



HYGIA

Revista Científica del Colegio
de Enfermería de Sevilla

Nº. 34 • 3º Cuatrimestre de 1996

AÑO X

- LA SUPERVISORA SEGUN EL PERSONAL DE ENFERMERIA
- LABOR DE ENFERMERIA EN LA SEXUALIDAD DEL SUJETO CON VIH
- ESTUDIO ESTADISTICO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL PEDIATRICA REALIZADA POR EL "061" DURANTE EL AÑO 1995
- TRANSFUSION AUTOLOGA: SEGURA Y RENTABLE
- CUIDADOS EN EL ENFERMO NEUTROPENICO

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

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

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

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

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

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

- A) Trabajos de investigación
 - 1) Introducción.
 - 2) Material y método.
 - 3) Resultados.
 - 4) Discusión.
 - 5) Bibliografía.
- B) Artículos de opinión
 - 1) Introducción.
 - 2) Observaciones.
 - 3) Comentarios.

- 4) Resumen.
- 5) Bibliografía.

ESTRUCTURA

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

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

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

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

• **Discusión:** El autor o auto-

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

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

- La relación con publicaciones similares, si las hubiera.

- Las indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

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

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

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

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

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

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

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

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

LA CASA DE LA ENFERMERIA

Por el Boletín Informativo de este Colegio de Enfermería se ha ido publicando, con regularidad, las distintas etapas que han rodeado la construcción de lo que hoy día ya es nueva sede para este Colegio. En el Boletín de periodicidad mensual aparecieron desde el acto simbólico de colocación de la primera piedra hasta la inmediatez del traslado. Hoy, como decimos, y desde el pasado 16 de diciembre, los profesionales de la provincia tienen su sede en la Avenida Ramón y Cajal de esta ciudad.

Por medio, quedaron dos años de construcción a cargo de una firma que, todo sea dicho, supo cumplir con los plazos establecidos y de cuya eficacia habla mejor que nada ni nadie la propia edificación y acabado de la sede.

Pero lo importante se ha conseguido. A través de estas líneas de HYGIA queremos enviar un mensaje a todo el colectivo, a los ya más de 7.000 profesionales mujeres y hombres que integran esta profesión en la provincia, para que hagan suyo este logro por cuanto el Colegio es de todos y a todos pertenece su utilización y disfrute.

El nuevo espacio físico va a permitir, en cumplimiento de lo dicho, mayores cotas destinadas a la formación, mayores posibilidades para la tramitación burocrática siempre importante y, cómo íbamos a dejarlo en el tintero, mayores posibilidades para que el profesional –activo o en edad de jubilación– pueda acercarse hasta este Colegio bien para tramitar o planificar sus vacaciones, el puente festivo o el seguro del automóvil en unas condiciones beneficiosas respecto a los costes normales del mercado. Sin olvidar que el Colegio aguarda la culminación de las negociaciones para que la nueva sede disponga, como ha venido sucediendo hasta el presente, de una sucursal bancaria que, amén de acercar este servicio a la profesión en cuanto a comodidad tenga el sentido de la preferencia a la hora de cualquier operación financiero-mercantil.

Para que todo esto sea una realidad han debido transcurrir dos años y medio de trabajo y constancia. Ahora –ojos cantan– puede apreciarse que mereció la pena. En una céntrica zona ciudadana, por donde Sevilla más y más se extiende, los profesionales sin excepción, saben que tienen su casa. En el Colegio que representa a la profesión y ésta debe saber que, con el esfuerzo de todos, la sede que mira al siglo XXI ya está en funcionamiento. Porque las promesas deben acabar tal cual, en hechos.

EDITA

Ille. Colegio Oficial de
Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José M^o Rueda Segura

SUBDIRECTOR

Francisco Boena Martín

DIRECCION TÉCNICA

Miguel Angel Alcántara
González

JEFE DE REDACCION

Vicente Villa García-
Noblejas

CONSEJO DE REDACCION

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

PRODUCE

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

TIRADA

8.800 ejemplares

DEPOSITO LEGAL

SE - 470 - 1987

SUMARIO

LA SUPERVISORA SEGUN EL PERSONAL DE ENFERMERIA	5
LABOR DE ENFERMERIA EN LA SEXUALIDAD DEL SUJETO CON VIH	12
ESTUDIO ESTADISTICO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL PEDIATRICA REALIZADA POR EL "O61" DURANTE EL AÑO 1995	17
TRANSFUSION AUTOLOGA: SEGURA Y RENTABLE	22
CUIDADOS EN EL ENFERMO NEUTROPENICO	27
CONCURSO FOTOGRAFICO N° 34	34



Autor: Marcelo del Pozo

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.

LA SUPERVISORA SEGUN EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Encarnación Escudero Espinosa *
Vicente García Pérez *
M.^a José Blasco Hernández *

* D.E. Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío (Sevilla)

RESUMEN

La supervisora es un elemento fundamental dentro del organigrama de Enfermería de cualquier institución sanitaria. Por ello, y porque hemos observado cierta controversia sobre la figura y funciones, hemos decidido realizar un estudio para investigar la opinión de los enfermeros/as acerca del tema.

Entre otras, nos han interesado cuestiones como transmisión de información, gestión de recursos materiales y humanos, docencia, investigación, relaciones humanas y respeto a las actividades propias de la profesión.

La población objeto de nuestro estudio está circunscrita al turno rotatorio de los servicios de hospitalización y urgencias del Hospital General y Hospital de rehabilitación y Traumatología de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla.

La muestra se recogió de las unidades clínicas de ambos hospitales,

guardando la proporción supervisor/nº de enfermeros a su cargo.

Los datos se obtuvieron mediante la distribución de cuestionarios que se entregaron y recogieron personalmente.

El análisis estadístico lo realizamos con el programa SPSS/PC+(V.4).

Finalmente, y tras la discusión de los resultados obtenidos, hemos propuesto cinco nuevas líneas de investigación.

INTRODUCCION

1.- DEFINICION DE LA SUPERVISION

La supervisión de Enfermería es un servicio ideado para mejorar el cuidado de los pacientes mediante la organización, estímulo y fomento de la producción y el bienestar del personal. Su interés principal radica en el personal.

Hay confusión respecto a lo que la supervisión es en realidad. Hay quien ostenta el cargo de supervisor sin saber a ciencia cierta lo que ello implica, y quien se ve obligado a llevar a cabo infinidad de tareas variadas que no corresponden al cumplimiento de la labor que debe desempeñar un supervisor.

2.- FUNCIONES DE LA SUPERVISION

El supervisor/a es el responsable de la gestión de cada servicio o unidad y de los cuidados de Enfermería que se brindan a los pacientes/usuarios. Depende a nivel jerárquico de la Dirección de Enfermería y del él, a su vez, depende el personal de su servicio o unidad.

Su figura, a nivel general, es necesaria. Es un elemento esencial para poder llegar a realizar una buena gestión.

Una clasificación válida de las funciones que realiza es la siguiente:

A.- Directiva y de gestión

En este apartado se refleja la función puramente administrativa del supervisor/a.



Organigrama:
Subdirección
de Enfermería.



Funciones del supervisor/a de Enfermería.

A.1 Toma de decisiones

A.2 Transmisión de información: Tanto en sentido ascendente como descendente. El supervisor debe ser el nexo de unión entre los distintos niveles de dirección del hospital y el personal de Enfermería.

A.3 Gestión de recursos humanos y materiales.

A.3.1 Humanos: Se refiere a la organización y distribución del personal.

A.3.2 Material: El supervisor/a responsable de tener constantemente a mano una reserva adecuada de repuestos, en buen estado, listos para su empleo en cualquier momento y convenientemente colocados y organizados. Asimismo debe instruir a su personal en el uso adecuado del material.

B. Docente

Los continuos progresos en los cuidados de Enfermería, la eventualidad del personal y la necesidad de unificar criterios de actuación justifican y hacen imprescindible la labor docente del supervisor/a.

C. Investigadora

La supervisión promoverá y participará en ensayos, proyectos y estudios de investigación de Enfermería a cualquier nivel.

D. Relaciones personales

D.1 Enfermero-empresa: todas las actuaciones que se realicen en este ámbito deben ir encaminadas a conseguir que el personal se sienta identificado con la empresa, y parte de ella.

D.2 Enfermero-enfermero: El trabajo de Enfermería habitualmente se realiza en equipo. El supervisor/a es el encargado de canalizar y coordinar las actividades y sugerencias que emanan del propio equipo de Enfermería.

Debe estimular las decisiones de grupo, evitar el engaño, tratar abiertamente las preguntas y, en caso de problemas, informar inmediatamente a las personas implicadas para evitar la aparición de rumores.

D.3 Enfermero-paciente: Una parte integrante de la supervisión es la valoración del cumplimiento de las funciones por parte del personal.

D.4: Enfermero-otros profesionales: El supervisor/a, como representante del equipo de Enfermería, debe mediar en los conflictos que se produzcan con otros estamentos.

3.- PERFIL DEL SUPERVISOR

"El supervisor es el único que puede conocer individualmente a los trabajadores" pero éstos representan un amplio abanico de actitudes y sistemas de valores por lo que "esta tesitura requiera una mente abierta y buena voluntad" Martín M. Broadwell (1982).

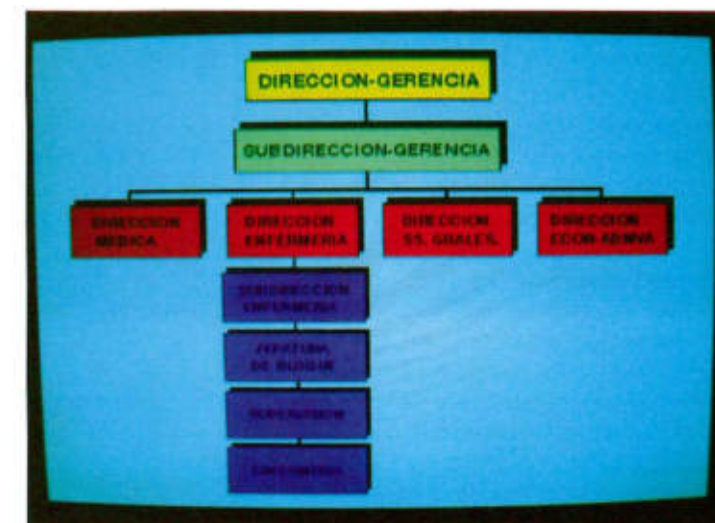
es muy difícil enconsertar su figura. Se puede ser buen supervisor de muchas maneras.

4.- ACCESO AL CARGO

Son plazas que se suelen cubrir mediante libre designación en



Funciones: Gestión de recursos humanos.



Organigrama de gestión del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Funciones: Gestión de recursos materiales.

convocatoria pública. Puede ser abierta o cerrada.

Este sistema de acceso al cargo permite múltiples posibilidades de evaluación subjetiva, (o lo que es lo mismo, una selección poco rigurosa de los aspirantes). Es tan ambiguo que incluso el mismo Estatuto de Personal sanitario no Facultativo hace referencia a la libre designación sin establecer otro tipo de normativa para la provisión del cargo.

ORIGEN DEL PROBLEMA

El motivo por el cual nos planteamos este trabajo fue la observación de cierta controversia en nuestro medio profesional sobre la figura y las funciones del supervisor de Enfermería. Cuando profundizamos en la bibliografía descubrimos que había una laguna en el conocimiento científico sobre el tema, por lo que nos plantea-

mos estudiar y analizar la opinión de los profesionales de Enfermería sobre los supervisores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aplicación de método científico en el estudio de la opinión del personal de Enfermería sobre los supervisores.

OBJETIVOS

- 1) Conocer si los supervisores favorecen la transmisión de información entre la Dirección del Hospital y el enfermero de base.
- 2) Constatar si los supervisores facilitan una buena disponibilidad de material sanitario.
- 3) Conocer si los supervisores establecen un reparto equitativo de las cargas de trabajo.
- 4) Conocer si los supervisores fomentan la formación del perso-

nal de nueva incorporación y el reciclaje del personal habitual.

5) Conocer si los supervisores fomentan la investigación entre el personal de su servicio.

6) Conocer si los supervisores mantienen la disciplina.

7) Conocer si los supervisores promueven en su personal el que se sientan parte de la empresa.

8) Constatar si el personal de Enfermería se siente respaldado por la supervisión frente a otros profesionales.

9) Conocer si el supervisor/a fomenta unas buenas relaciones humanas entre los enfermeros de su servicio.

METODOLOGIA

1.- POBLACION

Este estudio toma como población a los diplomados de Enfermería del turno rotatorio del Hospital General y del Hospital de Rehabilitación y Traumatología de la C.S. Virgen del Rocío (Sevilla), que trabajan en servicios de Hospitalización y Urgencias (anexo 2 y 3).

Se eligió el turno rotatorio por ser el más numeroso y conocer la problemática de cada turno de trabajo. Se prescindió del resto de los turnos porque pensamos que su conocimiento de las actividades realizadas por el supervisor/a está limitado a un horario invariable.

Asciende a un total de 423 D.E.

repartidos entre HG y HRT con 231 y 192 respectivamente. El ámbito del estudio comprende estos dos hospitales por ser los centros de trabajo de los D.E. que realizamos este estudio, lo que facilita la recogida de datos.

2.- MUESTRA

Seleccionamos una muestra de 210 individuos para conseguir margen de confianza del 95,5% con un error muestral del 5%, según la "tabla para la determinación de una muestra sacada de una población finita para márgenes de error de 1, 2, 3, 4, 5%" (Sierra Bravo, 1990. Pág. 189). En la elección de la muestra excluimos, dado que creemos que hay pocos elementos de juicio para la valoración:

- Los enfermeros con menos de tres meses en el mismo servicio.
- Los servicios cuyos supervisores lleven menos de tres meses.

3.- INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Antes del diseño definitivo del instrumento elegido, se pasó un cuestionario piloto a 20 sujetos para valorar la comprensión de las preguntas y determinar las distintas opciones de las respuestas.

La estructura del cuestionario se realizó en base a las siguientes variables:

V1 *Transmisión de información descendente.

V2 *Transmisión de información ascendente.

V3 *Disponibilidad de material sanitario.

V4 *Reparto equitativo de cargas de trabajo.

V5 *Formación del personal de nueva incorporación.

V6 *Asistencia a formación continuada.

V7 *Reciclaje del personal habitual.

V8 *Fomento de la investigación científica.

V9 *Disciplina del personal en el servicio.

V10 *Integración en la empresa.

CUESTIONARIO (ANEXO 1)

- 1.- ¿Crees que tu supervisor/a te ofrece información rápida y veraz sobre todas aquellas cuestiones generadas en la dirección de Enfermería que afectan a tu quehacer profesional?
1 (NUNCA)
2 (CASI NUNCA)
3 (A VECES)
4 (CASI SIEMPRE)
5 (SIEMPRE)
- 2.- ¿Crees que tu supervisor/a transmite a la dirección tus sugerencias, quejas y necesidades?
1 (NUNCA)
2 (CASI NUNCA)
3 (A VECES)
4 (CASI SIEMPRE)
5 (SIEMPRE)
- 3.- ¿Existe en tu servicio una buena disponibilidad de material sanitario?
SI NO
- 4.- ¿Hay en tu servicio un reparto equitativo de las cargas de trabajo?
SI NO
- 5.- ¿Se encarga tu supervisor de la formación de los DUE de nueva incorporación?
SI NO
- 6.- ¿Facilita la asistencia a cursos de Formación Continuada?
SI NO
- 7.- ¿Favorece el reciclaje, en el propio servicio del personal habitual?
SI NO
- 8.- ¿Favorece y fomenta la investigación científica en tu servicio?
SI NO
- 9.- ¿Mantiene la disciplina entre el personal de tu servicio?
SI NO
- 10.- ¿Crees que, en general, las actuaciones de tu supervisor/a ayudan a que te sientas parte integrante de la institución?
SI NO
- 11.- ¿Te sientes respaldado por tu supervisor/a frente a otros estamentos?
SI NO
- 12.- ¿Respetas tu supervisor las actividades propias de tu profesión?
SI NO
- 13.- ¿Fomenta unas buenas relaciones humanas entre los enfermeros de tu servicio?
SI NO

V11 *Reparto frente a otros estamentos.

V12 *Respeto a las actividades propias de Enfermería.

V13 *Fomento de las relaciones humanas.

Una vez diseñado el cuestionario (anexo 1), se procedió a distribuirlo de manera proporcional según la relación supervisor/nº de D.E. a su cargo. Establecida la población que correspondía a cada supervisor se determinó la muestra, que resultó ser, aproxi-

madamente, un 45% (anexos 2 y 3).

Decidimos entregar y recoger los cuestionarios personalmente para disminuir la posibilidad de pérdidas.

Los cuestionarios se distribuyen entre el 4 y el 27 de Septiembre de 1995, de lunes a viernes y desde las 16 hasta las 20 horas. Elegimos esta franja horaria porque creemos que es la de mayor disponibilidad de los profesionales para atenderlos.

Población y Muestra del H.G. (Anexo 2)

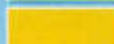
PLANTA	NORTE	SUR	
7	8 (4)	8 (4)	
6	8 (4)	11 (5)	
5	Oncología TAMO 13 (7)		
4			
3		17 (9)	
2		17 (9)	
1	U.C.I. 76 (36)	Oncología TAMO 21 (11)	Psiquiatría 8 (4)
Urgencias	44 (25)		

POBLACION: 231
MUESTRA: 118

POBLACION
(Muestra)



ALAS CERRADAS



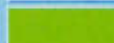
SUPERVISOR CON MENOS DE TRES MESES EN EL CARGO

Población y Muestra del H.R.T. (Anexo 3)

PLANTA	NORTE	SUR	AMPLIACION	
5	12 (5)	4 (2)	4 (2)	
4	8 (4)	8 (4)	8 (4)	
3	8 (4)	8 (4)		
2		8 (4)	5 (2)	
1	8 (4)	8 (4)	8 (4)	Despertar 9 (4)
Urgencias	42 (18)			
U.C.I.	44 (20)			

POBLACION: 192
MUESTRA: 89

POBLACION
(Muestra)



ALAS CERRADAS

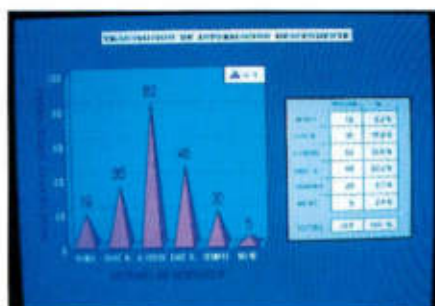


Gráfico correspondiente a la pregunta nº 1 del cuestionario.

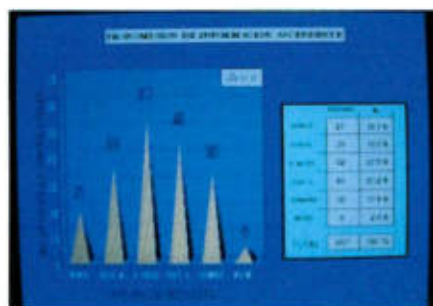


Gráfico correspondiente a la pregunta nº 2 del cuestionario.

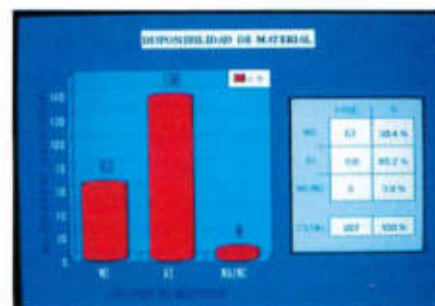


Gráfico correspondiente a la pregunta nº 3 del cuestionario.

RESULTADOS

En primer lugar queremos agradecer la actitud de los profesionales ante la encuesta, que fue excepcional. De las 210 personas a quienes se entregó el cuestionario, sólo tres se negaron a cumplimentarlo. La razón esgrimida fue el temor ante posibles represalias de sus supervisores o de la misma Dirección de Enfermería.

Los datos globales obtenidos quedan reflejados a continuación

mediante representación gráfica y expresión numérica porcentual.

DISCUSION

En el caso de la *Transmisión de información ascendente y descendente* (V 1 y 2), la gran cantidad de respuestas poco definidas (casi siempre, a veces, casi nunca), nos induce a pensar que no debemos extraer conclusiones.

En cuanto a las *Disponibilidad de material sanitario* (V 3) los en-

cuestados opinan que los supervisores realizan esta tarea adecuadamente. Esta función tiene gran trascendencia en unos momentos en que la gestión económica del hospital adquiere especial relevancia.

La diversidad de opiniones en cuanto a la *Distribución de cargas de trabajo* (V 4) parece indicar una deficiente organización laboral. por otra parte nosotros creemos que, en muchos servicios, los supervisores no se hacen

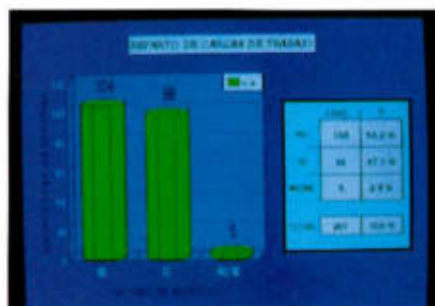


Gráfico correspondiente a la pregunta nº 4 del cuestionario.

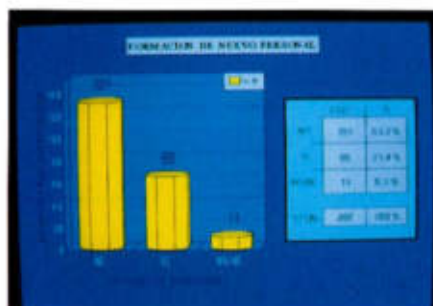


Gráfico correspondiente a la pregunta nº 5 del cuestionario.

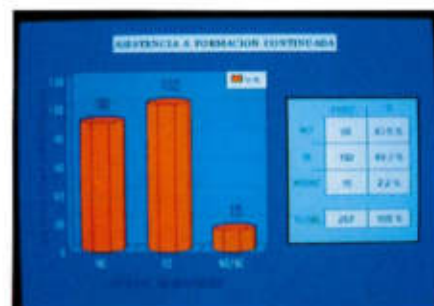


Gráfico correspondiente a la pregunta nº 6 del cuestionario.

cargo de esta función, siendo los profesionales los que la asumen. Deducimos por tanto que los resultados negativos de esta variable pueden ser debidos más a una dejadez de funciones que a una mala realización de las mismas. Ignoramos si esto es debido a un desconocimiento de sus funciones por parte del supervisor o a una mala praxis.

Dichos resultados contrastan con los objetivos en la V 5, en la que la mayoría de los encuestados opinan que los servicios no se encargan de la *Formación de personal de nueva incorporación*, el cual suele hacer coberturas temporales (ILT, vacaciones...). Creemos que la justificación a esta conducta está precisamente en la condición temporal de la cobertura que realiza, ya que parece menos viable la formación de un personal en constante cambio. Creemos que esta actitud de los supervisores está condicionada por el "desfile" continuo de personal nuevo que se incorpora a su servicio, situación que la Dirección de Enfermería no sabe, no puede o no quiere solucionar.

Tenemos serias dudas de que la variable 6 del cuestionario (*Facilitar la asistencia a cursos de formación continuada*), haya sido bien formulada, por lo que no quisiéramos dar excesivo valor a las respuestas obtenidas.

En cuanto al *Reciclaje del personal habitual* (V 7) los encuestados no se decantaron por ninguna de las dos respuestas, aunque hubo un mayor porcentaje de respuestas afirmativas. Pensamos que esto está condicionado por una inquietud creciente entre el personal de

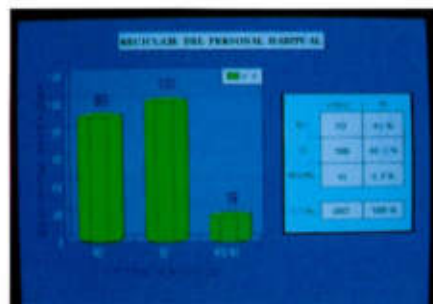


Gráfico correspondiente a la pregunta nº 7 del cuestionario.



Gráfico correspondiente a la pregunta nº 8 del cuestionario.

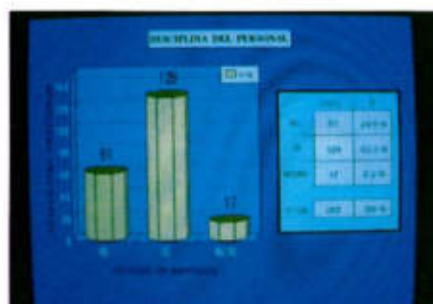


Gráfico correspondiente a la pregunta nº 9 del cuestionario.

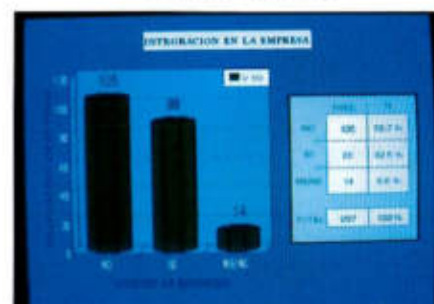


Gráfico correspondiente a la pregunta nº 10 del cuestionario.

Enfermería en pro de una formación más completa y renovada.

Teniendo en cuenta que la *Investigación* supone gran parte del futuro de la Enfermería nos sorprende la poca atención que a la misma prestan, según los encuestados, los supervisores (V 8). Pensamos que se debe a que la investigación en Enfermería está empezando a abrirse camino.

Según los resultados obtenidos en la variable *Mantener la disciplina entre el personal* (V 9) deducimos que esta función está, al parecer, bien asumida.

En relación con la variable *Integración en la Institución* (V 10) podríamos sacar muchas conclusiones, pero pensamos que los resultados de esta variable están su-

ficientemente justificados con el resultado global de la encuesta. Difícilmente puede verse integrado en la empresa aquel profesional que poco recibe de ella.

La indefinición legal en las funciones de nuestra profesión, revalorizan los resultados positivos del ítem *Respaldo frente a otros profesionales* (V 11). Pensamos que la base legal poco firme de nuestra Profesión añade un grado de dificultad a la tarea de defenderla frente a otros estamentos.

Asimismo, el carecer de Ley de Funciones desdibuja el límite entre nuestras actividades y las de otros profesionales, lo cual no parece óbice para que los supervisores en opinión de los encuestados conozcan y *Respeten las actividades*

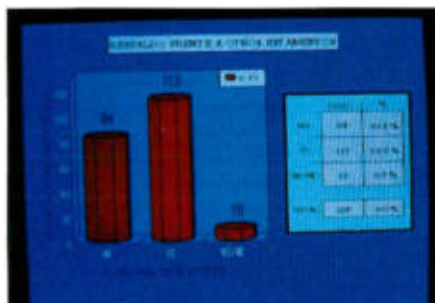


Gráfico correspondiente a la pregunta nº 11 del cuestionario.

propias de nuestra profesión (V 12). El resultado positivo del ítem *Relaciones humanas* (V 13) tiene para nosotros mucho valor, en tanto en cuanto los condicionantes negativos de nuestro trabajo (sobrecarga, turnicidad, estrés...) crean un mal ambiente laboral.

LIMITACIONES

No podemos pasar por alto que el momento en que se realizaron las encuestas pudo influir en los de las mismas, ya que se cumplimentaron cuando la mayor parte de los profesionales acababa de disfrutar de sus vacaciones.

Por otra parte pensamos que nuestro trabajo ha estado muy condicionado por el carácter anó-

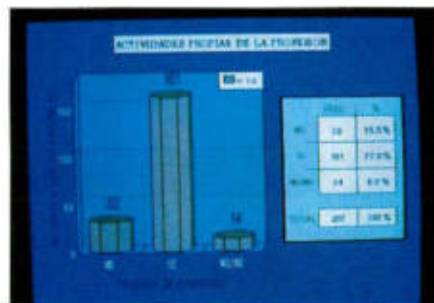


Gráfico correspondiente a la pregunta nº 12 del cuestionario.

nimo de las encuestas, lo que nos imposibilitó para la realización de estudios correlacionales entre los distintos servicios.

FUTURAS INVESTIGACIONES

La realización de este trabajo nos ha abierto un amplio abanico de posibilidades en el campo de la investigación.

Nos gustaría destacar algunas posibles líneas de investigación:

- Perfil del supervisor (tanto desde el punto de vista del superior, como del personal de Enfermería y de la dirección).

- Poco estímulo de la supervisión de Enfermería respecto a la investigación científica: causas y soluciones.

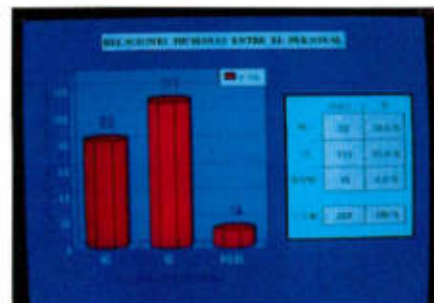


Gráfico correspondiente a la pregunta nº 13 del cuestionario.

- Motivos, condicionantes, posibles soluciones a la deficiente formación en el servicio del personal de nueva incorporación.

- Distribución de las cargas de trabajo: ¿es una función asumida, delegada, eludida? ¿tal vez ignorada?

- Planteamiento de esta misma investigación desde el punto de vista de la supervisión.

AGRADECIMIENTO

A todo el personal de Enfermería del Hospital General y Traumatología de la Ciudad Universitaria Virgen del Rocío de Sevilla, ya que sin su ayuda y colaboración no se podría haber realizado el trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcón Gutierrez, A. (1991): "Gestión del personal subalterno y comunicación humana". Revista "Gestión hospitalaria". Pág. 47-54.
- Barret, Jean (1966): "La enfermera jefe". Ed. Interamericana, México.
- Broadwell, Martin M. (1982): "La guía del Supervisor actual". ed. Interamericana, México.
- Calender, Tiny M. (1963): "Administración del personal". En Calender, Tiny M. "Administración hospitalaria para enfermeras". Ed. Interamericana, México. Pág. 45-111.
- Camacho Rosales, J. (1994): "Manual de uso del programa estadístico SPSS/PC+ Ed. PPU. Barcelona.
- Divincenti, Marie (1981): "Administración de los Servicios de Enfermería". Ed. Limusa, México.
- Eseverri Chaverri, Cecilio (1975): "Organización y Dirección de Enfermería". Ed. Jims, Barcelona.
- Fernández Collado, E. (1992): "El directivo de Enfermería en la estructura hospitalaria". Revista "Gestión hospitalaria". Pág. 50-54.
- García Pérez, Rafael (1995): "Análisis de datos por ordenador". Area de métodos de investigación y diagnóstico en educación, Universidad de Sevilla.
- Huse, Edgar F. (1976): "El comportamiento humano en la organización". Ed. Deusto, Bilbao.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (1991): "Estatuto del personal sanitario no facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social".
- Marriner, Ann (1982): "Manual para la Administración de Enfermería". Ed. Interamericana, México.
- Marriner, Ann (1986): "Manual para la Administración de Enfermería". 2ª Edición. Ed. Interamericana, México.
- Palacios Villanueva, M.E. (1991): "Funciones de la supervisión en los servicios asistenciales de la red hospitalaria". Pág. 69-74.
- Perrodin, Cecilia M. (1965): "Supervisión de los Servicios de enfermería". En Shanks-Kennedy "Administración y Enfermería". Ed. Interamericana, México. Pág. 199-213.
- Sierra Bravo, R. (1991): "Técnicas de investigación social". Ed. Paraninfo. Madrid.

LABOR DE ENFERMERIA EN LA SEXUALIDAD DEL SUJETO CON VIH

José Luis de Isla Soler (DE), Educador y Orientador Sexual.*
M^a Teresa Pozo Rubio (DE), Educadora y Orientadora Sexual.*

* Asociación Sexológica Sevillana.

RESUMEN

El rol de Enfermería no solo va encaminado a proporcionar unos cuidados dignos y humanos a los sujetos que presentan SIDA. Además, va a resultar fundamental que se conozcan aquellas posibles alteraciones que éste puede presentar en su vida sexual; desde que conoce que tiene la enfermedad, ya que, tras saberlo, los sujetos presentan bruscos cambios comportamentales, diversas alteraciones en su conducta sexual y en sus relaciones de pareja.

En este artículo tratamos de exponer y analizar cuales son sus reacciones y cuales serán las posibles alteraciones respecto a la sexualidad. Se van a valorar los cambios que se han producido tanto en el sujeto, como en su pareja (si la tiene).

Una vez conocidas las posibles alteraciones, planteamos una serie de objetivos, así como las actuaciones de Enfermería necesarias para conseguir que el sujeto afectado de VIH tenga una sexualidad más digna: que viva su sexualidad más humanamente.

Se trata también de una labor de consejo incluyendo el apoyo psicológico, consejos sexuales y asesoramiento para conseguir una mejora de su vida sexual.

INTRODUCCION

El SIDA constituye quizás el más importante problema de Salud Pública en la actualidad, tanto por

su carácter epidémico como por su elevada mortalidad.

Aunque esta enfermedad afecta a toda la integridad del sujeto, en este artículo nos vamos a centrar en la LABOR de ENFERMERIA en la SEXUALIDAD del sujeto con VIH. En términos generales, esta labor incluye el PROCESO de ATENCION de Enfermería dirigido a su sexualidad y todo ello, encaminado a conseguir que el afectado por VIH tenga una vida sexual más digna, "que viva su sexualidad más humanamente".

Por último, tratamos de exponer

la importancia del apoyo psicológico y la labor de consejo que incluye el asesoramiento del sujeto y su pareja (si la tiene) para conseguir que estos mantengan y/o mejoren la calidad de su respuesta sexual.

VALORACION INICIAL

Las alteraciones que el sujeto presenta en su vida sexual desde que es seropositivo, son fundamentalmente comportamentales y abarcan modificaciones en su respuesta sexual, que van desde la disminución del número de parejas hasta un aumento indiscriminado de las mismas, llegando incluso a la abstinencia sexual o el rechazo a la sexualidad y ésto se

Los primeros casos de SIDA se detectaron en AFRICA CENTRAL a finales de los setenta.



da con mayor intensidad se imagina que el contagio ha sido por vía sexual.

Además, también se producen reacciones de ansiedad que pueden manifestarse con alteraciones bruscas del estado de ánimo, reacciones depresivas que incluyen sentimientos o ideas de muerte, miedo a contagiar o al rechazo, sentimientos de indefensión, aparición de ideas irracionales o de autolisis, ira, negación, avergonzamiento, retraimiento social, etc., todas estas reacciones comportamentales suelen tener clara influencia en la conducta sexual del sujeto.

En definitiva, suele producirse una disminución de las gratificaciones sexuales y un cambio de hábitos en sus relaciones, debido a:

- Las medidas preventivas que el sujeto debe tomar.
- Al abandono de prácticas sexuales de riesgo.

Todo ello para evitar posibles contagios a otras personas o al propio sujeto, es decir, contraer otras infecciones de transmisión sexual, sobreinfección VIH por vía sexual o por vía de transmisión.

Además, no podemos olvidar, las posibles disfunciones sexuales que el sujeto pueda padecer relacionadas con el cambio tan brusco que se produce en su vida.

También es importante conocer la reacción psicológica de la pareja (si la tiene) desde que conoce la enfermedad y su influencia en la sexualidad.

Por último, otros aspectos importantes en la valoración son:

- 1.- Qué conocimientos previos posee el sujeto (y su pareja) sobre la infección por el virus del SIDA.
- 2.- Si conoce que tipos de prácticas sexuales suponen un factor de riesgo en el contagio de la enfermedad.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

Tras la valoración inicial de sujeto y la determinación de posi-



Una información correcta y completa sobre el SIDA puede resultar eficaz en la lucha contra la enfermedad.



En la actualidad, los preservativos están al alcance de todos y fáciles de usar.

bles alteraciones en materia sexual, se plantearán los posibles diagnósticos de Enfermería, y éstos; podrían ser los siguientes:

- I.- Déficit de conocimientos sobre la enfermedad en relación con la sexualidad.
- II.- Alteraciones en el comportamiento por el hecho de padecer SIDA.

Estos dos posibles diagnósticos de Enfermería son los más comunes y son los que vamos a utilizar para continuar el desarrollo del proceso de Enfermería.

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA

Una vez formulados los diagnósticos de Enfermería, respecto a la sexualidad del sujeto con VIH positivo, se plantean una serie de objetivos generales y específicos que constituyen la base de las acciones de Enfermería tanto para el sujeto como para su pareja (si la tiene).

1. Respecto al DEFICIT de CONOCIMIENTOS del sujeto y su pareja acerca de la enfermedad:

* **Objetivo general:** Ampliar los conocimientos sobre la infección por VIH.

* **Objetivos específicos:**

– Ampliar los conocimientos acerca de la enfermedad y de las medidas preventivas en la transmisión del VIH.

– Ampliar los conocimientos sobre los factores de riesgo y vía de transmisión sexual del SIDA.

– Ampliar los conocimientos acerca de las actitudes que pueden adoptar para un aumento de las gratificaciones sexuales.

Las ACCIONES de ENFERMERIA para cumplir estos objetivos se basan fundamentalmente en impartir EDUCACION SANITARIA BASICA al sujeto y pareja; ésto es:

1. Informar al sujeto y a su pareja acerca de lo que es el SIDA, centrándose en:

– Qué significa ser portador de anticuerpos VIH.

– Dónde se encuentra el virus.

– Y cómo afecta a su organismo.

2. Informarlos sobre las medidas preventivas en la transmisión del VIH:

– Reducir el número de parejas sexuales (si es el caso).

– No mantener relaciones sexuales con personas desconocidas, promiscuas, con ADVP, etc.

– Conocer la historia sexual de su pareja (si la tiene).

– Uso de preservativo en toda relación que suponga un contacto con semen o flujo vaginal.

– No realizar prácticas sexuales traumáticas que puedan producir lesiones o sangrados (p.e. sadomasoquismo).

– No tener relaciones sexuales si existe alguna lesión en genitales, boca, ni durante la menstruación.

– Dar normas para la correcta colocación y uso del preservativo u otras medidas de barrera.

3. Informarlos sobre los factores de riesgo y vías de transmisión del VIH, especificando algo más en la vía de transmisión sexual:

VIAS DE TRANSMISION DEL VIH

V I A S E X U A L	ELEVADO RIESGO DE CONTAGIO	* Coito anal sin preservativo * Coito vaginal sin preservativo * Fellatio/Cunnilinguo * Múltiples parejas sexuales sin preservativo
	MODERADO RIESGO	* Coito anal con preservativo * Coito vaginal con preservativo * Múltiples parejas con preservativo
	ESCASO RIESGO DE CONTAGIO	* Fellatio o cunnilinguo con preservativo * Anilinguo * Lluvia dorada
	AUSENCIA DE RIESGO	* Masturbación * Caricias, abrazos, frotación * Besos
O T R A S V I A S	VIA SANGUINEA	* Abuso de drogas por vía parenteral * Transfusiones sanguíneas múltiples * Compartir jeringuillas, agujas, pinchazos...
	VIA PERINATAL	* Madre seropositiva

NO SE TRANSMITEN

- * Por la comida o la ropa
- * Piscinas, aire o insectos
- * Por el agua, darse la mano
- * Usar vasos, platos u otros cubiertos
- * Uso de juguetes y pupitres

4. Información sobre las medidas que pueden tomar para aumentar sus gratificaciones sexuales:

- Tener una sexualidad segura, sin riesgo
- Prevenir posibles embarazos
- Fomentar prácticas sexuales placenteras (masajes, caricias, besos, masturbación, etc.)
- Evitar miedos irracionales
- Consultar a profesionales sobre



"Darse la mano" no transmite el SIDA.

posibles alteraciones sexuales que pudieran surgir

II. Respecto a las ALTERACIONES que se producen en su COMPORTAMIENTO y que pueden repercutir en su RESPUESTA SEXUAL:

* **Objetivo general:** Mejorar en la medida de lo posible los cambios en el comportamiento del sujeto y que afecten a su respuesta sexual, desde que conoce que es seropositivo.

* **Objetivos específicos:**

- Aliviar el temor sobre el contagio de la enfermedad durante el acto sexual, usando las medidas adecuadas.
- Fomentar los sentimientos de valía personal del sujeto.
- Aliviar la ansiedad.
- Fomentar el aumento de la interacción social para aumentar su autoestima y dignidad personal.
- Aumentar su bienestar mediante una mejor preparación de su pareja.
- Corregir conceptos erróneos que lleven al sujeto a prácticas sexuales inadecuadas (abstinencia, aumento o disminución indiscriminada de contactos sexuales).

Las ACCIONES de ENFERMERIA para el cumplimiento de estos objetivos, se basan fundamentalmente en una LABOR de CON-



La promiscuidad o relaciones esporádicas constituyen un elevado riesgo de contagio del SIDA.

El preservativo roto o en mal estado supone un elevado riesgo de contagio del VIH.



SEJO, que incluye el APOYO PSICOLÓGICO y el ASESORAMIENTO, para conseguir en lo posible una buena calidad de vida.

También constituye una labor importante, el evitar prejuicios que únicamente conducen a la confusión y marginación de los pacientes.

En definitiva, los aspectos fundamentales a tener en cuenta son los siguientes:

- A. **La confidencialidad:** Lo que quiere decir, nunca revelar la identidad del sujeto sin su consentimiento; ni la de su pareja.
- B. **El apoyo psicológico:** Como parte de la atención integral, incluso, si es necesario, solicitar ayuda a otros profesionales

(psiquiatra, psicólogo, sexólogo, etc.) o a instituciones especializadas.

Todo ello encaminado a enseñarles a "vivir con su enfermedad y a sentirse comprendidos por los demás".

Por último, el ASESORAMIENTO debe prestarse a los siguientes colectivos:

- Sujetos infectados o con posibilidad de contagio.
- Familiares y amistades de personas afectadas.
- Homosexuales y bisexuales.



Los sujetos ADVP representan un grupo de riesgo importante en la transmisión del VIH.

- Heterosexuales con riesgo.
- Adictos a drogas por vía parenteral.
- Hemofílicos, trasfundidos o receptores de órganos.
- Sujetos promiscuos.
- Prostitutas y sus usuarios.
- Adolescentes en general (por el comienzo de relaciones sexuales).
- A toda persona que solicite información.

Para terminar este apartado, hay que señalar la **labor de consejo o "counselling"**; que consiste en un conjunto de acciones destinadas a informar e incluyendo el abordaje de los aspectos de morbilidad psicológica, debido al miedo, al desconocimiento y a la desinformación.

Los profesionales de Enfermería deben ser capaces de dar unos consejos básicos, dentro del marco de la Educación Sanitaria y que pueden ir dirigidos a las personas posiblemente infectadas, a los afectados (familia, pareja, contactos) y a todas las personas que realicen prácticas de riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Los resultados esperados en el sujeto con VIH y en su pareja son:
- Que conozcan las medidas preventivas en la transmisión de la enfermedad así como, los factores de riesgo y las vías de transmisión del SIDA.
 - Que aumenten o mejoren sus gratificaciones sexuales.



La madre seropositiva constituye la vía perinatal de transmisión del SIDA.

- Que disminuyan los sentimientos de temor, ansiedad, aislamiento social, etc.; que hayan aparecido.
- Que aumenten sus sentimientos de valía personal.
- Que aumente la sensación de bienestar.
- Que corrijan conceptos y hábitos erróneos.

AGRADECIMIENTOS

A Patricia González y a Elías Pérez por el material fotográfico.



El uso correcto del preservativo puede prevenir la transmisión del VIH.

BIBLIOGRAFIA

1. Brunner, L.S.; Suddarth A.S.: "Enfermería Médico-Quirúrgica", 6ª edición. Vol.II, Ed. Interamericana, 1989.
2. Du Gas, B.W.: "Tratado de Enfermería Práctica", 4ª edición. Ed. Interamericana, 1986.
3. Atkinson, L.D.; Murray, M.E.: "Proceso de Atención de Enfermería". Ed. Manual Moderno, 1985.
4. Kaplann, H.S., M.D, Ph.D.: "evaluación de los trastornos sexuales". Ed. Grijaldo, 1985.
5. Eaterman, H.: "Amor y Sexo en la Pareja". Ed. Edicomunicación S.A., 1993.
6. García Arroyo, J.M.: "Psicología de la sexualidad". Ed. Kronos.
7. García Arroyo, J.M.: Teoría y Practica del Consejo breve en sexualidad". ed. Asociación Sexológica Sevillana, 1996.
8. Nájera, R.; González Lahoz, J.: "Curso de formación médica continuada sobre la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana". Ed. Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida, 1992.
9. Sánchez López, M.: "Desafío a la Sanidad Pública: SIDA. Aspectos de Prevención y Educación". Enfermería Científica nº140, Noviembre 1993.
10. Sala Alvarez, M.C.: "SIDA y Enfermería. Abordaje desde Atención Primaria". Revista Rol de Enfermería nº190, Junio 1994.

ESTUDIO ESTADISTICO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL PEDIATRICA REALIZADA POR EL "061" DURANTE EL AÑO 1995

Carmen Herrera Vaca *
Alfonso Yáñez Castizo **
Pablo Gordillo Fernández **

* Hospital Infantil (H.U. Virgen del Rocío). Sevilla.

** Equipos de Emergencia 061. Sevilla.

1. INTRODUCCION

En el año 1995 se recibieron en el Centro Coordinador de Urgencias 061 de Sevilla un total de 55.808 llamadas, de ellas 8.250 se transformaron en asistencias directas de los equipos de emergencias, y de estas, 287 se realizaron en niños (hasta 14 años más 11 meses), lo que representa un 3,47% del total de dichas asistencias. Para todos no deja de ser preocupante este tipo de asistencia por lo que entraña en la infancia.

El presente trabajo pretende hacer un tratamiento estadístico sobre: distribución, motivo de llamada, edades, patología, traumatismo, traslados y hospital de destino que sirvan de justificación y objetivos para éste.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos han sido facilitados por el Centro Coordinador de Urgencias del Servicio Provincial del 061 de Sevilla, filtrados, procesados y tabulados mediante el programa informático EXCEL del paquete Microsoft e interpretados en gráficos por el programa WP 6.0.

Bueno es comentar que nuestro sistema de funcionamiento dentro de la cadena asistencial consiste en la recepción de la llamada de emergencia en nuestro centro coordinador. Esta es filtrada por un responsable de sala, siempre presente, quien estima la idoneidad del recurso asistencial a enviar, según protocolo existente.

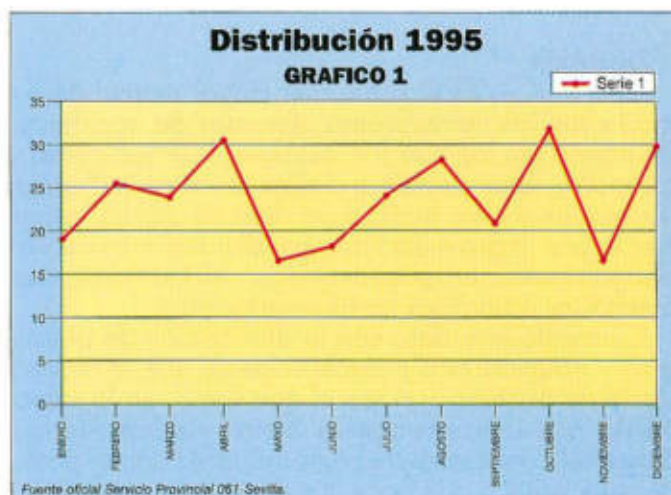
Por tanto y según factores acompañantes pueden recibir asistencia el paciente por parte de un equipo de emergencia terrestre en uvi-móvil, equipo aéreo (médico y D.E.) en helicóptero, ser trasladado en ambulancia convencional o desvío de asistencia a médicos de urgencias o centros de salud si es patología no emergente, aunque sí urgente.

3. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 Total nº de casos y distribución por meses

Enero	19
Febrero	26
Marzo	24
Abril	31
Mayo	17
Junio	18
Julio	24
Agosto	28
Septiembre	21
Octubre	32
Noviembre	17
Diciembre	30

Total 287



Discusión

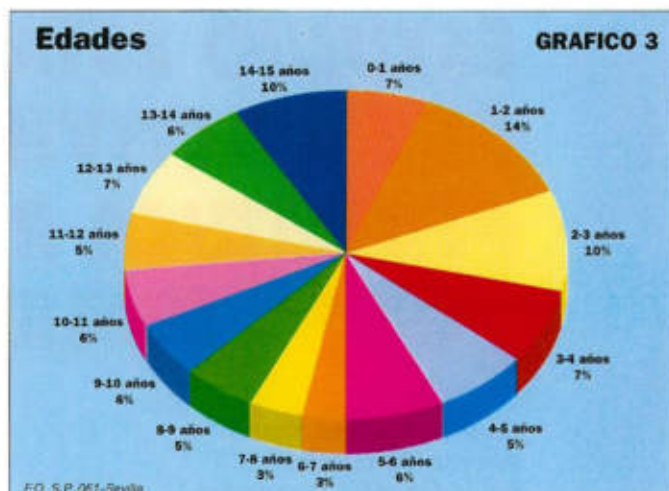
Del total de los 287 niños asistidos y guardando una relación de casi 24 casos mensuales no cabe hacer comentario pues parece evidente que guardan

todos un margen de ± 5 , no estableciéndose relación con patologías o traumatismos significativos y alguna estación del año.

Por tanto, podemos decir que se suele mantener la demanda de asistencia durante todos los meses del año, sin existir picos significativos.

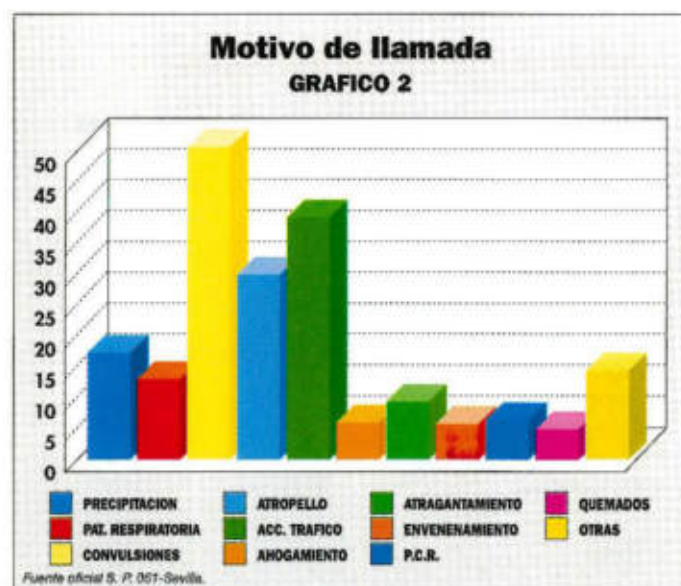
3.2 Motivo de llamada

Convulsiones	48
Accidentes de tráfico	37
Atropello	28
Precipitación	15
Patología respiratoria	12
Atragantamiento	7
Ahogamientos	4
Parada cardiorrespiratoria	4
Envenenamiento	3
Quemados	2
Otras	12



3.3 Edades

	nº	%
0-1 año	21	7
1-2 años	41	14
2-3 "	28	10
3-4 "	19	7
4-5 "	15	5
5-6 "	18	6
6-7 "	8	3
7-8 "	8	3
8-9 "	15	5
9-10 "	17	6
10-11 "	16	6
11-12 "	14	5
12-13 "	19	7
13-14 "	18	6
14-15 "	28	10



Discusión

Como se ve en el gráfico el mayor motivo de llamada son las convulsiones seguidas de accidentes de tráfico (en los que son ocupantes de vehículos) y atropellos (bien peatón o ciclista arrollado). Y otras, aunque en menor número no deja de perder importancia por la gravedad que pueden llevar como son ahogamientos, envenenamientos, atragantamientos, quemados o paradas cardiorrespiratorias.

Cruzando este dato con la distribución de patologías y traumatismos parece evidente que el demandante de asistencia, o sea el que llama, en la mayoría de los casos, transmite el motivo de llamada fundamental correctamente comparándolo con el posterior diagnóstico que hace el equipo de emergencia.

Dentro de "otras" (12 casos) se encuentran patologías individualizadas, específicas y conocidas con anterioridad que sufren descompensación en sus procesos. Son arritmias, cardiopatías congénitas, hematemesis, etc.



Mochila pediátrica.

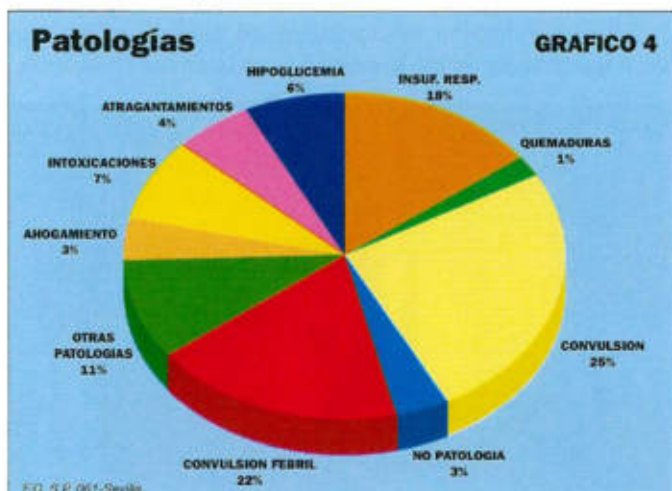
Discusión

En este capítulo nos destacan los polos opuestos. Están los primeros años y la preadolescencia. Entre 0-2 años, que suman una cantidad importante, por presentar traumatismos primarios o asociados propios del comienzo de la deambulación y patologías como convulsiones febriles o no. Entre 2 y 4 años son varias las patologías que presentan, que coinci-

den además con la edad preescolar. Posteriormente se estabiliza el número de casos para aumentar de nuevo en edades a partir de los 9 años asociándose muy bien a traumatismos propios del uso de medios para desplazarse (bicicletas, patines, monopatines) y que llegan a aumentar significativamente entre los 14 años y 14 años+11 meses con el uso de motocicletas.

3.4 Distribución por patologías

Tipo	Nº	%
Convulsiones	37	25
Convulsiones febriles	32	22
Infección respiratoria	26	18
Intoxicaciones	11	7
Hipoglucemias	9	6
Atragantamientos	6	4
Ahogamientos	4	3
No se evidencia patología	4	3
Quemaduras	2	1
Otras patologías	17	11

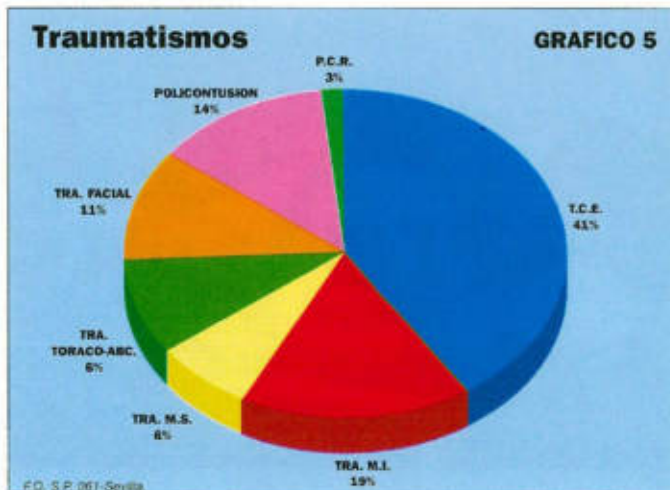


Discusión

Entre las patologías evidenciadas por el equipo sanitario destacan claramente las convulsiones en general de cualquier etiología, y un capítulo importante son la infecciones respiratorias y crisis asmáticas que producen.

Las intoxicaciones fueron producidas por ingestión de productos domésticos, medicamentosas e incluso por monóxido de carbono (braseros). Pensemos que éstas, en niños, entre el 50% y 75% son accidentales (al contrario que en el adulto donde el 90% son voluntarias). A continuación siguen las hipoglucemias en varios casos atendidos en colegios y generalmente el propio paciente, familia o profesor conocían la posibilidad de estas crisis ya que suelen presentarse en niños diabéticos.

Otro tipo de patología alarman por el tiempo tan corto necesario para la instauración de tratamiento efectivo para su recuperación, éstas son atragantamientos y ahogamientos, que afortunadamente han sido sólo 10 casos.



3.5 Traumatismos

Tipo	Nº	%
T.C.E.	55	41
Traumatismo m. inferiores	25	19
Policontusionados	19	14
Traumatismo facial	15	11
Traumatismo m. superiores	8	6
" toraco-abdom.	8	6
Parada cardiorespiratoria	4	3



Accidente de tráfico, 1996.

Discusión

Entre los traumatismos son el cráneo-encefálico y de miembros inferiores los que destacan con diferencia sobre los demás, sobre todo debido al uso de motocicletas, bicicletas en edades preadolescentes, o ser ocupantes de vehículos siniestrados. Afortunadamente estas cifras son bajas, pensemos que en EEUU el 30% de la población infantil se lesionan lo suficiente como para precisar atención médica y que ciertos traumatismos penetrantes producidos por armas blancas o de fuego, que allí son relativamente frecuentes, aquí en nuestro medio son infrecuentes.

En España el tipo de accidente más usual en la infancia que requiere atención sanitaria más frecuente es la caída o precipitación, seguida del accidente



El helicóptero es un medio de traslado muy conveniente en estas edades.



Cuidados a una madre y a su hijo momentos después de dar a luz.

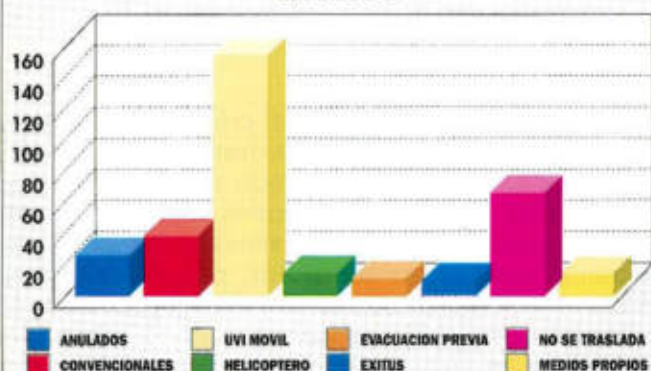
de tráfico y como se aprecia en nuestra ciudad ha sido durante el año pasado a la inversa.

A veces ocurre que ante traumatismos que podemos considerar como "leves" se evacuan previamente a nuestra llegada por medios propios donde ha ocurrido el incidente ya que los niños son fácilmente transportables y los allí presentes, unas veces familiares o no, no esperan la asistencia enviada por el 061 a pesar de tener tiempo de respuesta muy corto, minutos.

3.6 Traslados

Uvi móvil	148
Ambulancias convencionales	27
Anulados en ruta	17
Helicóptero	7
Por medios propios	7
Evacuación previa	5
Exitus	1
No se trasladan	57

Traslados
GRAFICO 6



Fuente oficial S. P. 061-Sevilla.

Discusión

Referente a los niños trasladados destaca el gran número de estos que se hacen en uvi-móvil (148)



Asistencia a un recién nacido por parte del equipo 061.



Accidente de tráfico con Traumatismo Cervical.

17 fueron anulados en ruta que junto con los evacuados por medios propios y evacuados previamente hacen un total de 29 niños a los que se les envía asistencia pero quizás, por lo comentado en el apartado anterior, fueron trasladados antes de que llegase el equipo de emergencia o como en el caso de los anulados en ruta pudo revertir su proceso o motivo de llamada.

7 disfrutaron de traslado en helicóptero con el consiguiente acortamiento en la llegada del equipo sanitario para una pronta actuación in situ, una acortamiento en el tiempo de traslado y el beneficio de no sufrir aceleraciones ni desaceleraciones bruscas.

3.7 Hospital de destino de los trasladados

Hospital Infantil V. Rocío	65
" Traumatología V. Rocío	52
" V. Macarena	37
" V. Valme	9
Clínica Sta. Isabel	2
Exitus	1

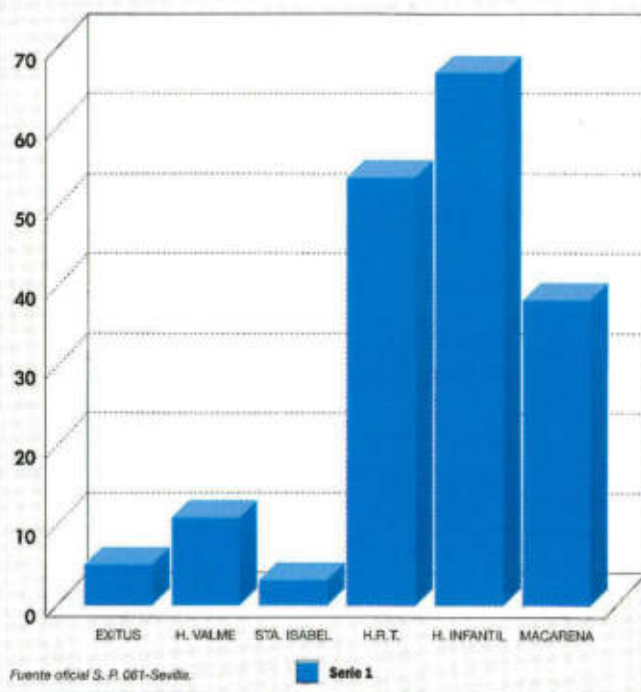
Discusión

Como era de esperar el mayor peso en soportar las derivaciones hospitalarias la tiene el Hospital Universitario Virgen de Rocío, y dentro de este el Hospital Infantil con 65, seguido del de Traumatología (HRT) con 52 traslados, ya que es este hospital el que recibe los T.C.E. de cualquier edad.

A continuación le siguen el resto de hospitales que asumen los enfermos de su zona.

Hospital de destino

GRAFICO 7



AGRADECIMIENTOS

A la dirección del servicio Provincial del 061 de Sevilla y al personal técnico.

TRANSFUSION AUTOLOGA: SEGURA Y RENTABLE

Domingo Morón Romero*
Carmen García Fernández*
Jerónimo Leal Romero*
Antonio Molina Gay*

* D.E., H.U. Virgen Macarena (Sevilla)

INTRODUCCION

La transfusión sanguínea es uno de los campos de la medicina que más avances ha experimentado en los últimos años.

Ya no tiene nada que ver con aquella escena heroica donde donante y enfermo yacían unidos por un equipo de transfusión.

La conservación de la sangre y la separación de la misma en sus distintos derivados, ha supuesto la mejora en el control y ahorro de los componentes, así como una mayor disponibilidad de los mismos, en definitiva, la transfusión sanguínea se ha transformado en HEMOTERAPIA.

En la última década, motivado por el propio campo de la medicina transfusional, por los conocedores del tema, por los propios usuarios a raíz del temor de las enfermedades transmitidas por la transfusión, en los pacientes a los que se le realizan intervenciones quirúrgicas programadas, la donación de sangre autóloga, ha alcanzado una gran popularidad y demanda.

Otro aspecto importante, ha sido la regulación por real decreto 1854/1993, que regula la transfusión autóloga, la hemodonación, y añade el consentimiento autorizado para recibir una transfusión.

En la última década, motivado por el propio campo de la medicina transfusional, por los conocedores del tema, por los propios usuarios a raíz del temor de las enfermedades transmitidas por la transfusión, en los pacientes a los

que se le realizan intervenciones quirúrgicas programadas, la donación de sangre autóloga, ha alcanzado una gran popularidad y demanda.

Por último, los bancos de sangre hospitalarios en los tiempos de crisis que estamos viviendo, para ejercitar una correcta gestión de sus recursos, es fundamental la previsión de los gastos sanguíneos. Sin embargo, una adecuada planificación de las necesidades sanguíneas en intervenciones quirúrgicas programadas, pese a la evidencia de los requerimientos transfusionales de dichas cirugías, trae como consecuencia, que para ciertas intervenciones se llegue a reservar más unidades de las necesarias, en la mayoría de los casos, lo que supone un gasto innecesario tanto en recursos materiales como humanos, así como la gran manipulación de unidades en los proce-

sos de registros y reservas de sangre.

Otras veces, al contrario, no se dispone de unidades reservadas para estas intervenciones, lo que ocasiona que se tengan que aplazar o en su caso colapsar la sección de urgencias de hemoterapia.

Todo ello nos ha llevado a plantear que para racionalizar los recursos y garantizar la seguridad transfusional, es importante fomentar y aplicar la transfusión autóloga en todos aquellos procesos quirúrgicos que reúnen las condiciones establecidas en el protocolo de AUTOTRANSFUSION.

Por otra parte, es necesario adoptar los criterios de estudio de escrutinio de A.I. en aquellas otras cirugías donde no se puede aplicar el protocolo de AUTOTRANSFUSION y es insuficiente con el mismo, como sucede en otros países.

CONSULTA DE ENFERMERIA: GESTANTES Y AUTOTRANSFUSIONES

MES: de 199

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1ª VISITA																															
2ª VISITA																															
T.G.I.																															
OTROS																															
TOTAL																															
1.-ANALITICA																															
EXT. 1.UNID.																															
EXT. 2.UNID.																															
EXT. 3.UNID.																															
EXT. 4.UNID.																															
REINFUSION																															
SANGRIA																															
OTROS TIPOS																															
TOTAL																															

El término transfusión autóloga describe la transfusión de cualquier componente sanguíneo donado por el propio receptor. El receptor que es a la vez propio donante recibe la transfusión más segura posible ya que se eliminan los riesgos de infección y aloinmunización post-transfusional. La transfusión autóloga tiene muchos beneficios para el donante-paciente, para el banco de sangre y para el servicio de transfusiones.

Se reconocen generalmente cuatro tipos de transfusiones autólogas:

1) Preoperatorias en la que se extrae sangre antes de una intervención programada y se almacena hasta que sea necesaria.

2) hemodilución intraoperatoria, en la que se recoge sangre al principio de la intervención y se almacena para la reinfusión posterior.

3) Recuperación intraoperatoria, en la que se recupera sangre del campo quirúrgico y se infunde durante o después de la intervención.

4) Recuperación postoperatoria, la sangre se recoge en el período postoperatorio por recuperación de la sangre vertida en el mediastino.

5) Predepósito, almacenamiento prolongado de la sangre autóloga, en congelación.

En este trabajo hacemos una valoración de las transfusiones autólogas preoperatorias realizadas en la consulta de Enfermería de la Unidad de Hemoterapia, tras la puesta en funcionamiento del protocolo de AUTOTRANSFUSION, en colaboración con alguna de las Unidades Quirúrgicas del Centro.

Este protocolo se elaboró en la Comisión de Transfusión Sanguínea, posteriormente pasó a la Junta Facultativa, para su aprobación y difusión a través de las direcciones del centro, siendo de aplicación en todas las Unidades de nuestro Hospital "Virgen Macarena" de Sevilla. De los resultados obtenidos, de las ventajas e inconvenientes, damos cuenta en este trabajo.

PRIMERA EXTRACCION	
FECHA	____/____/199__
TENSION ARTERIAL	____ mm/Hg.
HEMOGLOBINA	____ gr./l.
OBSERVACIONES	
SEGUNDA EXTRACCION	
FECHA	____/____/199__
TENSION ARTERIAL	____ mm/Hg.
HEMOGLOBINA	____ gr./l.
OBSERVACIONES	
TERCERA EXTRACCION	
FECHA	____/____/199__
TENSION ARTERIAL	____ mm/Hg.
HEMOGLOBINA	____ gr./l.
OBSERVACIONES	
CUARTA EXTRACCION	
FECHA	____/____/199__
TENSION ARTERIAL	____ mm/Hg.
HEMOGLOBINA	____ gr./l.
OBSERVACIONES	

PROTOCOLO

Para atender a los pacientes-donantes que acuden a nuestras consultas se ha aplicado el siguiente protocolo, que básicamente consta de los apartados que a continuación reseñamos.

1.- Es necesario que el pacien-

te acuda con la petición de consulta del médico que solicita la autotransfusión, en la que se indique, diagnóstico, fecha de la intervención y las unidades de sangre que se estimen necesarias. Es importante que se envíen las solicitudes con la antelación suficiente dependiendo de las unidades a extraer, 35 días para cuatro unidades y 21 para dos unidades.

2.- Impreso de consentimiento de autotransfusión en el que se detallan las características del proceso, se autoriza al banco de sangre para que pueda disponer de las unidades en caso de que no fuesen necesitadas por el donante y autorización de transfusión homóloga en aquellos casos en que existiesen necesidades urgentes en el proceso quirúrgico.

3.- Cumplimentados los informes anteriores, el personal administrativo de la Unidad de hematología, iniciará la historia de autotransfusión, en la que se reflejan los siguientes datos:

Nombre, domicilio, teléfono, número de historia, etc. En el sobre de historia introducirá los

SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA

AUTOTRANSFUSION

FECHA					TOTAL
EDAD					
SEXO					
DIAGNOSTICO					
EXTRACCION-1ª					
AUTO-1					
AUTO-2					
AUTO-3					
AUTO-4					
REINFUSION					
FRACCIONADO					
TRANSFUNDIDAS					
OTROS					



impresos analíticos precisos y la documentación imprescindible (pulsera, carnet, etiquetas de auto, etc.), asimismo, dejará registrado en el libro de entrada de autotransfusiones.

4.- El hematólogo anotará los datos clínicos, el tipo de intervención, las unidades que previamente necesitará y solicitará el petitorio analítico para su extracción en la consulta de Enfermería que consta de las siguientes determinaciones:

Hemograma completo
Sideremia y Ferritina
Grupo, RH, A.I., GOT, VDRL
VIH, Hepatitis B y C
Hemoglobina Capilar

5.- En la consulta de Enfermería se atiende al paciente-donante, se realizan los registros de la historia de Enfermería. Finalizados los mismos, se toman las constantes y se le explica al paciente donante el proceso que vamos a seguir, a continuación identificamos los petitorios y los tubos pilotos, para proceder a realizar las extracciones analíticas en la primera visita y la extracción de las unidades de sangre en posteriores consultas. El enfermero anotará en la historia las incidencias que ocu-

rran en el proceso de atención y extracción del paciente-donante.

6.- Las extracciones deben tener un intervalo superior a las 72 horas y la última unidad hay que extraerla con al menos 72 horas de antelación a la intervención, período necesario para la recuperación del volumen plasmático y la síntesis de proteínas.

7.- En la primera extracción se realizará una hemoglobina capilar para que el hematólogo ajuste el calendario de extracciones que anotará en el carnet de autotransfusión y el libro de registro de consultas.

8.- El D.E. indicará al paciente-donante, que firme la etiqueta de la unidad extraída, tras lo cual procederá a su preparación, separación y conservación en los bancos y congeladores destinados para ello. Así mismo realizará las reinfusiones y el tratamiento terapéutico en aquellos casos en que por aplazamiento de la intervención o cualquier otra causa sea necesario.

En las reinfusiones por aplazamiento, se transfunde la unidad próxima a caducar y se le extrae una nueva bolsa, con lo que además de continuar con las unidades frescas, se mantiene prácticamente con el mismo hematocrito.

9.- Concluido el proceso, la historia se deja en los ficheros ac-

tivos de la sección de urgencias, hasta el día en que sean solicitadas las unidades, si esto no ocurriera, se retiran las unidades, se realizan los registros en la historia y se archiva en los ficheros de pasivo, siendo responsabilidad del enfermero anotar las incidencias de las unidades (transfundidas, caducadas, fraccionadas, recicladas, etc.).

INDICACIONES DE AUTOTRANSFUSION

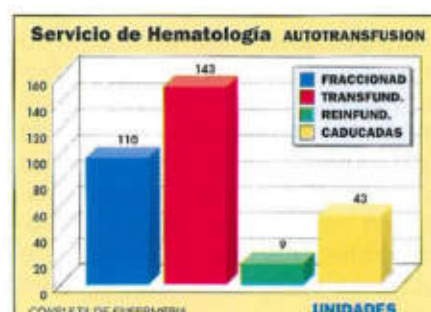
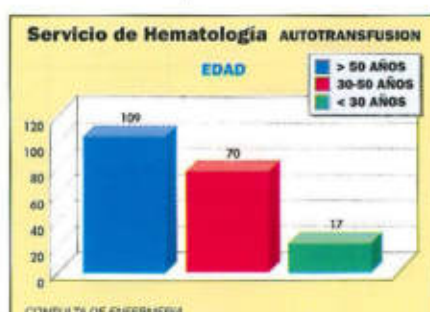
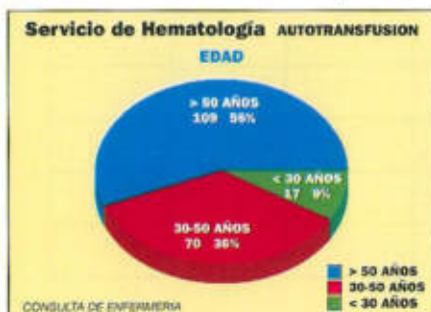
La autotransfusión está basada en la aplicación del MSBOS, a pacientes medicamentos aptos, teniendo en cuenta su estado emocional (en ocasiones puede afectarse si no disponen de sangre autóloga).

Para evitar las enfermedades transmitidas por transfusión y evitar la aloinmunización.

Permitir transfusiones a pacientes cuyas creencias religiosas no les permitan la transfusión homóloga.

Mejorar la práctica transfusional en la cirugía intervencionista, facilitando las unidades necesarias y obviando las carencias de sangre.

Evitar las de reacciones transfusionales en pacientes con historia transfusional previa y problemática.





CAUSAS DE EXCLUSION

Son excluidos los pacientes donantes que reúnen una o varias de las causas siguientes:

- Historia de mareos o reacciones serias tras la donación de sangre.
- Capacidad de entendimiento del proceso y grado de colaboración, como es el caso de los niños pequeños.
- Enfermos con patologías cardiovascular o cerebrovascular aguda, como: ángor inestable, arritmias, distress respiratorio severo, desvanecimiento o convulsiones.
- Pacientes con serología positiva, a excepción de VDRL.
- Infecciones agudas, bacteriemia o en tratamiento por ello.
- Epilepsia activa, cirugía craneal por riesgo de mareo.
- Trasplante renal.
- Anemias importantes y dificultad de canalización de vías.

RESULTADOS

Hemos atendido en nuestras consultas de Enfermería, un total de doscientos noventa y ocho pa-

AUTOTRANSFUSION
HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERIA

APELLIDO: _____
NOMBRE: _____ FECHA: ____/____/199__

PRIMERA VISITA:

TENSION ARTERIAL: _____ mmHg
HEMOGLOBINA: _____ gr/L

ESTUDIOS SOLICITADOS:

SIDEREMIA ☐
FERRITINA ☐
HEMOGRAMA ☐
SEDIMENTACION ☐
OTROS ESTUDIOS: _____ ☐

OBSERVACIONES: _____

3 E _____

cientes, de los cuales, ciento dos se atendieron en el transcurso de los últimos tres años y ciento noventa y seis en el período comprendido entre noviembre y junio del año 95, a raíz de implantar el protocolo de autotransfusión en su primera fase.

Los datos analizados se refieren a los resultados obtenidos en este último período a partir de aplicar el protocolo en las consultas de Enfermería y la recogida de los datos de los pacientes-donantes, en los que valoramos, el sexo, la edad, las unidades extraídas, el diagnóstico, las reinfusiones, las unidades transfundidas, caducadas y el destino final de las mismas.

De los ciento noventa y seis pacientes, noventa y nueve son hombres y noventa y siete mujeres, diecisiete de ellos con edad infe-

rior a 30 años, 70 con edad comprendida entre 30 y 50 años y 109 con edad superior a los cincuenta años.

De estos 196, fueron rechazados 12 pacientes, por las siguientes causas:

Malas vías	2 (17%)
Hipotensión	4 (33%)
Anemias, etc	6 (50%)

Por lo que 184 pacientes-donantes del total (93,8%) se ajustaron al protocolo.

La cantidad de unidades extraídas se detallan a continuación:

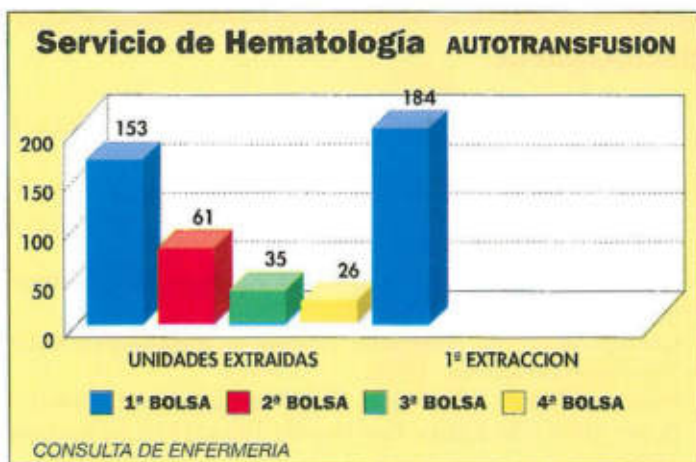
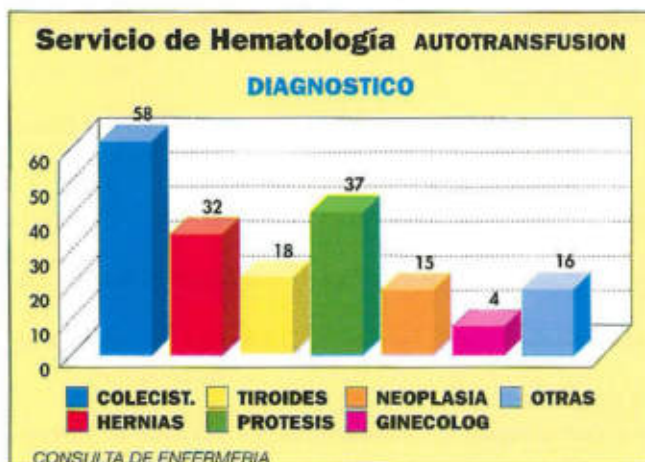
155 se les extrajo una unidad.
61 se les extrajo dos unidades.
35 se les extrajo tres unidades.
26 se les extrajo cuatro unidades.

Los diagnósticos de los pacientes se han agrupado, según el siguiente esquema:

Colecistectomías	58
Hernias	32
Tiroides	18
Prótesis	37
Neoplasia	15
Ginecológicas	4
Otras	20

Las unidades extraídas han seguido el siguiente proceso:

Fraccionadas	110
Transfundidas	143
Reinfundidas	9
Caducadas	43



CONCLUSIONES

La creciente demanda de sangre y la limitación de sus recursos han hecho que los Bancos de Sangre se conciencien cada vez más para utilizarla eficazmente. En muchos quirófanos ha sido una práctica rutinaria cruzar unidades de sangre y reservirlas para cada paciente como precaución. Como la mayoría de estas unidades no se utilizan, las pruebas de compatibilidad y las crecientes reservas necesarias para cumplir estas demandas eran recursos desaprovechados, todo ello se mejora con la transfusión autóloga.

El reservar sangre para un paciente con pocas probabilidades de necesitarla impide que disponga de ella otro paciente cuya necesidad sea inmediata y aumente la probabilidad de que la misma caduque sin llegar a transfundirse.

De ahí que la autotransfusión y la reducción de pruebas de compatibilidad innecesaria, disminuye la caducidad y conduce a un uso eficaz de la sangre y los recursos, reduciendo en definitiva los costes de la hemoterapia.

Los resultados valorados, nos pone de manifiesto que la edad de los pacientes-donantes no es causa de exclusión autotransfusional, si bien es verdad esta práctica se da con mayor frecuencia en personas con más de cincuenta años fundamentado por el tipo de diagnóstico, como es el caso de las colestectomías, patología que

más demandó la transfusión autóloga ya que generalmente cursan con esta edad. Hay que hacer una salvedad en la clínica pediátrica, que por el grado de colaboración y comprensión del proceso dificulta enormemente la aplicación del protocolo.

No se dan diferencias significativas en el sexo de los donantes-pacientes, pues las cifras obtenidas prácticamente se reparten al cincuenta por ciento entre ambos sexos.

Como hemos comprobado, la casi totalidad de los pacientes que han solicitado la transfusión autóloga han cumplido los requisitos para ser atendidos en nuestras consultas de Enfermería, sólo un 6,2% fueron excluidos, siendo las causas más frecuentes, hipotensión, malas vías y anemias lo que nos lleva a la conclusión de que la mayoría de los pacientes son aptos para la preparación de la práctica autotransfusional.

Así mismo, tampoco se ha planteado ningún problema por el tipo de cirugía, ni por los diagnósticos de los pacientes-donantes, aunque si bien es verdad sólo se ha puesto en práctica en algunas de las unidades de cirugía del hospital.

Todo ello nos llena de optimismo y esperamos que cuanto más conocido sea el protocolo por las Unidades asistenciales del centro, la terapia transfusional dé un giro importante en beneficio de los pacientes, el servicio de hemoterapia, la mejora y racionalización

de los recursos, así como la eficacia y eficiencia de la misma.

Otro aspecto importantes es la disminución de los riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas (citomegalovirus, hepatitis, VIH, etc.), lo cual constituye una mayor seguridad y tranquilidad de los pacientes, ante la incertidumbre creciente de infecciones por transfusión homóloga.

Es importante destacar que la autotransfusión autóloga facilita la sangre a aquellos pacientes que no encuentran sangre compatible bien por dificultad de Grupo, Rh, A.I., etc. También se evitan los problemas de inmunización por aloanticuerpos, reacciones de injerto contra el huésped y la eliminación del riesgo de reacciones hemolíticas.

La práctica autotransfusional además aporta las siguientes ventajas: Aumenta la base de donantes homólogos, reduce los niveles globales de transfusión, suministra sangre homóloga y prevee las necesidades en intervenciones quirúrgicas electivas.

Y para concluir, me gustaría finalizar, con la siguiente reflexión: el objetivo primordial de la HEMOTERAPIA es la transfusión segura. La mejor garantía de alcanzar los objetivos y asegurar la calidad transfusional, reside en una cuidadosa observación de los procedimientos estándares de actuación, por parte del personal de Enfermería debidamente formado.

BIBLIOGRAFIA

- Oberman, H. ed. Standards for Blood Banks and Transfusion Services. Ed.10ª. Washington Ac. American Association of Blood Banks, 1990.
- Tabor, E: Infections Complications of Blood Transfusion. nueva York, Academic Press, 1986.
- Toy, P. Stratus Rg. Sthelling. LC. et al. Predeposited autologous Blood for elective surgery: A National Multicenter Study. N Engl. J. Med. 1987; 316:517-20
- Kruskall, MS.; Leonard, S., Klapholz H. Autologous Blood Donation during pregnancy: Analysis of safety and Blood utilization Obstet. Gynecol, 1987; 70:939-41
- Consejo de Europa. Comité de Expertos en Transfusión Sanguínea e Inmunohematología. Control de Calidad en los Servicios de Transfusión Sanguínea. 1991.
- Parker-Willians, J.: Autologous Blood Transfusion. JR Son Med. 1987; 316:517-20.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1854/1993 de noviembre, por el que se regula la Hemodonación y los Bancos de Sangre. 1993.

CUIDADOS EN EL ENFERMO NEUTROPENICO

Manuela Rubio Atienza (D.E)*
Blanca Espinosa Gallardo (D.E)*

*Servicio Hematología (H.U. Virgen del Rocío). Sevilla.

1. INTRODUCCION

1.1 Definición:

Se define la neutropenia como un recuento de neutrófilos menor a 1.000 y con predecible rápido descenso en las siguientes 24 a 48 horas.

Puede aparecer como un trastorno hematológico, pero se le ve más frecuente asociado con otros trastornos, incluidas las enfermedades malignas de la médula ósea, anemia aplásica, anemia megaloblástica, uso de agentes

quimioterapéuticos, hambre e infecciones virales.

También puede darse una neutropenia severa como resultado de la reacción a fármacos, particularmente en los casos de pacientes con anemia aplásica secundaria a fármacos citotóxicos.

El grado de susceptibilidad a la infección se halla en proporción directa al grado de neutropenia.

Las personas con neutropenia marcada corren el riesgo de contraer una infección potencialmente mortal.

N. de alto riesgo: Situación defini-

da por una duración de neutropenia mayor o igual a siete días, previsible por la quimioterapia administrada: Tratamiento de consolidación e inducción de la LMA y síndrome mielodisplásico, tratamiento de intensificación y consolidación de los linfomas de BURKITT y linfoblásticos de los más comunes.

N. de bajo riesgo: El resto de los pacientes y está definida por una duración previsible de la neutropenia menor a siete días.



Control de Enfermería con cristalera que separa la zona de aislamiento.

1.2 Riesgo de la Neutropenia - Infecciones:

El tratamiento es difícil en el paciente inmunodeprimido, pueden provocar gran morbilidad y mortalidad, además los antibióticos no son muy eficaces contra las infecciones de estos enfermos.

Son poco útiles cuando se usan empíricamente (a ciegas) y son más útiles cuando se utilizan específicamente (antibiótico seleccionado para un germen concreto aislado).

2. OBJETIVOS FUNDAMENTALES

2.1 Evitar infecciones

Endógenas: La infección más frecuentemente que nos podemos encontrar en este tipo de enfermos es en la zona bucal y gastrointestinal.

La higiene bucal debe de hacerse con mucho cuidado.

- No utilizar cepillo.
- Se harán enjuagues con:
 - HEXETIDINA: Enjuagues tres veces al día.
 - NISTATINA: Tres veces al día manteniéndolo el mayor tiempo posible antes de ingerir.

Debemos de inspeccionar la mucosa bucal al menos una vez al día, buscando la aparición de mucositis.

- Valoración de la mucositis:

- A.- Ninguna (0): Coloración normal de la mucosa.
- B.- Ligera (1): Enrojecimiento de la mucosa con una o dos ulceraciones (menor de un centímetro) y dolor ligero.
- C.- Moderado (2): Ulceraciones de las mucosas superiores a un centímetro de diámetro, con dolor importante, pero el paciente es capaz de comer.
- D.- Grave (3): Más de dos ulceraciones con gran dolor, siendo el paciente incapaz de comer.

Cuando esté indicado, utilizar protectores de la mucosa gástrica (ALMAX) y evitar así los antiácidos, anticolinérgicos, antagonistas H₂ (Ranitidina, Cimetidina) e inhibidor de la bomba de protones (omeprazol).

Los pacientes sometidos a quimioterapia intensiva y/o con mucositis del tracto gastrointestinal en los que se detecten candidas se debe de hacer cultivo de orofaringe o heces.

Exógenas: Dentro de este grupo podemos incluir todas las infecciones producidas por:

Aire:

Las fuentes son los sistemas de ventilación, acondicionadores de aire y materiales de construcción.

Comida:

Productos lácteos, fruta fresca y vegetales, comidas no cocinadas o no procesadas.

Agua:

Agua de grifo, hielo, humidificadores, desagües de fregaderos, servicios, cuartos de baños y flores cortadas.

Catéteres y equipos de infusión:

Soluciones intravenosas, productos sanguíneos, catéteres in-

travenosos, tubos de drenaje y endoscopios.

Contactos:

Personal, pacientes, visitantes y objetos (incluyendo jabones y utensilios de limpieza).

2.1.1 Aislamiento

Conjunto de medidas, que se emprenden para imprimir la diseminación de microorganismos entre los pacientes hospitalarios, el personal y los visitantes).

Tipos:

- A. Estricto.
- A. Respiratorio.
- Precauciones entéricas.
- A. Protector: Se usa para impedir el contacto entre microbios potencialmente patógenos y personas no infectadas que sufren trastornos de la resistencia. Este es el aislamiento del que hablamos en la inmunodepresión.



Zona de aislamiento.



Habitación donde se guarda la ropa estéril.

2.1.1.1 Descripción de la unidad:

La unidad de hematología consta de varias partes fundamentales:

- A) 10 camas para pacientes no neutropénicos.
- B) 10 camas para pacientes neutropénicos (2 de estas para enfermos post-TAMO).
- C) 6 camas cedidas a oncología.
- D) 4 camas para pacientes hemofílicos.
- E) Unidad de trasplante de médula ósea.

2.1.1.2 Preparación del paciente:

Dado lo restrictivo de las normas en nuestra unidad, la explicación al principio del tratamiento, puede reducir los temores y ansiedades del paciente.

La explicación se hará en términos simples, a un nivel que corres-

ponda a la edad, nivel educativo y capacidad de comprensión del paciente.

La explicación se hará extensiva a los familiares, haciendo énfasis en el aspecto de protección de las medidas y las consecuencias beneficiosas que llevan a reportar.

2.1.1.3 Normas para evitar a los pacientes la exposición a gérmenes:

1. Limpieza con lejía.
2. Todos los enfermos al ingresar, al entrar en la habitación, lo primero que deben de hacer es ducharse y ponerse ropa estéril.
3. No se permite la entrada a más de un visitante cada vez, el cual debe de llevar bata estéril, mascarilla y papis.
4. Evitar la entrada en la zona de aislamiento, de visitantes con infecciones virales o bacterianas:

catarro, varicela, sarampión, dermatitis bacterianas, etc.

5. Evitar la entrada de niños menores de 12 años, los cuales pueden ser portadores de muchos virus y bacterias.

6. Los colchones y almohadas deben de contar con cubierta de plástico que se limpiarán con desinfectante. La ropa de cama y aseo debe de ser estéril.

7. El paciente no debe de abandonar la habitación durante el período de aplasia. Si por algún motivo ha de hacerlo, debe de llevar mascarilla, papis, bata estéril y gorro. Si la cama tuviera que salir de la habitación antes de volver a entrar en la zona de aislamiento, debe de limpiarse con lejía.

8. El personal para entrar en la habitación debe de llevar mascarilla y papis, además hay que lavarse las manos antes y utilizar guantes de un solo uso, los cuales deben de ser desechados al salir junto con la mascarilla (esta una vez usada se humedece y húmeda no protege).

9. Nadie, salvo el enfermo o familiar acompañante, debe de comer en la habitación de aislamiento.

10. Nadie, salvo el enfermo o familiar acompañante podrá usar el cuarto de baño de una habitación de aislamiento.

11. No se permite fumar.

12. El esfigmomanómetro, estetoscopios, etc. deben de encontrarse limpios y dejados en el cuarto de paciente, para uso de personal mientras dure el aislamiento.

13. El termómetro permanecerá en el cuarto del enfermo.

2.1.1.4 Tipos de flujos

1. Filtrado: Este tipo de flujo es el disponible en nuestra unidad. Consiste en interponer una barrera física de cierta consistencia para retener partículas de polvo, así como de muchos tipos de microorganismos. Son llamados "filtros de alta seguridad".

Estos filtros, debido al deterioro y suciedad producida por su uso, hacen que la ventilación no sea

la adecuada, de forma que la temperatura de la sala es variable.

2. Laminar: Uno de los métodos más complejos para evitar las infecciones por bacterias y hongos es el flujo de aire laminar. Se usa en nuestra unidad en la zona de trasplante de médula ósea.

Los individuos están dentro de un medio cerrado, estéril o con pocas bacterias. Una condición para la admisión del enfermo a ella es la descontaminación de las vías gastrointestinales, piel y cavidades corporales. Se logra por la ingestión de soluciones concentradas de antibióticos, el baño con agua estéril, jabón antibacteriano y la aplicación de talco o pomada, antibióticos en fosas nasales, oídos, ombligo, axila, recto e ingle. Las estancias con FAL han disminuido los índices de septicemias en sujetos con

trasplantes de médula, en comparación con las personas en habitaciones corrientes individuales en que el control ambiental de la infección incluye aire filtrado en la unidad, lavado de manos, uso de mascarilla y papis.

Sin embargo, los índices de supervivencia a largo plazo no han sido estadísticamente diferentes entre los dos medios, excepto en casos de sujetos con anemia aplásica. Por la alta de mejoría en las cifras mencionadas, muchos centros han optado por no incluir las estancias con FAL, por el incremento extraordinario en los costos y en el tiempo del personal necesario para conservarlos.

Sin embargo, existen estudios en centros que lo usan y en los cuales se han comparado los efectos de nuevos antibióticos ingeribles que pueden tener mejor sabor

y al mismo tiempo son eficaces para evitar infecciones por bacterias y hongos.

En un estudio que dividió a los pacientes en cuatro grupos, para saber si aminorarían los índices de septicemia en pacientes transplantados con fiebre, se obtuvieron las siguientes tasas.

- FAL solamente: 25% de septicemias.
- PAS (profilaxis con antibióticos sistémicos): 22% de septicemias.
- FAS + PAS: 10% de septicemias.
- GRUPO TESTIGO: 41% de septicemias.

2.1.2 Medidas a tomar por el personal

2.1.2.1 Manejo de utensilios:

- A) Mascarilla: Con ella intentamos impedir el contagio de infecciones cuya vía de transmisión es la vía aérea.
- B) Guantes estériles: Es la medida preventiva antiinfecciosa más eficaz para romper la cadena de transmisión manos-vía venosa-paciente.
- C) Papis: En un principio no se usaban en nuestra unidad proliferando, por este motivo, las infecciones por aspergillus, coincidiendo con que en ese momento el hospital se encontraba en obras. Desde su utilización las infecciones por este, han disminuido, incluso se puede decir que han desaparecido.

2.1.2.2 Lavados de manos:

Múltiples estudios han documentado que el lavado de manos es el procedimiento más efectivo para prevenir las infecciones hospitalarias.

Su objetivo es eliminar la contaminación transitoria que se adquiere mediante contacto con pacientes infectados o colonizados o fuentes medioambientales.

• Situaciones en las que debe de lavarse las manos cualquier personal del hospital:

- Al iniciar la jornada de trabajo.



Familiar con ropa estéril: mascarilla, papis y bata.

- Antes y después de ingerir alimentos.
- Antes y después de preparar y distribuir los alimentos.
- Después de utilizar el pañuelo nasal.
- Antes y después de utilizar los servicios.
- Antes y después de utilizar los guantes.
- Siempre que se tengan las manos sucias.
- Al finalizar la jornada.

• Por parte del personal sanitario (médicos, enfermería, auxiliar sanitarios, etc.). Además de las circunstancias anteriores:

- Antes de preparar la medicación.
- Antes y después del contacto con los pacientes.
- Antes y después de utilizar guantes.
- Antes y después de manipular:
 - * Catéteres (intravenosos o urinarios).
 - * Sistema de drenaje.
 - * Curas, vendajes.
 - * Antes y después de realizar el aseo de los pacientes.
 - * Antes y después de aspirar secreciones.
 - * Después de manipular materiales como: cuñas, botellas, etc.

2.1.3 Medidas en el paciente

2.1.3.1 Piel:

El cuidado de la piel en el enfermo inmunodeprimido es de vital importancia, pues cualquier herida cutánea, daría lugar a infección local u oportunista, que incluso puede llegar a la septicemia.

Hay que localizar las posibles heridas cutáneas en las cuales se dará con un antiséptico Yodado (Povidona Yodada) y se revisarán a diario.

Algo fundamental sería el evitar la aparición de úlceras por decúbito, por lo que se instará al paciente a que se hagan cambios posturales y no se inmovilice en la cama; como medida de protección se colocará colchón antiescaras de aire, sobre todo en pa-

Personal de Enfermería con las medidas de protección adecuadas.



cientes de edad avanzada, corpulencia y dificultad para la deambulación.

Dada la importancia de la piel como barrera natural de defensa de nuestro organismo, debemos de hacer hincapié de la importancia de poner el menor número de inyectables posible. Esto se soluciona con la colaboración bajo anestesia de un catéter central, a través del cual se administrarán líquidos medicamentosos, se tomarán muestras para analítica, etc.

2.1.3.2 Accesos venosos:

Nos referimos fundamentalmente a los catéteres venosos. La venoclisis proporciona un fácil absceso sistémico a los microorganismos y el manejo de catéteres es una puerta a sepsis, de ahí la importancia de la técnica de colocación y mantenimiento.

Un riesgo sobreañadido sería la utilización de alimentación parenteral, pues la hiperalimentación intravenosa es un buen medio de cultivo para la proliferación bacteriana.

En los catéteres podemos diferenciar:

- Periféricos, cuya colocación depende de enfermería.
- Centrales, cuya colocación depende fundamentalmente del equipo médico.

En ambos, el mantenimiento es labor de enfermería.

2.1.3.3 Higiene de orificios

Se evitará la destrucción de las barreras corporales naturales, haciendo hincapié en la higiene de todos los orificios (nariz, oído, ombligo, vía rectal y uretral).

Se intentará no usar las sondas urinarias y especialmente impor-

tante es no usar la vía rectal (supositorio, enemas) dado el peligro de producir fisuras o grietas. Si estas se llegaran a presentar, debemos detectarla lo antes posible para evitarle complicaciones al enfermo. Esto puede llevar incluso al extremo de implantación de un ano contranatural.

Se estimulará al paciente al lavado perianal después de cada evacuación. Enseñaremos a las pacientes femeninas a asear el área perianal de adelante hacia atrás, lejos del meato y del introito vaginal para evitar la contaminación fecal de las vías urinarias. Evitará el uso de tampones vaginales y duchas comerciales que pueden causar traumatismo e introducir productos químicos irritantes y bacterias.

2.1.3.4 Alimentación

El tipo de dieta en el enfermo neutropénico debe ser de inmunodeprimido.

- No se permite la ingestión de fruta fresca, salvo aquellas que tienen piel, la cual debe de estar absolutamente intacta (sin cortar, picadura o incisión).

- No se permite la ingestión de verdura fresca ni frutos secos.

- El agua debe ser embotellada.

- Es aconsejable el uso de olla exprés para la preparación de los alimentos.

2.1.3.5 Lavado y aseo

Debemos mantener la piel limpia y seca, usando jabones que reduzcan la sequedad y la formación de grietas.

Para el lavado diario se usarán compresas estériles en las neutropénias más severa y toallitas normales para el resto. El secado se hará con sábanas estériles. La ropa que usan, tanto para vestir como para la cama, es estéril.

A la hora del lavado, revisaremos la posible aparición de grietas, eritemas, zonas calientes o sensibles y secreciones purulentas o serosas.

Se prestará especial atención a los lugares venoclisis, incisiones quirúrgicas, pliegues cutáneos (in-



Enfermo neutropénico en su habitación acompañado de un familiar.

gles, axilas, zonas interdigitales y uñas), fosas nasales, prominencias óseas y borde anal.

2.1.3.6 Cavidad oro-faríngea

Para identificar y detectar los problemas orales, valoraremos al paciente por si presenta gingivitis, encías hemorrágicas, pérdidas de piezas dentales, dolor bucal. Si lleva prótesis dental, examinar si es apropiada. De esta forma se evitarán problemas posteriores, tales como ulceraciones y decúbito.

Para detectar precozmente los signos y síntomas de estomatitis, se valora la boca del paciente diariamente, para ver si los labios, lengua y membranas mucosas están húmedas. También cantidad y viscosidad de la saliva, capacidad para tragar y placas blancas (cándidas). Si observamos pequeñas ulceraciones aisladas y manchas rojas o blancas en su boca.

2.1.3.7 Aspecto psicológico

La soledad es una experiencia emocional desagradable, que puede evitarse y que se asocia al aislamiento real o imaginativo. Es de importancia básica para mantener un equilibrio psicológico óptimo, tener consciencia de que no

se está solo. El personal de enfermería, al entrar en la habitación para poner medicación o resolver algún problema, aprovechará para hablar con el enfermo, para hacerle notar que no está solo.

Puede controlarse o dirigirse las emociones al distraer la atención de los sucesos que causan las reacciones emocionales adversas. Los períodos de distracción son de especial importancia en los pacientes aislados. Así se proporcionará al paciente un ambiente lo más adecuado posible. Se proporcionarán juguetes a los niños, así como lápices para dibujar. Distracciones útiles son la lectura, videojuegos, radio y televisión, así como la instalación de hilo musical.

2.2 Diagnóstico precoz

Todos nuestros esfuerzos están encaminados a evitar la infección, pero en el caso en que se produzcan debemos de estar alerta para detectarlas lo antes posible.

- Signos de alarma a tener en cuenta:

A) Fiebre: Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal, es decir, por encima de 38°C. La fiebre suele acompañarse de escalofríos, cefaleas, costipación o diarrea, pero debe-

mos de tener en cuenta que el paciente puede desarrollar una infección importante si fiebre o aparecer en las etapas tardías de la infección.

Debe considerarse que la fiebre puede ser causa por factores diferentes a una infección. Por ejemplo, respuesta a una transfusión, medicamentos o el propio humor. Por lo general, en el enfermo inmunodeprimido, la temperatura aumentada suele estar asociada a una infección, que no se confirma con leucocitosis, pero sí con la neutropenia.

Frente al aumento de la temperatura corporal, la enfermera tomará muestra hemática para hemocultivo; posteriormente aplicará medios físicos para el control de la temperatura y administración de antitérmicos prescritos.

B) Vías: Vigilar que no exista calor, dolor, enrojecimiento o inflamación en el punto de inserción o tunelización. Habitualmente se toman muestras para cultivos de estas zonas una vez a la semana. Pero en el caso de cualquier síntoma anteriormente mencionado, comunicarlo lo antes posible y tomar una nueva muestra.

C) Zona oro-faríngea: Se tomarán cultivos de la mucosa bucal y faríngea al mínimo indicio de infección (Ej. afta o placa).

D) Sistema gastrointestinal: Al menor síntoma de hemorroides o fisuras comunicarlo a su médico. Observaremos si el régimen de la defecación es adecuado, presencia de estreñimiento o diarrea (probable infección por destruc-



Enfermo neutropénico con catéter de Hickman.

ción de la flora saprófita habitual), número, aspecto, etc.

E) Sistema genitourinario: Valoremos la frecuencia miccional, ardor, escozor (signos de infección urinaria), presencia de olor fétido, moco filiforme o sangre en orina.

2.3 Aumento del número de neutrófilos

Para ello se emplea el Filgrastin (neupogen). Es un factor de la colonia de granulocitos humanos, que regula la producción y liberación de los neutrófilos funcionales de la médula ósea. Aumenta el recuento de neutrófilos en sangre periférica en 24 h. Los neutrófilos

producidos muestran una función normal o superior a la habitual. Después de interrumpir el tratamiento, el recuento de neutrófilos circulantes se reduce un 50% al cabo de 1 ó 2 días y se normalizará en el plazo de unos 7 días. El neupogén puede promover el crecimiento invitro de las células mieloides, por lo que la administración de neupogén solo puede realizarse con suma cautela, una vez asegurado después de un aspirado de médula que no existen blstos circulantes.

La primera dosis de neupogén deberá administrarse a partir de los 7 días siguientes de finalizada la quimioterapia citotóxica. La dosificación diaria se debe de mantener hasta sobrepasar el nadir teórico de neutrófilos y hasta el momento en que el recuento de estas células retornen al inter-

nalo normal. En general, se requiere un tratamiento hasta de 14 días para alcanzar este objetivo.

3. CONCLUSIONES

- El enfermo inmunodeprimido tiene un alto riesgo de mortalidad por causa infecciosa.
- La medida preventiva antiinfecciosa más eficaz es romper la cadena de transmisión manos-vía venosa-paciente.
- La medida que más mejora la eficacia de los antibióticos es la identificación del germen infectante mediante cultivo microbiológico.

BIBLIOGRAFIA

- Long, B.E.; Phipps, W.J.: Enfermería Médico-Quirúrgica. 2ª edición. Ed. Interamericana. Cleveland, Ohio 1992.
- Miaskowski, C.: Clínicas de Enfermería de Norteamérica. progresos en Enfermería Oncológica. México 1990.
- Bernard, J.; Levy, J.P.; Varet, B.: Manual de Hematología. Ed. Toray-Masson. 3ª edición. Barcelona 1982.
- Beare, P.G.; Myers, J.L.: Enfermería Médico-Quirúrgica. Ed. Mosby-Doyma Libros. 2ª edición. Barcelona 1995.

CONCURSO FOTOGRAFICO Nº 34



CONCURSO FOTOGRAFICO Nº 35 TEMA: FACHADAS Y PORTADAS

A partir de este número, el concurso fotográfico pasará a formar parte del Boletín Informativo, manteniéndose las mismas bases concursales y la cuatrimestralidad de su edición.

El plazo de presentación finalizará el próximo 22 de febrero de 1997.

BASES:

Premios

1er premio: 50.000 ptas.

2º premio: 25.000 ptas.

3er premio: 10.000 ptas.

Formato

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

Cada participante sólo podrá presentar 2 fotografías como máximo, aunque se optará sólo a un único premio, cada una de las cuales irán en sobre cerrado e identificada en su reverso con el título de la composición.

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

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

1er PREMIO

Julia Montoro Sánchez

Título: Pescando al amanecer

Nº Colegiado: 3.869

2º PREMIO

Mercedes Boscu

Masdeu

Título: Sin título

Nº Colegiado: 7.333



3er PREMIO

Beatriz Bohórquez Jiménez

Título: La espera

Nº Colegiado: 8.405

ACLARACION

En relación al trabajo titulado "Actuación del Estomaterapeuta en la problemática del paciente ostomizado" y que fue publicado en el último número de esta revista, los autores del mismo son M^{re} Dolores Ruíz Fernández (Enfermera), M^{re} Carmen Delgado Jiménez (Médica-Cirujano) e Ildefonso Chacartegui Fernández (Enfermero). Quede constancia de que el trabajo en cuestión respondió a estas tres firmas autoras.

Con motivo de la próxima inauguración de nuestra nueva sede:

CAUDAL, COMPAÑIA DE SEGUROS DE AUTOMOVILES
PARA GRANDES COLECTIVOS, QUE DESDE EL
AÑO 1991 COLABORA CON ESTE COLEGIO.



SORTEA UN FABULOSO AUTOMOVIL

ENTRE LOS COLEGIADOS QUE TENGAN CONTRATADO EL SEGURO DE SU COCHE
EN DICHA ENTIDAD ASEGURADORA Y AQUELLOS QUE SUSCRIBAN
EL SUYO ANTES DEL PROXIMO DIA 30/11/96

**SE CELEBRARA EL SORTEO EN LA FECHA
DE LA INAUGURACION OFICIAL DE LA NUEVA SEDE**

**INFORMATE EN TU PROPIO COLEGIO
O EN LAS NUEVAS OFICINAS DE CAUDAL SEGUROS**

Nueva Enramadilla, Manzana 2 - Avda. de la Buhaira

Tel.: (95) 463 66 45 • Fax: (95) 463 09 36