

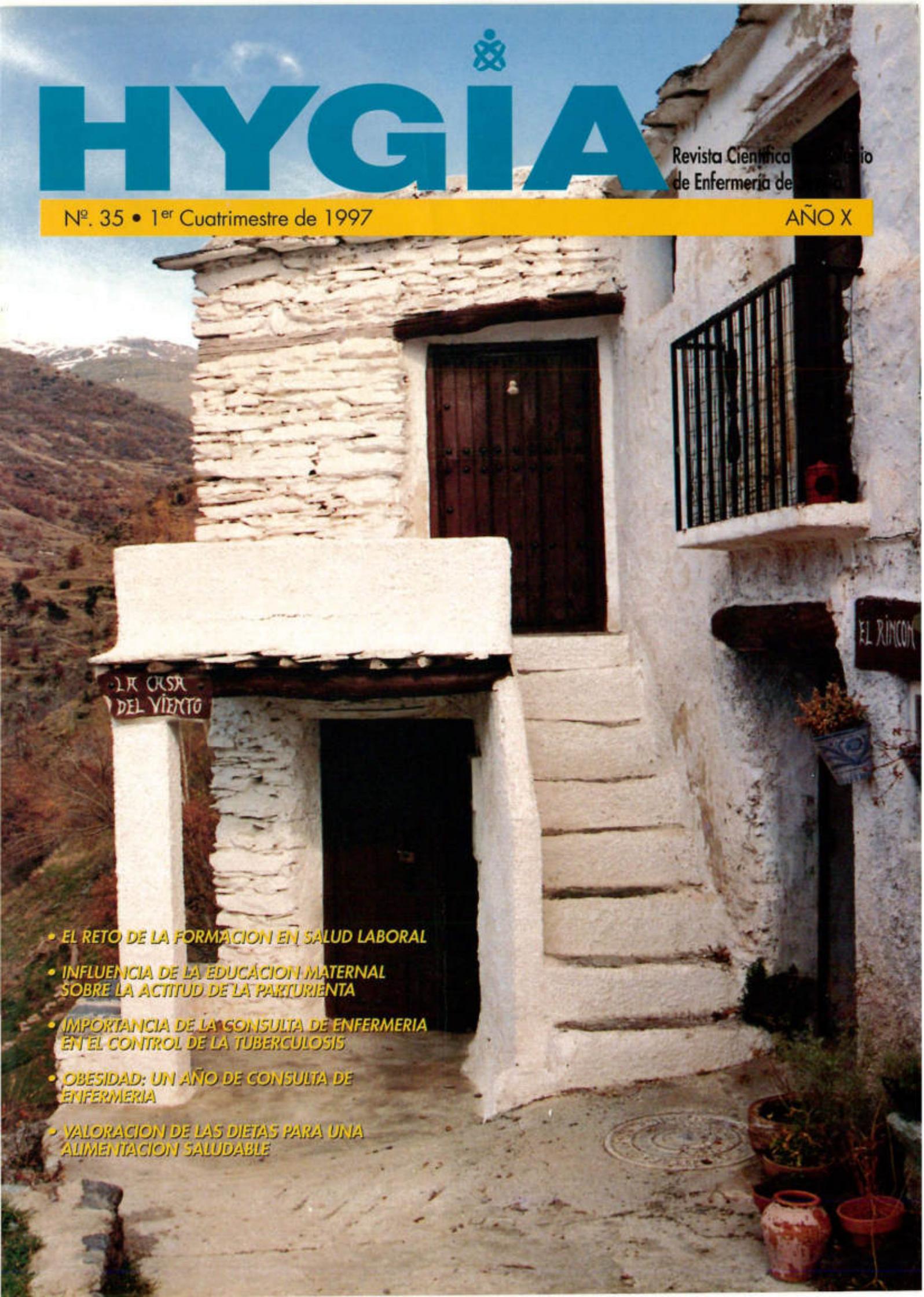


HYGIA

Revista Científica de la Asociación
de Enfermería de España

Nº. 35 • 1^{er} Cuatrimestre de 1997

AÑO X

- 
- **EL RETO DE LA FORMACION EN SALUD LABORAL**
 - **INFLUENCIA DE LA EDUCACION MATERNAL SOBRE LA ACTITUD DE LA PARTURIENTA**
 - **IMPORTANCIA DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**
 - **OBESIDAD: UN AÑO DE CONSULTA DE ENFERMERIA**
 - **VALORACION DE LAS DIETAS PARA UNA ALIMENTACION SALUDABLE**

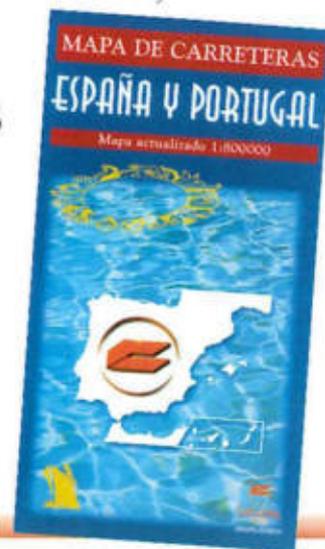
Oferta exclusiva para el Colegio de Enfermería de Sevilla



SEGURO DE AUTOMÓVILES

- **Precios excepcionales**, gracias al respaldo obtenido por el gran número de colegiados ya asegurados con CAUDAL.
- Oferta **exclusiva para colegiados**, extensible a familiares directos (pareja e hijos que convivan).
- Servicio de **Atención al Cliente** de CAUDAL, en las instalaciones del Colegio.
- **Asistencia desde el Km. 0** (su domicilio), y cambio de rueda en caso de pinchazo.

Y sólo por pedir Oferta para el Seguro de tu Automóvil, sin compromiso por su parte, te **OBSEQUIAMOS** con un **actualizado Mapa de Carreteras de España y Portugal**, con los últimos cambios de **1997**.



Para conocer el precio exacto del seguro de tu automóvil, o contratar la póliza, sea cual sea la modalidad elegida, llámanos.

 **900 - 13 14 15**
LLAMADA GRATUITA

**INFÓRMATE EN LAS OFICINAS DE CAUDAL SEGUROS
O EN TU PROPIO COLEGIO.**

Avda. de la Buhaira, s/n
Nueva Enramadilla, manzana 2
Tel.: (95) 463 66 45
Fax: (95) 463 09 36
41018 - SEVILLA



APOYO A LA INVESTIGACION

A fuerza de ser reiterativos, es obligado volver a incidir en el tema de la investigación. Que enfermería arrastra una historia con casi absoluto desapego con esa realidad lo demuestran los hechos y años transcurridos sin que, por desgracia, se reparara en lo trascendente que suponía semejante "herida" profesional. Se parte, pues, desde una base carencial profunda e importante que es preciso reconocer para mejor situar los objetivos potenciales a alcanzar.

Luego, a la hora de colocar los cimientos, es importante distinguir con claridad así como aprender a diferenciar la paja del trigo y entender que no toda reflexión es investigación, por mucho que algunos lo pretendan. Recientemente, el portavoz de la unidad de apoyo a las tareas de esta índole en el Colegio de Enfermería, José Seda, confesó en las páginas del Boletín Informativo su preocupación para "establecer claramente qué es investigación y qué literatura científica". Y añadía más al indicar que "ahí radica un aspecto importante que podemos confundir".

No cabe duda que el interés por avanzar en el conocimiento depende —en gran medida— más que de las personas. Pongamos un ejemplo: en Sevilla vive un profesional ya jubilado, Rafael Tovar, al que una larga trayectoria de investigación acaba de coronarla con una medalla en el Certamen internacional celebrado en Bruselas. Quiere esto decir que la investigación surge cuando hay "materia prima", léase profesional con inquietudes, independiente del tiempo que le tocó vivir. Y luego entran en liza otras muchas circunstancias.

Por eso mismo, si a la iniciativa se le une el estímulo que el Colegio ahora mismo brinda con la recién creada Unidad de apoyo a la investigación, se entenderá que podrán aflorar nuevos casos de búsqueda profesional que redunden en el progreso, avance y consolidación de la enfermería. No nos cansaremos de insistir en la necesidad de ahondar en esta parcela de la profesión porque es la llave que abrirá muchas puertas.

El conocimiento, por parte del colectivo, de la unidad existente en el Colegio, debe ser primera herramienta para ir dando pasos "pequeños, cortos" pero significativos. Enfermería no puede volver la cara a esa realidad y estaríamos defraudándonos si todas estas consideraciones las valoramos a título de inventario. Nada de eso. Enfermería tiene que concienciarse de la trascendencia de este reto para lo cual el Colegio de Sevilla coopera con la unidad de apoyo en aras a que investigar deje de ser tema tabú, de minorías selectas, casi de misteriosos alquimistas.

EDITA

Ite. Colegio Oficial de
Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José M^o Rueda Segura

SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

DIRECCION TÉCNICA

Miguel Angel Alcántara
González

JEFE DE REDACCION

Vicente Villa García-
Noblejas

CONSEJO DE REDACCION

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

PRODUCE

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

TIRADA

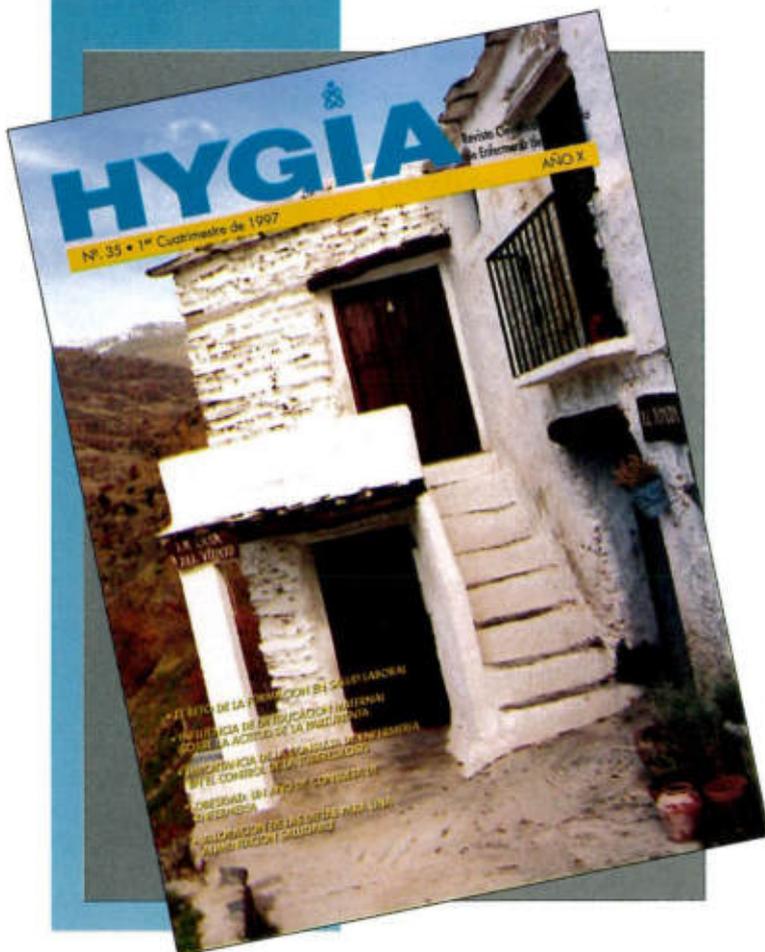
8.800 ejemplares

DEPOSITO LEGAL

SE - 470 - 1987

SUMARIO

EL RETO DE LA FORMACION EN SALUD LABORAL	5
INFLUENCIA DE LA EDUCACION MATERNAL SOBRE LA ACTITUD DE LA PARTURIENTA	11
IMPORTANCIA DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS	16
OBESIDAD: UN AÑO DE CONSULTA DE ENFERMERIA.....	22
VALORACION DE LAS DIETAS PARA UNA ALIMENTACION SALUDABLE.....	28



Autor: Manuel Guerado Espinosa
Colegiada Nº: 9.176
Título: "La Casa del Viento"

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.

EL RETO DE LA FORMACION EN SALUD LABORAL

Cobos Sanchiz, M^a del Carmen (D.E.)

Supervisora de Higiene Hospitalaria, Hospital Universitario de Valme (Sevilla)

Cobos Sanchiz, David (Ldo. Ciencias de la Educación)

Monitor de Seguridad e Higiene, Fundación "Formación y Empleo"

INTRODUCCION

El auge que empieza a tomar los conceptos relacionados con la Seguridad y la Salud Laboral y el nuevo enfoque de prevención y cogestión seguramente hay que ponerlo en relación con el replanteamiento del concepto de Salud y un nuevo modelo asistencial orientado a potenciar la atención primaria y la autonomía del usuario respecto del Sistema Sanitario.

Igualmente, el reconocimiento del alto coste de la falta de medidas de seguridad en el trabajo que se traduce en accidentes y fallecimientos o, como mínimo, en las inadecuadas condiciones en que se realiza éste y sus consecuencias en la calidad, hace de la Prevención un tema donde cada vez encontramos a un mayor número de agentes implicados.

A continuación repasaremos las consideraciones fundamentales que se desprenden de la nueva legislación y aterrizaremos en uno de los campos, como es la formación, de previsiblemente mayor desarrollo a medio plazo.

Intentaremos asimismo, acotar la problemática que supone proporcionar a un colectivo adulto y trabajador en general poco motivado por este tema.

OBSERVACIONES

Ley de Prevención de Riesgos Laborales

La Seguridad y la Salud Laboral es un derecho de los trabajadores, un deber de los empresarios y un compromiso del Estado. Así, la propia Constitución en su



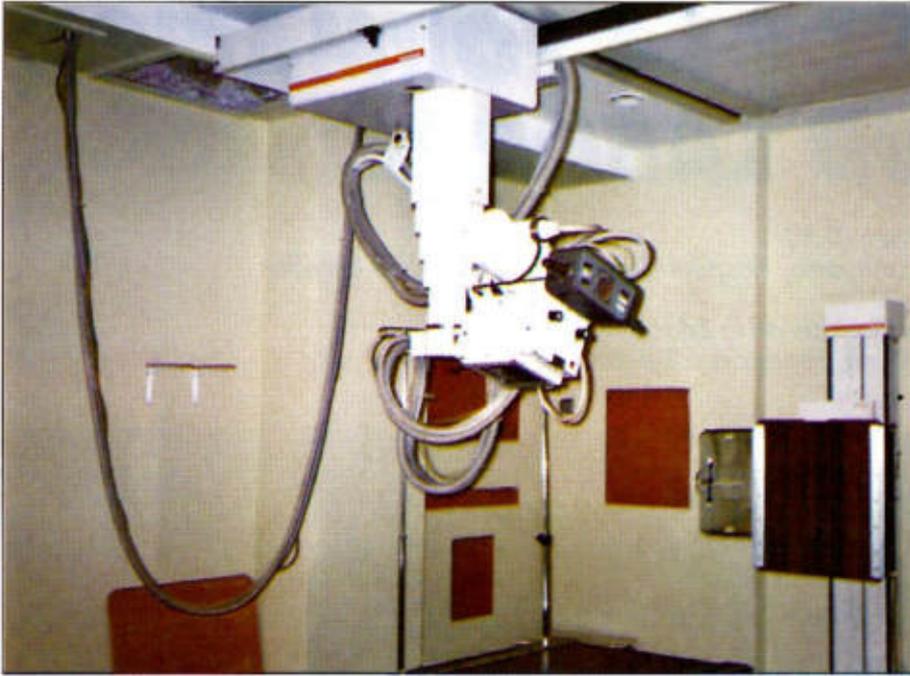
Tubos germicidas. Central de esterilización.

artículo 40.2 impone a los poderes públicos, como uno de los principales rectores de la política social y económica, la obligación de velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Con la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales -en vigor desde el 10 de febrero de 1996- España se dota de un marco básico en materia de Salud Laboral incorporando al ordenamiento jurídico interno diversas normativas europeas, especialmente la Directiva del Consejo 83/391/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la salud de los trabajadores en el trabajo.

Es la primera vez que aparece en nuestro país una norma con rango de Ley sobre este tema, hasta ahora regulado fundamentalmente por la Ordenanza de 9.3.71, General de Seguridad e

Higiene en el Trabajo. Ésta, si bien en su día recogía de manera muy pormenorizada los riesgos del momento histórico en que nace, hoy quedaba en muchos aspectos desfasada por la lógica evolución de la realidad social, tecnológica y productiva. De todas formas, es importante señalar que la Ley es sólo el punto de partida de todo un desarrollo reglamentario que permitirá la concreción de los objetivos que se plantean ahora de modo general.

La Ley nace con un espíritu que trasciende el concepto tradicional de proteger contra los riesgos mediante equipos de protección o de paliar los daños cuando éstos ya se han producido. Tampoco persigue una finalidad exclusivamente punitiva frente a las posibles infracciones de los agentes



implicados. Con ser todo ello necesario, se pretende ir más allá, se trata de **prevenir** los riesgos para poner los medios que eviten su aparición o la limiten al máximo y siempre en una línea de constante mejora de las condiciones de trabajo. Para ello se alude a la **responsabilidad** de los implicados (fundamentalmente empresarios y Administración) y a la **participación** de todos como único medio de conseguir una efectiva labor preventiva(1).

COMENTARIOS

El coste de la prevención y el coste de los accidentes

El coste que supone la Salud Laboral en su concreción práctica ha sido siempre la primera barrera que ha encontrado desde el punto de vista empresarial o gerencial. Sin embargo, la realidad demuestra a diario que el coste de los accidentes y el absentismo por enfermedad supera con creces al de la adopción de medidas preventivas.

Para la empresa supone indemnizaciones, primas de seguro y pérdidas de producción, así como anomalías o desajustes en la organización productiva, defectos o retrasos en productos o servicios... se ha calculado que el

Las radiaciones ionizantes constituyen un riesgo físico a considerar en el medio hospitalario.

coste económico más o menos oculto para la empresa de un accidente con lesión puede llegar a ser de hasta "cuatro veces superior a los costes asegurables" (2). Y eso no es todo; el promedio anual de unos 600.000 accidentes de trabajo con baja (1.000 de ellos mortales) supone un coste para el Estado cada vez más difícil de asumir. Las consecuencias de la siniestralidad para el accidentado se traducen asimismo en pérdidas de capacidad de trabajo, disminución de ingresos temporal o definitiva, gastos adicionales... En definitiva, es ineludible afrontar el futuro inmediato en la línea de la prevención no sólo por imperativo legal o exigencia comunitaria sino también, y sobre todo, para mejorar la eficacia y rentabilidad productiva y en atención a la demanda social (3). Pero es inútil disponer de herramientas legales si no se produce un cambio de actitud generalizado en las pautas del trabajo cotidiano. No hay que olvidar que partimos de un altísimo incumplimiento de la normativa precedente a la Ley (4). La mayoría de los centros de

trabajo no tienen un estudio serio de sus riesgos, por no hablar de la formación e información de sus trabajadores. Tampoco sirve la mera existencia de una estructura propia o concertada de prevención. La acción preventiva ha de extenderse a la totalidad de la actividad laboral en dos sentidos:

- Asumiéndola en todos los niveles jerárquicos, mediante el compromiso de la dirección y la formación continua del personal.

- Incardinándola en todas las fases de la producción o el servicio, desde el momento mismo de los primeros planteamientos del diseño organizativo y pasando por todas las modificaciones que se produzcan. Al adquirir un equipo de trabajo se ha de elegir el adecuado, al reorganizar un servicio prever las consecuencias psicosociales de los cambios, al rediseñar un área de trabajo contar con la opinión y colaboración de todos... y siempre reevaluando los riesgos, adecuando la planificación de la prevención a las nuevas realidades. En otras palabras, se trata de caminar hacia la **calidad total**, incluida las condiciones de trabajo y las relaciones de éste con el medio.

La acción preventiva

La extensión a la mayoría de la población trabajadora de los servicios médicos de empresa que se producen fundamentalmente a partir de 1959 dejó al margen al personal hospitalario. Tal vez por entenderse que no era necesario un servicio médico específico para una población propiamente sanitaria, lo cierto es que queda desprotegido un colectivo especialmente expuesto por sus condiciones de trabajo (5) (v. fig. 1). Fue en 1973 cuando la Medicina Preventiva -y la Salud Laboral- entra en los hospitales de la Seguridad Social. La nueva Ley viene finalmente a poner las cosas en su sitio al ser de aplicación también en el ámbito sanitario sin establecer distinciones entre personal laboral, funcionario o estatutario.

Dispuestos pues, a abordar la

<p>FÍSICOS</p> <p>Electricidad Incendios. Explosiones Radiaciones ionizantes y no ionizantes Ruido</p> <p>QUÍMICOS</p> <p>Óxido de Etileno Formaldehido Xilol Glutaraldehido Citostáticos Gases anestésicos y vapores tóxicos</p>	<p>BIOLÓGICOS</p> <p>Hepatitis Sida Tuberculosis Rubeóla</p> <p>PSICOSOCIALES</p> <p>Tumicidad Ritmos de trabajo Conflictos laborales</p> <p>MICROCLIMA LABORAL</p> <p>Iluminación Humedad. Espacio...</p>
---	---

Fig.1 Algunos de los riesgos hospitalarios más importantes.

<p>FASES DE LA ACCIÓN PREVENTIVA</p> <p>Técnicas Analíticas.</p> <p>Identificación y Evaluación de los riesgos</p> <p>Análisis y estudio de los riesgos. Inspección de seguridad</p> <p>Control estadístico de la accidentalidad</p> <p>Control total de la calidad del proceso productivo</p> <p>Verificación del cumplimiento de la normativa</p> <p>Técnicas Operativas:</p> <p>Control de los riesgos</p> <p>Prevención</p> <p>Protección</p> <p>Normalización-Señalización</p> <p>Formación e Información</p>

Fig.2 Secuenciación de la Acción Preventiva

realización de planes de prevención en nuestro ámbito es importante tener presente una secuenciación lógica de la acción preventiva para no caer en actuaciones anárquicas de escaso valor real. Según podemos ver en la fig.2, una planificación ordenada y efectiva pasaría por empezar identificando los riesgos existentes para después evaluarlos y finalmente proceder a su control. Es por tanto como consecuencia de un estudio previo, que se adoptan medidas de prevención, protección, normalización y señalización y se difunde y generaliza su puesta en práctica mediante la formación e información. Hay que hacer notar que tal proceso será muy dinámico pues cambiantes son las condiciones y los riesgos e inalcanzable una situación ideal de prevención.

El reto de la formación

El artículo 19 de la nueva Ley recoge los aspectos básicos relacionados con la formación de los trabajadores en materia de Seguridad y Salud (6). El empresario habrá de proporcionar una formación en materia preventiva "teórica y práctica, suficiente y adecuada" en el momento de la incorporación del trabajador a la empresa, cada vez que se produzcan cambios tecnológicos, organizativos o en los equipos de trabajo y adaptada a la evolución de los riesgos. La idea es pues, la de una **formación continua, global e interdisciplinar**. Entendemos que una formación eficaz en esta materia presupone:

a) La integración en los planes de formación continua del personal como primera medida que ponga de relieve su importancia real y práctica.

b) La necesidad de la coexistencia de una formación general destinada a sentar las bases de una nueva cultura de la prevención con otras acciones formativas mucho más específicas y di-



El manejo del Óxido de etileno requiere formación e información específicas.

rectamente especializadas en cada puesto de trabajo.

c) La extensión de la formación a todos los niveles jerárquicos y la participación activa de los trabajadores.

d) La colaboración de todos los agentes más directamente implicados: la empresa como responsable en materia de formación de sus trabajadores, los Servicios de Prevención mediante sus técnicas y el Comité de Seguridad y Salud como órgano colegiado y unitario de representación.

Sin embargo, no basta la mera declaración de intenciones. Si hemos calificado la formación en Salud Laboral como un "reto", ha sido por algo más que por hacer atractivo el título de este artículo. El formador en este campo se va a enfrentar de partida a una doble dificultad:

En primer lugar, compartirá la problemática propia de cualquier acción formativa profesional de estas características: la heterogeneidad de los grupos en interés, aptitudes y cualificaciones, las especialidades del alumno adulto y trabajador, etc. Es bien sabido que provenimos de una enseñanza predominantemente transmisiva y de un gran número de docentes orientados en esa forma de actuar. Fundamentalmente desde las teorías de Piaget, Ausubel y Vygotsky se hace patente que estar en posesión de unos determinados conocimientos no es condición suficiente para "impartirlos" en cualquier circunstancia y ante cualquier audiencia con una mínima perspectiva de éxito. Como afirma Fenstermacher^[7] aunque exista una dependencia ontológica entre los conceptos de enseñanza y aprendizaje no se da una relación causal entre ambos términos, así que la necesidad de adecuar la materia a los alumnos, su tratamiento diferenciado, la utilización de estrategias grupales activas y participativas, la priorización de las sesiones prácticas y el fomento del autoaprendizaje, entre otras, deberán ser ideas ya comúnmente aceptadas por todos los formadores.



Riegos químicos: Glutaraldehído.

En segundo lugar, en la práctica cotidiana de nuestros centros de trabajo, nos encontramos con la existencia en gran número de trabajadores de una actitud no ya de despreocupación ante el tema, sino de auténtico rechazo. En el origen de tal actitud podemos suponer varias causas:

- **La identificación de la prevención con el Equipo de Protección Individual (EPI).** El símbolo de la Seguridad e Higiene en el Traba-

jo ha sido siempre el EPI. La actuación preventiva racional, sin embargo, dejará siempre para el último lugar la utilización de los equipos de protección y siempre que no sea posible eliminar o aislar totalmente los riesgos, o bien sea necesario su uso aún tomando medidas colectivas. Está claro que la utilización de EPIs, aún muy mejorados, acarreará siempre alguna molestia para el trabajador; por eso ni se puede empe-

El accidente por pinchazo es uno de los más frecuentes entre el personal de enfermería.

zar a hacer Prevención por el último peldaño (así lo dice la Legislación) ni podemos pretender tampoco la asimilación de medidas que no han sido suficientemente explicadas y/o que vengan impuestas sin la participación de los trabajadores.

- **La conciencia de que existe un abismo insalvable entre la teoría y la práctica.** Suele existir la percepción de que la formación en este campo no servirá para nada pues procede del mundo de la "teoría" mientras que la realidad es muy distinta. Para los formadores profesionales u ocasionales, no obstante, estas afirmaciones no son muy novedosas. El problema de la practicidad de los conocimientos teóricos o de la aplica-



bilidad de las teorías es omnipresente en la docencia. Existe, por tanto, la necesidad de asentar

bien la idea de que la práctica sin fundamentación caerá inexorablemente en el activismo irrelevante, así como probar mediante casos prácticos reales, sanciones a empresas, datos estadísticos... que efectivamente las cosas "sí" pueden cambiar y, aún más, que todos somos un poco responsables de que cambien o no.

- **La percepción de la enfermedad y el accidente como sucesos inevitables.** Esta actitud, lejos de sugerirnos circunstancias más o menos coyunturales, nos hace retrotraernos hasta algunas de las bases de nuestra tradición cultural. No es casual que el propio término "trabajo" sugiera etimológicamente sensación de pena y desesperanza en gran número de lenguas o que la tradición cristiana lo sitúe en el Génesis como castigo divino que habrá de afrontar el género humano. Esta concepción fatalista de trabajo como castigo o mal necesario, lleva aparejada la idea de riesgo o deterioro de la salud como inherente a la propia relación laboral, como un imponderable más de la vida que se ha de asumir. La relación laboral es el alquiler de nuestra fuerza productiva a cambio de una remuneración, pero la Salud no se puede mercadear. En este sentido consideramos, siguiendo



Campana de preparación de medicamentos.



Contenedores de agujas.

a Llacuna (8), que la formación en este campo ha de ir en la línea de la asunción por parte del trabajador de un modelo **"vigilante de la propia salud"**. Los progresos de la ciencia y la técnica hacen posible el perfeccionamiento de las medidas preventivas y la legislación tiende a una regulación cada vez más exhaustiva pero ha de ser toma de conciencia generalizada de la importancia de la prevención el auténtico motor de cambio de las realidades actuales.

RESUMEN

La Ley 31/95 es el nuevo marco básico en materia de Salud Laboral que, adecuando nuestra legislación a la normativa europea, descansa en una nueva filosofía de prevención de los riesgos laborales. Aludiendo a la responsabilidad de los implicados y a la participación de todos como único medio de conseguir mejorar las condiciones de trabajo, se trata en definitiva de caminar hacia la calidad total, incardinando la ac-

ción preventiva en todas las fases de la producción o el servicio. En esta línea, la formación habrá de jugar un papel fundamental en la asunción por parte del trabajador de un modelo "vigilante de la propia salud"; para ello habrá de soslayar ciertas preconcepciones como la identificación de la prevención con el equipo de protección individual, el permanente conflicto entre teoría y práctica o la percepción de la enfermedad y el accidente como sucesos inevitables.

CITAS

1. Cf. Gómez-Hortigüela, J. Et al (1996) vol.1, p. 89 y ss.
2. Bestratén, M. (1990), p.31
3. Cf. Sánchez Fierro, J. (1995)
4. Boix, P. Et al (1996), p. 14
5. Para una primera aproximación al tema es interesante el capítulo III de Martín Galán, A. (1996), pp. 28 a 35. Sagehomme, D. (1989), amplía algunos aspectos y es muy práctico.
6. Cf. Art. 19.4 del Estatuto de los Trabajadores, art. 6.7 de la Directiva del Consejo 89/655/CEE de 30.11.89 y art. 7 de la Directiva del Consejo 89/654/CEE de 30.11.89
7. En Wittrock, M. (Ed.) La Investigación en la Enseñanza. Madrid, Paidós-MEC. 1989, pp. 150 y ss.
8. Llacuna, J. (1996)

BIBLIOGRAFIA

- Bestratén, M. Et al. Seguridad en el trabajo. Madrid. INSHT, 1990.
- Boix, P. Et al. Guía del delegado y delegada de prevención. Madrid CC.OO., 1996.
- Comisión Europea. Directrices para la evaluación de riesgos en el lugar de trabajo. Bruselas, 1996.
- Fernández de Pinedo, I. Et al. Condiciones de trabajo y salud. Madrid. INSHT, 1990. (2ª ed.).
- Gómez-Hortigüela, J. Et al. Gestión de la prevención en las empresas. Madrid. Santillana, 1996. (4 tomos).
- Llacuna, J. Y Rodríguez, J.F. Apuntes sobre Planificación de la Enseñanza del Adulto. Barcelona. INSHT, 1991.
- Llacuna, J. "Contradicción y modelos de seguros". ERGA-Noticias, nº44. 1996, p.3.
- Martín Galán, A. Seguridad y Salud en el ámbito sanitario. (Manual para el delegado de prevención). Sevilla SATSE, 1996.
- Sagehomme, D. Por un trabajo mejor: Guía de análisis de las Condiciones de Trabajo en el medio Hospitalario. Madrid. INSHT, 1989.
- Sánchez Fierro, J. "Trabajar sin accidentes". ABC del Empleo, 14.5.95, p.7.
- Unzeta, M. Y Abat, J. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Con referencias legislativas al articulado de la Ley. Valladolid. Editora Médica Europea, 1995. (3ª ed.).

INFLUENCIA DE LA EDUCACION MATERNAL SOBRE LA ACTITUD DE LA PARTURIENTA

José Manuel Ruiz Plaza
Matrona. Centro de Salud San Pablo (Sevilla)

M^a José Espinaco Garrido
Matrona. Ambulatorio Parque Alcosa (Sevilla)

José Román Oliver
Matrona. Ambulatorio El Greco (Sevilla)

INTRODUCCION

La Educación Maternal forma parte de la oferta sanitaria pública en la Comunidad Autónoma Andaluza desde hace algunos años, y en la actualidad está plenamente integrada entre las actividades del nivel primario.

Al margen de la satisfacción que genera en las usuarias y sus parejas a nivel personal, se han planteado otras ventajas más tangibles y objetivas:

- Por una parte, se ha planteado su rentabilidad en cuanto a costes hospitalarios, relacionados con obras de hospitalización y acortamiento del período de parto.

- El número de partos eutócicos ha aumentado en relación con los partos distócicos y cesáreas, en aquellas mujeres que asisten a Educación Maternal.

- También se ha estudiado su influencia en cuanto a tasas de lactancia natural.

- Ha mejorado la captación para el plan de vacunas, así como el control y seguimiento de niños sanos.

La observación diaria de actitudes positivas en puérperas que pasaron por nuestra Unidad de Educación Maternal (UEM), la evaluación de nuestro trabajo en este campo y la escasez de estudios sobre las experiencias intra-parto, nos movieron a realizar

este estudio, con los siguientes objetivos:

- 1.- Conocer las actitudes generales respecto al parto y estancia hospitalaria en mujeres atendidas en nuestra UEM.

- 2.- Relacionarla con diferentes factores prenatales y perinatales.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio se ha desarrollado en la UEM del Centro de Salud de San Pablo, en Sevilla. La UEM tiene un carácter abierto, de forma

que las usuarias de otras zonas básicas también tienen acceso a ella, aunque está orientada de forma preferente a las de la Zona Básica.

La variedad social de la propia zona es amplia, independientemente de la que aportan las gestantes de otras zonas.

Los datos estudiados proceden de los grupos que formaron entre los años 1990 y 1995, con un número variable de mujeres por cada grupo. Cada grupo participó hasta en 9 sesiones, a razón



de una sesión semanal de 2.5 a 3 horas.

El comienzo de cada curso suele coincidir con las 30-32 semanas de amenorrea, y en ellos se ofertó siempre la participación de las parejas de las usuarias.

La atención puerperal se promovió a lo largo del curso, estimulando a que se hiciera lo antes posible, y siempre en los primeros 15 días tras el parto, tanto en el propio Centro como en el domicilio de la púérpera.

Los contenidos del curso en relación al parto se basaron en:

a) Información general sobre el proceso de parto, planteando varias posibilidades en cuanto a su evolución.

b) Técnicas respiratorias.

c) Técnicas de relajación.

d) Ejercicios musculares.

Desde el principio del curso promovió una actitud expectante ante el parto, sin condicionamientos positivos ni negativos, se aprovecharon las experiencias previas de las usuarias que habían tenido partos previos, facilitando soluciones reales a los problemas referidos por experiencias propias o ajenas.

Durante la realización de las encuestas a las púérperas no se influyó en ningún sentido en ninguna de las cuestiones.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron:



1) Haber hecho una revisión puerperal completa.

2) Tener todos los datos de las variables a estudiar.

Estas variables son: **edad, situación laboral, nivel de instrucción, número de hijos, número de sesiones a la que asistió, tipo de parto, sensación dolorosa durante el parto, vivencia del parto, actitud de las matronas hospitalarias percibida por las usuarias y evaluación de la parturienta sobre la utilidad personal del curso de Educación Maternal.**

La variable EDAD se agrupó en menores de 20 años, mayores de 31, y otro grupo central. Lo mismo ocurrió en el caso del nivel de instrucción, que se clasificó en estudios primarios, secundarios y universitarios.

La situación laboral se clasificó en activa y no activa.

El tipo de parto se agrupó en: eutócicos, distócicos y cesáreas. Dentro de los partos eutócicos no se incluyeron aquellos en los que se usó analgesia.

La sensación dolorosa se clasificó en tres grados: francamente dolorosa, fácilmente aceptable, y con escaso dolor o nulo.

La percepción de las matronas se valoró por separado en el período de dilatación y expulsión.

Se valoró la utilidad que las usuarias habían sacado del curso en las 3 áreas fundamentales en que se trabaja, y por último, la impresión general del parto que habían recibido.

Los datos se procesaron en soporte magnético en una base de datos con el programa Dbase III Plus, y se valoró la significación estadística por test de significación estadística S^2 , con el paquete estadístico EpiInfo versión 5.0. Se consideraron con significación estadística los valores de p inferiores a 0.05.





Figura 1.



Figura 2.

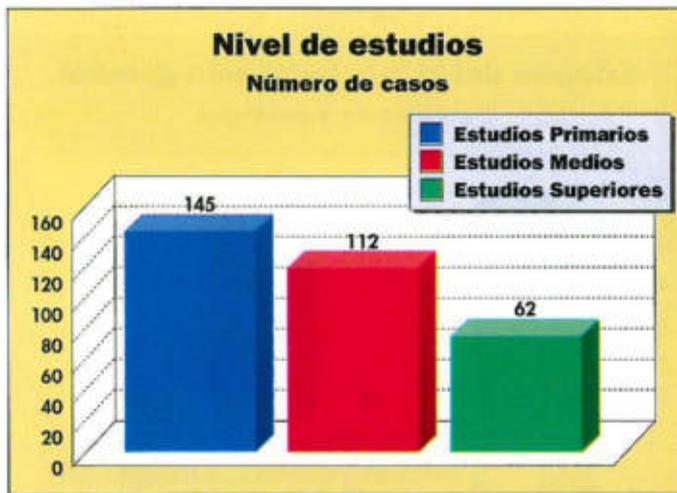


Figura 3.

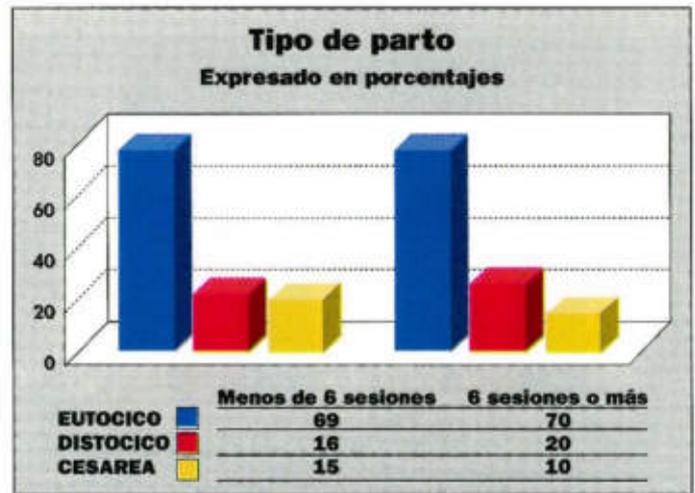


Figura 4.

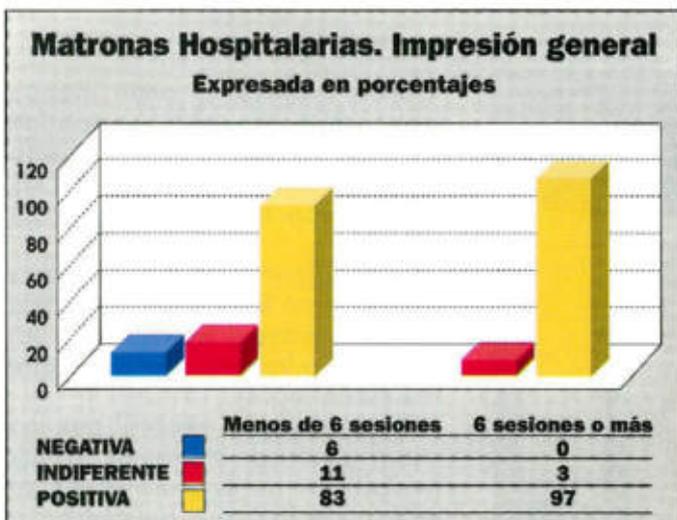


Figura 5.

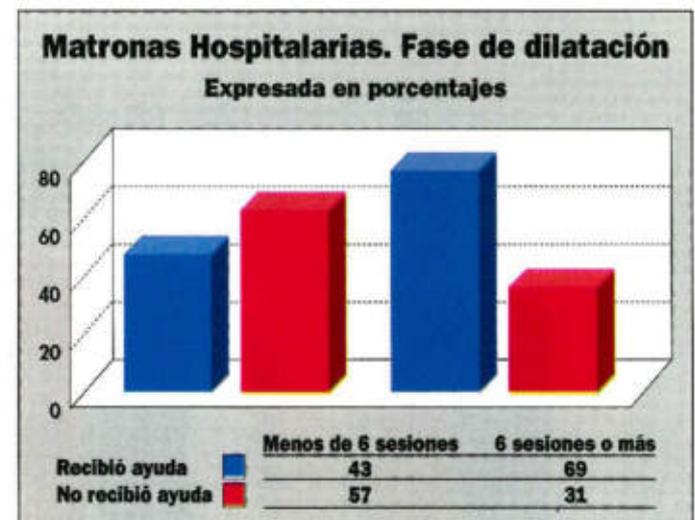


Figura 6.

RESULTADOS

El número de mujeres que asistieron a 6 sesiones o más era de 261, lo que supone un 77.3% de

la muestra.

En la muestra total se apreció un número mayor de mujeres entre 20 y 31 años en relación con otras edades (fig.1).

Una cantidad mayoritaria de mujeres se encontraban en paro en el momento en que asistían al curso (fig.2).

Las mujeres con un nivel de es-

Matronas Hospitalarias. Fase de expulsión
Expresada en porcentajes

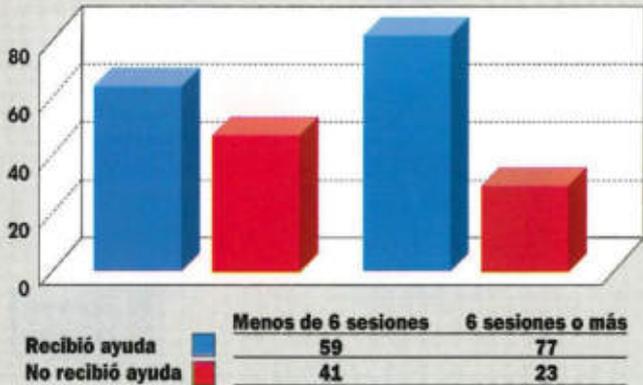


Figura 7.

Valoración de la vivencia del parto
Expresada en porcentajes

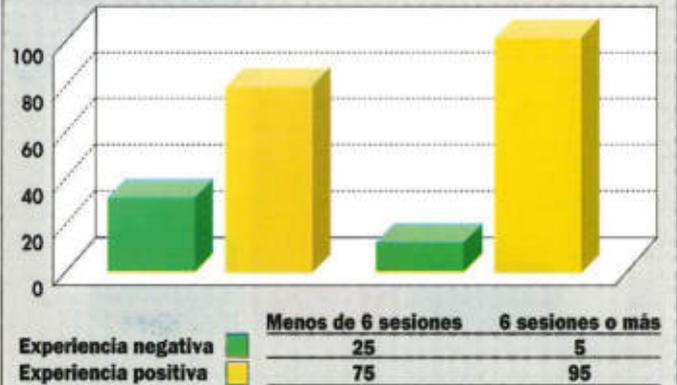


Figura 8.

Sensación dolorosa
Expresada en porcentajes

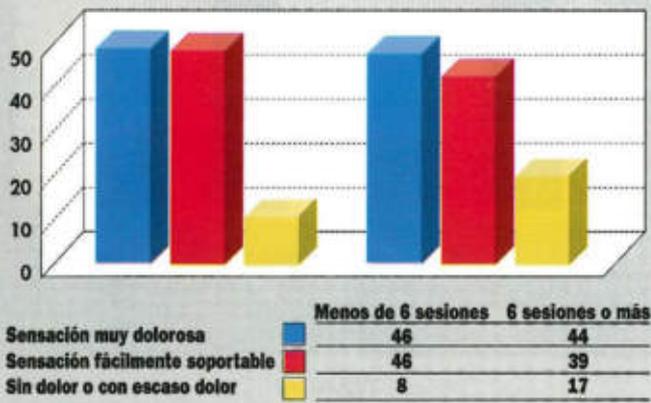


Figura 9.

Eficacia del curso. Impresión general
Expresada en porcentajes

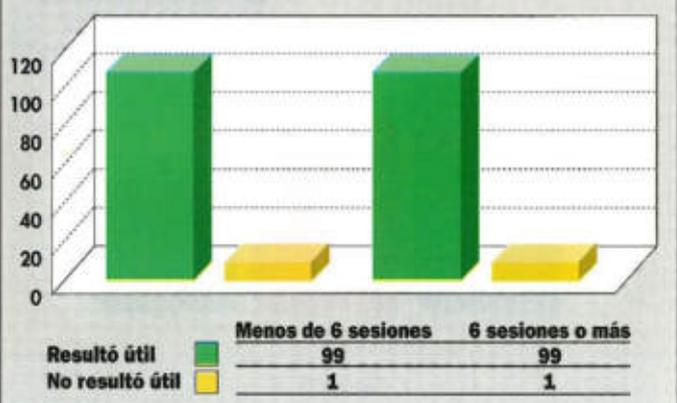


Figura 10.

Eficacia del curso
Información, respiración y relajación

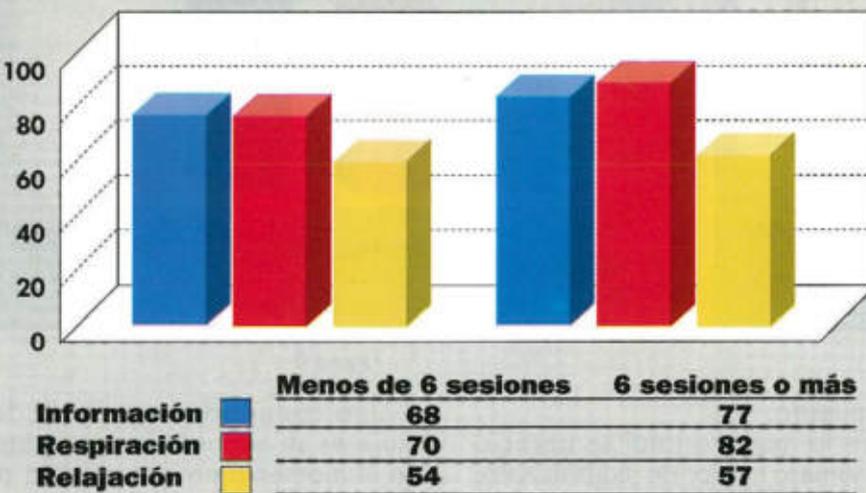


Figura 11.

tudios superiores eran menos abundantes en relación con las de estudios medios, y lo mismo ocurría a éstas en relación con las que tenían estudios primarios (fig.3).

Las diferencias en cuanto al tipo de parto no tuvieron diferencias estadísticamente significativas en función de las sesiones a las que asistieron (fig.4).

La percepción general que las usuarias tenían de las matronas hospitalarias era mejor en el grupo de las que asistieron a mayor número de sesiones (fig.5).

Al detallar las fases en que más valoraron a las Matronas Hospitalarias, las usuarias que más apreciaron con gran diferencia la asistencia en la fase de dilatación

fueron las de mayor asistencia al curso (fig.6), y lo mismo ocurrió con el período expulsivo, donde las diferencias no fueron tan notables (fig.7).

La valoración que hicieron de su experiencia en el parto fue más positiva en las que más asistieron (fig.8).

La sensación dolorosa durante el parto fue percibida de forma menos intensa en el grupo que más asistió al curso de Educación Maternal (fig.9).

Por último, la eficacia del curso percibida por las propias mujeres durante el período puerperal fue muy alta en ambos grupos (fig.10), pero se decantaron diferencias en cuanto a la utilidad de la información y la relajación, y de forma más llamativa en las técnicas respiratorias (fig.11).



CONCLUSIONES

La asistencia al curso se puede considerar muy alta (88,7%) comparándola con otros estudios.

En conclusión, a la luz de nuestros datos, podemos sugerir que:

1) La disminución de la sensación dolorosa está íntimamente relacionada con el nivel de asistencia a los cursos de Educación Maternal.

2) La conceptualización del personal asistencial mejora en mujeres que asisten a Educación Maternal.

3) Las asistentes consideran los cursos de Educación Maternal muy eficaces.

4) La difusión de la Educación Maternal tiene una repercusión positiva en la vivencia del parto, especialmente en las primigestas.



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Casado de Frías, E.: Lactancia Natural. Ministerio de Salud y Consumo. Madrid 1983.
- 2.- Rufo Romero, A. Y cols: Guía para la Educación Maternal en Atención Primaria. Junta de Andalucía.
- 3.- Aguirre de Cárcer, A.: Preparación al Parto. Ed. Morata. Madrid, 1985.
- 4.- Jones, E.: Aplique el dBase III Plus. Mc. Graw-Hill. Madrid, 1987.
- 5.- Rufo Romero, A. Y cols: Manual de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio. Junta de Andalucía. Sevilla, 1994.
- 6.- Espinaco Garrido, M.J. y cols: Guía para la Educación Maternal. Distrito de Atención Primaria Sevilla-Este/Oriente. Sevilla, 1995.

en el mercado en ese momento, jeringa graduada en décimas de cc. Con aguja de 1.30 cm. Y muy fina de calibre-29 G., regla milimetrada, alcohol y algodón), los protocolos de convivientes y el programa de TBC.

El protocolo de actuación se desarrolla según las recomendaciones de la SEPAR /Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica).

Cuando se nos comunica la existencia de un nuevo caso de TBC comenzamos el estudio de convivientes. Para ello necesitaremos conocer el diagnóstico concreto del enfermo (TBC pulmonar, infantil, renal, diseminada, pleuresía, etc.) Y las pruebas diagnósticas a las que han sido sometido (baciloscopia de esputo, cultivo, broncoscopia...). La necesidad de esta información para el estudio de convivientes reside en que sabemos que las personas con esputos positivos al examen microscópico, son más infecciosas que las que deben someterse a cultivo para demostrar la existencia de bacilos tuberculosos. Por lo tanto, según el diagnóstico del caso índice actuaremos de una forma u otra con los contactos.

En principio solo citaremos a las personas que conviven con el enfermo o que han mantenido contacto con éste. Una vez obtenidos los resultados y valoradas las circunstancias epidemiológicas, ampliaremos el número de contactos si fuese necesario.

Primera visita

El primer contacto que mantendremos con los convivientes es quizás el de más importancia, ya que dependiendo de la información y estímulo que ofrezcamos, completarán o no el estudio. Esta primera visita tiene tres objetivos fundamentales:

- 1.- Educación sanitaria.
- 2.- Obtener información fiable.
- 3.- Realizar las pruebas necesarias.

Algo muy importante es informarles de por qué se encuentran en la consulta y para qué, ya que en principio no son enfermos.



Personal de enfermería realizando la prueba de la tuberculina después de la entrevista, durante la 1ª visita.

Siempre les explicaremos de la forma más clara posible, qué es la tuberculosis, los mecanismos de transmisión, el tratamiento correcto que debe realizar el caso índice, y sobre todo las medidas higiénicas a seguir. Se les informará, que con el simple hecho de taparse la nariz o la boca cuando estornuden o tosan, se reduce el número de microorganismos lanzados al aire y como consecuencia el riesgo de infección (se estima que un enfermo bacilífero excreta aproximadamente unos 10.000 bacilos por ml. de esputo). Otra medida a seguir es ventilar las habitaciones para descargar el aire al exterior, donde el bacilo sucumbe ante la luz solar.

Una vez relajado el ambiente, procederemos a la entrevista de cada contacto para rellenar el protocolo de convivientes. Esta debe ser individual en aquellos casos en que sea posible para conseguir mayor intimidad, y por tanto fiabilidad en la información que obtengamos.

El paso siguiente es realizar la prueba de tuberculina. Es una prueba cutánea para determinar la presencia de bacilos tuberculosos en un individuo. Se basa en que la infección por micobacteria desencadena en el huésped un estado de hipersensibilidad ante

la tuberculina (fracción proteica de bacilo tuberculoso).

Para su correcta administración realizaremos los siguientes pasos:

1.- Limpiar con alcohol el caucho del vial de tuberculina y esperar que se seque. Insertar la guja suavemente a través del tapón. Extraer 0,1 ml., eliminando las burbujas de aire y dejando la aguja llena de tuberculina (con ello inyectamos 2 U.I. de PPD RT 23).

2.- Se limpia la piel del antebrazo con alcohol y se espera a que se seque. La región donde se efectúa la prueba es la cara anterior del antebrazo, unos 10 cm. por debajo del pliegue de flexión del codo.

3.- Evitando las venas, zonas de vello y lesiones, se mantiene la piel tensa, y con el bisel hacia arriba se efectúa la inyección de 0,1 c.c. de tuberculina muy lentamente. La seguridad que es intradérmica reside en la aparición de un habón blanco de unos 10 mm. de diámetro visiblemente elevado, que debe persistir algunos minutos después de la inyección.

Segunda visita

Tiene lugar a las 72 horas de la primera visita. En ella realizaremos la lectura de Mantoux (MTX), para ello se mide median-

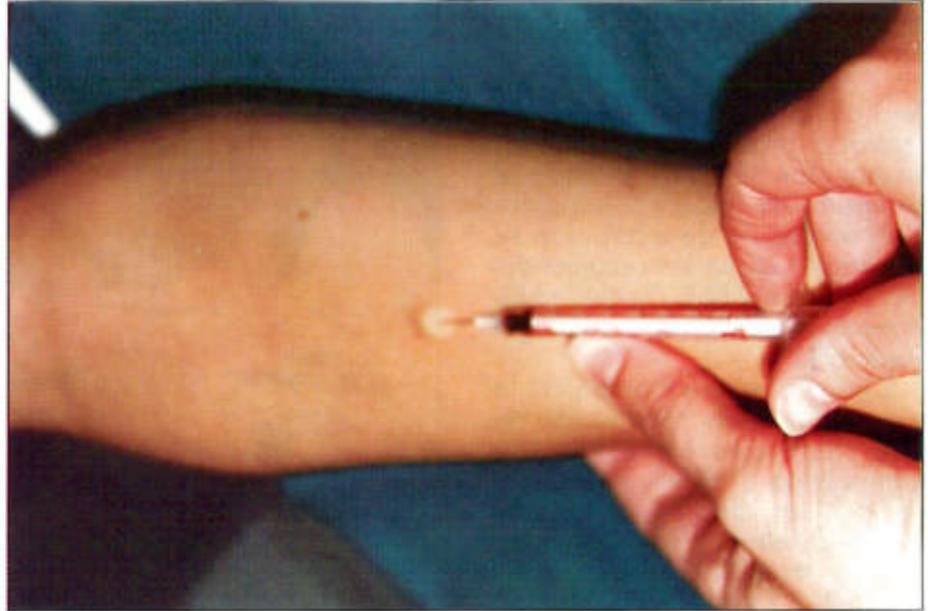
te palpación suave el diámetro transversal de la induración al eje mayor del antebrazo, en ligera flexión del brazo y expresado en milímetros. También se puede desplazar la punta de un rotulador desde la piel sana hacia el borde de la lesión, hasta que se bloquee dicho desplazamiento con el contacto del reborde de la induración. Siempre mediremos la pápula o induración, no el eritema. También será importante anotar la presencia de vesiculación o necrosis si aparecen en la zona de punción. Actualmente se considera una prueba de tuberculina positiva si el diámetro transversal de la induración es igual o mayor a 5 mm.

Una vez realizado el Mantoux actuaremos de diferente forma según los resultados obtenidos:

a) Si el MTX es menor de 5mm. En persona no vacunada de BCG y/o menor de 65 años, se repetirá la prueba de tuberculina a los 3 meses, para comprobar que sigue siendo tuberculín negativo. Esto tiene su base en que el organismo puede tardar de 2-10 semanas para que los linfocitos T sensibilizados pasen a circulación y puedan reaccionar ante la tuberculina, por tanto podemos obtener falsos negativos. Todo esto independientemente de si el médico prescribe o no tratamiento preventivo.

b) Si el MTX es mayor o igual a 5 mm., se considera tuberculín positivo aun estando vacunado con BCG, porque en un contacto de enfermo con TBC activa no podemos suponer que esa positividad sea de origen vacunal. Con este resultado pediremos radiografía AP y LAT, según protocolo.

c) Si el MTX es menor de 5 mm. en vacunado de BCG, persona de 65 años o más y en casos donde existan antecedentes de TBC o MTX previo positivo, repetiremos MTX a los 7-10 días de la primera prueba de tuberculina para descartar **EFFECTO BOOSTER**. Este fenómeno es debido a que la sensibilidad se desvanece lentamente con el tiempo, especialmente entre los individuos



Se aprecia que es intradérmico por la aparición de un habón.



Habón de 10 mm. de diámetro que persiste unos minutos tras la prueba de tuberculina.

de mayor edad. Para descartar este resultado negativo practicaremos una segunda prueba de tuberculina. Como el individuo no perdió su capacidad de respuesta, la dosis de tuberculina a la que aparentemente no reaccionó actuó como estímulo, de tal forma que una segunda dosis puede dar lugar a un resultado positivo.

Una vez obtenido el resultado de todas las pruebas en el conjunto de los contactos, los pasaremos al equipo médico para que indi-

quen las medidas a seguir, basadas éstas en las recomendaciones de la SEPAR. Estas indicaciones pueden ser de tratamiento preventivo, o bien sólo vigilancia.

Vigilancia

- En aquellos en el que fueron tuberculín negativo al inicio del estudio, se realizará otra parte de tuberculina transcurridos 3 meses.

- En los tuberculín positivos donde no se indicó tratamiento preventivo, realizaremos nuevo control radiológico a los 6 meses

o antes de este tiempo si aparece clínica.

Tratamiento preventivo

En el caso de que se indique tratamiento preventivo hablaremos de QUIMIOPROFILAXIS (QP). Este es un tratamiento específico empleado con finalidad preventiva, bien para evitar el desarrollo de la enfermedad en el infectado por M. Tuberculoso, duración 6 meses; o bien para evitar que la infección se produzca en un tuberculín negativo, duración 2-3 meses. En el primer caso hablaremos de una quimioprofilaxis (QP 2ª), y en el segundo de una quimioprofilaxis primaria (QP 1ª).

La droga empleada es la ISO-NIACIDA a una dosis de 5 mgr./Kg. de peso, en una sola toma al día y si es posible en ayunas.

Las revisiones de tratamiento se realizarán de la siguiente forma:

- En contactos donde se indicó QP 1ª, las revisiones serán el primer y el tercer mes. En la última revisión realizaremos nuevo MTX. Si sigue siendo tuberculín negativo y en el caso índice las pruebas bacteriológicas se han negativizado, suspenderá tratamiento (según protocolo). Pero si el MTX es positivo se trata de un convertor, es decir, antes era tuberculín negativo y se ha vuelto tuberculín positivo. En este caso se procede a realizar RX para descartar que esta conversión sea debida a la aparición de enfermedad tuberculosa. Si no existe ningún inconveniente se continuará tratamiento 3 meses más para completar una QP 2ª.

- Por otra parte en aquellos donde se indicó QP 2ª las revisiones serán el primero, tercero y sexto mes. En caso donde se requieran se citarán más frecuentemente (alteraciones en bioquímica hepática, malos cumplidos...). En la última revisión pediremos nuevo control radiográfico para que sea revisado por el equipo médico.

Las revisiones de la QP tienen tres objetivos fundamentales:

- a) Reforzar periódicamente para que continúen tratamiento

preventivo. Está comprobado que con el refuerzo periódico los abandonos disminuyen.

- B) Controlar que realicen el tratamiento a la dosis correcta y de forma continuada.

- C) Vigilar si aparecen síntomas de intolerancia gástrica o de toxicidad hepática (cansancio, náuseas, vómitos, dolor en hipocondrio derecho...). En muchos casos la isoniacida produce una pequeña elevación de las transaminasas que vuelven a la normalidad incluso sin suspender tratamiento. Otras veces es necesario suspenderlo por la aparición de clínica o por un aumento de las transaminasas por encima de unos valores establecidos.

Todo este trabajo se realizará siempre en colaboración con un médico especialista del servicio de Neumología.

RESULTADOS

Vamos a desarrollar dos de los estudios realizados en la Unidad de TBC:

- A) Período Agosto 1992 - Agosto 1996 (Gráfico 1)

- Contactos atendidos: 1.524
- Enfermos tuberculosos donde se realizó estudio de contactos: 302
- Contactos infectados: 762 (50%)

- Contactos no infectados: 651 (42,7%)

- Contactos enfermos: 47 (3,1%)

- Contactos con antecedentes de TBC: 64 (4,2%)

Si consideramos únicamente los contactos de pacientes bacilíferos (194), el porcentaje es del 4,2% y el de infectados 54,6%.

- B) Período Mayo 1994 - Abril 1995. Distribución etarea de infectados entre los contactos (Gráfico 2)

Edades	Número	%
0-14	38	12,7
15-24	52	17,4
25-34	92	30,8
>34	117	39,1

CONCLUSIONES

- A) Existe una alta tasa de tuberculosis en nuestro medio. Encontramos hasta un 50% de contactos infectados y un 4,2% de enfermos.

- B) El número de infectados menores de 14 años es muy superior al 1%. La O.M.S. establece que para considerar erradicada la tuberculosis en una zona, el porcentaje de reactivos a la tuberculina a los 14 años sea inferior al 1%, por lo tanto estamos muy lejos de considerarla erradicada de nuestro medio.

- C) La isoniacida es una fáрма-



Lectura de Mantoux positivo por la Técnica del rotulador.

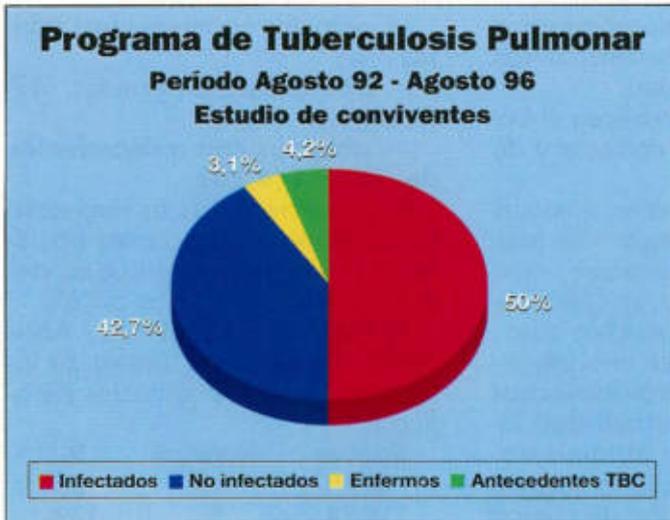


Gráfico 1.

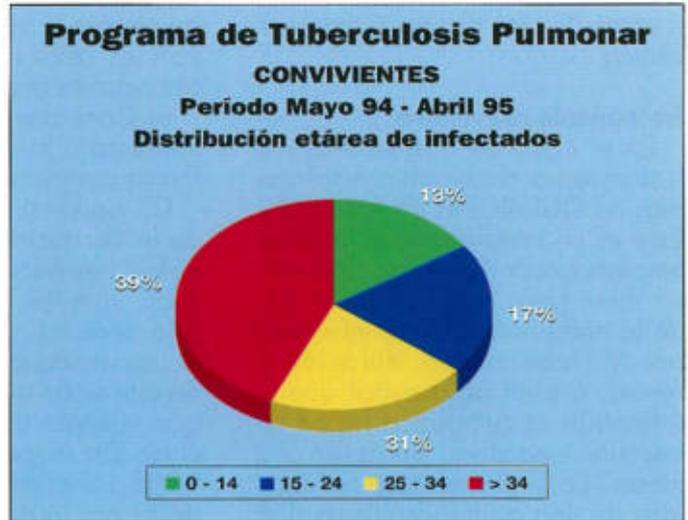


Gráfico 2.

co eficaz en la prevención de la infección o enfermedad tuberculosa.

D) Como podemos observar el porcentaje de tuberculín positivo es muy elevado, pero no pode-

mos olvidar que las personas con las que tratamos han tenido contacto con algún caso de TBC activa, por lo que no se pueden extrapolar estos datos a la población en general.

Como punto final podemos asegurar que cumplen los objetivos que dieron origen al nacimiento de la consulta y que enfermería tiene mucho que decir en este reto de la Salud Pública.

PROTOCOLO DE CONVIVENTE

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____ **CIUDAD:** _____

EDAD: _____ **SEXO:** _____ **TIPO:** _____ **FECHA:** _____

GRUPO INICIAL: ETI/ETII/ IV. **GRUPO FINAL:** A/B/C

NOMBRE CASO INDICE: _____ **HISTORIA:** _____

NOMBRE CASO FUENTE: _____ **HISTORIA:** _____

- RELACION CON EL CASO INDICE FUENTE:**
 ND: Familiar conviviente FD; Familiar no conviviente FND; Conviviente no familiar CNB; Contacto social-profesional CE; Vecino/Ampa CA; Otros contactos no convivientes OT;
- TIPO DE CONTACTO:** Estrecho E; Casual CA.
- APROXIMACION PERSONAL DE TI:**
 a) ND; b) FND; c) Polivariado PV; d) Plurivariado PL; e) Extraterrestre ET;
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico en el caso:**
 a) 0-30 días; b) 31-60 días; c) 61-90 días; d) 91-120 días; e) 121-180 días; f) 181-240 días; g) 241-300 días; h) 301-360 días; i) 361-420 días; j) 421-480 días; k) 481-540 días; l) 541-600 días; m) 601-660 días; n) 661-720 días; o) 721-780 días; p) 781-840 días; q) 841-900 días; r) 901-960 días; s) 961-1020 días; t) 1021-1080 días; u) 1081-1140 días; v) 1141-1200 días; w) 1201-1260 días; x) 1261-1320 días; y) 1321-1380 días; z) 1381-1440 días; aa) 1441-1500 días; ab) 1501-1560 días; ac) 1561-1620 días; ad) 1621-1680 días; ae) 1681-1740 días; af) 1741-1800 días; ag) 1801-1860 días; ah) 1861-1920 días; ai) 1921-1980 días; aj) 1981-2040 días; ak) 2041-2100 días; al) 2101-2160 días; am) 2161-2220 días; an) 2221-2280 días; ao) 2281-2340 días; ap) 2341-2400 días; aq) 2401-2460 días; ar) 2461-2520 días; as) 2521-2580 días; at) 2581-2640 días; au) 2641-2700 días; av) 2701-2760 días; aw) 2761-2820 días; ax) 2821-2880 días; ay) 2881-2940 días; az) 2941-3000 días; ba) 3001-3060 días; bb) 3061-3120 días; bc) 3121-3180 días; bd) 3181-3240 días; be) 3241-3300 días; bf) 3301-3360 días; bg) 3361-3420 días; bh) 3421-3480 días; bi) 3481-3540 días; bj) 3541-3600 días; bk) 3601-3660 días; bl) 3661-3720 días; bm) 3721-3780 días; bn) 3781-3840 días; bo) 3841-3900 días; bp) 3901-3960 días; bq) 3961-4020 días; br) 4021-4080 días; bs) 4081-4140 días; bt) 4141-4200 días; bu) 4201-4260 días; bv) 4261-4320 días; bw) 4321-4380 días; bx) 4381-4440 días; by) 4441-4500 días; bz) 4501-4560 días; ca) 4561-4620 días; cb) 4621-4680 días; cc) 4681-4740 días; cd) 4741-4800 días; ce) 4801-4860 días; cf) 4861-4920 días; cg) 4921-4980 días; ch) 4981-5040 días; ci) 5041-5100 días; cj) 5101-5160 días; ck) 5161-5220 días; cl) 5221-5280 días; cm) 5281-5340 días; cn) 5341-5400 días; co) 5401-5460 días; cp) 5461-5520 días; cq) 5521-5580 días; cr) 5581-5640 días; cs) 5641-5700 días; ct) 5701-5760 días; cu) 5761-5820 días; cv) 5821-5880 días; cw) 5881-5940 días; cx) 5941-6000 días; cy) 6001-6060 días; cz) 6061-6120 días; caa) 6121-6180 días; cab) 6181-6240 días; cac) 6241-6300 días; cad) 6301-6360 días; cae) 6361-6420 días; caf) 6421-6480 días; cag) 6481-6540 días; cah) 6541-6600 días; cai) 6601-6660 días; caj) 6661-6720 días; cak) 6721-6780 días; cal) 6781-6840 días; cam) 6841-6900 días; can) 6901-6960 días; cao) 6961-7020 días; cap) 7021-7080 días; caq) 7081-7140 días; car) 7141-7200 días; cas) 7201-7260 días; cat) 7261-7320 días; cau) 7321-7380 días; cav) 7381-7440 días; caw) 7441-7500 días; cax) 7501-7560 días; cay) 7561-7620 días; caz) 7621-7680 días; caaa) 7681-7740 días; caab) 7741-7800 días; caac) 7801-7860 días; caad) 7861-7920 días; caae) 7921-7980 días; caaf) 7981-8040 días; caag) 8041-8100 días; caah) 8101-8160 días; caai) 8161-8220 días; caaj) 8221-8280 días; caak) 8281-8340 días; cal) 8341-8400 días; cala) 8401-8460 días; calb) 8461-8520 días; calc) 8521-8580 días; cald) 8581-8640 días; cale) 8641-8700 días; calf) 8701-8760 días; calg) 8761-8820 días; calh) 8821-8880 días; cali) 8881-8940 días; calj) 8941-9000 días; calk) 9001-9060 días; call) 9061-9120 días; calm) 9121-9180 días; caln) 9181-9240 días; calo) 9241-9300 días; calp) 9301-9360 días; calq) 9361-9420 días; calr) 9421-9480 días; cals) 9481-9540 días; calt) 9541-9600 días; calu) 9601-9660 días; calv) 9661-9720 días; calw) 9721-9780 días; calx) 9781-9840 días; caly) 9841-9900 días; calz) 9901-9960 días; calaa) 9961-10020 días; calab) 10021-10080 días; calac) 10081-10140 días; calad) 10141-10200 días; calae) 10201-10260 días; calaf) 10261-10320 días; calag) 10321-10380 días; calah) 10381-10440 días; calai) 10441-10500 días; calaj) 10501-10560 días; calak) 10561-10620 días; calal) 10621-10680 días; calam) 10681-10740 días; calan) 10741-10800 días; calao) 10801-10860 días; calap) 10861-10920 días; calaq) 10921-10980 días; calar) 10981-11040 días; calas) 11041-11100 días; calat) 11101-11160 días; calau) 11161-11220 días; calav) 11221-11280 días; calaw) 11281-11340 días; calax) 11341-11400 días; calay) 11401-11460 días; calaz) 11461-11520 días; calaaa) 11521-11580 días; calaab) 11581-11640 días; calaac) 11641-11700 días; calaad) 11701-11760 días; calaae) 11761-11820 días; calaaf) 11821-11880 días; calaag) 11881-11940 días; calaah) 11941-12000 días; calaai) 12001-12060 días; calaaj) 12061-12120 días; calaak) 12121-12180 días; calaal) 12181-12240 días; calaam) 12241-12300 días; calaan) 12301-12360 días; calaao) 12361-12420 días; calaap) 12421-12480 días; calaaq) 12481-12540 días; calaar) 12541-12600 días; calaas) 12601-12660 días; calaat) 12661-12720 días; calaau) 12721-12780 días; calaav) 12781-12840 días; calaaw) 12841-12900 días; calaax) 12901-12960 días; calaay) 12961-13020 días; calaaz) 13021-13080 días; calaaaa) 13081-13140 días; calaaab) 13141-13200 días; calaaac) 13201-13260 días; calaaad) 13261-13320 días; calaaae) 13321-13380 días; calaaaf) 13381-13440 días; calaaag) 13441-13500 días; calaaah) 13501-13560 días; calaaai) 13561-13620 días; calaaaj) 13621-13680 días; calaaak) 13681-13740 días; calaaal) 13741-13800 días; calaaam) 13801-13860 días; calaaan) 13861-13920 días; calaaao) 13921-13980 días; calaaap) 13981-14040 días; calaaaq) 14041-14100 días; calaaar) 14101-14160 días; calaaas) 14161-14220 días; calaaat) 14221-14280 días; calaaau) 14281-14340 días; calaaav) 14341-14400 días; calaaaw) 14401-14460 días; calaaax) 14461-14520 días; calaaay) 14521-14580 días; calaaaz) 14581-14640 días; calaaa) 14641-14700 días; calaaaab) 14701-14760 días; calaaaac) 14761-14820 días; calaaaad) 14821-14880 días; calaaaae) 14881-14940 días; calaaaaf) 14941-15000 días; calaaaag) 15001-15060 días; calaaaah) 15061-15120 días; calaaaai) 15121-15180 días; calaaaaj) 15181-15240 días; calaaaak) 15241-15300 días; calaaaal) 15301-15360 días; calaaaam) 15361-15420 días; calaaaan) 15421-15480 días; calaaaao) 15481-15540 días; calaaaap) 15541-15600 días; calaaaaq) 15601-15660 días; calaaaar) 15661-15720 días; calaaaas) 15721-15780 días; calaaaat) 15781-15840 días; calaaaau) 15841-15900 días; calaaaav) 15901-15960 días; calaaaaw) 15961-16020 días; calaaaax) 16021-16080 días; calaaaay) 16081-16140 días; calaaaaz) 16141-16200 días; calaaaa) 16201-16260 días; calaaaaab) 16261-16320 días; calaaaaac) 16321-16380 días; calaaaaad) 16381-16440 días; calaaaaae) 16441-16500 días; calaaaaaf) 16501-16560 días; calaaaaag) 16561-16620 días; calaaaaah) 16621-16680 días; calaaaaai) 16681-16740 días; calaaaaaj) 16741-16800 días; calaaaaak) 16801-16860 días; calaaaaal) 16861-16920 días; calaaaaam) 16921-16980 días; calaaaaan) 16981-17040 días; calaaaaao) 17041-17100 días; calaaaaap) 17101-17160 días; calaaaaaq) 17161-17220 días; calaaaaar) 17221-17280 días; calaaaaas) 17281-17340 días; calaaaaat) 17341-17400 días; calaaaaau) 17401-17460 días; calaaaaav) 17461-17520 días; calaaaaaw) 17521-17580 días; calaaaaax) 17581-17640 días; calaaaaay) 17641-17700 días; calaaaaaz) 17701-17760 días; calaaaaa) 17761-17820 días; calaaaaaab) 17821-17880 días; calaaaaaac) 17881-17940 días; calaaaaaad) 17941-18000 días; calaaaaae) 18001-18060 días; calaaaaaf) 18061-18120 días; calaaaaag) 18121-18180 días; calaaaaah) 18181-18240 días; calaaaaai) 18241-18300 días; calaaaaaj) 18301-18360 días; calaaaaak) 18361-18420 días; calaaaaal) 18421-18480 días; calaaaaam) 18481-18540 días; calaaaaan) 18541-18600 días; calaaaaao) 18601-18660 días; calaaaaap) 18661-18720 días; calaaaaaq) 18721-18780 días; calaaaaar) 18781-18840 días; calaaaaas) 18841-18900 días; calaaaaat) 18901-18960 días; calaaaaau) 18961-19020 días; calaaaaav) 19021-19080 días; calaaaaaw) 19081-19140 días; calaaaaax) 19141-19200 días; calaaaaay) 19201-19260 días; calaaaaaz) 19261-19320 días; calaaaaa) 19321-19380 días; calaaaaaab) 19381-19440 días; calaaaaaac) 19441-19500 días; calaaaaaad) 19501-19560 días; calaaaaae) 19561-19620 días; calaaaaaf) 19621-19680 días; calaaaaag) 19681-19740 días; calaaaaah) 19741-19800 días; calaaaaai) 19801-19860 días; calaaaaaj) 19861-19920 días; calaaaaak) 19921-19980 días; calaaaaal) 19981-20040 días; calaaaaam) 20041-20100 días; calaaaaan) 20101-20160 días; calaaaaao) 20161-20220 días; calaaaaap) 20221-20280 días; calaaaaaq) 20281-20340 días; calaaaaar) 20341-20400 días; calaaaaas) 20401-20460 días; calaaaaat) 20461-20520 días; calaaaaau) 20521-20580 días; calaaaaav) 20581-20640 días; calaaaaaw) 20641-20700 días; calaaaaax) 20701-20760 días; calaaaaay) 20761-20820 días; calaaaaaz) 20821-20880 días; calaaaaa) 20881-20940 días; calaaaaaab) 20941-21000 días; calaaaaaac) 21001-21060 días; calaaaaaad) 21061-21120 días; calaaaaae) 21121-21180 días; calaaaaaf) 21181-21240 días; calaaaaag) 21241-21300 días; calaaaaah) 21301-21360 días; calaaaaai) 21361-21420 días; calaaaaaj) 21421-21480 días; calaaaaak) 21481-21540 días; calaaaaal) 21541-21600 días; calaaaaam) 21601-21660 días; calaaaaan) 21661-21720 días; calaaaaao) 21721-21780 días; calaaaaap) 21781-21840 días; calaaaaaq) 21841-21900 días; calaaaaar) 21901-21960 días; calaaaaas) 21961-22020 días; calaaaaat) 22021-22080 días; calaaaaau) 22081-22140 días; calaaaaav) 22141-22200 días; calaaaaaw) 22201-22260 días; calaaaaax) 22261-22320 días; calaaaaay) 22321-22380 días; calaaaaaz) 22381-22440 días; calaaaaa) 22441-22500 días; calaaaaaab) 22501-22560 días; calaaaaaac) 22561-22620 días; calaaaaaad) 22621-22680 días; calaaaaae) 22681-22740 días; calaaaaaf) 22741-22800 días; calaaaaag) 22801-22860 días; calaaaaah) 22861-22920 días; calaaaaai) 22921-22980 días; calaaaaaj) 22981-23040 días; calaaaaak) 23041-23100 días; calaaaaal) 23101-23160 días; calaaaaam) 23161-23220 días; calaaaaan) 23221-23280 días; calaaaaao) 23281-23340 días; calaaaaap) 23341-23400 días; calaaaaaq) 23401-23460 días; calaaaaar) 23461-23520 días; calaaaaas) 23521-23580 días; calaaaaat) 23581-23640 días; calaaaaau) 23641-23700 días; calaaaaav) 23701-23760 días; calaaaaaw) 23761-23820 días; calaaaaax) 23821-23880 días; calaaaaay) 23881-23940 días; calaaaaaz) 23941-24000 días; calaaaaa) 24001-24060 días; calaaaaaab) 24061-24120 días; calaaaaaac) 24121-24180 días; calaaaaaad) 24181-24240 días; calaaaaae) 24241-24300 días; calaaaaaf) 24301-24360 días; calaaaaag) 24361-24420 días; calaaaaah) 24421-24480 días; calaaaaai) 24481-24540 días; calaaaaaj) 24541-24600 días; calaaaaak) 24601-24660 días; calaaaaal) 24661-24720 días; calaaaaam) 24721-24780 días; calaaaaan) 24781-24840 días; calaaaaao) 24841-24900 días; calaaaaap) 24901-24960 días; calaaaaaq) 24961-25020 días; calaaaaar) 25021-25080 días; calaaaaas) 25081-25140 días; calaaaaat) 25141-25200 días; calaaaaau) 25201-25260 días; calaaaaav) 25261-25320 días; calaaaaaw) 25321-25380 días; calaaaaax) 25381-25440 días; calaaaaay) 25441-25500 días; calaaaaaz) 25501-25560 días; calaaaaa) 25561-25620 días; calaaaaaab) 25621-25680 días; calaaaaaac) 25681-25740 días; calaaaaaad) 25741-25800 días; calaaaaae) 25801-25860 días; calaaaaaf) 25861-25920 días; calaaaaag) 25921-25980 días; calaaaaah) 25981-26040 días; calaaaaai) 26041-26100 días; calaaaaaj) 26101-26160 días; calaaaaak) 26161-26220 días; calaaaaal) 26221-26280 días; calaaaaam) 26281-26340 días; calaaaaan) 26341-26400 días; calaaaaao) 26401-26460 días; calaaaaap) 26461-26520 días; calaaaaaq) 26521-26580 días; calaaaaar) 26581-26640 días; calaaaaas) 26641-26700 días; calaaaaat) 26701-26760 días; calaaaaau) 26761-26820 días; calaaaaav) 26821-26880 días; calaaaaaw) 26881-26940 días; calaaaaax) 26941-27000 días; calaaaaay) 27001-27060 días; calaaaaaz) 27061-27120 días; calaaaaa) 27121-27180 días; calaaaaaab) 27181-27240 días; calaaaaaac) 27241-27300 días; calaaaaaad) 27301-27360 días; calaaaaae) 27361-27420 días; calaaaaaf) 27421-27480 días; calaaaaag) 27481-27540 días; calaaaaah) 27541-27600 días; calaaaaai) 27601-27660 días; calaaaaaj) 27661-27720 días; calaaaaak) 27721-27780 días; calaaaaal) 27781-27840 días; calaaaaam) 27841-27900 días; calaaaaan) 27901-27960 días; calaaaaao) 27961-28020 días; calaaaaap) 28021-28080 días; calaaaaaq) 28081-28140 días; calaaaaar) 28141-28200 días; calaaaaas) 28201-28260 días; calaaaaat) 28261-28320 días; calaaaaau) 28321-28380 días; calaaaaav) 28381-28440 días; calaaaaaw) 28441-28500 días; calaaaaax) 28501-28560 días; calaaaaay) 28561-28620 días; calaaaaaz) 28621-28680 días; calaaaaa) 28681-28740 días; calaaaaaab) 28741-28800 días; calaaaaaac) 28801-28860 días; calaaaaaad) 28861-28920 días; calaaaaae) 28921-28980 días; calaaaaaf) 28981-29040 días; calaaaaag) 29041-29100 días; calaaaaah) 29101-29160 días; calaaaaai) 29161-29220 días; calaaaaaj) 29221-29280 días; calaaaaak) 29281-29340 días; calaaaaal) 29341-29400 días; calaaaaam) 29401-29460 días; calaaaaan) 29461-29520 días; calaaaaao) 29521-29580 días; calaaaaap) 29581-29640 días; calaaaaaq) 29641-29700 días; calaaaaar) 29701-29760 días; calaaaaas) 29761-29820 días; calaaaaat) 29821-29880 días; calaaaaau) 29881-29940 días; calaaaaav) 29941-30000 días; calaaaaaw) 30001-30060 días; calaaaaax) 30061-30120 días; calaaaaay) 30121-30180 días; calaaaaaz) 30181-30240 días; calaaaaa) 30241-30300 días; calaaaaaab) 30301-30360 días; calaaaaaac) 30361-30420 días; calaaaaaad) 30421-30480 días; calaaaaae) 30481-30540 días; calaaaaaf) 30541-30600 días; calaaaaag) 30601-30660 días; calaaaaah) 30661-30720 días; calaaaaai) 30721-30780 días; calaaaaaj) 30781-30840 días; calaaaaak) 30841-30900 días; calaaaaal) 30901-30960 días; calaaaaam) 30961-31020 días; calaaaaan) 31021-31080 días; calaaaaao) 31081-31140 días; calaaaaap) 31141-31200 días; calaaaaaq) 31201-31260 días; calaaaaar) 31261-31320 días; calaaaaas) 31321-31380 días; calaaaaat) 31381-31440 días; calaaaaau) 31441-31500 días; calaaaaav) 31501-31560 días; calaaaaaw) 31561-31620 días; calaaaaax) 31621-31680 días; calaaaaay) 31681-31740 días; calaaaaaz) 31741-31800 días; calaaaaa) 31801-31860 días; calaaaaaab) 31861-31920 días; calaaaaaac) 31921-31980 días; calaaaaaad) 31981-32040 días; calaaaaae) 32041-32100 días; calaaaaaf) 32101-32160 días; calaaaaag) 32161-32220 días; calaaaaah) 32221-32280 días; calaaaaai) 32281-32340 días; calaaaaaj) 32341-32400 días; calaaaaak) 32401-32460 días; calaaaaal) 32461-32520 días; calaaaaam) 32521-32580 días; calaaaaan) 32581-32640 días; calaaaaao) 32641-32700 días; calaaaaap) 32701-32760 días; calaaaaaq) 32761-32820 días; calaaaaar) 32821-32880 días; calaaaaas) 32881-32940 días; calaaaaat) 32941-33000 días; calaaaaau) 33001-33060 días; calaaaaav) 33061-33120 días; calaaaaaw) 33121-33180 días; calaaaaax) 33181-33240 días; calaaaaay) 33241-33300 días; calaaaaaz) 33301-33360 días; calaaaaa) 33361-33420 días; calaaaaaab) 33421-33480 días; calaaaaaac) 33481-33540 días; calaaaaaad) 33541-33600 días; calaaaaae) 33601-33660 días; calaaaaaf) 33661-33720 días; calaaaaag) 33721-33780 días; calaaaaah) 33781-33840 días; calaaaaai) 33841-33900 días; calaaaaaj) 33901-33960 días; calaaaaak) 33961-34020 días; calaaaaal) 34021-34080 días; calaaaaam) 34081-34140 días; calaaaaan) 34141-34200 días; calaaaaao) 34201-34260 días; calaaaaap) 34261-34320 días; calaaaaaq) 34321-34380 días; calaaaaar) 34381-34440 días; calaaaaas) 34441-34500 días; calaaaaat) 34501-34560 días; calaaaaau) 34561-34620 días; calaaaaav) 34621-34680 días; calaaaaaw) 34681-34740 días; calaaaaax) 34741-34800 días; calaaaaay) 34801-34860 días; calaaaaaz) 34861-34920 días; calaaaaa) 34921-34980 días; calaaaaaab) 34981-35040 días; calaaaaaac) 35041-35100 días; calaaaaaad) 35101-35160 días; calaaaaae) 35161-35220 días; calaaaaaf) 35221-35280 días; calaaaaag) 35281-35340 días; calaaaaah) 35341-35400 días; calaaaaai) 35401-35460 días; calaaaaaj) 35461-35520 días; calaaaaak) 35521-35580 días; calaaaaal) 35581-35640 días; calaaaaam) 35641-35700 días; calaaaaan) 35701-35760 días; calaaaaao) 35761-35820 días; calaaaaap) 35821-35880 días; calaaaaaq) 35881-35940 días; calaaaaar) 35941-36000 días; calaaaaas) 36001-36060 días; calaaaaat) 36061-36120 días; calaaaaau) 36121-36180 días; calaaaaav) 36181-36240 días; calaaaaaw) 36241-36300 días; calaaaaax) 36301-36360 días; calaaaaay) 36361-36420 días; calaaaaaz) 36421-36480 días; calaaaaa) 36481-36540 días; calaaaaaab) 36541-36600 días; calaaaaaac) 36601-36660 días; calaaaaaad) 36661-36720 días; calaaaaae) 36721-36780 días; calaaaaaf) 36781-36840 días; calaaaaag) 36841-36900 días; calaaaaah) 36901-36960 días; calaaaaai) 36961-37020 días; calaaaaaj) 37021-37080 días; calaaaaak) 37081-37140 días; calaaaaal) 37141-37200 días; calaaaaam) 37201-37260 días; calaaaaan) 37261-37320 días; calaaaaao) 37321-37380 días; calaaaaap) 37381-37440 días; calaaaaaq) 37441-37500 días; calaaaaar) 37501-37560 días; calaaaaas) 37561-37620 días; calaaaaat) 37621-37680 días; calaaaaau) 37681-37740 días; calaaaaav) 37741-37800 días; calaaaaaw) 37801-37860 días; calaaaaax) 37861-37920 días; calaaaaay) 37921-37980 días; calaaaaaz) 37981-38040 días; calaaaaa) 38041-38100 días; calaaaaaab) 38101-38160 días; calaaaaaac) 38161-38220 días; calaaaaaad) 38221-38280 días; calaaaaae) 38281-38340 días; calaaaaaf) 38341-38400 días; calaaaaag) 38401-38460 días; calaaaaah) 38461-38520 días; calaaaaai) 38521-38580 días; calaaaaaj) 38581-38640 días; calaaaaak) 38641-38700 días; calaaaaal) 38701-38760 días; calaaaaam) 38761-38820 días; calaaaaan) 38821-38880 días; calaaaaao) 38881-38940 días; calaaaaap) 3894



JUNTA DE ANDALUCÍA

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

Hoja de convivientes

Apellidos y nombre del caso Índice: _____

Fecha del estudio: Mes _____ Año _____

Seguimiento de la Quimioprofilaxis

Apellidos	Nombre (1)	Sexo (2)	Edad (3)	BCG (4)	Tuberculosas (5)	Diagnóstico (6)	MESSES												Toma de (8) medicación (7)
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1					1.* 2.*														
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			

OBSERVACIONES:

(Se aconseja ayudarse de otro ejemplar con las instrucciones y claves que aparecen al dorso)

Impreso 3. 0

INSTRUCCIONES

Se ha destinado un espacio [] para el n.º de historia clínica, con dos espacios [] para cuando hay historia familiar.

- (1) Si el número de convivientes fuera superior a 8 se utilizará un segundo impreso, numerándolo debidamente y haciéndolo constar en el apartado de Observaciones.
- (2) Esposo/a o pareja = ES; Hijo/a = HI; Padre = PA; Madre = MA; Abuelo/a = AB; Otros familiares = OF; Otros convivientes = OC.
- (3) Sexo: Hombre = H; Mujer = M.
- (4) BCG: Sí, no, dudosa.
- (5) No infectado, infectado, enfermo*, no estudiado.
- (6) Sí, regularmente = reg.; irregularmente = irr.; Abandono = ab.; No acude a control = N.C.
- (7) Hepáticos = H; Gastro-intestinales = G-I; Sistémicos y/o cutáneos = Sist.; Otros = Ot.; Ninguno = No; No acude a control = N.C.

* Cuando se encuentre algún enfermo distinto del caso diagnosticado en primer lugar (Índice) entre los convivientes, se efectuará una nueva declaración en el correspondiente impreso de Declaración Individualizada.

Hoja n.º _____

BIBLIOGRAFIA

- Rey Calero, J.: Incremento actual de la Tuberculosis. An.Med. Intern. 1995; 12; pp 7-9.
- Thomas M. Daniel: Tuberculosis. Harrison, principios de Medicina Interna. Undécima edición (séptima edición en español). Ed. Interamericana Mc Graw-Hill; pp. 769-779.
- Vaquero Puerta, J.L.: Salud Pública. Edición especial para Artel S.A. Diciembre 1988; pp 346-352.
- Comstock George, W.: Tuberculosis. Enfermería Profesional: Salud Pública y Medicina Preventiva, 12ª Edición. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. Vol. 1. 1992; pp 240-252.
- Phipps Wilma y Lehan Mk: Paciente con problemas pulmonares. Enfermería Médico - Quirúrgica. Planteamiento de los Métodos de Enfermería. Barbara C. Long y Wilma J. Phipps. Ed. Interamericana, 2ª Edición 1992; pp. 724-730.
- Grupo Tir: Tuberculosis. Conferencia de Octubre 1990, Las Palmas de Gran Canarias.

OBESIDAD: UN AÑO DE CONSULTA DE ENFERMERIA

M^{re} Isabel Barrigüete Andreu (D.E.)

Consultorio de Las Navas de la Concepción (Sevilla)

INTRODUCCION

La obesidad se puede definir como un aumento de la grasa corporal, fuera de los patrones de la normalidad. Este hecho que ha ayudado al hombre es su supervivencia en épocas pasadas ante largos períodos de ayuno, al igual que a otras muchas especies de animales, se ha convertido en la sociedad industrializada de nuestros días en un grave problema de salud, que afecta a múltiples estructuras y sistemas del organismo humano: locomotor, cardiovascular, equilibrio metabólico, hormonal, psíquico, etc...

Este problema de salud afecta a una gran parte de la población (1), siendo de una prevalencia entre el 20-30% de la población general, incidiendo en diferente cantidad según edad y sexo, llegando hasta 45-65% en mujeres entre 50 y 59 años. Es preocupante el incremento de este padecimiento en niños, afectando a un 25% de ellos, de los cuales, más del 80% serán obesos en su edad adulta.

La enfermería ocupa un papel principal del equipo de salud en el tratamiento de la obesidad.

El diagnóstico de enfermería de obesidad está bien definido (2) (3) aunque no tanto así el plan de cuidados, que difiere dependiendo del autor que lo trate, debido fundamentalmente a la multitud de factores que intervienen en la génesis de este problema de salud (físicos, psíquicos, sociales, etc...).

Los pacientes siempre acuden por su deseo, hecho este imprescindible en el buen desarrollo de la pérdida de peso.

En este trabajo se propone un plan de actuación de enfermería que se ha desarrollado durante un año y que ha obtenido unos resultados significativos en cuanto a reducción de peso total y fundamentalmente al descenso en el índice de masa corporal (IMC), parámetro que define con mayor exactitud el nivel de riesgo que conlleva la obesidad.

Se ha atendido en este programa a las obesidades por desbalance energético (4) (tanto por ingesta excesiva de caloría como por defecto de consumo por inactividad física) que corresponde al 95-99% de todas las obesidades y no a los debidos a trastornos endocrinos, inducidos por fármacos, etc... que corresponde al 1-5% del total y se refiere más al campo médico que de enfermería.

MÉTODO

Para su estudio se divide en tres apartados:

- Descripción de los métodos estadísticos empleados.
- Descripción de la población incluida.
- Descripción del programa aplicado.

a) Descripción de los métodos estadísticos empleados

Ya que este trabajo trata de describir el cambio de ciertos parámetros de la población estudiada, se han empleado medidas de bioestadística descriptiva:

* La **media** (\bar{X}) como medida de tendencia central.

* La **varianza** (S^2_x) y la desviación típica (S_x) como medidas de dispersión.

El análisis de los datos se ha re-



TABLA 1: PERFIL GENERAL DEL OBESO EN PROGRAMA

	EDAD (AÑOS)			I.M.C. (Kg/m ²)			PESO (Kgr)			P.A. %
	X	S x 2	S x	X	S x 2	S x	X	S x 2	S x	
MUJERES	37,45	158,01	12,57	30,90	29,62	5,44	78,20	173,29	13,16	36,50
HOMBRES	43,86	443,70	21,00	33,10	17	4,12	98,30	173,25	13,15	75
TOTAL	36,30	172,50	15,12	31,20	26,46	5,35	78,30	233,98	15,25	41,00

TABLA 2: COMPARACION DE PESO Y TIEMPO (PACTADO Y REAL)

	OBJETIVO PACTADO						PERIODA REAL					
	PESO (Kg)			TIEMPO (MESSES)			PESO (Kg)			TIEMPO (MESSES)		
	X	S x 2	S x	X	S x 2	S x	X	S x 2	S x	X	S x 2	S x
MUJERES	11,80	25,90	5,10	4,30	6,54	2,54	6,30	12,34	3,83	6,20	11,91	3,45
HOMBRES	14,80	30,70	6,54	4,70	6,54	2,98	9,70	18,15	4,20	3,80	6,80	2,60
TOTAL	13,00	27,00	5,20	4,30	6,91	2,50	6,80	16,50	3,91	6,90	11,20	3,30

TABLA 3: I.M.C. Y PESO AL FINAL DEL PROGRAMA

	I.M.C. FINAL (Kg/m ²)			PESO FINAL (Kgr)		
	X	S x 2	S x	X	S x 2	S x
MUJERES	28,28	27,21	5,21	88,90	158,00	12,49
HOMBRES	29,90	17,32	4,15	88,40	157	12,53
TOTAL	29,40	26,96	5,10	71,80	200,27	14,10

TABLA 4: DIFERENCIAS I.M.C. Y PESO

(I.M.C inicio de programa-I.M.C final de programa)
(PESO inicio de programa-PESO final de programa)

	I.M.C. FINAL (Kg/m ²)			PESO FINAL (Kgr)		
	X	S x 2	S x	X	S x 2	S x
MUJERES	2,60	2,21	1,40	6,30	15,34	3,65
HOMBRES	3,20	1,79	1,34	9,70	18,15	4,20
TOTAL	2,70	3,45	1,96	6,80	15,30	3,91

alizado con los datos no agrupados. Solo se han empleado los datos agrupados en tablas de distribución de frecuencias para la realización de los gráficos.

b) Descripción de la población incluida

El programa se ha desarrollado en el núcleo rural de Las Navas de la Concepción, de aproximadamente 2.000 habitantes, perteneciente al Distrito Sanitario Sierra Norte de Sevilla. Se ha contado con unos medios humanos de dos enfermeros y dos médicos y unos medios materiales de una báscula con talla para todos los programas desarrollados (además de obesidad, el de hipertensión, diabetes, materno-infantil, etc...) Y para los cuatro profesionales.

Si calculamos en cifras absolutas el número de obesos de esta población encontramos:

* Teniendo en cuenta una prevalencia estándar del 30%, serían unos 600 obesos aproximadamente.

* Teniendo en cuenta la obesidad entre los historiadados en el municipio, que es del 35%, serían unos 700 obesos.

Ambas cifras son bastantes cercanas y nos hacen suponer su veracidad.

Para la inclusión en el programa se admitió a toda persona con cualquier obesidad o sobrepeso, con la única condición de ser residentes en el municipio y acudir voluntariamente al programa.

En un año de funcionamiento acudieron 92 obesos (12 hombres y 80 mujeres) de los cuales 32 (4 hombres y 28 mujeres) abandonaron el programa antes de realizar la cuarta visita que completa el inicio del plan de cuidados, por tanto, el grupo de obesos en el programa (y sobre los que se van a referir a partir de ahora las cifras) es de 60 de los cuales 52 son mujeres y 8 hombres.

A la vista de estas cifras, podemos decir que aproximadamente uno de cada diez obesos de la población ha sido incluido en el programa.

El perfil del obeso en el programa en cuanto a edad, IMC, peso y patología asociada está referido en la tabla 1, siendo destacables las diferencias entre las mujeres y los hombres. El apartado de patología asociada (P.A.) incluye a los obesos que tengan uno o más de los siguientes diagnósticos médicos: hipertensión arterial, diabetes, hiperlipidemias, patología osteoarticular, patología

cardiocirculatoria y patología respiratoria.

c) Descripción del programa aplicado

Se han adoptado las directrices generales de la Guía del adulto (5), en cuanto a objetivos, captación, etc...

El control y seguimiento de los pacientes obesos se ha modificado y se estructura dependiendo de las visitas que el obeso realiza al enfermero:

1ª VISITA

Coincide con la recogida de datos subjetivos y objetivos dentro del plan de actuación de enfermería, tiene una duración aproximada de 30 minutos y se desarrollan las siguientes actividades:

* Apertura de historia clínica si no está hecha previamente.

* Recogida de parámetros necesarios: peso, talla, tensión arterial, etc...

* Calculo de:

- IMC según su fórmula $IMC = P(Kg.) / T^2(m)$

- Peso ideal (P.I.) Según la fórmula de Metropolitan Life Insurance.

$$PI = (T (cm) - 150) \times 0,75 \begin{cases} H+45 \\ V+50 \end{cases}$$



La báscula, elemento imprescindible.



El conocimiento de los alimentos y la forma de combinarlos, necesario para el paciente.

Ambos valores no se comentan en ningún momento con el obeso para evitar nuestra influencia en la formulación posterior del objetivo pactado.

* Pequeña encuesta alimentaria y de hábitos higiénico-diabéticos.

- Leche (consumo diario)
- Fruta (número de piezas al día)
- Carne y Pescado (número de veces de cada uno a la semana)
- Legumbres (número de veces a la semana)
- Pan (consumo diario)
- Fritos (consumo semanal)
- Azúcar y Dulces (consumo diario)
- Pasta (consumo semanal)
- Verduras (consumo diario o semanal)
- Bebidas Alcohólicas (consumo diario o semanal)
- Bebidas Refrescantes (consumo diario o semanal)

- Agua (consumo diario)
- Comer entre horas (si o no)
- Número de comidas al día
- Hábitos de ejercicio

* Apertura de la hoja de obesidad (Anexo 1) que se recoge en un fichero propio del programa.

* Petición de analítica de rutina que incluye una Bioquímica completa con perfil lipídico, hemograma y orina elemental.

2ª VISITA

Coincide con el análisis de los datos y la puesta en marcha del plan de cuidados. Se realiza aproximadamente al mes de la primera visita, tras la recepción de la analítica. Tiene una duración aproximada de 30 minutos y se desarrollan las siguientes actividades.

* Valoración de los resultados analíticos, con derivación a su

médico en el caso de cualquier desequilibrio y modificación de la dieta dependiendo de la alteración.

* Valoración de los resultados de la encuesta alimentaria y de los hábitos higiénico-dietéticos para su corrección en el plan de cuidados.

* Establecimiento del plan de cuidados:

- Establecimiento de dieta restrictiva preferiblemente (reducción de los alimentos que aportan más calorías en su dieta habitual y no son imprescindibles, y potenciación de aquellos hábitos saludables hasta diseñar una dieta equilibrada con los alimentos que consume habitualmente), evitando en lo posible la dieta previamente diseñada (1.000, 1.500 ó 2.000 Cal.).

- Fomentar de forma paulatina

o creciente el hábito de una ingesta hídrica que se aproxima a los dos o tres litros de agua al día.

- Fomentar el hábito del ejercicio diario, eligiendo en la mayoría de los casos caminar una hora diaria hasta llegar a recorrer 6 km, en dicho tiempo, aunque cada individuo opte por el ejercicio preferido (gimnasia de mantenimiento, bicicleta, etc...).

+ Establecer en colaboración entre el obeso y el enfermero, un objetivo pactado de pérdida de peso para estimular el cumplimiento del plan de cuidados. Este objetivo se expresa en Kg/Meses.

"Entrega de la ficha de control del obeso (Anexo 2).

3ª VISITA

Coincide con la evaluación del plan de actuación aunque hay elementos de todas las etapas que se repartirán en sucesivas visitas. Se realiza una semana después de la segunda visita y tiene una duración aproximada de 10 minutos, desarrollándose las siguientes actividades:

* Descripción del plan de cuidados del obeso al enfermo para valorar la comprensión por parte del obeso.

* Resolución de dudas respecto a puntos poco claros del plan de cuidados.

* Control de peso y anotación en la historia clínica y ficha de controles.

* Refuerzo positivo de conductas saludables y logros obtenidos.

4ª VISITA

Intervienen todas las etapas del plan de actuación (feedback).

Se realiza a la semana de la tercera visita y tiene una duración aproximada de 8 a 10 minutos. Se realizan las siguientes actividades:

* Resolución de dudas respecto a puntos poco claros del plan de cuidados.

* Control de peso y anotaciones en la historia clínica y ficha de controles.

* Refuerzo positivo de conductas saludables y logros obtenidos.

VISITAS SUCESIVAS

Se realizan con una periodicidad quinquenal y tienen una duración aproximada de 8 a 10 minutos. Se realizan las mismas actividades que en la cuarta visita.

RESULTADOS

Los resultados se deben evaluar desde tres puntos de vistas:

a) Cumplimiento del objetivo pactado.

b) Reducción del IMC y peso final.

c) Efectos adversos.

a) Cumplimiento del objetivo pactado

Para su evaluación se debe comparar el objetivo a priori, con el peso perdido realmente y el tiempo empleado para ello (tabla 2).

b) Reducción del IMC y peso final (tabla 3)

Para su evaluación deben compararse estas cifras con la tabla 1, donde aparecen estos valores antes de iniciar el programa. También se pueden comparar los gráficos 2 y 3 y los gráficos 4 y 5.

Las diferencias entre unas cifras y otras (tabla 4), reflejan su evolución de forma más clara.

c) Efectos adversos

Solo se ha observado un efecto adverso: el estreñimiento, que su-

cedió en 7 individuos (11,6%) y que desapareció con un aumento de la fibra en la alimentación o con tratamiento farmacológico.

Es necesario destacar la participación mayoritaria de mujeres en el programa (6 de cada 7, 86,6%) y los resultados más satisfactorios de los hombres en todos los parámetros observados. Muchos de estos hombres y mujeres continúan aún en el programa y avanzan en su pérdida de peso.

DISCUSIÓN

Al igual que los resultados, se debe hacer la discusión de estos, atendiendo a los dos primeros puntos de vista:

a) Cumplimiento del objetivo pactado.

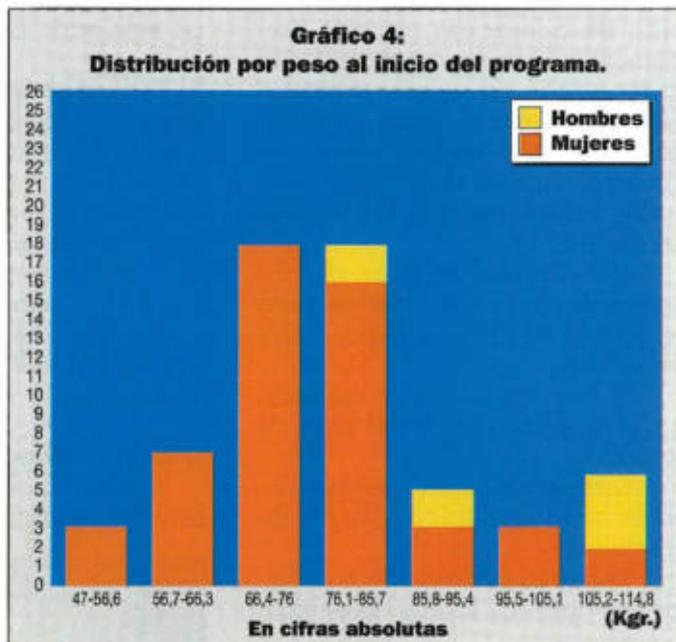
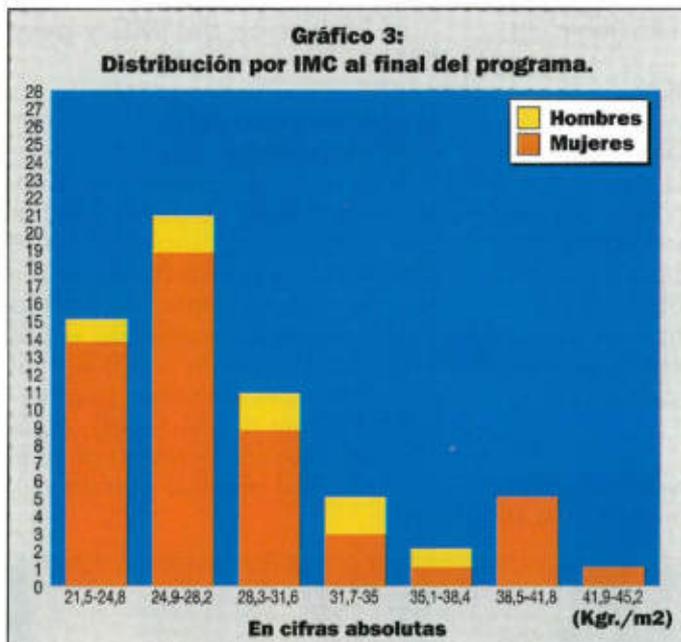
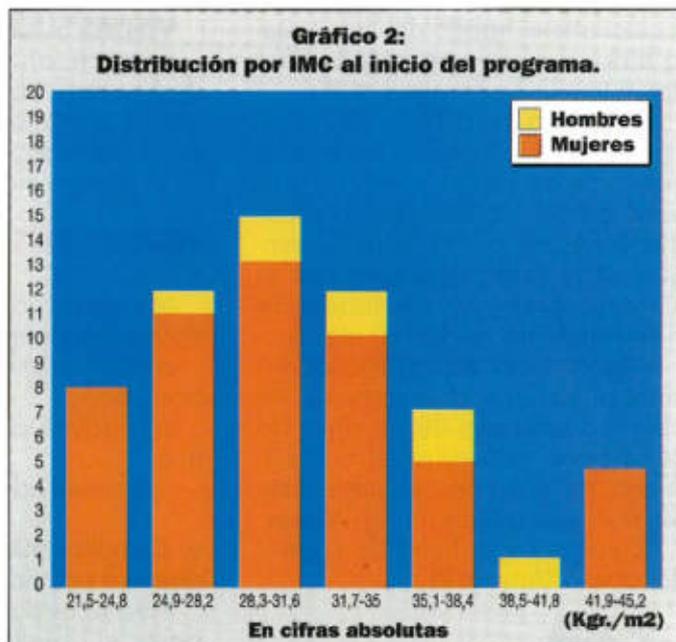
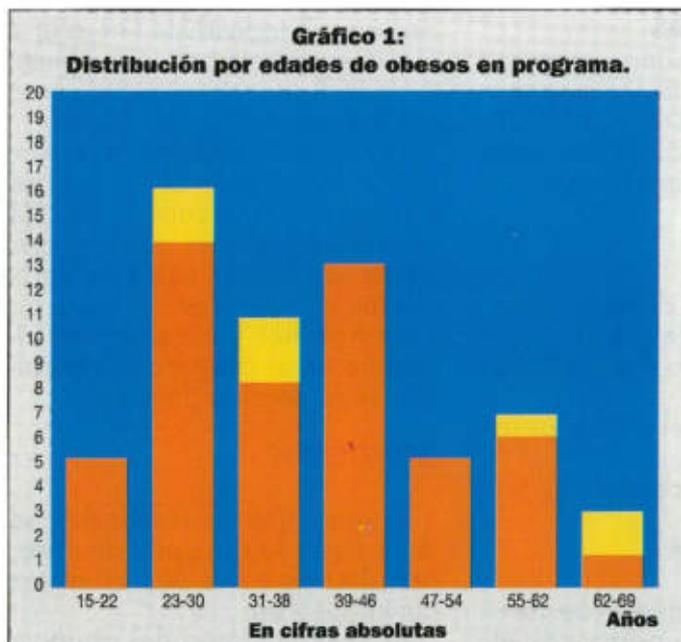
b) Reducción del IMC y peso final.

a) Cumplimiento del objetivo pactado

A la vista de las cifras resultantes en la tabla 2 se puede afirmar que cada obeso incluido en el programa ha perdido (en términos de media), poco más de la mitad del peso propuesto en un principio (12 frente a 6,8 Kg) en casi 1,4 veces el tiempo propuesto (4,3 frente a 5,9 meses), acercándose más los hombres al cumplimiento del objetivo que las mujeres.



La pérdida de peso actúa como estímulo positivo.



Este hecho no resulta extraño, ya que la ambición y el entusiasmo que demuestran los obesos al establecer el objetivo, no siempre se corresponde con la constancia en el cumplimiento del plan de cuidados.

b) Reducción del IMC y peso final

A la vista de la tabla 4, donde se reflejan las diferencias entre ambos parámetros al inicio y al final del programa, se observa una reducción del IMC de 2,7 Kg/m², siendo mayor para los hombres que para las mujeres.

Pero esta cifra aislada no tiene si no se observa en relación con los IMC reales, es decir, el paso de 31,2 Kg/m² a 28,4Kg/m². Este paso supone para la Sociedad Española de Endocrinología (4) el paso de una obesidad a un sobrepeso (Obesidad IMC >=30, sobrepeso IMC <=30), y por tanto el salto para salir de lo que entra dentro del riesgo cardiovascular.

Este resultado es, por tanto, muy satisfactorio y reafirma la necesidad de aplicar el trabajo enfermero en todos los programas llevados a cabo por el equipo de

salud, destacando en este caso la eficacia en la resolución de un problema de salud de la magnitud de la obesidad.

RESUMEN

La obesidad es un grave problema de salud que afecta a una parte cada vez mayor de población industrializada y que tiene una difícil solución a pesar de los esfuerzos que se dedican a combatirla.

En este trabajo se presenta un plan de actuación de enfermería

VALORACION DE LAS DIETAS PARA UNA ALIMENTACION SALUDABLE

Carmen Zurita López (D.E)

Ambulatorio Esperanza Maracena. Atención Primaria

INTRODUCCIÓN

De todos los factores de los que depende la Salud, la alimentación desempeña una función decisiva para el bienestar general del cuerpo.

Si entendemos por alimentación como una serie de hábitos voluntarios y conscientes encaminados a la elección, preparación e ingestión de los alimentos podemos decir, que la alimentación está íntimamente ligada a las facultades intelectuales y manuales que puede desarrollar una persona. Por lo tanto, es aquí donde la EDUCACIÓN SANITARIA O ENFERMERÍA interviene e intenta

ampliar la información y formación necesarias para que la familia, persona o grupo se alimente correctamente. Para ello, enfermería primero realiza el diagnóstico de salud y después elabora y valora las dietas.

Esta idea resume la estructura del trabajo a la par que deja claro la metodología empleada de análisis y aportación de soluciones. Por lo tanto mi método es a la vez empírico y experimental, llegando a la siguiente conclusión:

"Una buena EDUCACIÓN SANITARIA es más importante que un gran presupuesto para gastar en comer, y es salud".

EL DIAGNÓSTICO DE SALUD EN NUTRICIÓN. LA VALORACIÓN NUTRICIONAL.

Al diagnóstico de nutrición se llega a él por la recogida de datos objetivos y subjetivos que la persona, familia o grupo y contexto socio-económico nos proporciona en la visita domiciliaria o consulta de enfermería a través de cinco pasos:

1.- LA ENTREVISTA. Con preguntas abiertas y cerradas sobre las características de la familia:

1.1.- Condiciones individuales: sexo, edad, peso, salud, enfermedad.

1.2.- Tipo o actividad de trabajo.

1.3.- Hábitos alimentarios: Alimentos consumidos en la última semana, su distribución en el día y las cantidades de los mismos.

2.- LA OBSERVACIÓN Y LA EXPLORACIÓN, de la persona, familia o colectividad, su peso ideal y real, el índice de masa corporal, el estado de la piel, etc.

2.1.- EL PESO IDEAL

El peso ideal según la fórmula de LORENTZ es:

$$P(\text{kg}) - T(\text{cm}) - 100 - \frac{\text{Talla} - 150}{4} \text{ (hombres)}$$

$$2 \text{ (mujeres)}$$

2.2.- EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El índice de masa corporal (Índice de Quetelet) se basa en la relación Peso/Talla y es de los



Momento de la entrevista sobre los hábitos alimentarios.

más utilizados para evaluar el grado de obesidad.

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

Para determinar el grado de obesidad puede utilizarse la clasificación de GARROW:

TIPO	INDICE DE QUETELET	GRADO DE OBESIDAD
I	25 - 30	Leve
II	30 - 40	Moderada
III	± 40	Grave

3.- LA DIETA. Es un término que viene de "Daita" significa forma de vivir o sistema de vida. Actualmente su significado más preciso indica el modo de nutrirse o régimen de alimentación de una persona. La recogida de datos a través de la entrevista, la observación y la exploración, junto a los hábitos dietéticos recogidos por escrito, nos da la información de cómo es la dieta de la persona, familia o grupo.

4.- EL ESTADO DIETÉTICO. Viene determinado por lo que come la persona, familia o grupo y puede ser que:

4.1. COME BIEN, es decir la dieta se ajusta a sus necesidades. Hay equilibrio entre el aporte exógeno y el gasto endógeno. Su peso se asemeja al peso ideal porque hay equilibrio calórico.

4.2. COME MUCHO O POCO, la dieta no se ajusta a sus necesidades. Hay desequilibrio energético. Falta de peso si ingiere menos calorías que consume y exceso de peso si consume más calorías que gasta.

4.2.1.- DELGADEZ. La falta de Peso ejerce varios efectos sobre el organismo: Se deteriora, disminuye la resistencia a las infecciones, decae la capacidad de trabajo, disminuye la actividad sexual y el funcionamiento neuromuscular, etc. La causa más frecuente de pérdida de peso es una alimentación deficiente, trastornos psíquicos, las afecciones que dificultan la digestión, absorción y el metabolismo de los alimentos y nutrientes.



Realización del protocolo sobre dietas en visita domiciliaria.

4.2.2.- OBESIDAD. El exceso de Peso, además del problema social que puede representar es peligro para la salud ya que lleva el riesgo de muerte prematura, está estrechamente relacionado con: la hipertensión arterial, afecciones de corazón y sistema circulatorio, enfermedades de la vesícula biliar, Diabetes Mellitus y complicaciones durante el embarazo.

5.- EL ESTADO NUTRITIVO.- Es el estado de una persona, familia o grupo influenciado por lo que come. Puede ser:

5.1.- EQUILIBRADO. La dieta cumple las leyes de la alimentación que son cuatro:

5.1.1.- DE LA CANTIDAD; que los alimentos se tomen en la cantidad suficiente.

5.1.2.- DE LA CALIDAD; que se tomen todos los nutrientes.

5.1.3.- DE LA ARMONIA, que cada nutriente se tome en la proporción adecuada.

5.1.4.- DE LA ADECUACIÓN; que se adapte a las características de las personas, edad, actividad que desarrolla...

5.2.- DESEQUILIBRADO. La dieta no cumple algunas de las leyes.

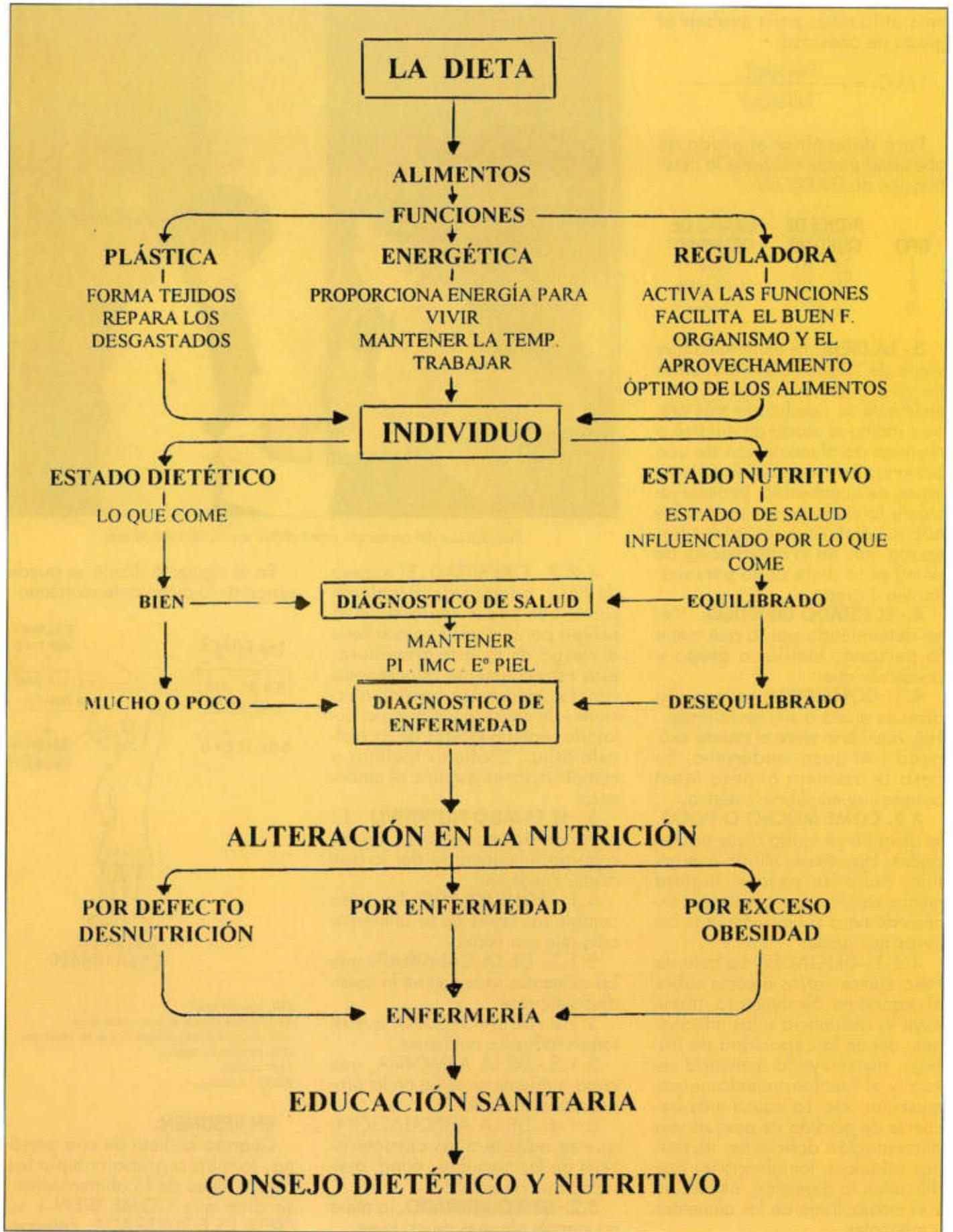
En el siguiente dibujo se puede observar lo dicho anteriormente:



MB.- Energía basal.
AF.- Energía gastada en la actividad física.
ADE.- Acción dinámico-específica de los alimentos.
HC.- Hidratos de carbono.
LIP.- Lípidos.
PROT.- Proteínas.

EN RESUMEN:

Cuando la dieta de una persona, familia o grupo cumple las cuatro leyes de la alimentación, se dice que COME BIEN y su DIETA ES EQUILBRADA. Enferme-





Una buena dieta debe tener la calidad, cantidad, armonía y adecuación precisa para cada persona, familia o grupo.

ría hace un **DIAGNÓSTICO DE SALUD** que ha de **MANTENER** o **MEJORAR** si cabe; pero si no cumple las leyes de la alimentación porque **COME MUCHO** o **POCO** o lo hace en **PROPORCIÓN INADECUADA** su **DIETA** es **DESEQUILBRADA**, Enfermería hace un **DIAGNÓSTICO DE ALTERACIÓN** y trata de **MODIFICAR LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS** de las personas a través del **CONSEJO DIETÉTICO Y NUTRITIVO**, es decir intenta ampliar la información y formación necesarias para que su alimentación sea correcta. (Se puede observar en la tabla de la página siguiente).

LA ELABORACION DE LAS DIETAS

1.- LA DIETA IDEAL. No existe una **DIETA IDEAL** que pueda prescribirse para todos ya que cada persona tiene sus propios requerimientos, pero si existe acuerdo para recomendar una alimentación diaria combinando los distintos alimentos de la rueda de los alimentos en cantidades suficientes.

De acuerdo con este criterio, se propone la elaboración de menús por raciones o porciones.

"La ración" es la cantidad o porción de alimento adecuada a la capacidad de un plato "normal" aunque a veces representa una o varias unidades de alimento. Por ejemplo:

1 pieza de fruta mediana = 3 ciruelas = 12 cerezas

Esto permite una fácil comprensión del concepto de equilibrio alimentarlo, a la vez que una adaptación de las comidas de acuerdo con los gustos individuales y familiares, puesto que se puede elegir entre alimentos equivalentes desde el punto de vista nutritivo.



vo aunque con pesos diferentes, dentro de cada grupo.

LOS ALIMENTOS CON IDÉNTICA CANTIDAD DEL PRINCIPAL NUTRIENTE SON EQUITVALENTES.

100 grs. de pescado = 100 grs. de carne = 2 huevos (Proteínas)

2.- RACIONES RECOMENDADAS.

Las recomendaciones actuales para llevar a cabo una alimentación equilibrada y saludable son:

GRUPOS	RACIONES	ALIMENTOS
FARINACEOS.	4-6	Pan, pastas, arroz, legumbres, patatas
VERDURAS....	2-4	Incluir alguna ensalada
FRUTAS.....	2-3	Incluir los cítricos
LÁCTEOS.....	2-3	Leche y derivados
CÁRNICOS.....	2-5	Carnes y equivalentes
GRASAS.....	40-60 gr.	Para condimentar y cocinar (se debe usar aceite de oliva, preferentemente si no de semillas)

3.- LA PLANIFICACIÓN DE DIETAS.

Después de tener en cuenta:

- * Las características de la familia, hábitos alimentarios y necesidades nutritivas.
- * El diagnóstico de salud o alteración en nutrición.
- * La disponibilidad de alimentos por facilidad de adquirir y precio.

Se confecciona la dieta utilizando las raciones alimentarias recomendadas que incluyen: la rueda de los alimentos y las leyes de la alimentación.

PASOS A SEGUIR EN LA PLANIFICACIÓN DE LAS DIETAS.

3.1.- Anotar los alimentos base.

3.2.- Especificar recetas y guarnición.

3.3.- Completar el menú: Postre, desayuno, meriendas, extras.

3.4.- Adaptar a las necesidades familiares (niños, ancianos, enfermos).

3. 1.- PRIMER PASO: ANOTAR LOS ALIMENTOS BASE.

RACIONES	LACTEOS 2-3	FARINACEOS 4-6	VERDURAS 2-4
	FRUTAS 2-3	CÁRNICOS EQUITVALENTES 2-5	

DÍA	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	CENA
LUNES	LECHE	ARROZ PESCADO		SOPA HUEVOS
MARTES	LECHE	PATATAS CARNE		CONSOMÉ EMPANADA
MIÉRCOLES	LECHE	VERDURAS CARNE		SOPA FIAMBRE
JUEVES	LECHE	LEGUMBRES PESCADO		SOPA HUEVOS
VIERNES	LECHE	PASTAS HUEVOS		CREMA PESCADO
SÁBADO	LECHE	PATATAS CARNE		VERDURA CROQUETAS
DOMINGO	LECHE	VERDURA POLLO		SOPA HUEVOS

3. 2.- SEGUNDO PASO: ESPECIFICAR RECETA O ALIMENTOS Y GUARNICION.

DIA	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	CENA
LUNES	LECHE con café	ARROZ, blanco con judías V. zanahoria y salsa de tomate. PESCADO, truchas o pez espada		SOPA, de semola HUEVOS, tortilla con champiñón
MARTES	LECHE con café	PATATAS, guisadas. CARNE, Hamburguesas con ensalada de lechuga y tomate		CONSOMÉ EMPANADA, de hojaldre con pastel de york y queso
MIÉRCOLES	LECHE con café	VERDURAS, variadas. CARNE, cerdo con huesos de manzanas		SOPA, de fideos FIAMBRE, con patatas fritas. Yogurt
JUEVES	LECHE con café	LEGUMBRES, garbanzos con espinacas. PESCADO, pescada y sardinas fritas con limón		SOPA de verduras HUEVOS, con salsa bechamel
VIERNES	LECHE con café	PASTAS, tallarines con refrito de almejas y zanahorias. HUEVOS, con patatas fritas		CREMA, de legumbres (sobras) PESCADO, filetes de pescada frita con limón
SÁBADO	LECHE con café	PATATAS, puré al monte con chorizo y cebolla. CARNE, filete de ternera con calabacín		VERDURAS, acelgas rebogadas. CROQUETAS, de pescado y carne (sobras)
DOMINGO	LECHE con café	VERDURA, menestra POLLO al chilindrón con pan frito		SOPA, de arroz HUEVOS, tortilla de patatas

3. 3.- TERCER PASO: COMPLETAR MENÚ, POSTRE, DESAYUNO, MERIENDAS.

DIA	DESAYUNO	ALMUERZO	MERIENDA	CENA
LUNES	café con LECHE. Fiambre, pan, mantequilla pan	ARROZ, blanco con verduras y salsa tomate. TRUCHA, con patatas al horno. manzanas, naranja	café con LECHE. magdalenas queso con mermelada	SOPA de semola. TORTILLA francesa con champiñón. manzana, pera
MARTES	café con LECHE. TORTILLA francesa pan	PATATAS, guisadas. HAMBURGUESAS, con ensalada. naranjas a ruedas	ZUMO tostadas con mantequilla o pastas	CONSOMÉ EMPANADA de hojaldre con jamón york y queso
MIÉRCOLES	café con LECHE. mantequilla mermelada pan, cake	VERDURAS, variadas (del tiempo). CARNE, chuleta de cerdo con huesos de manzana frita	ZUMO galletas surtidas	SOPA de fideos FIAMBRE con patatas fruta
JUEVES	café con LECHE. mantequilla mermelada pan, queso	LEGUMBRES garbanzos con espinacas pescada y sardinas fritas con limón. pera, plátano	Café con LECHE. hojaldritos embutidos (chorizo o salchichón)	SOPA de verduras HUEVOS con salsa bechamel. fruta
VIERNES	Café con LECHE. bizcocho pan mantequilla mermelada	PASTA, Tallarines con refrito de zanahoria y almejas. HUEVOS fritos con patatas. Macedonia	Café con LECHE. Pasteles	CREMA de legumbres, (sobras) PESCADO en filete frito con limón. manzana o naranja
SÁBADO	café con LECHE. croissant pan mantequilla mermelada	PATATA, puré al monte con chorizo y cebolla. CARNE, filete de ternera con calabacín o pimientos fritos	café con LECHE. o chocolate pastas, sobrasada o foie-gras	VERDURA. Acelgas rebogadas. CROQUETAS de pescado y carne (sobras)
DOMINGO	café con LECHE. o chocolate, churros o pastel de hojaldre.	VERDURAS, menestra. CARNE, pollo al chilindrón o guisado. tarta o fruta	café con LECHE. zumo sandwich o tarta	SOPA de arroz. TORTILLA de patatas. naranja o zumo

**ANEXO I.
RACIONES INDIVIDUALES EN LAS
DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA**

Alimentos	2-6 años	7-18 años	Adultos	Ancianos	gestantes
LÁCTEOS					
Leche o yogur	150-200 ml	200-250 ml	200 ml	200 ml	300 ml
Requesón	30-50 g	50-60 g	60-80 g	60-80 g	80-100 g
Queso (semi)	20-40 g	30-50 g	40-60 g	40-60 g	70 g
CARNES					
Carnes	80-100 g	110 g	100-110 g	100 g	160 g
Pescados	100-110 g	120 g	120-130 g	100 g	200 g
Jamón cocido	80-100 g	100-120 g	110 g	100 g	160
Huevos (60g)	1 unidad	2 unidades	2 unidades	1 unidad	2 unidades
Pollo (1500 g)	1/8-1/4	1/4	1/4	1/4	3/8
FARINACEO					
Pan	30-50 g	60-100 g	50-80 g	50 g	60 g
Arroz, pasta	30-50 g	50-100 g	60-80 g	40 g	70 g
Patatas	180-200 g	250-300 g	250-400 g	200 g	300 g
Legumbres	40 g	50-100 g	50-80 g	40 g	60 g
FRUTAS					
En general	100-130 g	130 g	130 g	130 g	200 g
VERDURAS					
En general	100-150 g	200 g	200-250 g	150 g	250 g

Se considera que cada comida importante (almuerzo y cena) puede incluir 20-30 g. de materia grasa (ración para los adultos). Si se consumen grasas en otras comidas, debe tenerse en cuenta para que el total diario no sea superior a los 60 g. de grasas de adición.

**ANEXO II.
VALORACION DE LAS DIETAS**

DÍA	RAC	LÁCTEOS		FARINACEO		VERDURAS		FRUTAS		CARNICOS Y EQUIVAL. 2-5	
		2-3	4-6	2-4	2-3						
L	D	1	1/2			1+1		1/2			
	A	2,5	1+1	4	1	1,5	1,5	3,5	1	3	
	M	1,5	1/2						1/2		
	C		1		1/2					1	
M	D	1	1/2				1		1/2		
	A	2	1+1	4	1	1	1	2	1	2,5	
	M		1/2								
	C	1	1,5							1	
MX	D	1	1						1/2		
	A	1/2	2	1,5	5	1	1	1,5	2,5	1	2,5
	M										
	C	1/2	1,5					1		1	
J	D	1	1							1/2	
	A	2,5	1+1	5	1+1	2	1/2	2,5	1+1	3,5	
	M	1	1,5				1			1/2	
	C	1/2	1/2					1		1	
V	D	1	1				1		1/2		
	A	2	1+1	5,5	1/2	1/2		2,5	1,5	3	
	M	1	1								
	C		1,5					1,5		1	
S	D	1	1,5								
	A	2	1	4	1,5	1,5	1	1	1,25	2,25	
	M	1	1		1				1/2		
	C		1/2							1/2	
D	D	1	1								
	A	2	1	4	1	1		1,5	1,5	3	
	M	1	1					1/2		1/2	
	C		1					1		1	

IV.- VALORACIÓN DE LAS DIETAS.

Se realiza de forma más cualitativa que cuantitativa teniendo en cuenta las dietas elaboradas por la persona, familia o grupo en su domicilio y las raciones recomendadas (ver anexo I y II).

En el anexo II se puede observar la valoración aproximada de la relación de dietas anteriormen-

te trabajadas, -facilitadas por un colegio Mayor-, y de las que se concluye:

"SON SALUDABLES" pues satisfacen las raciones individuales recomendadas de todos los grupos de alimentos, excepto el de las verduras, cuya ración solo alcanza la cantidad aconsejada un día, el jueves.

La EDUCACIÓN SANITARIA se

basará en dar esta información para que se vigile e incluya mayor cantidad de verduras en las siguientes dietas:

CONCLUSION

La buena educación sanitaria es más importante que un gran presupuesto para gastar en comer y es salud.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BAYER Y CLINIC "Plan de alimentación por raciones". Servicio de Endocrinología y nutrición. Unidad de Educación Diabetológica. Hospital Universitario de Barcelona 1994.
- 2.- CARPENITO J. Manual de diagnósticos de enfermería. Interamericana Mcgraw-Hill. Madrid 1993.
- 3.- CERVERA P. y otros. Alimentación y dioterapia. Madrid, Interamericana, 1994.
- 4.- GÓMEZ RECIO R. Dietéticapráctica. Madrid, Rialp S.A., 1992.
- 5.- MARTINEZ FALERO J. La ciencia de la nutrición, alimentación y dietética. Madrid, EGRAF, 1995.
- 6.- MUNOZ M. Dietas terapéuticas. CEICID. Madrid 1979.
- 7.- ROJAS HIDALGO E. Dietética. Principios y Aplicaciones. Madrid, Cea S.A., 1985.
- 8.- THOULON PAGE CH. Alimentación en las personas sanas. Masson S.A., 1.992.
9. MATAIX VERDÚ J.; CARAZO MARIN E., Nutrición para educadores. Madrid, Diaz de Santos, S.A. 1995.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

**TU COLEGIO
TE PROTEGE
CON 100**

**MILLONES
DE
PESETAS**

*¡No te olvides!
Tu seguridad, ante todo*



ORGANIZACION
COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

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

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

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

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

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

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

ESTRUCTURA

• Introducción: Será lo más breve posible y su regla básica consistirá en proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda

comprender el texto que sigue o continúa.

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

• Resultados: Se relatarán las observaciones efectuadas con el material y método empleado. Estos datos pueden publicarse con detalle en el texto o bien en forma de tablas, figuras o gráficos. Las fotografías y los gráficos, en conjunto, forman las figuras. Se numerarán de forma correlativa y conjunta con números árabicos. 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 autores intentarán ofrecer sus propias opiniones sobre el tema. Destaca en este apartado lo siguiente:

- El significado y la aplicación práctica de los resultados.
- Las consideraciones sobre una posible inconsciencia de la metodología y las razones por las cuales pueden ser válidos los resultados.
- La relación con publicaciones similares, si las hubiera.
- Las indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

• Agradecimientos: Cuando se

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

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

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

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

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

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

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

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

ACLARACION

En relación al trabajo titulado "La supervisora según el personal de Enfermería", publicado en el número 34 de la revista Hygia, lleva como primer firmante a D. Enrique Torné Pérez.

De igual manera en el artículo "Actuación del estomaterapeuta en la problemática del paciente ostomizado", que se publicó en el número 33 de Hygia, el segundo apellido de D. Ildefonso Chacartegui es Martínez y no Fernández.



PREMIOS

PRIMERO : 600.000 PESETAS

SEGUNDO : 300.000 PESETAS

TERCERO : 200.000 PESETAS

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

B A S E S

- 1.ª **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2.ª **OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3.ª **DOTACIÓN:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, TRESCIENTAS MIL PESETAS (300.000) para el trabajo premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4.ª **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por duplicado, en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- 5.ª **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6.ª **JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería.
- 7.ª **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- 8.ª **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- 9.ª **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería, al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, Avda. de Ramón y Cajal, nº 10 (41005 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XIII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación. En su interior incluirá: el trabajo conforme se indica en el punto 4.ª de estas bases, firmado con pseudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo pseudónimo incluyendo nombre y dirección completa de autor o autores, teléfono de contacto del 1.º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae.
- 10.ª **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XIII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11.ª **TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo. Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de Octubre de 1997. Los Premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado. El fallo del Jurado se hará público el día 15 de diciembre de 1997.

Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERIA
DE SEVILLA

Premios 1996:

- 1.º D. Antón Altamirano López (Vizcaya).
- 2.º D. Luis López Rodríguez (Sevilla).
- 3.º D. Juan Francisco Rufino González (Málaga).