de riesgos.

**ACTIVIDADES DE ASISTENCIA:** Vacunación en recién nacidos y a los doce años en las escuelas de manera sistemática. Vacunación de los grupos de riesgo. Control, seguimiento y ejecución de las medidas asistenciales adecuadas en los enfermos. Prevención de contagios.

**ACTIVIDADES DE REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL:** Actuación social en casos de necesidad. Educación para la salud para evitar rechazo social.

### V.I.H. Y S.I.D.A.

**ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN:** Educación para la salud en escuelas,

amas de casa, colectivos de riesgo, población en general.

Educación para la salud en enfermos, familiares y convivientes. Marcadores en población de riesgo y embarazada.

**ACTIVIDADES DE ASISTENCIA:** Atención personalizada y reservada al enfermo o portador. Educación para la salud para evitar posibles contagios. Apoyo psicológico al portador o enfermo. Control y seguimiento analítico y terapéutico del enfermo o portador. Programa de asistencia al enfermo o portador V.I.H.

**ACTIVIDADES DE REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL:** Educación para la salud a la población en general para evitar actitudes y conductas de rechazo. Programa de asistencia al enfermo terminal de S.I.D.A.

### ENFERMEDADES INCLUIDAS EN EL PLAN DE VACUNACIONES SISTEMATICAS

**ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN:** Apoyo a las campañas generales de publicidad. Difusión de material (calendarios, carteles...). Educación



para la salud en diversos colectivos (padres, niños, embarazadas, ...).

Captación activa mediante carta, teléfono, visita domiciliaria, etc., de la población susceptible y mal vacunados.

#### ACTIVIDADES DE ASISTENCIA:

Captación, control y vacunación de todos los colectivos implicados (niños menores de dos años, escolares, diabéticos, cardiopatas, ancianos...). Revacunaciones y rectificaciones vacunales. Captaciones y vacunación en Atención Continuada de Urgencias.

#### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con esta muestra de actividades, apreciamos como Enfermería actúa en **TODAS LAS ACTIVIDADES** propias y características de la Atención Primaria de Salud. Con ello reseñamos:

a) El cambio producido en la Enfermería de Atención Primaria de Salud. De la exclusividad de las actividades de asistencia a la pluralidad de actividades. De la atención al enfermo a la atención de la comunidad.

b) La importancia de nuestro papel en A.P.S., asumiendo responsabilidades, unas propias y otras compartidas con los restantes profesionales del Equipo Básico de Atención Primaria.

De la actividad centrada en el individuo a la actividad centrada en la comunidad.

Del ambulatorio o consultorio al centro de salud.

De la asistencia al individuo en el centro o domicilio a la pluralidad de actividades en la comunidad.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.- Jiménez Otero, M.; Ruíz Arias E.: "Consulta de Enfermería de consultorios y ambulatorios". Edita Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1986.
- 2.- Farrar, E.; Lambert, H.: "Enfermedades infecciosas". Ediciones Temis, S.A., Barcelona, 1989.
- 3.- Muñoz Martínez, A.: "Programa de vacunaciones". Edita Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1990.
- 4.- Muñoz Martínez, A.: "Vacunaciones sistemáticas". Edita Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía, 1988.
- 5.- Lara García, et Al.: "Manual de tuberculosis en atención primaria de salud". Edita Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. 1989.
- 6.- Pueyo Rodríguez, I.; Pereiro Hernández, R.: "Enfermedades de transmisión sexual para Atención Primaria". Edita Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1988.
- 7.- Lara García, L.; López Díaz, A.: "Sistemas de registro del programa de tuberculosis". Edita Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1991.
- 8.- Jawetz, Melnick y Adelberg: "Manual de microbiología médica". Editorial El Manual Moderno. Mexico 11 D.F. 1981.
- 9.- "Prevención de las infecciones intestinales". Edita Dirección General de Sanidad. Abril, 1974.
- 10.- Varios autores. "Guía para la elaboración del programa del adulto en Atención Primaria de salud". Edita Ministerio de Sanidad y Consumo.

# VALORACION DEL CONSUMO ALIMENTARIO EN UN COLECTIVO DE MUJERES DE SEVILLA

Carmen Zurita López (D.E.)

Centro de Especialidades Virgen Macarena (Sevilla)

## INTRODUCCION

La nutrición, juega un papel importante en la promoción de la salud y es uno de los principales factores ambientales que puede condicionar la calidad de vida de la persona.

Los efectos de un déficit nutricional, tanto por insuficiente ingesta, como por inadecuada utilización de los nutrientes, condicionan deterioros inmunológicos, mentales, etc..., y por tanto, tiene una gran incidencia en la salud, conduciendo a un incremento de la morbilidad.

El exceso nutricional durante periodos prolongados, pueden llevar a enfermedades por acúmulo (obesidad) o facilitan la aparición de alteraciones del funcionamiento orgánico.

Vemos pues, que tanto el déficit, como el exceso de nutrientes en la dieta pueden suponer un perjuicio en la salud y bienestar de las personas.

Por ello, el objetivo prioritario del presente trabajo es en profundizar en las tendencias de consumo alimentario y nutritivo en una colectividad de mujeres en Sevilla y analizar la utilización de los mismos con el fin de:

- Comprender el modo en que se alcanzan los requerimientos nutricionales en estas personas.
- Identificar los riesgos existentes en cuanto a sus salud, por exceso o defecto nutricional.
- Dar educación nutricional sobre la alimentación y nutrición óptima para la salud.
- Prevenir enfermedades que tienen alto índice de morbomortali-



Un exceso nutricional puede resultar pernicioso para el organismo.

dad: cardiopatías, hipertensión, obesidad, arterosclerosis.

Como base de la investigación, he partido de la realidad y elaborado un plan acorde con las necesidades diagnosticadas gracias a la observación directa y al diálogo con las personas que iba a trabajar.

Pude detectar una posible alteración en el equilibrio alimentario.

Elaboré mi plan, cogiendo los menús de una semana, normalizados y busqué literatura acerca del tema (no encontré libros especializados de las recetas que allí se hacían, salvo un cuaderno recetario-personal, que se maneja).

En mi interés que siempre me

ha suscitado el tema de la alimentación y su repercusión en la salud pública, trato de aportar aquellos datos que la investigación presenta, descubre (enriqueciéndome personalmente) y pueden ser utilizados como base de posteriores estudios.

En la estructura del trabajo, he seguido como esquema un trípo-de que engloba:

- Los alimentos y su equilibrio.
- Las necesidades de las personas de esa colectividad.
- Los menús en esa colectividad.

De este estudio se puede concluir que las deficiencias que presenta algunos de los menús por su falta de equilibrio nutritivo, pueden afectar a la salud personal y colectiva. Información que daré a

los responsables de ésta para corregir tanto los déficit como los excesos de la alimentación.

## I. ALIMENTACION

### 1.- Los alimentos

Son la forma natural en que se nos presentan las sustancias nutritivas que necesita nuestro cuerpo, los envases de estas sustancias. Existen infinidad de especies de alimentos vegetales y animales pero todos ellos, por exóticos y raros que parezcan, tienen las mismas sustancias nutritivas aunque en diferente número y proporción.

Las sustancias nutritivas (componentes químicos) que contienen los alimentos se llaman nutrientes y son sólo seis:

- Proteínas
- Hidratos de carbono o glúcidos
- Grasas o lípidos
- Agua
- Vitaminas

### 2.- Características de los alimentos

Hay dos características que definen a todo alimento.

#### 2.1 Características físicas u organolépticas.

Tener unas condiciones externas: color, olor, sabor, textura... que determinan su elección como alimento y que tiene que ver con la calidad del alimento en cuanto a su buen estado, apetencia que se relaciona con el buen comer.

#### 2.2 Componentes químicos

Tener nutrientes, gracias a ellos, mantenemos la vida y sus manifestaciones fundamentales de crecimiento, trabajo y reproducción que se relaciona con el buen comer.

Estos conceptos de buen comer y bien comer son de importancia vital para la salud; nos descubren que comer bien no es comer mucho, sino adecuadamente. Precisamente alrededor de ellos se formulan las leyes de la alimentación.

### 3.- Leyes de la alimentación

Todas las personas necesitan alimentarse, aunque no todas tienen las mismas necesidades. Hay diversos factores que los hacen variar y deben tenerse en cuenta:

- . Las condiciones individuales:

sexo, edad, peso corporal, salud mental, etc...

- . El tipo de actividad o trabajo.
- . Los factores externos: clima, estación del año, país, hábitos o costumbres, etc.
- . Así las leyes de la alimentación se agrupan en cuatro:

#### 3.1 Primera ley: de cantidad

Que se tomen los alimentos en cantidad suficiente para cubrir las exigencias calóricas de nuestro cuerpo.

#### 3.2 Segunda ley: de calidad

Que la alimentación sea completa, es decir, que contenga todos los nutrientes.

#### 3.3 Tercera ley: de armonía

Que se tome cada nutriente en la proporción adecuada.

#### 3.4 Cuarta ley: de adecuación

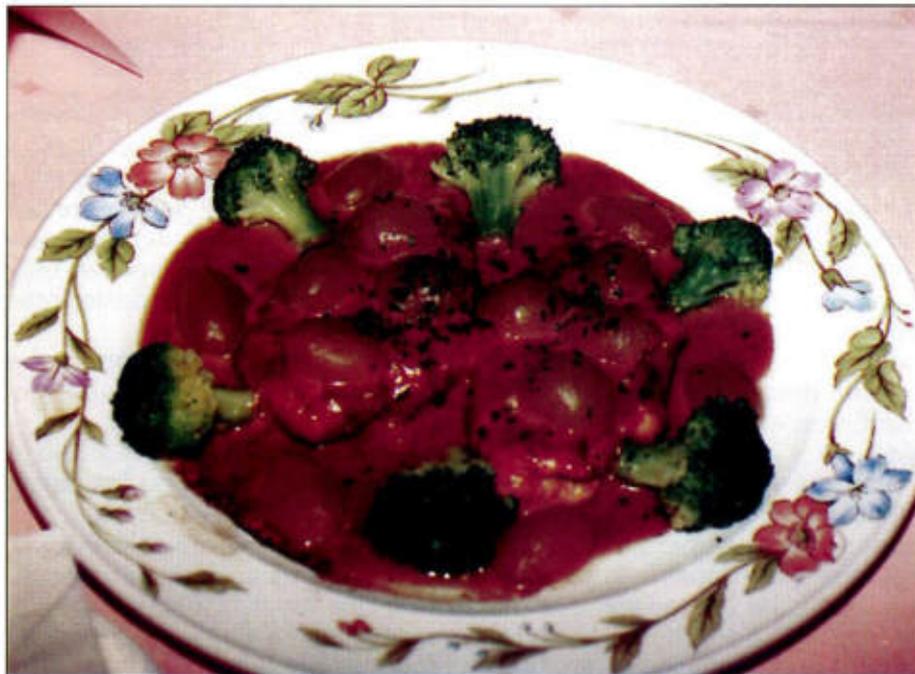
Que se adapte a las personas con sus circunstancias específicas.

### 4. Punto de unión entre alimento y organismo

El punto de unión entre el alimento y nuestro organismo son los nutrientes, que transformados en sus componentes químicos más sencillos, son asimilados por el intestino, purificados en el hígado y llevados a través de la sangre a los tejidos y células. Allí sufren una serie de transformaciones para convertirse en materia o energía y reponen los desgastes del organismo, todo este proceso recibe el nombre de "nutrición" y es involuntario, individual y no educable. En cambio, el modo que el hombre tiene de cubrir estas necesidades de nutrientes a través de la elección de los alimentos, es un proceso voluntario, social y modificable, que recibe el nombre de alimentación.

## II. EL EQUILIBRIO ALIMENTARIO

La alimentación equilibrada o racional debe ser variada, agradable y suficiente. Este último con-



Plato rico en vitaminas, calorías, proteínas y fibra.

cepto implica un aporte energético acorde con la demanda del organismo, con objeto de conseguir un balance nulo, es decir, sin carencias ni excesos, así como un reparto de nutrientes adecuados a las necesidades del individuo, tal como se ha explicado en las leyes de la alimentación.

Los requisitos necesarios para lograr un equilibrio nutritivo, se puede resumir en los siguientes puntos:

a) Establecer el valor calórico diario adecuado a cada individuo, edad y circunstancias.

b) Proporcionar los aportes de glúcidos y lípidos esenciales para la función energética.

c) Cubrir las dosis protéicas óptimas, al menos la mitad de proteínas de alto valor energético.

d) Asegurar el aporte vitamínico recomendado.

e) Incluir cantidades adecuadas de alimentos minerales y agua en la alimentación diaria.

f) Aportar una cantidad suficiente de fibra.

### 1. Relación energía-nutrientes

La noción de equilibrio entre los diversos componentes de la dieta se expresan formalmente en forma de relación.

Los tipos de relación más importantes son:

#### 1.1 Energía

Las necesidades energéticas de un individuo deben corresponder a la dosis de energía alimentaria ingerida capaz de compensar el gasto energético, sin exceso ni carencias, por lo tanto, la relación aporte energía-necesidades energéticas, debe ser igual a uno y el total de calorías que el individuo necesita debe ser suministrado en la siguiente proporción:

- Glúcidos.- Del 50% al 60% del valor calórico total.

- Lípidos.- Del 25% al 30% del valor calórico total.

- Proteínas.- Del 10% al 15% del valor calórico total, teniendo en cuenta que:

- 1 gramo de glúcidos produce 4 calorías.



*La dieta ideal debe combinar adecuadamente los principios inmediatos.*

- 1 gramo de lípidos produce 9 calorías.

- 1 gramo de prótidos produce 4 calorías.

- 1 gramo de alcohol produce 7 calorías.

#### 1.2 Glúcidos

Del total de glúcidos diarios, sólo una pequeña cantidad deberá tomarse en forma de azúcares; la mayor parte, deberá corresponder a los alimentos que contienen almidones o féculas, como por ejemplo los cereales y derivados.

#### 1.3 Lípidos

La proporción lipídica recomendada se establece a favor de la grasa de origen vegetal, en la que dominan los ácidos grasos mono y poli-insaturados, frente a la grasa de origen animal, en la que generalmente se encuentra mayor cantidad de ácidos grasos saturados.

Las recomendaciones actuales son:

- 10% del total energético: grasa saturada.

- 5-10% del total energético: grasa poli-insaturada.

- 10-12% del total energético: grasa mono-insaturada.

#### 1.4 Proteínas

Se aconseja que aproximadamente la mitad de la ingesta proteica proceda de los alimentos de origen animal, cuyas proteínas son de alto valor biológico. Con ello se asegura el aporte de aminoácidos esenciales y necesarios para la síntesis proteica humana. El resto puede estar representado por proteínas de origen vegetal, que si bien tienen un valor biológico más bajo, acaban de completar el aporte de las otras, aunque estas pueden completarse y aumentar así su calidad proteica. Por ejemplo, las lentejas con arroz.

### 2.- Otros tipos de relación

Para un buen funcionamiento del organismo, han de darse también otras situaciones de equilibrio. Por ejemplo; junto con los nutrientes energéticos se han de aportar los no energéticos (vitaminas, elementos minerales y agua).

Es necesario guardar un equilibrio entre el aporte de calcio, fósforo, potasio, sodio, etc...

**2.1 Equilibrio entre calcio, fósforo y vitamina D**

Es indispensable para el crecimiento de los huesos, mantenimiento y reparación del esqueleto. La presencia de vitamina D, es necesaria para mantener el equilibrio entre calcio y fósforo, y esta relación varía a lo largo de la vida de 1 a 2.

Los productos lácteos y las verduras en menor grado, son las fuentes mejor equilibradas de estos alimentos.

**2.2 Equilibrio entre sodio y potasio**

Regula los intercambios energéticos y reguladores

**2.3 Equilibrio entre alimentos energéticos y reguladores**

Los alimentos que cubren las necesidades de energía y materia: leche, carne, huevos, pescado, cereales, legumbres, patatas... no podrían ser utilizados sin la presencia de alimentos reguladores, ricas en fibras, vitaminas y sales, proporcionados por: frutas, verduras y legumbres principalmente.

**III. VALORACION DE LA POBLACION**

La investigación se ha realizado en una colectividad de mujeres profesionales, quince de ellas se han prestado al estudio.

**1. Edad**

La edad está comprendida entre los 18 y 59 años, siendo la media de 39 años.

**2. Peso**

Varía entre 53 y 65 kilogramos.

**3. Talla**

Varía entre 1,56 cm. y 1,73 cm.

En el siguiente gráfico se resumen estas tres características junto al peso ideal según la fórmula de LORENTZ, que expresa el peso ideal (P.I.) de la siguiente forma:

$$\text{Peso en Kg} = \text{Talla en cm} - 100 - \frac{\text{talla (en cm)} - 150}{2}$$

Un ejemplo aplicado a una de las residentes sería:

$$\text{P.I.} = (156 - 100) - (156 - 150) : 2 = 53 \text{ kg}$$

Personas	Edad	Peso actual	Talla (cm)	P. Ideal
1	18	56	1,61	55,5
2	22	60	1,62	56,5
3	25	65	1,65	57,5
4	30	55	1,67	58,5
5	31	67	1,73	61,5
6	33	59	1,56	53
7	37	63	1,62	56,5
8	38	60	1,57	53,5
9	41	62	1,62	56,5
10	44	62	1,67	58,5
11	47	61,5	1,61	55,5
12	52	53	1,56	53
13	54	59	1,62	56,5
14	54	55	1,63	56,5
15	59	60	1,60	55
Media	39	55,5		

**4. Actividad**

El trabajo es considerado como moderado (según OMS) puesto que su actividad es: administrativos, amas de casa, hogar, enfermera, enseñanza, laboratorio y economista.

Más adelante veremos su influencia en las necesidades calóricas diarias.

fluencia en las necesidades calóricas diarias.

**5. Metabolismo basal**

La cantidad de energía que permite a una persona asumir los consumos vitales que nos es imposible interrumpir, si se quiere asegurar la continuidad de la vida, depende principalmente del tamaño del cuerpo (peso y talla) de su composición (morfología corporal) y la edad.

Existen muchas maneras de hallar el metabolismo basal, una de las más utilizadas para el cálculo del gasto energético en reposo,

Existen muchas maneras de hallar el metabolismo basal, una de las más utilizadas para el cálculo del gasto energético en reposo,

es la ecuación de HARRIS BENEDICT, que referida a mujeres sería:

$$655 + (9,6 \times P) + (1,7 \times A) - (4,7 \times E)$$

P=Peso (kg) A=Altura (cm)  
E=Edad (años). Un ejemplo aplicado a una persona del estudio, sería:

$$M.B. = 655 + (9,6 \times 56,5) + (1,7 \times 162) - (4,7 \times 37) = 1.298,9$$

El metabolismo basal de los residentes sería por tanto:

Persona	Metabolismo basal
1	1.376,9
2	1.369,4
3	1.298
4	1.359,5
5	1.348,8
6	1.273,9
7	1.298,9
8	1.256,9
9	1.280,1
10	1.293,7
11	1.240,6
12	1.184,6
13	1.220,7
14	1.218
15	1.177,7

Persona	Gasto metabólico total
8	2.638,7
9	2.687,9
10	2.716,4
11	2.604,7
12	2.484,5
13	2.563,4
14	2.559,8
15	2.473,03
Media	2.687,5

#### IV. ESTUDIO DEL CONSUMO Y SU VALORACION NUTRITIVA

##### 1. Menú

Se ha realizado la recopilación de los menús establecidos en la colectividad para siete días, uno de los cuales fue festivo.

El método empleado, ha sido el de pesada global de cada uno



Una dieta equilibrada evita trastornos graves para el hombre.

de los alimentos que componían la dieta en crudo, para sacar después la cantidad media por persona de cada uno de los alimentos que entraron en la composición del plato. Prestando especial atención -por observación- al proceso de elaboración de los mismos y a su consumo.

##### 2. Calibración nutritiva

Para todos los alimentos se ha calculado su contenido en energía y nutrientes utilizando las tablas de composición de alimentos enviada para el curso de nutrición y dietética II.

Todos los alimentos se han calibrado en crudo, por tanto, para

calibrar la patata se han utilizado otras tablas y para la merluza congelada (sin cabeza), he considerado la porción comestible el 80% (en vez del 64%, que indica la tabla del curso).

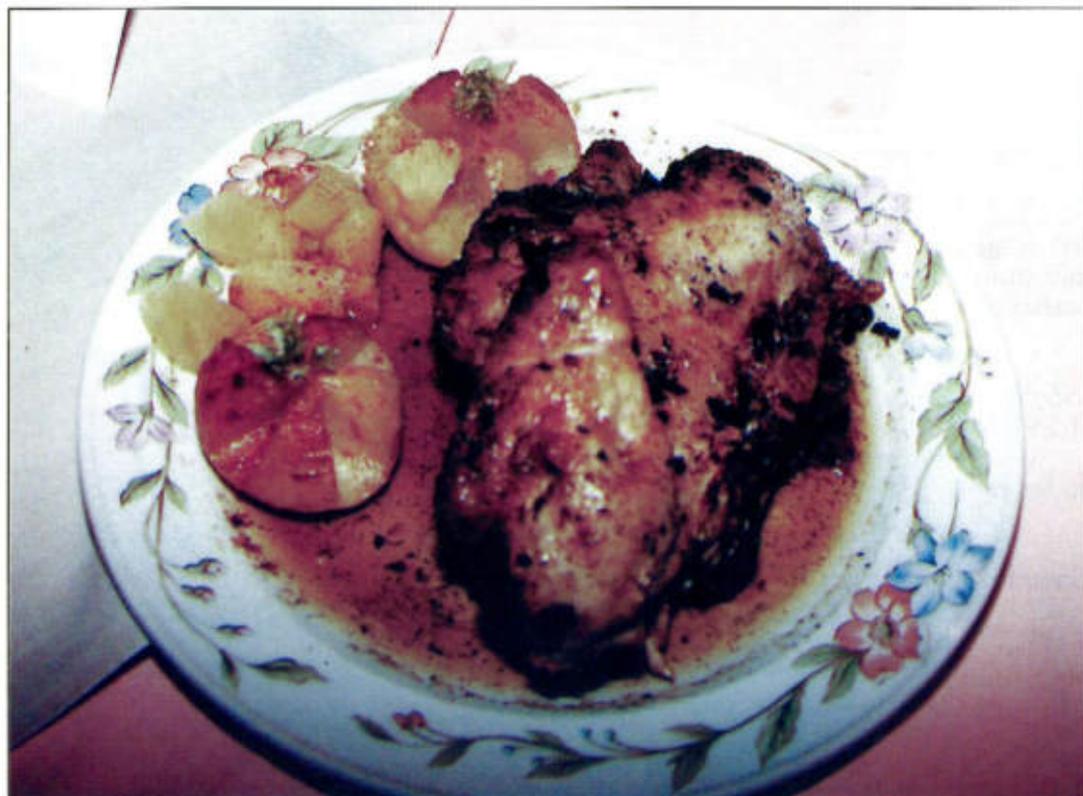
En páginas sucesivas, están los menús, la cantidad de los alimentos por persona y su valor nutritivo. (Anexos I, II y III respectivamente).

##### 3. Equilibrio alimentario

###### 3.1 Equilibrio calórico

La proporción de hidratos de carbono, grasas y proteínas ingeridas en los siete días, han ido suministradas en la siguiente proporción:

	Proteínas	Lípidos	Glúcidos
Domingo	14,25%	47,70%	38,03%
Lunes	11%	48%	40%
Martes	12,5%	43,6%	43,8%
Miércoles	8,3%	49,7%	41,8%
Jueves	14,6%	43,2%	42%
Viernes	8,7%	40,4%	50%
Sábado	11,5%	45%	43,3%



*La elección del alimento depende casi siempre de las características físicas y organolépticas como se presenten.*

### 3.2 Equilibrio regulador

La proporción calcio-fósforo, varía de 0,5 a 0,96 y la de sodio-potasio, de 0,5 a 1,45, sin contar la sal de condimentación.

## 4. Valoración en relación con el equilibrio alimentario calórico y regulador

### 4.1 Los principios inmediatos

Las necesidades proteicas están cubiertas a lo largo de la semana. El aporte de lípidos es excesivo, supera en más de 10% el día que menos consume, en relación al considerado equilibrio.

El aporte de hidratos de carbono, en cambio, es inferior (alrededor de 10%), al considerado equilibrado.

Sólo un día, el viernes, cumple el tanto por ciento recomendado de hidratos de carbono en el total de calorías.

### 4.2 El equilibrio regulador

Se cubren las necesidades de cada persona, en vitaminas, sales y fibra, aunque los equilibrios no se consiguen en general.

## 5. Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (I.M.C.), índice de QUETELEC basado en la relación peso-talla, para determinar el grado de obesidad en la clasificación de GARRROW, varía de 19,78 a 24,39, según la fórmula.

$$I.M.C. = \frac{\text{Peso (Kg)}}{(\text{Talla cm.})^2}$$

Como se puede observar, ninguna residente está obesa. Todas entran dentro de la normalidad.

## V. JUICIO CLINICO. CONCLUSIONES

1.- Los menús elaborados en esta colectividad, no guardan el equilibrio calórico aconsejado.

2.- Es excesivo el consumo de grasa, puede llevar a enfermedades cardiovasculares, obesidad, hiperlipemias.

3.- Las necesidades de vitaminas, sales y fibra están cubiertas.

4.- El consumo de fibra vegetal está en el mínimo aconsejado.

5.- El valor calórico de la dieta diaria excede a las necesidades energéticas de las personas en es-

tudio, sin embargo, el "Índice de masa corporal", está dentro de la normalidad. No hay por tanto ninguna obesa.

El trabajo, es un estudio aproximado, el cual, se acerca más al punto de vista cualitativo de nutrientes, que al cuantitativo, debido a la importancia de valorar los restos alimentarios cocinados de una forma cuantitativa y al consumo individual de los residentes.

Creo, que sería necesario, un estudio más detenido de los menús, para evitar:

a) Repetición de cocción: Hay exceso de grasa.

b) Repetición de guarnición: Se consumen todos los días excepto el domingo, "las patatas fritas".

c) Mayor variedad para llegar así al equilibrio calórico de los principios inmediatos, de los lípidos, glúcidos, proteínas y de los principios reguladores.

d) Si no se varía la dieta, llegarán a la obesidad.

A pesar de ello, es un menú bastante conseguido que aporta todos los nutrientes necesarios para la vida y el factor de enfermedades por el aporte alimentario, es mínimo.



La combinación de productos alimenticios proporciona el ansiado equilibrio.

**BIBLIOGRAFIA**

- Cervera P. y otros: Alimentación y dietética. Madrid, Interamericana, 1.994.
- Gómez Recio, R.: Dietética práctica. Madrid, Rialp S.A., 1.992.
- Martínez Falero, J.: La Ciencia de la nutrición, alimentación y dietética. Madrid, EGRAF, 1.985.
- Muñoz M.: Dietas terapéuticas. Ceicid, Madrid, 1.979.
- Rojas Hidalgo, E.: Dietética, principios y aplicaciones. Madrid, Cea S.A. 1.985.
- Thoulon Page Ch.: Alimentación en las personas sanas. Masson S.A., 1.992.

**(ANEXO I) EJEMPLO MENU/DIA (LUNES)**

Desayuno	Comida	Merienda	Cena
Café con leche, margarina, pan, mermelada, bizcocho. Azúcar.	Macarrones con tomate Chorizo y queso Huevos fritos con patatas fritas Vino, pan, naranja	Queso fresco Miel, pan Café y leche Azúcar, pastas	Acelgas con pasas y piñones Filetes de merluza a la romana Natillas. Pan

**(ANEXO II) CANTIDAD DE ALIMENTOS POR PERSONA/DIA (LUNES)**

Café.....	5 g	Cebolla.....	10 g	Piñones.....	17,5 g
Leche.....	100 cc	Aceite.....	5 g	Aceite.....	10 g
Margarina.....	10 g	Laurel.....		Merluza.....	150 g
Mermelada.....	25 g	Huevo.....	60 g	Harina.....	20 g
Azúcar.....	10 g	Patatas.....	150 g	Huevo.....	40 g
Pan.....	20 g	Aceite.....	45 g	Limón.....	50 g
Bizcocho:		Vino.....	50 cc	Perejil.....	
Harina.....	33 g	Pan.....	40 g	Huevo.....	15 g
Aceite.....	10 cc	Naranja.....	190 g	Leche.....	150 cc
Azúcar.....	17 g	Q. Fresco.....	30 g	Azúcar.....	25 g
Huevo.....	15 g	Miel.....	20 g	Maizena.....	6 g
Leche.....	5 cc	Pan.....	10 g	Canela en rama.....	
Levadura.....		Café.....	2 g	Cáscara de limón.....	
Macarrones.....	30 g	Leche.....	150 g	Pan.....	40 g
Chorizo.....	15 g	Pastas.....	12 g	Aceite.....	35 cc
Queso.....	10 g	Acelgas.....	200 g	Azúcar.....	12 g
Tomate.....	187 g	Pasas.....	12,5 g		

(ANEXO III) CONTENIDO DE NUTRIENTES Y VALOR CALORICO

Ingredientes y cantidades de los alimentos contenidos en la dieta

	P. COMEST	ENERGIA	PROTEINAS	LIPIDOS	GLUCIDOS	FIBRA	ALCOHOL	COLESTEROL	FOSFORO	MAGNESIO	CALCIO	HIERRO	ZINC	SODIO	POTASIO	YODO	AC. ASCOR	TIAMINA	RIBOFLAY	AC. NICOT	PIRODOXI	VIT. A	VIT. D	TOCOFEROL	AC. FOLICO	CIANOCOB	POLIINSAT	MONOINSAT	SATURADOS	OTROS SATUR.		
<b>LUNES</b>																																
Cafe (7 g)	100%	0.14	0.00	0.0007	0.05				0.35		0.35	0.01	1.2	0.1			4.05	0.16	0.6	0.8	0.28	0.12	0.0008	0.4	20.25	1.2	0.4	3.8	4.5	2		
Leche (405 g)	100%	215.4	14.17	15.79	18.83			56.7	244.5	44.5	286.2	0.40	1.2	162	407.5	364.5	4.05	0.16	0.6	0.8	0.28	0.12	0.0008	0.4	20.25	1.2	0.4	3.8	4.5	2		
Margarita (10 g)	100%	75.2		8.35	0.04				0.6					10.6								0.6		0.2								
Mantequilla (25 g)	100%	70	0.12	0.02	17.5				3		3	0.05		3	3		1.25	0.005	0.005	0.005				1.25								
Azúcar (64 g)	100%	243.2			63.88																											
Frut (110 g)	100%	200.5	7.2	0.80	40.5		4.4		9.6	33	32	1.1	2.2	550	110	0.8		0.06	0.06	0.5	0.6		0.0027	1.1	28.6	1.94	1.3	43.4	3.2	0.4		
Harina (53 g)	100%	187.09	5.00	0.63	39.25		2.12		62.6	16.6	8.48	0.83	0.9	1.39	71.55	0.5		0.05	0.04	0.3	0.1			14.4								
Arroz (105 g)	100%	945		105					228.8																							
Huevos (130 g)	86%	185.3	14.8	13.7	0.68			376.5	69.5	125	62.9	3.2	1.7	148.7	160.7	22.8		0.14	0.34	0.17	0.06	0.17	0.0027	1.1	28.6	1.94	1.3	43.4	3.2	0.4		
Morcrones (30 g)	100%	112.5	3.8	0.42	22.95		0.8		21.2	1.71	6.6	0.45	0.22	11.31	23.2			0.22	0.02	0.6				7.5								
Chorizo (15 g)	97%	67.8	2.55	6.4				14.5	4.0	2.9	1.88	0.28	0.22	6.1	12			0.11	0.02	0.6				7.5								
Queso (10 g)	100%	39.1	2.9	3	0.15			10	47.64	17.5	161	0.4	0.4	61	12					0.5	0.038				2	0.15	0.16	0.95	1.76			
Tortilla (187 g)	94%	28.67	1.75	0.52	7.03		2.3		3.96	1.44	19.33	1.05	0.42	5.2	49.21	1.8	12.5	14.79	0.15	0.07	0.43	0.57			49.2							
Cebolla (10 g)	90%	4.22	0.12	0.01	0.09		4.5		71.4	31.8	2.88	0.04	0.00	90.65	16.2			2.52	0.004	0.006	0.045	0.09			1.44							
Pimientos (150 g)	85%	109.65	2.55	0.12	24.22		2.55		10	10	10.02	0.89	0.22	10.65	16.2			5.1	0.12	0.05	1.9	0.22			12.75							
Vino (50 cc)	100%	30			0.1																											
Neonate (190 g)	73%	61.68	6.97	0.27	12.48		2.77		28.8	15.2	3.5	0.05	0.15	40	10	75		0.25	0.005	0.025	0.1	0.08			49.2							
Queso fresco (30 g)	100%	20.2	2.15	0.40	0.96				42	1.8	36.8	0.55	0.23	41	29.3			69.35	0.13	0.04	2.77	0.27	0.088									
Miel (20 g)	100%	60	0.1	0.04	15				17.4	3.8	1	0.1	0.15	12	15			0.15	0.046	0.3	0.033	0.033										
Frutos (12 g)	100%	91.2	1.12	3.04	15.82		0.5		53.6	95.4	14.4	0.8	0.4	26.6	4.4			0.02	0.017	0.1	0.06											
Alcaparras (200 g)	67%	44.22	2.68	0.80	6.7			26	18.25	4.5	201	4.69	0.22	153.2	420.8	46.9		0.02	0.006	0.18	0.014	0.02										
Patatas (12.5 g)	100%	46.5	0.37	0.16	9.36		0.87		70	28.1	5	0.41	0.01	2.25	105	0.7		0.18	0.01	0.06	0.03											
Perejil (17.5 g)	100%	115.5	2.68	7.5	2.62		0.47		21.6	24	14	0.36	0.35	65.2	2.4			0.084	0.005	0.21	0.12											
Molizena (6 g)	86%	103.2	2.04	2.4					11.4	5.04	78.8	1.2	0.36	106.8	2.4			0.12	0.07	0.24	0.22											
Alizena (6 g)	100%	20.94	0.57	0.21					3.2	2.56	0.96	0.16	0.38	0.042	1.8			0.03	0.009	0.029	0.22											
Limón (50 g)	64%	12.48	0.09	0.06	2.88						3.84	0.04		0.96	43.2			0.16		0.03	0.03											
<b>Total Lunes</b>		<b>2231.5</b>	<b>87.58</b>	<b>169.80</b>	<b>305.4</b>	<b>14.5</b>	<b>4.5</b>	<b>543.7</b>	<b>1400.2</b>	<b>254.7</b>	<b>1147</b>	<b>164.9</b>	<b>910.9</b>	<b>1287.5</b>	<b>1285</b>	<b>482.2</b>	<b>192.2</b>	<b>1.7</b>	<b>4.42</b>	<b>10.21</b>	<b>1.06</b>	<b>0.97</b>	<b>0.002</b>	<b>17.5</b>	<b>286</b>	<b>4.28</b>	<b>220.9</b>	<b>92.2</b>	<b>26.13</b>	<b>2.45</b>		

## CONCURSO FOTOGRAFICO N° 33

**CONCURSO  
FOTOGRAFICO HYGIA  
N° 34  
TEMA: LA FOTO  
DEL VERANO**

El plazo de presentación finalizará el próximo 22 de Noviembre 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 máqui-

**1er PREMIO**

**Jorge Sánchez Payán**

Título: Hacienda "El Camino"

Nº Colegiado: 7.771

## CONCURSO FOTOGRAFICO N° 33



### 2er PREMIO

**José Antonio Galván Oliert**

Título: Luces del Coto

Nº Colegiado: 2.607

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

### 3er PREMIO

**Julia Núñez Núñez**

Título: "Monaguillos"

Nº Colegiado: 6.928





Ilustre Colegio Oficial  
de Enfermería



**CAUDAL**  
SEGUROS  
GRUPO ZURICH

# SEGURO DE AUTOMOVILES



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

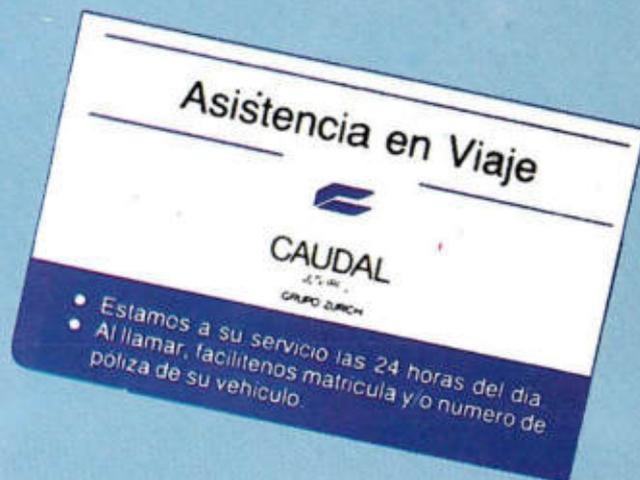
Se tiene derecho con ella:

## Desde el Km. 0

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

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

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



## PRECIOS MUY ESPECIALES PARA LOS COLEGIADOS DE SEVILLA

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

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

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

# 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

### BASES

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- DOTACIÓN:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, de TRESCIENTAS MIL (300.000) para el premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentarán por duplicado ejemplar, en tamaño DIN A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, y encuadernado; incluirán en separata un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien él delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería.  
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las presentes Bases.
- DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán ser declarados desiertos.
- DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos que opten al premio serán remitidos por correo certificado, con acuse de recibo, al Colegio de Enfermería, apartado de Correos n.º 3.027, 41080 SEVILLA. Deberá indicar en el sobre únicamente: para el "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.
- 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".
- 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:

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

BANCO  
POPULAR  
ESPAÑOL

