

Revista Científica 

# **HYGIA** de **ENFERMERIA**

Nº 39, Año XI 2º Cuatrimestre del 1998

Colegio de Enfermería de Sevilla



**Sutura Seda "Versus" Sutura Metálica  
en el cierre quirúrgico del Hallux Valgus**

**El traslado secundario del paciente sometido a  
Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea**

**Clima Social Laboral**

**Unidades de Enfermería: Desarrollo y viabilidad**

**Actuación de Enfermería en una  
Unidad de Desintoxicación Comunitaria**

**Relación catéteres epicutáneos-sepsis**

**Sida y escolares, una experiencia educativa**

# Crédito Coche 100x100 Caja Madrid

Si no lo tiene,



es porque no quiere.

Descapotables, familiares, deportivos, todoterrenos,... no importa cuál sea el modelo de sus sueños. Con el nuevo **Crédito Coche 100x100 Caja Madrid** considérello suyo. Desde un importe mínimo de 500.000 pesetas hasta un máximo de 8.000.000 de pesetas, le ofrecemos una financiación de hasta el 100% del importe del vehículo y del seguro. Sin comisión de apertura ni de estudio, y a un **interés nominal del 4,95%\* el 1º trimestre.**

**8'43%**  
**8 TAE\*\***

Entre en Caja Madrid, tenemos su crédito.

Infórmese en el 902 2 4 6 8 10  
<http://www.cajamadrid.es>



Patrocinador Oficial  
Selección Española  
de Fútbol Mundial '98

(\*\*)TAE calculada para operaciones a 3 años. (\*)Resto del plazo Interés Variable, con revisión semestral, según tipo activo de referencia de Cajas de Ahorros más 150 puntos, redondeado por exceso a 1/4 punto. Último tipo publicado el 21.03.98 (7,125%). Plazo Máximo 5 años. R.B.E.: 264/98.



## La investigación histórica en Enfermería. Una disciplina joven para una profesión antigua

«A los enfermeros, que son con quienes tengo de ablar en todo este libro: (...) No mires quien lo escriuió, sino mira qué tal es lo escrito, que a mí el buen çelo que siempre tube de la salud y alibio de los enfermos y la larga experiencia de muchos anos de enfermero me fue motiuo para tomar este trauxo y, ansimismo, el ber y experimentar quán pocos son los que en estos tiempos procuran de preçiar-se de buenos enfermeros, siendo de tanta importancia en la Mediçina (...)».

El anterior texto, sacado del Prólogo de Directorio de Enfermeros, obra escrita por el enfermero Simón López mediado el siglo XVII, va a servirnos para introducir las siguientes líneas que pretenden ser una breve reflexión sobre una de las funciones de Enfermería, la de investigar y, dentro de ésta, la investigación de la historia de la profesión.

¿Qué aporta la historia de la Enfermería al mundo de hoy? ¿Por qué y para qué investigar el pasado de nuestra profesión? Hace dos décadas, mediante el Real Decreto 2128/1977, las Escuelas de A.T.S. se constituyen como Escuelas Universitarias, creándose el título de Diplomado en Enfermería. Este hecho supondría un profundo cambio en los planes de estudio y, en consecuencia, en el perfil de este profesional, repercutiendo todo ello de forma directa en sus funciones -asistencia, administración, docencia e investigación-. La titulación universitaria conlleva, necesariamente, el desarrollo de la función de investigación: nuestras Facultades y Escuelas no son sólo fábricas de técnicos y prácticos, sino que, además, se constituyen en centros de investigación.

Una de las líneas de investigación de cualquier disciplina o profesión es la histórica. El conocimiento de su pasado, en nuestro caso el de la Enfermería, le va a permitir, entre otras cosas, clarificar el contexto en que se halla y establecer, en consecuencia, planes y estrategias para el futuro. Asimismo, investigar la historia de los cuidados enfermeros nos hace ver que las doctrinas y teorías formuladas por ilustres antecesores, entre los cuales incluimos a autores desconocidos por la inmensa mayoría, como el que encabeza estas líneas, no alcanzan su culminación y pleno sentido en las teorías hoy vigentes, sino que estas últimas son una fase más del cambio histórico. Entendemos que uno de los objetivos centrales de la investigación histórica reside en el análisis de los cambios que han experimentado las distintas teorías y posicionamientos teóricos que sobre el quehacer enfermero se ha generado en cada período histórico concreto, análisis, en definitiva, que va a ayudarnos a aclarar los términos en que dichos planteamientos teóricos y prácticos se conciben en nuestros días.

Como disciplina académica, la Historia de la Enfermería ha experimentado distintos vaivenes: desde formar parte de un área más amplia, a modo de introducción de la Carrera, ha pasado a ser considerada como asignatura obligatoria con una notable carga lectiva. La investigación histórica, en definitiva, es un campo sin límites, en donde los resultados son, a veces, insospechados, que nos ayuda en la búsqueda de una identidad profesional, a una toma de conciencia de grupo, a corregir errores y a avanzar, tal como recogía el lema del Simposium que sobre dicho tema se ha celebrado hace unos meses en este mismo Colegio de Enfermería.

Manuel Jesús García Martínez  
(D. E. Director de Híades. Revista de Historia de la Enfermería)

**EDITA**

Iltre. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

**DIRECTOR**

José María Rueda Segura

**SUBDIRECTOR**

Francisco Baena Martín

**DIRECCIÓN TÉCNICA**

Miguel Ángel Alcántara González

**CONSEJO DE REDACCIÓN**

Carmelo Gallardo Moralecha

M<sup>a</sup> Dolores Ruiz Fernández

M<sup>a</sup> Josefa Espinaco Garrido

Amelia Lerma Soriano

M<sup>a</sup> Fernanda Fuentes Paniagua

Antonio Hernández Díaz

M<sup>a</sup> Eugenia Jiménez de León

Alfonso Álvarez González

Encarnación Jiménez García

Hipólito Gallardo Reyes

**TIRADA**

8.000 ejemplares

**ISSN**

1.137-7178

**DEPÓSITO LEGAL**

SE-470-1987

**SOPORTE VÁLIDO**

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con referencia S.V. 88032 R.

**MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN**

Tecnographic, S.L.

Tel. 95 435 00 03/Fax 95 443 46 24

# Sumario

3  
tres

*La investigación histórica en Enfermería. Una disciplina joven para una profesión antigua*

5  
cinco

*Sutura Seda "Versus". Sutura Metálica en el cierre quirúrgico del Hallux Valgus*

9  
nueve

*El traslado secundario del paciente sometido a Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea*

15  
quince

*Clima Social Laboral*

20  
veinte

*Unidades de Enfermería: Desarrollo y viabilidad*

25  
veinticinco

*Actuación de Enfermería en una Unidad de Desintoxicación Comunitaria*

31  
treinta y uno

*Relación catéteres epicutáneos-sepsis*

35  
treinta y cinco

*Sida y escolares, una experiencia educativa*



José María  
Valseca  
Fernández  
Colegiado  
nº 10.239  
Título: "Mar de  
luces"

*La revista HYGIA no se hace responsable necesariamente del contenido de los artículos publicados, correspondiendo dicha responsabilidad a los autores de los mismos.*

# SUTURA SEDA "VERSUS" SUTURA METÁLICA EN EL CIERRE QUIRÚRGICO DEL HALLUX VALGUS

Juan Prieto Romero<sup>1</sup>

Manuel Díaz Navarro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermero. Supervisor de Consulta de Traumatología. <sup>2</sup>Enfermero EMAT Sur. Hospital Militar "Vigil de Quiñones". Sevilla.

## Resumen

Planteamos un estudio comparativo entre suturas de seda y grapas metálicas en el cierre de piel de la corrección quirúrgica del Hallux Valgus.

El trabajo se llevó a cabo mediante el seguimiento de los pacientes intervenidos de dicha patología desde Enero a Junio de 1994 en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Militar de Sevilla.

La población de estudio ha sido de 43 casos elegidos al azar durante el periodo antes mencionado. Revisada la bibliografía existente en los 10 últimos años, encontramos estudios comparativos de distintos materiales de sutura pero, en ningún caso, en el pie. Por lo que nos pareció interesante continuar con el estudio, ya que en nuestro Servicio se elegía la sutura sólo por la comodidad o gusto del cirujano, sin plantearnos otro tipo de cuestiones.

## Introducción

El Hallux Valgus es una patología muy común que se caracteriza por una deformidad hacia fuera del primer dedo del pie (Fig.1), salida de la cabeza del primer metatarsiano hacia dentro y deformidad en varo del primer metatarsiano.

Existen otra serie de deformidades menos evidentes como son:

- El desplazamiento lateral del tendón Flexor Corto del primer dedo y de los Sesamoideos que están en ellos.
- Extensor Largo y del Flexor Corto del primer dedo. Rotación medial del primer dedo.
- Rotación medial del primer dedo.
- Desplazamiento plantar del tendón del Abductor del dedo gordo y Cuerda de Arco de los tendones del Extensor Largo y del Flexor Corto del primer dedo.

El músculo aductor del dedo gordo al situarse su inserción por fuera de la base de la falange proximal en presencia de deformidad en Varo del primer metatarsiano, mantiene o agrava la deformidad en Valgo del dedo gordo.

La prominencia de la cabeza del primer metatarsiano se debe al engrosamiento inflamatorio y traumático de la bolsa que la cubre y a la angulación en Valgo de la falange proximal. Muchas veces la artrosis de la articulación es un fenómeno secundario.

Su etiología puede ser hereditaria y/o adquirida. El Hallux Valgus se instaura con mayor frecuencia en *pies relajados o desplegados*. En el pie tipo egipcio donde el calzado fuerza el dedo primero hacia adentro es la principal causa adquirida.



Fig. 1. El Hallux Valgus se caracteriza por la deformidad hacia fuera del primer dedo del pie.

Según Kaplan existe una variante anatómica que pudiera ser una de las causas de esta patología. Él halló, en un estudio con cadáveres, siempre una prolongación del Tendón Tibial Posterior que se inserta en el Flexor Corto del dedo gordo. A medida que se instala el Hallux Valgus, al acentuarse el varo del primer metatarsiano, se debilita la fuerza del dedo gordo para dar la fuerza del empuje en la marcha. De modo que las cabezas de los metatarsianos 2º y 3º soportan una carga más grande, se forman hiperqueratosis debajo de ellos y todo el área se torna dolorosa.



Fig. 2. Asociación de otras patologías propias del pie al Hallux Valgus.

En consecuencia, es frecuente que el Hallux Valgus de larga duración se asocie con callos, dedos en "garra", subluxación de articulaciones y otras afecciones del pie. (Fig.2).

De todos modos, la mayoría de los autores coinciden en señalar que un zapato puntiagudo y estrecho es esencial para producir el inicio o el agravamiento de las molestias. Esto mismo, según el Prof. López Duran hace que haya una proporción mujer/hombre de 40/1 dado el tipo de calzado utilizado por unos y otros. Aunque también es verdad, que con las modas actuales esto puede cambiar.

El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor. Que junto con la dificultad para encontrar calzado y la estética son las razones para acudir a la consulta del Traumatólogo o del Podólogo.

No siempre está indicada la intervención quirúrgica, ya que en algunos casos con la utilización de un calzado adecuado y las visitas al Podólogo puede ser suficiente. Pero llegado el momento de la intervención quirúrgica hay que elegir entre una gran variedad de técnica, porque no todos los pacientes son susceptibles de la misma.



Fig. 3. Distribución por tipo de sutura.

En resumen todas las técnicas tienen que:

- Corregir la deformidad Valgo de la falange proximal.
- Retirar la exostosis de la cara medial y dorsal de la cabeza del 1º metatarsiano.
- Corregir la deformidad varo del 1º metatarsiano.
- Corregir la tensión excesiva de los extensores del 1º dedo.
- Corregir la deformidad concomitante del pie anterior.



Fig. 4. Comparación suturas y resultado.

## Material y Método

El motivo de este estudio ha sido el cuestionarnos, a la hora del cierre de piel en la intervención quirúrgica del Hallux Valgus, si utilizar grapas metálicas o seda, observando las ventajas o inconvenientes en la cicatrización de la herida. Ya que lo hacíamos de una manera aleatoria sin plantearnos cuál de los métodos reducía el tiempo de cicatrización o cuál podría influir en posibles problemas de la misma, ni cuál iba mejor en esta región anatómica.

Se estudiaron los pacientes intervenidos en nuestro Servicio desde Enero a Junio de 1994. A ellos se les sometía a una encuesta donde se recogían datos de edad, sexo, antecedentes personales de interés y patologías actuales.

A todos se les mantuvo, independientemente del tipo, la sutura durante 12 días.

De los estudiados no se desechó a ninguno. Aunque sí se desecharon algunas cuestiones que se les planteaban, como por ejemplo las patologías actuales y

los antecedentes personales por ser muy reducido su número y pensar que no iban a influir en el resultado final.

Tampoco se ha tenido en cuenta la edad a la hora de valorar los resultados, ya que la mayoría de los pacientes sobrepasaban los 50 años.

En la primera visita que realizaban a la consulta de Enfermería posteriormente al alta hospitalaria, se les sometía, previo consentimiento, a la entrevista anteriormente mencionada. Ninguno se negó a ello. Se les realizaba una primera evaluación de la herida anotando si se encontraban signos de infección y/o dehiscencia de sutura. Este seguimiento se continuaba hasta cumplir los 12 días desde la intervención quirúrgica, momento en el que procedíamos a la retirada de la sutura.

De los cuarenta y tres casos estudiados en uno solo se presentó infección de la herida.

El método de sutura era elegido al azar. Aunque intentábamos que fuera un ritmo alternativo. No planteándonos si esto ha podido influir o no en el resultado final del estudio. Se aplicaron un total de 17 suturas metálicas y 26 de seda (Fig. 3). De todas ellas se obtuvieron que en 34 casos no se presentó problema alguno. De estos 23 eran suturas de seda (67,6%) y 11 fueron grapas metálicas (32,4%) (Fig. 4).

Tuvimos problemas en la cicatrización en 9 casos. De ellos, 4 eran con sutura de seda (44,4%) y 5 grapas metálicas (55,6%). Tanto en unos como en otros el principal problema fue la deshiscencia de sutura, ya que en un solo caso se presentó infección de la herida, como se ha comentado anteriormente. En todos los casos donde se produjo la dehiscencia, ésta se dio en la zona de la articulación metatarsofalángica del 1º dedo, presentando el resto de la herida una cicatrización perfecta.

Para obtener los resultados se aplicó un estudio estadístico mediante programa informático SPSS utilizando la fórmula CHI CUADRADO. Contrastando los resultados obtenidos entre el tipo de sutura y las complicaciones derivadas de ellas. Obteniendo una probabilidad de 0,25354. Siendo, por tanto, NO SIGNIFICATIVA. Este resultado coincidía con otros estudios realizados en otras zonas corporales.

## Conclusiones

1. Al igual que en otros estudios realizados comparando materiales de suturas, no hemos encontrado beneficios de una sobre otra. Quizás el único beneficio que encontramos de la grapa metálica sobre la seda es que aquella es más rápida y fácil de poner que la segunda.
2. Quizás en este estudio no hemos tenido en cuenta algunos parámetros como, por ejemplo, la edad. Ya que la mayoría de nuestros pacientes sobrepasaban los 50 años.



6. Osteotomía 1º Metatarsiano.



7. Regulación de la cabeza del 1º metatarsiano.



8. Liberación de los sesamoideos.



9. Cierre por grapas.

3. Al igual que en otros estudios hemos podido comprobar que es una patología que se da en mujeres mucho más que en hombres (38 mujeres por 5 hombres). (Fig. 5).
4. Podría haber sido interesante haber tenido en cuenta la patología concomitante de los miembros inferiores que pudieran enlentecer la cicatrización, pero sólo tuvimos 3 casos.

Pero, quizás, de este modo se pueda dejar abierta la puerta para otros posibles estudios.

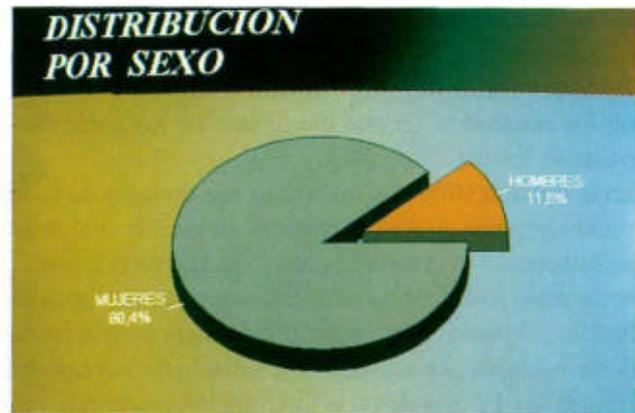


Fig. 5. Distribución por sexo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ligatin of actual pedicle durig laparoscopic nephrectomy: a comparison of staples, clips, an sutures. *Laparoendose Srug (United States)* Feb 1993 3 (1) pag 7-12. Kerbi K, Chadhoke Ps, Clayman Rv, Mac-Dougall E; Sone AM, Figenshan RS.
2. Comparison of diferente ligature materials used for T-tube esophageal exclusion. Lee YC, Luh Sp, Tsai CC, Hsun HC, Chu Sh. *J Formos Med Assoc (Taiwn)* Mar. 1992;91 (3) pag.294-8.
3. The sonthmead suture study. A randomized comparison of suture materials and suturing techniques for repair of perineal trauma. Mohamed K, Grant A, Ashurst H, James. *Br J obstet Gyneacol (England)* Nov 1989 96 (11) pag. 1272-80.
4. The use of chronic catgut in the primary chosure of scalp wounds in children. Star Na, Armstrong AM, Obsson Wj. *Arch Emerg Med. (England)* Sep 1989 6 (3) pag. 216-9.
5. Skin nature with skin stapher in general surgery. Lugain P, Di Giorgi, Laura V, Gri A. *Minerva chir (italy)* May 15 1989 44 (9) Pag. 1365-9.
6. A prospectiva randomized trial of suture material in aural wound closure. Willatt DJ, Durham L, Ramadan MF, Bark-Jones N. *J Laryugol otol (England)* Sep 1988 102(9) pag. 788-90.
7. *Traumatología y Ortopedia*. Prof Dr. Lopez-Duran. *Stem* pag 910-12.
8. *Quince lecciones sobre patología del pie*. A Viladot y colbs. Pag 192-201.

# EL TRASLADO SECUNDARIO DEL PACIENTE SOMETIDO A ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA

**Domingo Muñoz Arteaga<sup>1</sup>**

**M<sup>a</sup> Carmen Aranda García<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Enfermero de los Equipos de Emergencias SAMU/Sevilla y de la Unidad de Recuperación del Servicio de Urgencias del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

<sup>2</sup>Médico de los Equipos de Emergencia SAMU/Sevilla. Máster en Medicina de Emergencia por la Universidad de Sevilla.

## Resumen

La angioplastia coronaria transluminal percutánea (A.C.T.P.) es un procedimiento de revascularización cardíaca que consiste en la fragmentación y aplastamiento de las placas de ateroma coronarias mediante el hinchado de un globo montado al final de un catéter, que se introduce por vía percutánea hasta la arteria coronaria en cuestión.

El Servicio de Hemodinámica y Angiografía del hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla realiza diariamente estudios coronariográficos y angioplastias a pacientes críticos ingresados en otros Centros hospitalarios de la Capital Hispalense, los cuales son tributarios de ser trasladados, tanto con carácter previo al estudio-intervención, como una vez finalizado el mismo, en una Unidad Móvil de Vigilancia y cuidados Intensivos.

La labor del Equipo Asistencial responsable del traslado secundario del paciente que va a ser sometido a este procedimiento de revascularización coronaria teniendo preparada y operativa la UVI-Móvil. Una vez llegado a la Unidad donde se encuentre ingresado el paciente se valora su situación clínica y hemodinámica y se realiza el traslado con monitorización electrocardiográfica y pulsioximetría hasta el Servicio de Angiografía, ampliando o comentando durante el trayecto las características de la intervención a la que será sometido, intentando, en todo momento, disminuir su ansiedad.

Ya en el Quirófano de revascularización, el paciente es acomodado en la "mesa" donde se realizará el estudio. en el transcurso del mismo, el Equipo Asistencial permanece en el Servicio, recibiendo información permanente del proceso tanto por la visualización de los procedimientos como por comentarios del personal que lo realiza.

Tras concluir la A.C.T.P., el paciente nuevamente es conducido en la UVI-Móvil bajo estrecha vigilancia de sus constantes vitales, zona de punción, presencia o no de dolor precordial, así como de la

situación clínica y hemodinámica general para trasladarlo a su Hospital de origen.

De manera habitual, para este tipo de pacientes se ha reservado cama en una Unidad de Cuidados Críticos (Intensivos u Observación) a donde se instalará, procediendo a la transferencia en la que se comunicará tanto al médico como al personal de enfermería responsables de su seguimiento y atención, las incidencias del traslado, si las hubiera, así como las características y resultados de la intervención realizada.

## Palabras clave

- Angioplastia coronaria
- Hemodinámica
- Cuidados post-A.C.T.P.

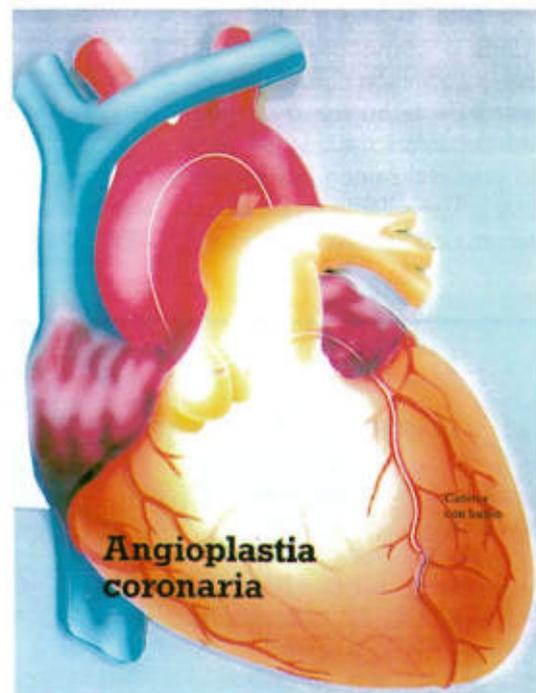


Imagen 1. Angioplastia Coronaria.

## Introducción

El Servicio de Hemodinámica y Angiografía del hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla realiza diariamente estudios coronariográficos y angioplastias coronarias transluminales percutáneas (A.C.T.P.) a pacientes ingresados, en estado crítico, en otros Centros hospitalarios de la Capital Hispalense, los cuales son tributarios de ser trasladados, tanto con carácter previo al estudio-intervención, como una vez finalizado el mismo, en una Unidad Móvil de Vigilancia y Cuidados Intensivos.

## La Angioplastia Coronaria

### Concepto

La Angioplastia Coronaria es un procedimiento de revascularización coronaria que consiste en la dilatación de una o varias arterias coronarias, para permitir que se restablezca un adecuado flujo de sangre oxigenada sin necesidad de utilizar cirugía del corazón (Imagen 1). Clínicamente, la angioplastia debe considerarse como procedimiento de revascularización coronaria para el control de la angina o el tratamiento del infarto agudo de miocardio y se realiza con la fragmentación y aplastamiento de las placas de ateroma coronarias mediante el

hinchado de un globo montado al final de un catéter, que se introduce por vía percutánea hasta la arteria coronaria en cuestión.

La dilatación coronaria se llama en términos técnicos Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea, A.c.t.P. (Imagen 2).

A.- **ANGIOPLASTIA**.- Este es el nombre del procedimiento en sí; la angioplastia utiliza un catéter con un pequeño balón en la punta. Cuando se infla el balón dentro de la arteria, sobre la lesión que estrecha la misma, la presión ejercida por éste comprime y rasga el depósito de materia grasa o placa de ateroma, reduciendo o haciendo desaparecer por completo la estrechez o estenosis coronaria.

C.- **CORONARIA**.- Porque el tratamiento se lleva a cabo en las arterias coronarias.

T.- **TRANSLUMINAL**.- Significa que el tratamiento se realiza desde el interior de la luz por donde discurre o fluye la sangre de la arteria enferma.

P.- **PERCUTÁNEA**.- Quiere decir que el procedimiento se realiza a través de una punción en la piel.

La A.C.T.P. es como un cateterismo cardiaco o coronariografía, ya que también es preciso introducir un catéter a través de la punción de una arteria.

En la actualidad, la mortalidad y

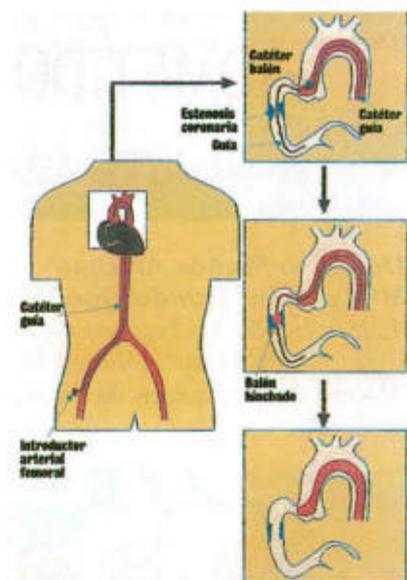


Imagen 2. Técnica de realización de angioplastia coronaria. El catéter balón de dilatación es avanzado hasta quedar situado a nivel de la estenosis. En este punto el balón es hinchado a diferentes presiones, intentando, mediante su expansión, reducir la severidad de la estenosis.

morbilidad de la A.C.T.P. son, en general, menores que los de la cirugía de desviación aortocoronaria (Tabla 1). Sin embargo, el verdadero talón de A

quiles de este procedimiento es la reestenosis, que consiste en una recidiva de la lesión obstructiva coronaria en la misma zona que se dilató, con frecuencia de severidad igual o mayor que la previa.

Tabla I

### COMPLICACIONES AGUDAS DE LA A.C.T.P Y PORCENTAJE APROXIMADO DE APARICIÓN

ANATÓMICAS	%	CLÍNICAS	%
Oclusión aguda	2-5	Fallecimiento	0,5-1
Disección		Infarto agudo	4-6
- Con consecuencia	5	Angina prolongada	7
- Sin consecuencia	15	Necesidad cirugía coronaria	6
Espasmo coronario	5	Hematoma grave zona punción	2-5

## Indicaciones

Los objetivos de la Angioplastia Coronaria son la mejora en la calidad de vida del paciente, control de los episodios anginosos, evitar la progresión a Infarto de Miocardio y prolongación de la supervivencia (Imagen 3).

Sus indicaciones son:

- 1.- Isquemia recurrente a pesar de tratamiento médico correcto.
- 2.- Pacientes con características de alto riesgo:
  - Dolor prolongado.
  - Crisis repetidas en las primeras 24 horas.
  - Signos de disfunción ventricular izquierda (retrógrada o anterógrada).
  - Cambios eléctricos.
- 3.- Pacientes con prueba de esfuerzo positiva.
- 4.- Pacientes con A.C.T.P. o cirugía de revascularización previa.

El uso de la Angioplastia Coronaria fue, inicialmente, restringida a pacientes con lesión en un único vaso y angina estable. Actualmente, su uso se ha ampliado a enfermos con lesión multivaso, angina inestable o I.A.M.. En general, todos los pacientes deben ser tratados médicamente y la angioplastia debe realizarse de 2 a 5 días tras la estabilización del paciente. Sin embargo, la A.C.T.P. se puede realizar de forma urgente en pacientes con angina inestable refractaria a tratamiento médico máximo. Aunque la mayoría de estos pacientes con angina inestable suelen tener enfermedades multivasos, la A.C.T.P. de la lesión "culpable" es el tratamiento de elección (tabla II).

Hay que considerar la revascularización coronaria urgente en pacientes

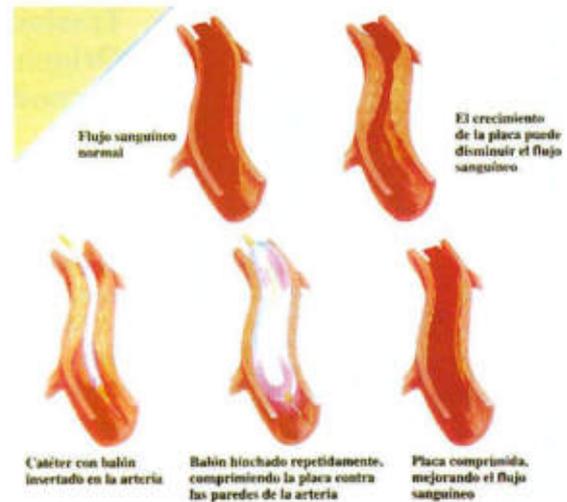


Imagen 3. Indicaciones de la Angioplastia Coronaria.

con enfermedad coronaria severa si presentan alguna de las siguientes características:

- Imposibilidad de estabilizar al paciente con tratamiento médico.
- Angina/isquemia recurrente de reposo o con mínimos esfuerzos.
- Isquemia acompañada de síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia mitral de nueva aparición o empeorada.

Tabla II

### RASGOS CORONARIOGRÁFICOS QUE MATIZAN LA INDICACIÓN ANATÓMICA DE A.C.T.P.

RASGO	INDICACIONES DE LA A.C.T.P.	
	IDEAL	DESFAVORABLES
Arterias afectadas	Única	Múltiple o TPI Injerto venoso con lesión
Localización	Proximal Rama principal no comprometida	Ostial u origen DA o CX Bifurcación o incapacidad de proteger rama principal
Morfología vaso	Segmento recto Vaso principal liso	Segmento angulado (<90°) Vaso proximal tortuoso
Morfología lesión	Corta (<10mm) Concéntrica y lisa Non calcificación No trombo Oclusión no total	Difusa (>20mm) Irregular o ulcerada Calcificación Trombo visible Oclusión total
Colaterales	Se dirigen al vaso a dilatar	Proceden del vaso a dilatar

CX: Arteria coronaria circunfleja; DA: Arteria coronaria descendente anterior; TPI: Tronco principal de la coronaria izquierda



Imagen 4. Paciente con coronariopatía que es recogido por el Equipo de Emergencias en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Duque del Infantado (Sevilla).

## El traslado en Uvi-móvil

### Concepto

El traslado secundario del paciente crítico que va a ser sometido a una Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea es un proceso mediante el cual, el paciente es "transportado" desde la cama donde se encuentra ingresado hasta el Servicio donde se le aplicará el tratamiento revascularizador y, terminado éste, "devolverlo", nuevamente a su hospital, manteniendo, en todo momento una vigilancia intensiva de las constantes hemodinámicas del paciente y una atención médica y de enfermería suficientes para controlar permanentemente su situación clínica.

La labor del Equipo Asistencial responsable del traslado secundario del paciente que va a ser sometido a este procedimiento de revascularización coronaria comienza teniendo preparada y operativa la UVI-Móvil con todo su material, a la espera de la llamada del Centro Coordinador de Urgencias solicitando la realización del Servicio.

## Traslado Servicio Origen/Servicio de Hemodinámica (ida)

Una vez que el equipo Asistencial llega a la Unidad donde se encuentra ingresado el paciente, se recoge su Historia Clínica y la información suficiente para conocer su estado actual; esto se consigue, de un lado, por el diálogo con el personal médico y de enfermería encargado de atenderlo y, de otro, por la valoración clínica y hemodinámica del paciente "in situ" (breve anamnesis, auscultación cardiopulmonar, toma de presión arterial y medición de saturación de oxígeno en sangre periférica) (Imagen 4).

Seguidamente se procede a la monitorización tanto electrocardiográfica como mediante pulsioximetría del paciente, para, en todo momento, mantener una estricta vigilancia sobre la frecuencia y el ritmo cardiaco y la saturación de oxígeno. Simultáneamente, el paciente es informado de todo el proceso que se va siguiendo, es trasladado a la camilla y conducido hasta la Unidad Móvil de Cuidados y Vigilancia Intensiva. En el trayecto que separa el Centro Hospitalario donde se encuentra ingresado el paciente hasta el Servicio de Hemodinámica del Virgen Macarena, se comenta con éste las características de la intervención a que será sometido intentando, siempre, disminuir la ansiedad (Imagen 5).

En tal sentido, se informa que la A.C.T.P. es, en general, un estudio bien tolerado y que, a parte de la lógica molestia provocada en el sitio de punción y la sensación de calor originada por el contraste (que desaparece en segundos), presenta muy pocas complicaciones; pero como toda técnica en la que se introduce un elemento extraño en el

organismo, pueden darse y es conveniente para él conocerlas para no asustarse si se producen. Las más frecuentes son:

- Por la punción y/o manipulación de los catéteres: la más habitual es la aparición de un hematoma en el sitio de punción.
- Por el contraste: suelen consistir en el mal sabor de boca, náuseas, vómitos y, muy raramente, pueden darse complicaciones mayores como colapso cardio-circulatorio, insuficiencia renal, espasmo-edema de glotis, etc. (se calcula que una reacción de este tipo es del orden del 0,04%).
- Otras reacciones de tipo vagal, como hipotensión, sudoración, taquicardia o bradicardia, que suelen estar provocadas por el miedo a la exploración.

Llegados al Hospital Virgen Macarena, el paciente es bajado de la UVI-Móvil y trasladado, manteniendo todos los parámetros de control y monitorización hasta el Servicio de Hemodinámica.

### Durante la A.C.T.P.

La labor del Equipo Asistencial que realiza el traslado secundario no consiste sólo en "llevar y traer", sino que tiene un calado mucho más profundo, integrado, íntimamente, en la atención global al paciente, siendo los responsables de la continuidad de la misma, de



Imagen 5. El paciente es trasladado en todo momento en una Unidad Móvil de Soporte Vital Avanzado (UVI-Móvil).



Imagen 6. En el Servicio de Hemodinámica se prepara al paciente para la intervención.

modo que, una vez en el Quirófano de Revascularización y tras acomodar el paciente en la "mesa" donde se realizara el estudio, informará al personal del Servicio de Hemodinámica de las condiciones clínicas y anímicas del mismo. (imagen 6). En el transcurso del estudio angiográfico, el Equipo Asistencial permanece en las dependencias del Servicio de Angiología, recibiendo información permanente de la intervención, tanto por la visualización de los procedimientos como por la fluidez del trato y comunicación que existe con los responsables de su realización. La mayoría de los pacientes sometidos a A.C.T.P. no experimentan ninguna complicación, salvo ligeras molestias en la zona de punción o la aparición de un pequeño hematoma (que puede requerir una leve intervención quirúrgica) (Imagen 7). También puede presentar dolor en el pecho de corta duración durante la dilatación. Mucho más rara-



Imagen 7. Un momento del procedimiento (ACTP) en el Laboratorio de Hemodinámica.

mente se pueden presentar otras complicaciones más serias, relacionadas con la manipulación de los catéteres durante el procedimiento. Las más importantes incluyen: trombosis arterial (1%), infarto de miocardio (<6%) y complicaciones fatales (en torno al 1%). Tras concluir la A.C.T.P., mientras

se dialoga con el paciente sobre el procedimiento, se vuelven a valorar su situación clínica y hemodinámica y se traslada, de nuevo, a la UVI-Móvil para retornarlo a su Hospital, donde requerirá vigilancia intensiva en una unidad de críticos (Intensivos u Observación), al menos las primeras 24 horas (imagen 8).

### Traslado Servicio de Hemodinámica/ Hospital Origen (Vuelta)

Durante el trayecto que separa al enfermo sometido a Angioplastia Coronaria de su Hospital, el Equipo Asistencial que realiza su traslado secundario, continuando la conversación con el paciente, mantiene, aún más, una intensa vigilancia tanto de la situación clínico-hemodinámica de éste, como de control de la posible aparición de complicaciones consecuentes a la intervención revascularizadora.

Frecuentemente se inspecciona la zona de punción y el introductor colocado para constatar la no aparición de sangrado. Para evitar esta complicación es preciso mantener la pierna afectada (punción femoral) estirada durante, al menos, 8 horas, evitando que el pacien-

te se incorpore en la camilla o en la cama para que no aumente la presión de la musculatura abdominal. Del mismo modo, si el paciente presenta tos, se le recomendará que en los accesos de ésta, presione con la mano sobre la zona de punción.

El control del dolor torácico también es de gran importancia, precisando un adecuado tratamiento farmacológico (nitritos), y a ser posible, la realización de un electrocardiograma durante el episodio de dolor. La elevación del segmento ST indica lesión o isquemia del miocardio. Si el dolor no se alivia con la medicación, debería sospecharse una oclusión de la arteria coronaria y se impondría una nueva revascularización. Si el dolor torácico remite, debe considerarse un espasmo de la arteria coronaria y continuar la medicación. Si el dolor no se acompaña de cambios electrocardiográficos, se puede sospechar un tromboembolismo pulmonar.

Igualmente se hace necesario un control minucioso de la presión arterial. Una presión arterial elevada puede aumentar el riesgo de hemorragia en la zona de punción. Por el contrario, una presión arte-



Imagen 8. Terminado el estudio-intervención, los miembros del Equipo de Emergencias reciben información ampliada del personal de Hemodinámica.

rial sistólica inferior a 100 mm Hg puede sugerir hemorragia o reacción al contraste y no proporcionar la suficiente perfusión coronaria.

Finalmente deben valorarse los pulsos de la extremidad afectada; deben comprobarse los pulsos, el color de la piel y la temperatura de la extremidad, así como el llenado capilar, ya que cualquier cambio puede indicar la existencia de un trombo o de una oclusión.

En el Hospital de origen, nuevamente instalado el paciente en su cama, donde, como se ha dicho, requerirá vigilancia intensiva, el Equipo Asistencial realizará la "transferencia" al personal médico y de enfermería responsable del enfermo, informando documentalmente de las incidencias asociadas durante el traslado y del resultado de la técnica revascularizadora cardiaca a la que ha sido sometido (Imagen 9).

En algunas ocasiones, el paciente es remitido de forma reglada y en una ambulancia convencional al Servicio de Hemodinámica únicamente para la realización de una coronariografía y durante la realización del estudio se decide la práctica de una A.C.T.P..

Entonces es alertada la UVI-Móvil que, en este caso, comenzará su atención al paciente recepcionándolo en la "mesa" de Quirófano de revascularización y trasladándolo a su hospital de origen con todos los controles, cuidados y vigilancia descritos.

## Conclusiones

El paciente crítico con patología coronaria requiere, en ocasiones, la realización de una intervención de revascularización denominado Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea (A.C.T.P.), precisando, cuando no se encuentre ingresado en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, su traslado hasta el Servicio de Hemodinámica y Angiología de este Centro en una Unidad Móvil de Cuidados y Vigilancia Intensiva. El transporte sanitario secundario de pacientes críticos es el que se realiza con pacientes de alto riesgo, que precisan cuidados y tratamiento ininterrumpidos, así como de equipamiento técnico de alto nivel durante el traslado, a cargo de personal cualificado en técnicas de reanimación y de soporte vital avanzado.

En pacientes sometidos a A.C.T.P., la labor del Equipo Asistencial responsable del traslado en UVI-Móvil, consistirá, tanto en la valoración de su estado, en el control de constante y signos vitales y en la conversación, en primera instancia para disminuir la ansiedad del paciente, informándolo de las características del procedimiento que se le va a aplicar, como en una estrecha vigilancia clínica y hemodinámica tras concluir la intervención, controlando, previniendo y, si fuese necesario, actuando sobre las posibles complicaciones que pudieran aparecer.

## Agradecimientos

Queremos expresar nuestro más profundo y sincero agradecimiento a todo el personal del Servicio de Hemodinámica y Angiorradiología del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla) por su colaboración a la hora de confeccionar este trabajo y por la amistad que, desde que nos conocimos, nos han brindado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ambrose, J.; ANGIOPLASTIA EN EL SÍNDROME CORONARIA AGUDO; *Revista Clínica Española*; Diciembre-1996.
2. Berkow, R. et al.; MANUAL MERCK DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA; Doyma; 1989
3. García Moll, M.; García-Moll Marimón, X.; INSUFICIENCIA CORONARIA: ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS, CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS; *Medicine*; Abril-1996
4. Hall, J.B. et al; MANUAL DE CUIDADOS INTENSIVOS; Interamericana-McGraw-Hill; 1995
5. Montejo, J.C. et al.; MANUAL DE MEDICINA INTENSIVA; Mosby, 1994
6. Sánchez Izquierdo et al.; GUÍA PRÁCTICA DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "12 DE OCTUBRE" DE MADRID; Glaxo-Wellcome; 1996
7. Sánchez Marín, M.J. et al.; EL TRANSPORTE SANITARIO: CONCEPTOS Y ELEMENTOS; *Cuadernos de Medicina de Emergencias*; Enero-1996
8. Williams, S.M. et al.; DECISIONES EN ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS; Doyma; 1992

# CLIMA SOCIAL LABORAL

**María Teresa González Lerma<sup>1</sup>**

**Antonio Jesús Maraver Perea<sup>1</sup>**

**María Lerma Giráldez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Enfermera/o Unidad de Cuidados Intensivos. *Hospital Virgen Macarena*. Sevilla

<sup>2</sup>Auxiliar de Enfermería Unidad de Farmacia. *Hospital Virgen de Valme*. Sevilla

## Resumen

El presente trabajo pretende reflejar la percepción que tienen los trabajadores de su medio ambiente laboral.

El objeto de estudio es determinar el clima social laboral en una unidad de cuidados intensivos; para ellos se han utilizado las escalas diseñadas y elaboradas en el laboratorio de ecología social de la Universidad de Stanford (California), que evalúan el ambiente social existente en los centros de trabajo.

Las conclusiones obtenidas reflejan los valores, actitudes y creencias de los miembros de la organización, así como su satisfacción laboral. Los grupos profesionales estudiados son:

- \* A.T.S./D.E.
- \* Auxiliares de Enfermería.
- \* Celadores.

## Palabras clave:

Relaciones Laborales, autorrealización, estabilidad, organización, innovación y control de trabajadores.

## Introducción

El clima social se puede entender como el conjunto de características que describen a una organización. Es relativamente perdurable en el tiempo.

Así mismo, describe los procesos comportamentales característicos en un sistema social de forma puntual.

Es una propiedad de la organización, relativamente estable y sentida por sus miembros; es lo percibido y sentido de la organización. Los elementos básicos que interactúan para producir el clima organizacional son:

- El diseño de la estructura de la organización.
- Los procesos y sistema de trabajo.
- Las personas o trabajadores.
- La cultura, valores y normas aceptados por los miembros.

Si entendemos que la eficacia organizacional es la capacidad para adaptarse, sobrevivir y desarrollarse en el tiempo y el espacio, el clima social se convierte en un indicador directamente relacionado con los niveles de eficacia, y es un factor modulador de la motivación hacia los objetivos.



Las características del enfermo de U.C.I. hacen necesario un clima laboral que motive al personal hacia una mayor eficacia.

## Material y Método

La escala de clima social en el trabajo (W.E.S.) está formada por 10 subescalas que evalúan 3 dimensiones fundamentales:

### 1) Relaciones:

Esta dimensión está integrada por las subescalas siguientes:

a) **IMPLICACIÓN (I.M.):** Grado en que los empleados se preocupan por su actividad y se entregan a ella.

b) **COHESIÓN (C.O.):** Grado en que los empleados se ayudan entre sí y se muestran amables con los compañeros.

c) **APOYO (A.P.):** Grado en que los jefes ayudan y animan al personal para crear un buen clima social.

### 2) Autorrealización:

Se aprecia por medio de las subescalas:

FIGURA 1

## EMPLEADOS

PD	Puntuaciones Típicas									
	IM	CO	AP	AU	OR	PR	CL	CN	IN	CF
9,0	72	71	71	75	75	76	81	70	83	71
8,5	70	69	69	73	73	74	79	68	81	69
8,0	68	67	67	71	70	71	76	65	79	66
7,5	66	65	65	69	68	69	73	63	76	64
7,0	64	63	63	67	65	66	70	61	74	62
6,5	62	60	61	65	63	63	67	59	71	60
6,0	60	58	59	63	60	61	65	57	69	58
5,5	58	56	57	60	58	58	62	54	67	55
5,0	56	54	55	58	56	56	59	52	64	53
4,5	54	52	53	56	53	53	56	50	62	51
4,0	52	49	51	54	51	50	54	48	60	49
3,5	50	47	49	52	48	48	51	45	57	47
3,0	48	45	47	50	46	45	48	43	55	44
2,5	46	43	45	48	44	43	45	41	53	42
2,0	44	41	43	45	41	40	43	39	50	40
1,5	42	39	41	43	39	37	40	36	48	38
1,0	40	36	39	41	36	35	37	34	45	35
0,5	38	34	37	39	34	32	34	32	43	33
0,0	36	32	35	37	31	30	32	30	41	31

Baremo W.E.S. Empleados.

FIGURA 2

## EMPRESAS

PD	Puntuaciones Típicas									
	IM	CO	AP	AU	OR	PR	CL	CN	IN	CF
9,0	82	87	82	97	88	97	—	86	—	83
8,5	79	84	79	88	85	93	99	82	99	79
8,0	76	80	76	84	81	88	95	78	96	76
7,5	74	76	73	81	77	83	90	74	92	72
7,0	71	72	70	77	73	79	85	70	88	69
6,5	68	68	67	74	70	74	80	66	84	65
6,0	65	64	64	71	66	69	76	62	80	62
5,5	62	61	61	67	62	65	71	58	77	58
5,0	59	57	58	64	59	60	66	54	73	55
4,5	56	53	55	60	55	55	61	50	69	51
4,0	53	49	52	57	51	51	56	46	65	48
3,5	50	45	49	53	47	46	52	42	62	45
3,0	48	41	46	50	44	41	47	38	58	41
2,5	45	38	43	46	40	37	42	34	54	38
2,0	42	34	40	43	36	32	37	30	50	34
1,5	39	30	37	39	33	27	32	26	46	31
1,0	36	26	34	36	29	23	27	21	43	27
0,5	33	22	31	32	25	18	23	17	39	24
0,0	30	18	28	29	21	13	18	13	35	20

Baremo W.E.S. Empresas.

a) AUTONOMÍA (A.U.): Grado en que se anima a los empleados a ser autosuficientes y a tomar iniciativas propias.

b) ORGANIZACIÓN (O.R.): Grado en que se subraya una buena planificación, eficiencia y terminación de la tarea.

c) PRESIÓN (P.R.): Grado en que la urgencia o la presión en el trabajo domina el ambiente laboral.

### 3) Estabilidad/cambio:

Formada por las subescalas que siguen:

a) CLARIDAD (C.L.): Grado en que se conocen las expectativas de las tareas diarias, y se explican las reglas y planes para el trabajo.

b) CONTROL (C.N.): Grado en que los jefes utilizan las reglas y las presiones para tener controlados a los empleados.

c) INNOVACIÓN (I.N.): Grado en que se subraya la variedad y los nuevos enfoques.

d) COMODIDAD (C.F.): Grado en que el ambiente físico contribuye a crear un ambiente laboral agradable.

Se comenzó el trabajo entregando a una muestra representativa de trabajadores, elegidos al azar, una relación de 90 afirmaciones a las cuales deberían contestar verdadero (V) o falso (F).

Dichas afirmaciones se relacionan con las subescalas anteriormente mencionadas.

Ejemplos:

- El trabajo es realmente estimulante.
- Los empleados poseen bastante libertad para actuar como crean mejor.
- La gente no tiene oportunidad para relajarse, expansionarse.

- Los locales están siempre bien ventilados...

Y así sucesivamente hasta 90 afirmaciones diferente.

Una vez recogidas las encuestas, se procede con la ayuda de una plantilla a su corrección, determinando el número de respuestas coincidentes con dicha plantilla.

Obtenemos así, para cada una de las 10 subescalas, un número determinado de respuestas que coinciden, constituyendo este número la puntuación directa (P.D.). A partir de ella, y mediante el baremo W.E.S., (Fig. 1) obtenemos la puntuación típica (P.T.).

Ejemplo:

- Si en la subescala de Implicación de un trabajador encontramos 4 respuestas coincidentes, la P.D. es 4, mientras que la P.T. es 52.

El baremo W.E.S. Empresas (Fig. 2) se utilizará cuando queramos hallar la puntuación típica a partir de la media de las puntuaciones directas de más de un trabajador.

**FIGURA 3**  
RESULTADOS

	IM	CO	AP	AU	OR	PR	CL	CN	IN	CF
A.T.S.E/D.U.E.	42	41	43	50	55	51	47	46	39	27
Auxiliares	45	41	46	46	55	51	47	46	46	27
Celadores	53	41	34	39	70	65	47	54	39	34
Total										
Trabajadores	45	41	43	46	59	55	47	46	43	27
	RELACIONES			AUTORREALIZACIÓN			ESTABILIDAD CAMBIO			

Cuadro de puntuaciones típicas. (P.T.)



El grado de cohesión y apoyo entre compañeros, fundamental para el trabajo diario.

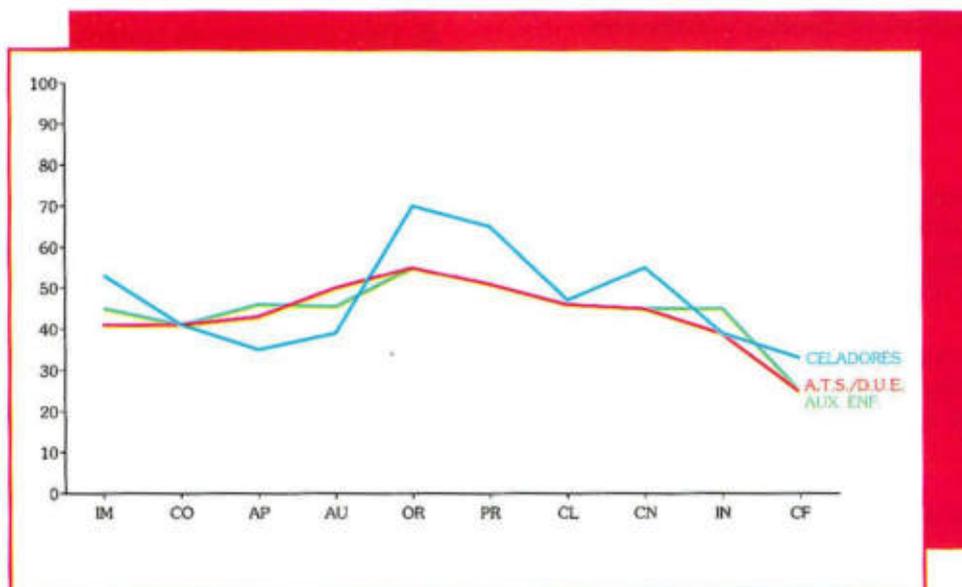


Fig. 4. La elaboración del perfil individual o colectivo se realiza trasladando los valores de las puntuaciones típicas a un gráfico

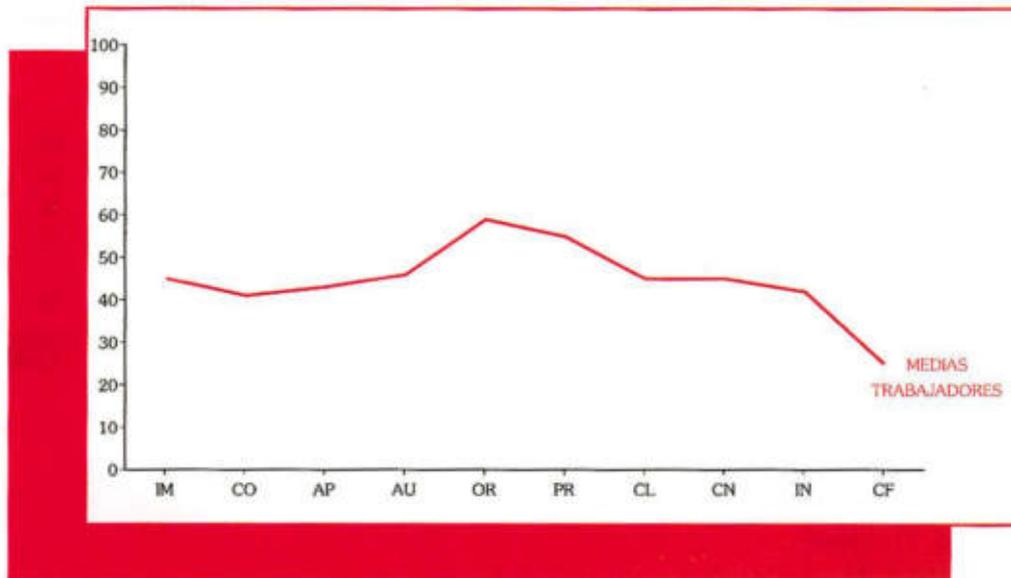


Fig. 5. Perfil colectivo de todos los trabajadores estudiados.



El trabajo en equipo y la buena organización contribuyen a crear un ambiente social agradable y satisfactorio.

Ejemplo:

- Si en la subescala de Implicación la media de las puntuaciones directas de todos los trabajadores es 3,7, la puntuación típica sería 50, ya que hemos de considerar la cifra de P.D. inmediatamente inferior (3,5).

Para la elaboración del perfil individual o colectivo hemos de trasladar los valores P.T. a un gráfico, haciendo una señal a la altura correspondiente para cada subescala.

Finalmente se unirán por líneas rectas, obteniendo así el perfil.

Los perfiles colectivos obtenidos en nuestro caso por profesionales quedan reflejados en la Fig. 4.

Mientras que el perfil colectivo de todos los trabajadores estudiados se muestra en la Fig. 5.

## Conclusiones

\*Basándonos en el cuadro de puntuaciones obtenidas, llegamos a las siguientes conclusiones:

- A) En cuanto al colectivo de A.T.S. D.E., vemos como la puntuación máxima se obtiene en organización (55) y la mínima en comodidad (27).
- B) Para el colectivo de auxiliares de enfermería, obtenemos las mismas puntuaciones respectivamente que para el grupo anterior.
- C) Mientras que en los celadores la puntuación máxima también se obtiene en organización, pero este caso es de 70, correspondiendo la puntuación mínima a comodidad y apoyo, 34 puntos para ambas.
- D) Por consiguiente, para el total de la empresa la puntuación máxima es para organización (59), mientras que la mínima para comodidad (27).

\*Considerando cada una de las subescalas por separado obtenemos:

- 1) En implicación, el grupo profesional que obtiene una puntuación superior a la media (45) es el de celadores (53); mientras que por debajo de la

- media se encuentra el de A.T.S./D.E. (42).
- 2) En cohesión todos los grupos obtienen el mismo valor (41).
  - 3) Para la subescala de apoyo, el grupo de auxiliares (46) se encuentra por encima de la media (43), y los celadores por debajo (34).
  - 4) Autonomía: En este caso, el colectivo de A.T.S./D.E. (50) está por encima de la media (46), y el colectivo de celadores está por debajo (39).
  - 5) El grupo que se encuentra por encima de la media en organización es el de celadores (70), mientras que por debajo se encuentran el de A.T.S./D.U.E. y auxiliares, ambos con 55 puntos.
  - 6) Para el caso de la presión, los celadores obtienen una puntuación superior a la media con 65 puntos, por el contrario, A.T.S. y auxiliares están por debajo con 51 puntos.
  - 7) En claridad todos los grupos profesionales obtienen la misma puntuación (47).
  - 8) Control: Para esta subescala, los celadores están por encima de la media (46), mientras que los A.T.S. y auxiliares coinciden con la media.
  - 9) En cuanto a la subescala de innovación, los auxiliares obtienen 46 puntos, por encima de la media, y por debajo de la misma se encuentran los otros dos grupos, ambos con 39 puntos.
  - 10) Relativo a la comodidad, obtenemos que por encima de la media de trabajadores están los celadores con 34 y justo en la media A.T.S. y auxiliares.
- Por último, destacar que los resultados obtenidos reflejan la realidad *sentida y percibida* por los miembros,

es una realidad subjetiva, consecuencia de la cultura organizacional.

Para el caso de la implicación, conviene diferenciarla de sus efectos o consecuencia: la satisfacción, el absentismo o el esfuerzo que se pone en el trabajo.

Por otro lado, la implicación es el componente cognitivo, pero no afectivo de la actitud. Una persona puede estar muy implicada con su trabajo, y a pesar de ello no estar satisfecha con él.

### Agradecimientos:

Al personal de la U.C.I. A. del Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla que colaboró en la realización de las encuestas.

## BIBLIOGRAFÍA

- CENTRO INTERNACIONAL DE FORMACIÓN EN CIENCIAS AMBIENTALES:

*Documentación sobre el medio ambiente: Revista de información bibliográfica.* CIFCA. Madrid, 1982.

- CENTRO INTERNACIONAL DE FORMACIÓN EN CIENCIAS AMBIENTALES: *Libros españoles sobre el medio ambiente.* CIFCA: Madrid, 1982.

- JIMÉNEZ BURILLO, F.: *Psicología y medio ambiente.* CEOTMA. Madrid, 1981.

- Moos, R: *The social Climate Scales: An Overview.* Consulting Psychological Press. Palo Alto, CA, 1974.

- Moos, R: *Work Environment Scale, Manual.* Consulting Psychologists Press. Palo Alto, CA, 1981.

# UNIDADES DE ENFERMERÍA: DESARROLLO Y VIABILIDAD

Jesús Álvarez Jiménez  
Alejandro A. García Nieto  
Gregorio Martínez Morán  
Teresa Moreno Pérez

Enfermeros. Dirección de Enfermería Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla



Hospital Virgen Macarena lugar donde se ha desarrollado el presente trabajo

## Introducción

En los últimos tiempos, estamos inmersos en los continuos cambios en la forma de gestionar los Centros Sanitarios, y como novedad, asistimos a la *Gestión Clínica*, que se sitúa en el centro de la organización y considera a las Unidades su soporte específico. Una de las características principales de la *Gestión Clínica* es la *descentralización* de la gestión a nivel de las unidades, la cual establece con mayor nitidez la necesaria interrelación entre profesionales y los usuarios, porque son los principales protagonistas de la acción clínica.

Con el desarrollo y la autonomía de las Unidades Clínicas se pretenden recuperar dos elementos básicos y de impacto:

- La capacidad de los profesionales para **autogestionarse**.
- La **libertad de relación** entre el paciente y el profesional sanitario.

Podemos definir la *Gestión Clínica*, como el conjunto de los procesos implicados en las decisiones que se originan entre los profesionales y los pacientes, pudiéndose delimitar claramente tres niveles de decisión:

### Δ *Terapia individual:*

Se toman las decisiones que influyen sobre la **eficacia** de la gestión.

### Δ *Gestión asistencial:*

Tiene relación con la **efectividad**, ya sea ésta clínica o de cuidados, y la utilización de los recursos empleados.

### Δ *Gestión de la Unidad:*

Se toman las decisiones que afectan a la **eficiencia** de la gestión.

Cualquier decisión que se tome en uno de estos tres niveles, tendrá su repercusión en los costes asistenciales, que afectan directamente la cuenta de resultados de la Unidad, por lo que se deben desarrollar en las Unidades Guías de Actuación que permitan mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia, y minimice la incertidumbre en la toma de decisiones.

## Requisitos que deben reunir las unidades clínicas

Es necesario introducir criterios y estándares de cumplimiento como instrumento de evaluación de las Unidades Clínicas y de promoción en las mismas de la calidad en las prestaciones.

Como criterios y requerimientos mínimos para poder aplicar el modelo propuesto, las Unidades habrán de contar necesariamente con:

- ◇ Existencia de un responsable.
- ◇ Disponer de Cartera de Servicios.
- ◇ Presupuestos clínicos descentralizados.
- ◇ Capacidad para asumir autonomía.
- ◇ Disponer de un sistema de información orientado al balance de resultados.

- ◊ Ser identificable por los usuarios.
- ◊ Disponer de un sistema de evaluación continua de la calidad.
- ◊ Relacionarse con otras Unidades Clínicas y Unidades Intermedias (U. de Enfermería y U. Diagnósticas).
- ◊ Deben significar un valor añadido en la relación de los servicios sanitarios con el usuario.

## Contrato de Gestión

Las Unidades Clínicas necesariamente deben formalizar con la dirección del Centro, un Contrato de Gestión que contenga los compromisos pactados por ambas partes para cada ejercicio, mediante unos objetivos cuantificados, sin obviar la metodología de *evaluación y sistemas de información* necesarios por parte de la Dirección, que permitan conocer y difundir los resultados obtenidos, debiendo quedar reflejado en este Contrato el nivel de autogestión de la Unidad.

El Contrato de gestión ha de ser capaz de:

- Formular objetivos de forma concreta y clara.
- Garantizar la medición del desempeño de forma adecuada.
- Establecer un sistema de incentivos.

Su contenido, referido a la Unidad Clínica, debe ser:

- Misión y líneas estratégicas.
- Cartera de clientes.
- Cartera de servicios.
- Previsión de la actividad,
- Recursos humanos y materiales necesarios.
- Objetivos asistenciales.
- Objetivo de calidad.
- Oferta de servicios.
- Presupuesto económico de la Unidad.
- Estrategias tácticas o de desarrollo de la Unidad.

### ¿Cumplen las Unidades de enfermería los requisitos necesarios para ser Unidades autónomas?

Las Unidades de enfermería, como proveedoras de servicios a las Unidades Finalistas (Unidades Intermedias), cumplen todos los requisitos para poder autogestionarse de la misma forma que lo puede hacer una Unidad Clínica, vendiéndole a éstas nuestro producto enfermero, es decir los *Cuidados de Enfermería*.



La gestión asistencial facilita el plan de cuidados individuales

La Gestión de cuidados es una parte de la Gestión Clínica cuyo objetivo principal es adecuar la oferta de Cuidados de Enfermería a las necesidades y demandas de los pacientes, abarcando los tres niveles de decisiones que competen a la Gestión Clínica:

#### Δ Terapia Individual (eficacia):

Elaboración de un *Plan de Cuidados Individual*, enfocado al momento del alta hospitalaria, en base a Diagnósticos de Enfermería (no hay terapia individual si no hay diagnóstico), con especificación de acciones de relación de ayuda y de coordinación con Atención Primaria o Servicios Sociales.

#### Δ Gestión Asistencial (efectividad):

Mecanismos que van a facilitar el Plan de cuidados Individual. Deben reflejar la responsabilidad individual de cada enfermera, con una asignación adecuada de pacientes, donde se asegure la continuidad de los cuidados, utilizando para ello, unos adecuados registros, modelos de turnos que garanticen la continuidad, etc; normalización de los cuidados, intentando que las variaciones sobre las prácticas de la enfermera dependan de las diferencias de los pacientes; coordinación con los distintos servicios médicos y de hostelería. El *Proceso de Gestión de Cuidados* está fuertemente influido por las decisiones que se toman a este nivel ya que no todas las alternativas son igualmente de costo efectivas.

#### Δ Gestión de la Unidad (eficiencia):

Acciones relacionadas con la *Gestión de Recursos* que tiene un impacto más directo sobre los costes de los cuidados. Hay que adecuar los recursos a la producción de la Unidad, disponiendo de información sobre lo que producimos, qué cantidad, qué calidad y qué coste.

## Contratos de Gestión Clínica con Unidades de Enfermería

Se considera Unidad de enfermería el equipo de trabajo que ofrece o presta Cuidados de Enfermería a los pacientes ingresados, dentro de la elaboración del producto hospitalario, y establece además una "relación comercial" entre éstas y las Unidades clínicas, que "compran" el producto enfermero, fundamental en todo proceso de curación o mejoría del paciente. Las Unidades de enfermería, al igual que las Unidades Clínicas, deben reunir una serie de requisitos para poder denominarse como tal, a saber:

- ◊ Existencia de un responsable de la Unidad; sin lugar a dudas, el supervisor de enfermería.
- ◊ Disposición de una cartera de servicios de productos intermedios que provee a los pacientes a cargo de las Unidades Clínicas.
- ◊ Asignación de recursos humanos y materiales a través de presupuestos clínicos descentralizados, con facturación a los servicios clientes.
- ◊ Establecimiento de "relaciones comerciales" con las Unidades Clínicas (compraventa de servicios).
- ◊ Capacidad para tomar decisiones respecto a la oferta de cuidados y recursos humanos y materiales.
- ◊ Utilización de un sistema de información suficiente para conocer qué cantidad de productos enfermeros se produce, a qué calidad y a qué coste. Para ello debe monitorizar objetivos asistenciales, de calidad, estandarizar planes de cuidados, etc.
- ◊ Responsabilidad del funcionamiento de la Unidad de Hospitalización y de la coordinación con otros servicios: celadores, lavandería, alimentación, etc.
- ◊ Negociación con la Dirección del Centro, mediante el Contrato de Gestión, de los objetivos e incentivos correspondientes al ejercicio.

### El Contrato de Gestión de las Unidades de enfermería

El contenido del Contrato de Gestión con respecto a la Unidad de Enfermería debe incluir:

- **Relación nominal categorizada:** de los profesionales que componen cada Unidad.
- **Misión:** Es la razón de ser de la Unidad, debiendo especificar los principales elementos de la práctica enfermera y las líneas estratégicas de la Unidad, el foco de las intervenciones del equipo de enfermería. La misión principal de la Unidad de enfermería es el establecimiento del diagnóstico y plan de cuidados de



La misión principal de la unidad de Enfermería es el establecimiento del diagnóstico y plan de unidades

las alteraciones relacionadas con la adaptación y las limitaciones impuestas por la enfermedad y con el mantenimiento del bienestar, satisfaciendo así las necesidades básicas relacionadas con los problemas de salud de los pacientes. Así mismo, se fijan las principales líneas de actuación, garantías ofertadas al paciente y las líneas estratégicas de la Unidad.

• **Cartera de clientes:** Se especificará a quién se le va a vender o proveer nuestros servicios. Así tendremos:

- Servicios médicos.
- Unidades Clínicas.
- Pacientes.

• **Cartera de Servicios:** Se recogerán:

- **Los problemas de los pacientes** que se atenderán en dicha Unidad (se puede usar la clasificación de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA, novena conferencia, entre otras).
- El **catálogo de acciones cuidadoras** que la Unidad ofrece, para solventar los problemas anteriormente citados (se puede utilizar como referencia la catalogación propuesta en Proyecto SIGNO, adecuándolo a cada Unidad).
- Los **protocolos de actuación** más frecuentes.

• **Actividad Asistencial:** Se debe estimar la actividad que se va a llevar a cabo en el ejercicio correspondiente, pudiéndose recoger de diversas maneras, dependiendo del desarrollo de la Unidad. Así tenemos:

- Número de estancias.
- Número de estancias por niveles de dependencia.
- Número de altas y cuidados por G.D.R.
- Número de pacientes por niveles de cuidados.
- Número de Unidades Relativas de Valor (U.R.V.) por Grupos de Diagnósticos Relacionados (G.D.R.).

• **Objetivos de calidad:** Nos comprometemos a vender un producto a un determinado precio, pero con una determinada **calidad**. Así se deben marcar unos objetivos de calidad que sean medibles y marquen un indicador específico. Permiten conocer cual es el nivel de calidad de los cuidados, para proceder en caso necesario, a la aplicación de actuaciones que permitan un incremento en el grado de satisfacción de los usuarios. Algunos de los indicadores que se pueden reflejar, son los siguientes:

- Úlceras por presión originadas durante la estancia.
- Infecciones nosocomiales producidas como consecuencia de canalización de vías.
- Infecciones nosocomiales producidas por sondajes vesicales.
- Errores de cumplimentación en la recogida y distribución de muestras biológicas.
- Cumplimentación de informes de continuidad de Cuidados de enfermería al alta hospitalaria.
- Errores en la administración de medicación.
- Reclamaciones e indicadores de calidad percibida por los usuarios, etc.

• **Objetivos asistenciales:** Desarrollan aspectos específicos de la asistencia de enfermería, entre los propuestos figuran:

- Asegurar la continuidad de los cuidados.
- Estandarizar los planes de cuidados de los G.D.R. más frecuentes en la Unidad.
- Mantener los niveles de actividad de las distintas modalidades asistenciales.

• **Objetivos de desarrollo de la Unidad:** Se deben de reflejar las actividades de Formación Continua a desarrollar en la Unidad:



Es necesario que el profesional de Enfermería, conozca, colabore y participe en el desarrollo de las Unidades de Enfermería.

- Formación en Servicio.
- Formación Interna.
- Formación Externa.
- Trabajos de investigación.
- Publicaciones, etc.

• **Oferta de servicios:** Se tendrá en cuenta que exista la garantía de un mínimo de profesionales para poder hacer efectivo todo lo expresado anteriormente. Así se deben reflejar:

- Número de puestos de trabajo de enfermeras y auxiliares de enfermería.
- Distribución de puestos de trabajo por turnos laborales.
- Sistema de rotaciones.
- Horario de funcionamiento de la Unidad.
- Criterios de coordinación con otras unidades o servicios.

• **Recursos necesarios:** Estimación del volumen de los diferentes tipos de recursos humanos, materiales y económicos:



Las unidades de Enfermería suponen un reto para la Enfermería a la vez que un modelo de gestión de vanguardia

- Número de profesionales.
- Número de camas y demás recursos materiales.
- Consumo económico previsto para mantenimiento de la estructura, absentismo y vacaciones de los recursos humanos de la Unidad.
- Consumo económico previsto para material fungible y sanitario.
- Consumo económico previsto de lavandería, dietas, etc.
- Consumo previsto de tiempos de utilización de celadores, etc.

•**Presupuesto provisional:** Deben quedar reflejado en él los **gastos**, tanto directos (plantilla estructural, cobertura de vacaciones, absentismo y formación, material fungible, etc.) como indirectos (dietas, lavandería, residuos biosanitarios especiales, limpieza, mantenimiento, administración, etc.), y los **ingresos**, que serán calculados en base a la actividad negociada en el contrato de Gestión y al precio del coste unitario del producto a vender.

Por último queremos dejar constancia de que las Unidades de Enfermería son posibles de

desarrollar, porque pueden convivir con las Unidades Clínicas, no obstante supone un reto para Enfermería en su verificación y de comprensión para el resto de los colectivos, al ser éste un modelo de gestión de vanguardia, basado en la corresponsabilidad de los profesionales en la gestión descentralizada de las Unidades.

El respeto desde todos los ámbitos a la *participación de los profesionales*, de acuerdo a su nivel de competencia profesional y su área de trabajo, con la asunción de responsabilidades es una de las bases fundamentales para garantizar la correcta gestión de las Unidades de enfermería.

Para alcanzar que las Unidades de enfermería sean una realidad, se hace necesario que todos los profesionales de enfermería y desde todos los puestos que ocupen ya sea en la asistencia, gestión o representación profesional o sindical, conozcan, colaboren y participen en el desarrollo de las mismas, ya que sin su decidido apoyo no sería posible su implantación.

Estamos convencidos de que los profesionales de Enfermería demostrarán una vez más su madurez, y se adaptarán a los cambios que se puedan producir en los modelos de gestión de los Centros Hospitalarios, atendiendo de una forma mucho más eficaz y eficiente las demandas de los ciudadanos, que no podemos obviar son el eje del Sistema Público Sanitario.

# ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN COMUNITARIA

*Francisco Antonio Caballero Garrido,*

Enfermero Unidad de Desintoxicación comunitaria. Centro Regional de Rehabilitación de Drogodependientes "Juan Gallardo". Los Palacios y Villafranca (Sevilla)

## Resumen

Desde la apertura del Centro Regional de Rehabilitación de Drogodependientes "Juan Gallardo", el servicio de Enfermería ha participado activamente en la consecución de sus objetivos. Este artículo de opinión ha pretendido reflejar cuál ha sido la implicación de este servicio en el funcionamiento del Centro y en el desarrollo de sus actividades.

El programa de actuación de Enfermería con pacientes drogodependientes abarca todas las posibles facetas de la personalidad de este tipo de pacientes, interesándose no sólo en el apartado físico, sino también en el psíquico y social, como lo demuestran los distintos diagnósticos que han aparecido.

### Palabras Clave:

Drogodependencia.  
Unidad de Desintoxicación Comunitarias.  
Proceso de Atención de Enfermería.

## Introducción

La aparición de la Unidad de Desintoxicación de Drogodependientes en Comunidades Terapéuticas (dependientes del Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía (3) (7)), es de reciente creación, febrero de 1994, formando parte de la amplia red



Unidad de Desintoxicación Comunitaria. (U.D.C.)  
Pacientes y profesionales.



Comunidad Regional de Rehabilitación de Drogodependientes. "Juan Gallardo"

asistencial que en Andalucía se ofrece al drogodependiente. El servicio de Enfermería ha desempeñado un papel muy relevante en su funcionamiento y desarrollo al aportar tanto su experiencia profesional como sus conocimientos teóricos.

La idea de su creación fue impulsada por la necesidad de eliminar el periodo de espera que se producía entre la desintoxicación de un paciente en una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (U.D.H.) y su posterior ingreso para la deshabitación en una Comunidad Terapéutica (C.T.) (7).

Con la introducción de estas Unidades de Desintoxicación Comunitaria (U.D.C.), la actuación del servicio de Enfermería adquiere una especial relevancia, sirviendo de nexo entre pacientes que inician el tratamiento de desintoxicación y su ingreso subsiguiente en Comunidad Terapéutica, ya que durante la estancia en la U.D.C. se les muestran los pro y los contra con que se encontrarán en el proceso terapéutico y a la vez, la necesidad, no sólo de una desintoxicación, sino también de una terapia deshabitadora y rehabilitadora (1) (5).

## Observaciones

La U.D.C. está integrada en la C.T. "Juan Gallardo", ubicada en el término municipal de la localidad sevillana de Los Palacios y Villafranca (a 4 Km. de la población); teniendo un ámbito de actuación regional.



Sala de Enfermería y Urgencias.

La capacidad de la C.T. es en la actualidad de 45 pacientes, a los que hay que añadir los 9 pacientes que puede llegar a albergar la U.D.C., lo que representa un total de 54 pacientes que pueden ser atendidos. (Fig. 2).

El equipo profesional que atiende a estos pacientes es de carácter multidisciplinar, en el que están incluidos: psicólogas, educadores, trabajadora social, maestros de taller, animadores socio-culturales, médicos y enfermero; siendo estos tres últimos grupos de profesionales los que mantienen un contacto más directo con los pacientes de la U.D.C. Los recursos humanos integrantes de estos tres grupos son los siguientes: diez animadores socio-culturales, cuatro médicos y un enfermero.

Resulta evidente que en un centro de estas características y dada su apartada ubicación se desarrollen en él actividades y funciones de Centro de Salud, así como actuaciones propias de Centro de Urgencia Primario (Fig. 3). La atención sanitaria en U.D.C. está estructurada de la siguiente manera: los facultativos tienen guardias de 17 h., desde las 22,00 h. a las 15,00 del día siguiente, y el enfermero cubre la U.D.C. y la C.T., como único profesional sanitario, desde las 15,00 h. a las 22,00 h. de lunes a viernes, los sábados y domingos son los facultativos los que cubren la

U.D.C. y C.T. durante las 24 h..

Las actividades que lleva a cabo Enfermería las podemos dividir en los tres niveles desarrollados a continuación:

A) Nivel Asistencial: (Fig. 1)

- Programas de prevención: (8) (12)
  - Vacunaciones: Hepatitis B  
Tétanos  
Gripe
  - Prueba Mantoux: Tuberculosis
- Atención Sanitaria:
  - Extracciones, control de constantes, dispensar tratamientos, curas, urgencias, etc.
- Toma de muestras para detección de sustancias adictógenas.

B) Nivel Docente:

- Programa de Educación Sanitaria (9): charlas educativas tras las cuales se realizan tests a los pacientes, para posterior trabajo científico (4).
  - Sexualidad: Especial interés en hablar de las Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) y cómo prevenirlas (2).
  - Alimentación e Higiene (9).
  - Primeros Auxilios (9).
- Programas de Técnicas de Relajación.
- Programas informativos sobre los distintos recursos de la red asistencial para el drogodependiente.

C) Nivel Administrativo:

- Control de existencias: farmacológico y fungible.
- Control de Metadona: balance y nuevas peticiones.

La atención que se dispensa al paciente de U.D.C. es de 24 h., ya que durante el periodo de desintoxicación, el paciente cursa con un Síndrome de Abstinencia a Opiáceos (S.A.O.) que puede variar de leve a

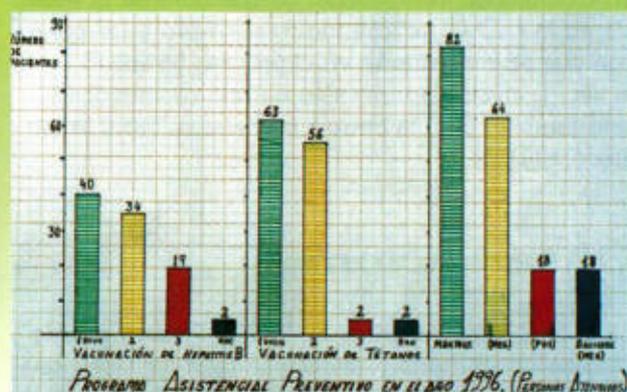


Fig. 1. Programa Asistencial Preventivo en el año 1996.

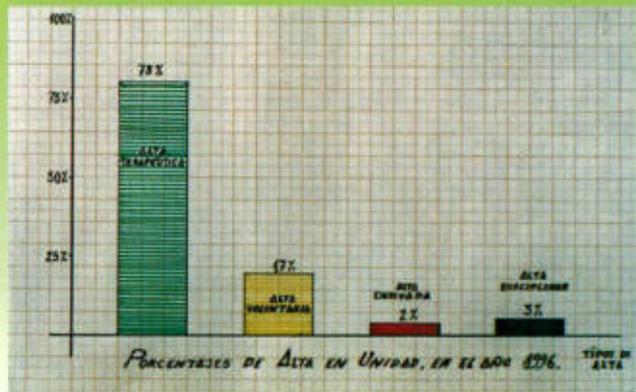


Fig. 2. Porcentajes de alta en U.D.C. en el año 1996.

moderado y rara vez a elevado, de ahí la importancia de la atención sanitaria.

Dependiendo del grado de intoxicación con el que haya ingresado en la Unidad (a heroína, metadona, tranquilizantes, hipnóticos, cocaína, etc.) y atendiendo también sus circunstancias psicosociales, la estancia del paciente viene a durar, aproximadamente, de siete a quince días (6).

El proceso de desintoxicación se realiza mediante pautas reductoras de la dosis necesaria de metadona y la administración, al mismo tiempo, de tranquilizantes, hipnóticos, etc..., cuya dosificación, posteriormente, también se irá reduciendo. al margen de la atención sanitaria propia de la desintoxicación, al paciente se le hace una estructuración ocupacional del tiempo con el fin de evitar, en la medida de lo posible, estados de ansiedad, angustia, ideas de consumo, etc..., que puedan afectarle.

Los estudios estadísticos realizados en esta U.D.C., nos revelan que, en el año 1996, hubo un total de ingresos de 150 pacientes, por lo que el porcentaje de ocupación fue del 70,07%, dándose una estancia media de pacientes por día de 9,40.

De estos ingresos fueron Alta Terapéutica 117 (casos en que el paciente completó su proceso de desintoxicación), lo que arroja un porcentaje de 78% sobre el total de ingresos. El resto de sujetos tratados, que por diversas circunstancias no acabaron el proceso de desintoxicación, se distribuye en los siguientes tipos: 17% de Alta Voluntaria, 2% de Alta Derivada y 2,6% de alta Disciplinaria (Fig.2).



El proceso de Actuación de Enfermería se realiza de una forma personalizada

## Comentarios

Dado el amplio margen de actuación de enfermería en la U.D.C. "Juan Gallardo", resulta interesante el seguimiento del proceso de atención de enfermería a estos pacientes, tomando como referencia a un grupo estándar (4), en el que se repiten con mucha frecuencia los diagnósticos de enfermería que veremos a continuación, aunque parece obvio que cada paciente que pasa por la U.D.C. tiene sus propias alteraciones biosíquicas y sociales que lo hacen diferente (Fig.6). Atendiendo a los criterios diagnósticos de la N.A.N.D.A. (10 (11) existen once parámetros, cada uno con una serie de diagnósticos, que a continuación iremos desglosando:

### 1. Mantenimiento de la Salud:

#### 1.1 Diagnóstico:

Alteración en el mantenimiento de la salud, relacionado con (r/c) el incumplimiento del tratamiento prescrito.

##### 1.1.1. Objetivo:

Convencer al paciente de la necesidad de tomar tratamiento.

##### 1.1.2. Actividades:

- Valorar los conocimientos que tiene el paciente sobre el tratamiento.
- Informar sobre las posibles consecuencias psico-físicas que le puede ocasionar la negativa a tomar el tratamiento.
- Observar como el paciente toma el tratamiento y lo deglute en caso de negativa reiterada a tomarlo.

### 2. Nutrición:

#### 2.1. Diagnóstico:

- Nutrición alterada: menor que los requerimientos corporales r/c, dieta inadecuada, hábitos de vida desorganizada.

##### 2.1.1. Objetivos:

- Adquisición de unos hábitos alimenticios más sanos.
- Reposición del número de kilos; adecuado a edad, complejión y estatura.

#### 2.1.2. Actividades:

- Organizar un número de comidas al día. No comer entre horas.
- Información sobre alimentación y nutrición: diferencias.
- Dar a conocer nuevos alimentos al paciente, para iniciarlos en otros tipos de dietas: diversificar el alimento.
- Modos de comer, evitar hacer comidas rápidas.
- Controles periódicos del número de kilos que ha aumentado, para evitar la obesidad.

#### 2.2. Diagnóstico:

Déficit nutricional r/c factores físicos: estado de boca, dientes, etc...

##### 2.2.1. Objetivo:

Adquirir un buen estado nutricional.

##### 2.2.2. Actividades:

- Información sobre higiene bucal.
- Derivar a especialista odontólogo.
- Proporcionar dieta blanda.

### 3. Eliminación:

#### 3.1. Diagnóstico:

Eliminación intestinal alterada: estreñimiento, r/c periodo de desintoxicación a opiáceos.

3.1.1. Objetivo:

Restituir el peristaltismo de forma adecuada.

3.1.2. Actividades:

- Informar al paciente de que la aparición de este signo S.A.O. es normal.
- Favorecer la defecación: administrar tratamiento, tomar fibra y abundante líquido y, por último, colocación de enemas.

**4. Actividad-Ejercicio:**

4.1. Diagnóstico:

Potencial de déficit de diversión r/c ingreso reciente en U.D.C. o dificultad para estructurar su tiempo libre.

4.1.1. Objetivo:

Integrar al paciente en U.D.C.

4.1.2. Actividades:

- Recoger información de las actividades que realizaba el paciente.
- Ayudarle a estructurar su tiempo libre.
- Favorecer la comunicación con otros pacientes.

4.2. Diagnóstico:

Potencial de déficit de autocuidado: higiene-vestido-acicalamiento r/c hábitos de vida.

4.2.1. Objetivo:

Adquirir alto grado de autonomía para su cuidado.

4.2.2. Actividades:

- Informar sobre los autocuidados esenciales.
- Crear responsabilidades en sus tareas.
- Concienciar sobre normas de convivencia social.

4.3. Diagnóstico:

Intolerancias a la actividad: movilidad afectada r/c, falta de hábito y/o buen estado físico durante la desintoxicación.

4.3.1. Objetivo:

Favorecer la actividad física moderada.

4.3.2. Actividades:

- Informar sobre las posibles afectaciones musculares o articulares durante la desintoxicación e incidir en la realización de ejercicios moderados.
- Realizar tablas de calentamiento antes de ejercicios más intensos.
- Fomentar la actividad física con distintas actividades: deportivas, juegos, etc...

**5. Reposo-sueño:**

5.1. Diagnóstico:

Alteración del patrón de sueño: defecto r/c Síndrome de Abstinencia a Opiáceos.

5.1.1. Objetivo:

Adquisición de un patrón de sueño satisfactorio.

5.1.2. Actividades:

Informar sobre las diez pautas para conciliar el sueño (1). Favorecer la actividad física y movilidad durante el día.

Administrar tratamiento antes de dormir (posteriormente se realiza pauta reductora del mismo).

**6. Cognitivo-Perceptivo:**

6.1. Diagnóstico:

Descuido personal factores psico-sociales r/c consumo reiterado de drogas,

6.1.1. Objetivo:

Adquirir conciencia de su estado personal.

6.1.2. Actividades:

Ayudar mediante charlas-coloquio a reconocer cuales deberían ser sus patrones de autocuidado. Informar sobre el estado de degradación social que ocasiona el consumo de drogas. Comentar la importancia de establecer nuevas relaciones sociales y desvincularse de las anteriores.

6.2. Diagnóstico:

Retraso del desarrollo: capacidad para tomar decisiones r/c ambiente psico-social.

6.2.1. Objetivo:

Adquisición de la capacidad, por parte del paciente, para tomar decisiones positivas por sí mismo.

6.2.2. Actividades:

Charlas-coloquio: habilidades sociales, prevención de recaídas y grupos dinámicos.

**7. Autoimagen-Autoconcepto:**

7.1. Diagnóstico:

Alteración de la autoestima: disminuida r/c el estado psico-social en el que el paciente ha vivido.

7.1.1. Objetivo:

Aumento de la autoestima.

7.1.2. Actividades:

- Charlas-coloquio sobre las repercusiones que conlleva el consumo de drogas.
- Facilitar las interrelaciones con otros pacientes y con el mundo exterior.
- Actividades culturales, fomentar la capacidad para poderlas desarrollar.

7.2. Diagnóstico:

Ansiedad r/c Síndrome de Abstinencia a Opiáceos.

7.2.1. Objetivo:

Disminuir o evitar el grado de ansiedad.

7.2.2. Actividades:

Facilitar tareas recreativas. Dispensar tratamiento cuando sea oportuno. Inculcar a los pacientes la idea de que son enfermos.

**8. Relación de Roles:**

8.1. Diagnóstico:

Dificultad de interacción social fuera de su entorno r/c el consumo de drogas (drogodependencia).

8.1.1 Objetivo:  
Crear nuevas amistades.

8.1.2. Actividades:  
Fomentar la comunicación. Charlas sobre habilidades sociales.

## 9. Sexualidad.

9.1. Diagnóstico:  
Potencial de disfunción sexual r/c síntomas de la abstinencia a opiáceos.

9.1.1. Objetivo:  
Evitar estados de ansiedad provocados por esta situación.

9.1.2. Actividades:  
- Informar sobre posibles eyaculaciones precoces tras abstinencia a opiáceos.  
- Modos de evitar o reeducar su sexualidad para evitar eyaculación precoz.

## 10. Adaptación o tolerancia al estrés:

10.1. Diagnóstico:  
Adaptación individual ineficaz r/c en el periodo posterior al ingreso.

10.1.1. Objetivo:  
Adaptación por parte del paciente de forma personal.

10.1.2. Actividades:  
- Formar al individuo para que pueda manejar las situaciones estresantes.

- Favorecer la adaptación del individuo a su nuevo entorno y situación familiar.

10.2. Diagnóstico:  
Potencial de violencia: auto/heteroagresión r/c estados de ansiedad o estrés.

10.2.1. Objetivo:  
Evitar situaciones de auto o heteroagresión.

10.2.2. Actividades:  
- Evitar mediante farmacopea, situaciones de estrés o ansiedad elevada.  
- Aprender el manejo de este tipo de situaciones por parte del paciente.  
- Técnicas de relajación. Actividades recreativas, paseos, etc.

## 11. Valores o creencias.

No aparecen diagnósticos que se repitan con cierta frecuencia entre los pacientes de la U.D.C., aunque no por ello dejan de detectarse.

## Agradecimientos:

A todo el colectivo de profesionales que integra la Comunidad Terapéutica "Juan Gallardo"; y muy especialmente a Macarena Torres y Lucía Albarrán, por su ayuda inestimable.

## BIBLIOGRAFÍA

- BRUNNER, L.S. y SUDDARTH, D.S.: *Enfermería Médico-Quirúrgica*. Interamericana. 6ª Edición. 1989.
- CARRETERO, R. et al.: *S.I.D.A. Pautas de Actuación*. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. 1988.
- CUADERNOS DE ORIENTACIÓN PARA PERSONAL SANITARIO. *Comisionado para la Droga*. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Andalucía. 1988.
- COLAS, M<sup>AP</sup>. y BUENDÍA, L.: *Investigación Educativa*. Ediciones Alfal. 2ª Edición. 1994.
- DROGODEPENDENCIA: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. c.g.t. 1996.
- FIELD, G. et al.: *El tratamiento de abusos de drogas en cárceles y penitenciarías*. F.A.D. 1992.
- HERAS, S. et al.: *Actuar es posible*. Plan Andaluz sobre Drogas. Delegación del Gobierno. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1992.
- MERCK, S. et al.: *El manual Merck*. Ediciones Doyma. 8ª Edición. 1989.
- MOGUER, P. y CABALLERO, F.A.: *Un proyecto para tu salud*. Trabajo científico postgrado. Sevilla. 1995.
- ROPER, N. et al.: *Modelo de Enfermería*. Interamericana. 2ª Edición. 1985.
- TERRÓN, R.M. y VILLAR, J.J.: *Definiciones de categorías diagnósticas de enfermería de la N.A.N.D.A. (según Gordón)*. Trabajo recopilatorio. Sevilla. 1990.
- VICENTI, J. et al.: *Drogodependencia y Atención Primaria de Salud*. Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria. 2ª Edición. 1994.

# RELACIÓN CATÉTERES EPICUTÁNEO-SEPSIS

**Nieves Aguado Galiana,**

**María Encarnación Alonso Erenas**

Enfermeras. Unidad de neonatología del Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

## Introducción

El interés de nuestro estudio se ha centrado en conocer el tiempo máximo de duración de un catéter epicutáneo, vía venosa central, sin riesgo de sepsis (1), asegurando, para ello, que dicho catéter se encuentre debidamente situado y cuidado. Este tipo de vía central llamado catéter epicutáneo nos permite la administración de líquidos necesarios, como son: sueros glucosados de alta concentración, antibióticos hepatotóxicos diluidos, drogas, nutriciones parenterales y resto de medicación.

En comparación con otros tipos de vías, debido a su larga duración, proporciona al neonato un mayor bienestar facilitando su movilidad, agilizando los cambios posturales, aumentando su campo visual y distanciando maniobras cruentas. Con ello se simplifica el trabajo y cuidados de enfermería, reduciendo el coste económico del material necesario.

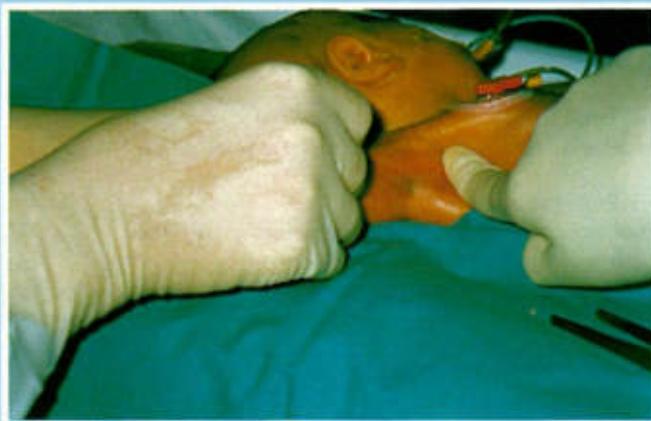
## Material y Método

Se ha llevado a cabo un estudio científico aplicando el método descriptivo siguiente:

**Población de estudio:** neonatos con sepsis de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Infantil "Virgen del Rocío", en el año 1996.

**Muestra:** 30 neonatos y 100 catéteres epicutáneos.

**El método de recogida de datos:** Se realiza mediante las historias clínicas protocolo validado, cumplimentado por observación



1. Selección de la vena a puncionar, vena axilar.

directa, por parte de los investigadores.

### El grupo sometido a estudio:

Incluye un total de 30 neonatos sépticos que fueron seleccionados mediante los siguientes criterios:

1. número de catéteres epicutáneos implantados.
2. número de catéteres epicutáneos cultivados y no cultivados.
3. hemocultivos.
4. positivos a Cándidas.

## Marco Teórico

### Descripción del catéter epicutáneo:

El catéter está constituido por un tubo de silicona radiopaco de 30 cm. de longitud, y un diámetro de 0,3 a 0,6 mm. (2,3). El catéter está equipado a su extremo proximal, a un pequeño tubo metálico de calibre 25, el cual se encuentra equipado a un conector azul

desenroscable y autoobturante, siendo este material muy sensible se debe tener en cuenta:

- \* no desenroscar totalmente, en ningún momento, el conector azul.
- \* no realizar movimientos de retirada del catéter a través de la aguja (riesgo de seccionar el catéter)
- \* no exceder los límites de presión en trabajo o bolo de 1 bar/760 mm Hg, y 1,2 bar/900 mm Hg.

### Material necesario:

1. solución antiséptica
2. solución salina heparinizada
3. cinta métrica
4. apósito hemostático
5. apósito autoadhesivo
6. tijeras estériles
7. campos estériles
8. guantes estériles
9. gasas estériles
10. jeringas estériles de 1 y 2 ml.
11. agujas
12. equipo del catéter



2. Vena puncionada.



3. Introducción del catéter epicutáneo.

4. Catéter epicutáneo insertado.



- 13 catéter epicutáneo
- 14 una pinza de disección sin dientes

**Personal necesario:**

- Una enfermera
- Un ayudante

**Técnica:**

Selección de la vena puncional (4,5):

1. Medición de la distancia entre el punto de punción y la aurícula derecha.
2. Lavado de mano de tipo quirúrgico.
3. Desinfección de la zona.
4. Colocación de guantes estériles.
5. Preparación del campo.
6. Montaje del catéter epicutáneo comprobando algún posible defecto purgándolo.

El ayudante inmovilizará y hará presión sobre la zona a puncionar. Una vez obtenida la vena, se irá introduciendo el catéter a través de la aguja, avanzando éste ayudándose de la pinza de disección. Se introducen, aproximadamente, los centímetros medidos. Seguidos estos pasos, comprobaremos si el catéter epicutáneo está en vena, haciendo refluir la sangre. Se cuidará al extremo la retirada de la aguja, la conexión del catéter y la compresión de la zona puncionada, para evitar la hemorragia. Para ello, aplicaremos el apósito hemostático y procederemos a su fijación definitiva, asegurando las medidas de asepsia. Finalmente se realizará el chequeo radiográfico para establecer su correcta ubicación.

**Resultados**

Del estudio realizado obtenemos los siguientes resultados:

\* total de sepsis: 30 estudiadas en neonatos ingresados en nuestra unidad de cuidados intensivos.

\* total de catéteres epicutáneos implantados: 100; cultivados 49 y los 51 restantes no fueron posibles sus cultivos (tabla I). Se ha comprobado que no coinciden el hemocultivo y el cultivo del catéter epicutáneo en las sepsis que no son positivas a Cándidas.

### Medias de días de implantación

- \* media de los c. epicutáneos negativos: 12 días implantación, (de 1 a 26).
- \* media de los c. epicutáneos positivos: 12 días implantación, (de 2 a 21).
- \* media de los c. epicutáneos positivos a Cándidas: 15 días implantación.
- \* media de los c. epicutáneos positivos a otros gérmenes: 6 días implantación.

El 100% de los cultivos en sangre que no son positivos a Cándidas no coinciden con el cultivo de c. epicutáneo. El 83% de los cultivos en sangre positivos a Cándidas sí coinciden con el cultivo del c. epicutáneo.

### Discusión

Debido a este estudio pensamos que no es necesario la retirada del catéter epicutáneo, en neonatos con sepsis, provocada por germen distinto a Cándidas. Sin embargo, si se debe retirar en aquellos neonatos con sospecha de sepsis a Cándidas, y que el catéter epicutáneo lleve más de 7 días implantado.

Por ello, creemos conveniente, y es nuestra indicación, realizar en sospecha de sepsis cultivos seriadados:

- A. Luz de catéter epicutáneo.
- B. Hemocultivo del catéter epicutáneo.
- C. Hemocultivo de otra vena.

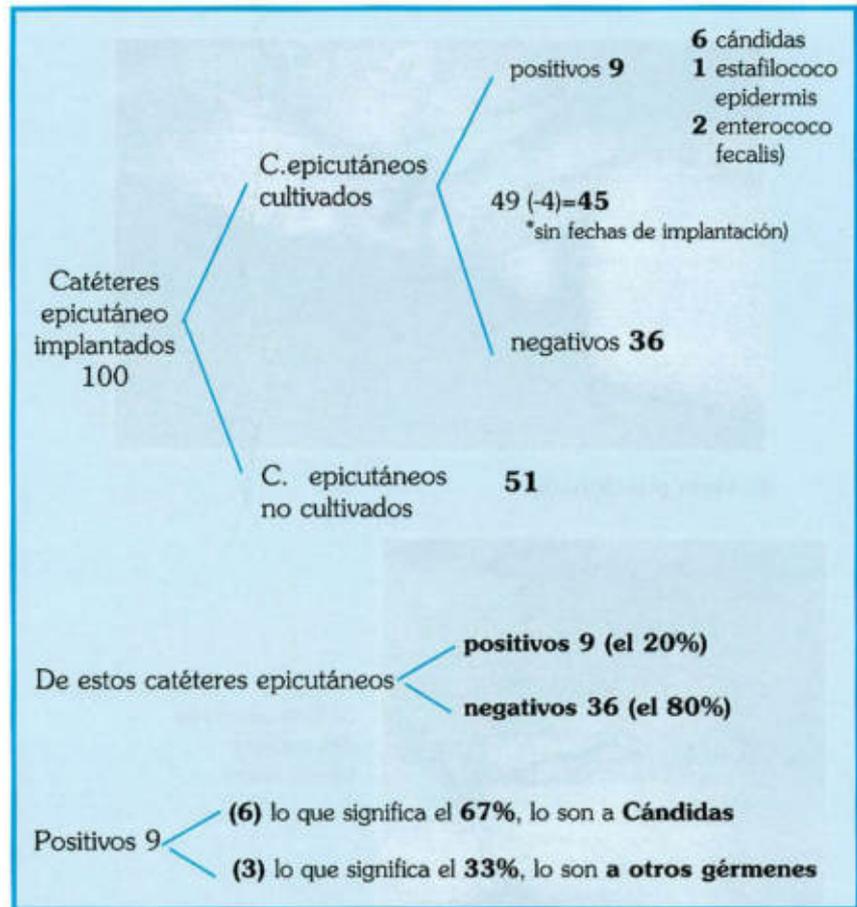


Tabla I. De las 30 sepsis estudiadas se realizaron 181 hemacultivos, Siendo positivos 77 y negativos 144.

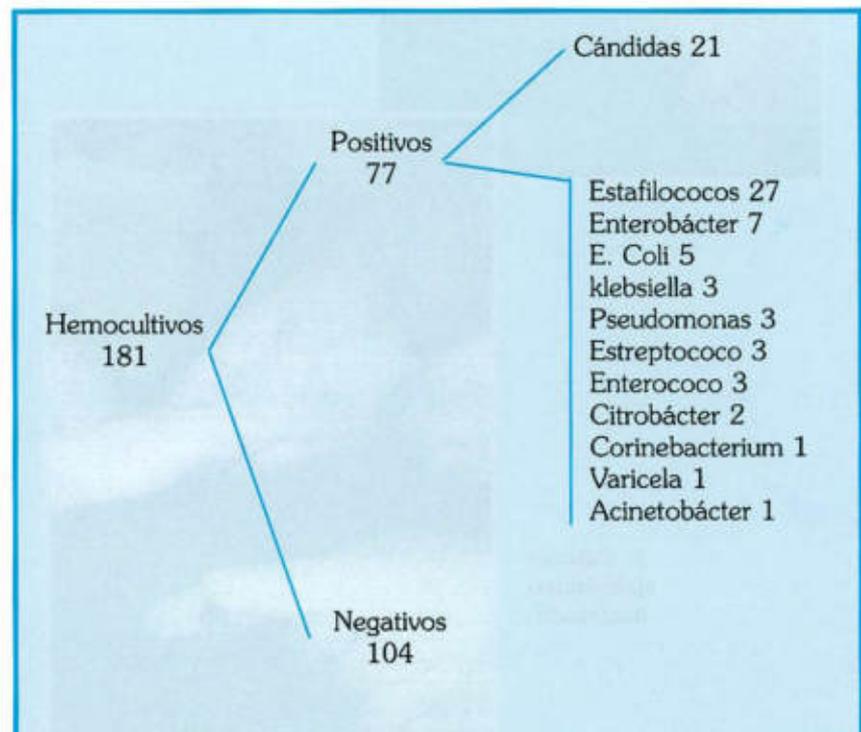


Tabla II. De los 77 hemocultivos positivos, 21 fueron acándidas y el resto a otros tipos de gérmenes



5. Fijación del catéter epicutáneo.



6. Catéter epicutáneo colocado.

En el caso en que A y C sean positivos, al mismo tiempo, sería necesario la retirada del catéter epicutáneo.

Con ello, iniciamos una línea de investigación, que dejaremos abierta y que será objeto, en un futuro próximo, de nuevos estudios, con diferentes tipos de gérmenes y de cultivos a los referenciados en este estudio.

### Agradecimiento

Por su aportación de datos a:

Dra. C. Zamarrigo,  
médico de la unidad

África Gil Yuste,  
supervisora de la unidad

## BIBLIOGRAFÍA

1. Faintuch J, "et al": Inspecciones of central venous catheters, Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Sao Paulo, 1995 Jan-Feb, 50:1,52-4
2. Crespo C. Jurado M: Catéter epicutáneo: otra forma de vía central. Revista Rol 135: 21-23
3. Garciandía E, "et al": Estudio de enfermería sobre colocación y cuidados posteriores en el sistema venoso central periférico: Enfermeras U. Neonatal H.V. del Camino. Pamplona, 1994
4. F. Ruza: Cuidados intensivos pediátricos
5. Jack L., "et al": Inserción percutánea de catéteres venosos centrales en recién nacidos.

# SIDA Y ESCOLARES, UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA

**Jorge Manuel Oliva Manzano<sup>1</sup>**

**Jose Carlos Rojas Pichardo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Enfermero. <sup>2</sup>Médico. Centro de Salud Santiponce. Zona Básica de Camas. Sevilla

## Introducción

Cuando me propuse la realización de una charla-taller como actividad con la comunidad, dentro de las actividades generales del Centro de Salud, barajé distintas opciones. Debía tratar un tema que fuese atractivo y actual, que planteara unas cuestiones básicas, fácilmente entendibles y que tuviese interés para la población a la que fuese destinado.

Elegir el tema inicialmente, no fue difícil: tratar sobre el Sida parecía que podría reunir las características anteriormente expuestas, sólo que se ha hablado ya tanto por tantos colectivos, dirigido a todos los grupos sociales, se ha publicado tanto, se ha hecho tanta publicidad, que lo que parecía una buena idea en principio se fue tornando en una duda sobre si realmente a alguien podría interesarle tratar este tema otra vez y además sobre aspectos tan básicos como: ¿en qué consiste la enfermedad? o ¿cuáles son sus métodos de transmisión?, aspectos muy alejados de las consideraciones científico-teóricas que sí podrían realizar seguro, aportaciones interesantes, pero muy alejadas del objetivo planteado.

Cuando ya empezaba a desestimar esta idea, se me ocurrió que hay un grupo poblacional que podría no haber sido suficiente objeto de información, como para que les pudiese resultar interesante y como para merecer la pena elaborarlo y plantearlo de una forma sencilla y atractiva. En el caso de que conociesen ya la mayoría de los contenidos a exponer, aun así siempre les sería útil, pues al



**Es necesaria la educación sanitaria en edades escolares para conseguir la prevención del Sida**

menos le serviría como refuerzo de esos conocimientos. Dirigiría el tema a un grupo escolar, 2º de ESO en el Instituto de Enseñanza Secundaria Santiponce, en cuya localidad presto mis servicios como Enfermero.

¿Qué justificaría realizar esta experiencia con éstos niños?. Quizás el hecho de que se sitúan en una franja de edad en la que la mayoría no ha iniciado sus primeros contactos sexuales pero están próximos a ello, por lo que darles conocimientos sobre la prevención de esta terrible enfermedad sería darles las mejores armas para combatirla.

Esta experiencia no pretende valorar los conocimientos reales que dicha población tiene, puesto que la muestra es pequeña, tampoco la efectividad de la intervención, ya que no tenemos un grupo control con quien comparar los resultados,

sólo intenta llamar la atención sobre la necesidad de seguir insistiendo en la información y prevención, sobre todo en edades tan tempranas.

## Objetivos

- Conocer que nivel de información tiene este grupo poblacional.
- Reforzar los conocimientos que pudieran tener previos a la intervención.
- Aclarar aquellos aspectos dudosos que no hallan querido plantear a sus padres y profesores.
- Que los discentes sepan identificar cuáles son los factores de riesgo, mecanismos de transmisión y acciones de prevención.
- Dar a conocer, comportamientos adecuados con las personas seropositivas, que eviten en el futuro conductas marginales.



**La experiencia delata la poca información que tienen los alumnos sobre esta enfermedad**

- Valorar en que medida es efectiva la intervención docente, en relación a la adquisición de conocimientos por parte de los discentes.

## Material y Métodos

Esta experiencia ha sido realizada en el Instituto de Enseñanza Secundaria Santiponce. Con 97 alumnos de 2º de ESO, de un total de 129 matriculados en los cursos de 2ªA (32 al.), 2º B (33 al.), 2º C (32 al.) y 2º D (32 al.). De estos 129, no asistieron a la exposición del tema propuesto 32. El tiempo aproximado de exposición fue de una hora, admitiéndose durante la misma, todas aquellas aportaciones que los discentes quisieron realizar, se intentó facilitar las intervenciones y provocar además una discusión final en los grupos más motivados aunque con poco éxito.

El material utilizado fue un proyector de diapositivas adecuadas a los contenidos expuestos. Éstas recogían de forma visual las siguientes cuestiones :

1. ¿Qué significan las siglas SIDA?
2. El SIDA es :
3. ¿Cómo ataca el virus del SIDA al sistema Inmune?
4. ¿Cuál es la evolución de la epidemia en España?
5. ¿Es lo mismo estar infectado por el virus del SIDA que padecer la enfermedad?
6. ¿Qué significa ser portador asintomático?
7. El SIDA se trasmite por :
8. Un método eficaz de prevenir el SIDA es :
9. Un comportamiento de riesgo es :
10. El tratamiento del SIDA es :

Se debía además valorar la efectividad que la charla (aunque fuese sólo de forma orientativa) podía tener en relación a estas cuestiones básicas, por lo que para ello se planteó un cuestionario que recogerían estas mismas cuestiones con cuatro opciones de respuesta. Éste se pasaría antes y después de la exposición del tema, así podría valorarse los conocimientos previos y los adquiridos con posterioridad.

El intervalo de edad de los alumnos esta comprendido entre los 13-14 años , siendo un grupo mixto y proporcional en relación al sexo (masculino 65, femenino 64) El lugar de reunión fue una de las aulas, aunque ésta no guardaba condiciones de oscuridad adecuada para un perfecto visionado de las diapositivas, y de intimidad para crear un ambiente confortable, por ser aulas muy grandes.

La cooperación por parte del jefe de estudios, profesores, y vedeles fue muy buena, facilitando cuantos medios y materiales fueron necesarios.

Las dos primeras reuniones se iniciaron fuera del horario escolar, dividiendo el curso en dos grupos, con poco éxito de aforo, sólo acudieron en cada reunión la mitad de los alumnos convocados, por lo que se decidió seguir con las actividades dentro del horario escolar para asegurar la presencia de la mayoría de los alumnos aunque esto alterara la idea inicial de dividir los grupos ya que en este caso la asistencia debía ser de todo el curso por cuestiones de espacio y de tiempo.

## Resultados

Constan de diez gráficos que debemos interpretar de la siguiente forma :

En la parte superior se encuentra el Título, que es el texto de la pregunta sobre la que los alumnos tendrán que responder en la opción correcta.

En una línea inferior está el Subtítulo, que refleja en cada uno de los dos diagramas el numero de alumnos sobre el que se realiza la muestra, se observa pues que existe una diferencia de 6 alumnos, los cuales abandonaron la reunión a petición del docente debido a la total falta de interés por el tema expuesto y a la enorme interferencia que estaban creando para el normal desarrollo de la actividad con el resto de los alumnos.



Con este taller se pretende reforzar los conocimientos previos que los alumnos tienen sobre el SIDA

A continuación se visualiza el gráfico, que consta de dos diagramas de barras situados en paralelo, que reflejan la valoración cuantificada de las respuestas correspondientes a los cuestionarios pasados con anterioridad y posterioridad a la exposición, donde se visualizan cinco barras en secuencia lineal, las cuatro primera corresponden a una opción de respuesta y la quinta a no sabe / no contesta.

A continuación se visualizan las siglas correspondientes a las cuatro opciones con los dos valores de respuesta en ambos cuestionarios. La correcta vendrá señalizada con las siglas R.C.

Para finalizar se describe el texto resaltando la respuesta correcta, y el comentario del gráfico si lo hubiere.

### ¿QUE SIGNIFICAN LAS SIGLAS SIDA?

Total Alumnos: 97

Total Alumnos: 91

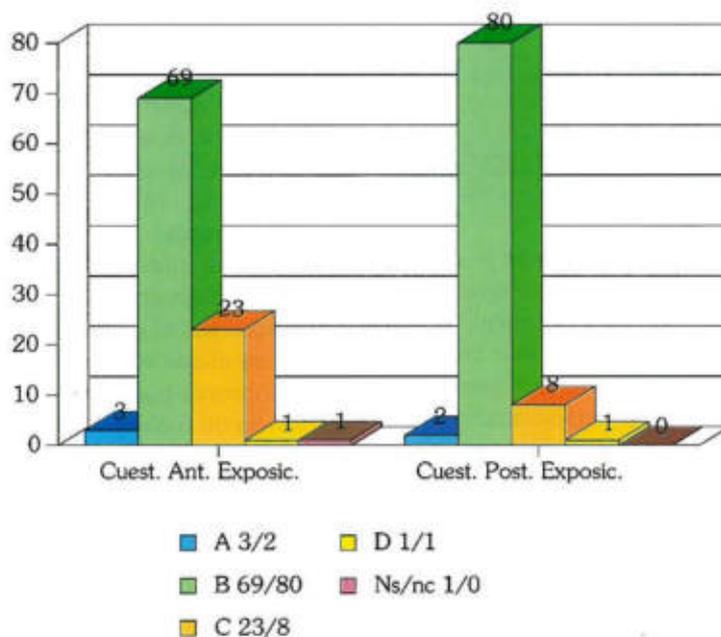


Figura 1

- A Síndrome de Inmuno Deficiencia Antigrupal.
- B Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.**
- C Síndrome de Inmuno Deficiencia Antitetánica.
- D Servicio de Inteligencia y Desarrollo Americano.

#### Comentario

Es sorprendente que a esa edad haya niños que no sepan que significan estas siglas. De todas formas se observa cómo después, la casi totalidad de los alumnos comprenden lo que significan, lo que supone un incremento del índice de respuestas del 17% más al final de la exposición. Dudo de la fiabilidad de la respuesta "D" y pienso que uno de los alumnos quiso dejar patente su sentido del humor tanto al principio como al final marcando dicha opción.

### EL SIDA ES

Total Alumnos: 97

Total Alumnos: 91

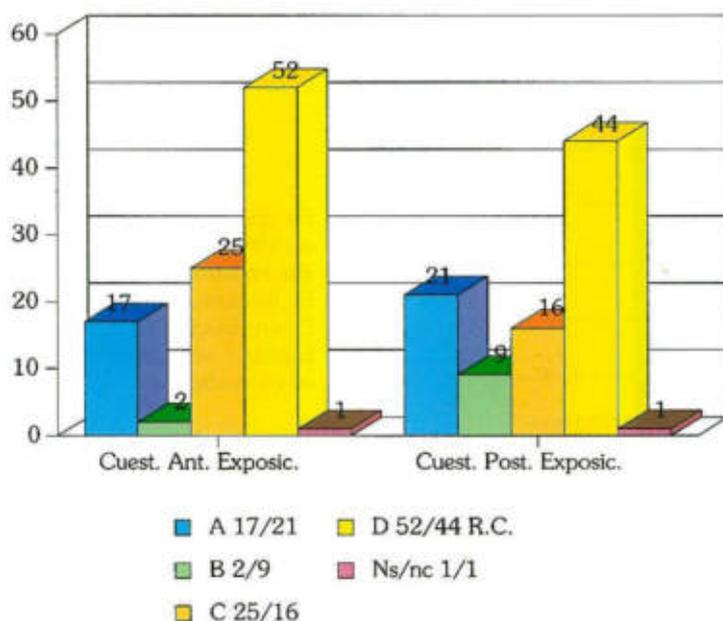


Figura 2

- A Una enfermedad grave, cada vez más frecuente en la población, para la cual no se conoce remedio.
- B Una enfermedad debida a la destrucción del sistema inmunitario, por un virus llamado VIH.
- C Una enfermedad que una persona ya infectada puede transmitir por vía sexual.
- D Todas las respuestas son correctas.**

#### Comentario

Como las opciones incorrectas son en realidad parcialmente correctas, el resultado puede quizás deberse a haberse fijado poco en todas las opciones de respuesta.

### ¿COMO ATACA EL VIRUS DEL SIDA AL SISTEMA INMUNITARIO?

Total Alumnos: 97

Total Alumnos: 91

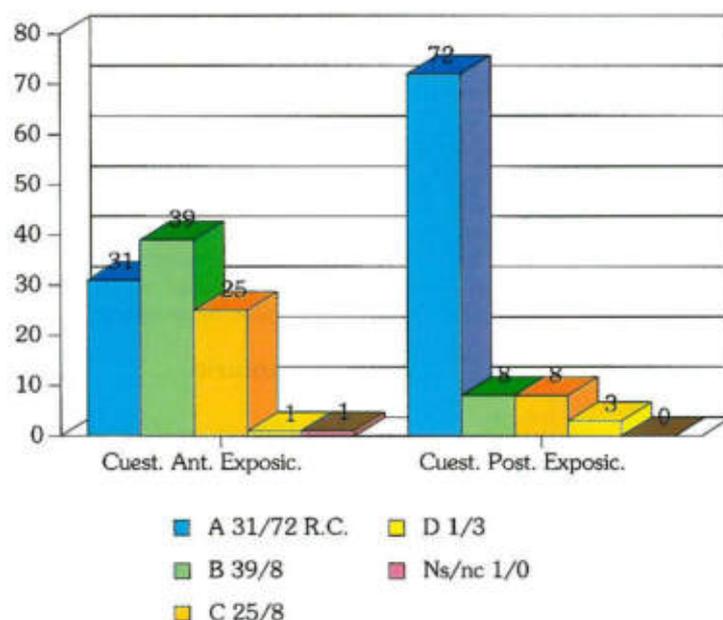


Figura 3

- A Entra en la circulación sanguínea y se adhiere a una célula llamada linfocito.**
- B Entra en la circulación sanguínea y se adhiere a los órganos más débiles.
- C Entra en la circulación sanguínea adhiriéndose a la pared de la vena.
- D Entra por vía respiratoria depositándose en los pulmones.

#### Comentario:

Se observa cómo después de la exposición, el índice de respuestas es de un 47% más que antes de la misma.

### ¿CUAL ES LA EVOLUCIÓN DE LA EPIDEMIA EN ESPAÑA?

Total Alumnos: 97

Total Alumnos: 91

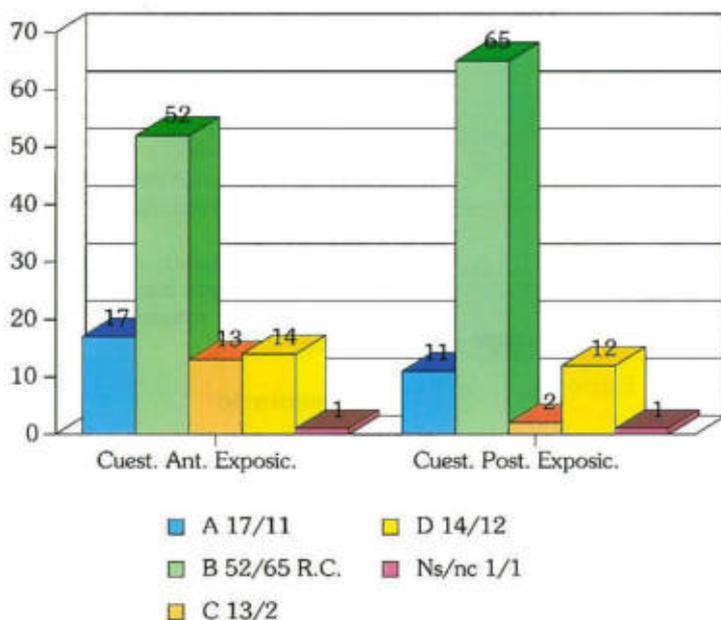


Figura 4

A En crecimiento, pero se prevé que en 1998 se haya estabilizado.

**B En crecimiento progresivo.**

C En descenso progresivo.

D En crecimiento en la mitad norte de España y en decrecimiento progresivo en Andalucía.

#### Comentario

El índice de respuestas acertadas es de un 17% más al final de la exposición.

### ¿ES LO MISMO ESTAR INFECTADO POR EL VIRUS DEL SIDA QUE PADECER LA ENFERMEDAD?

Total Alumnos: 97

Total Alumnos: 91

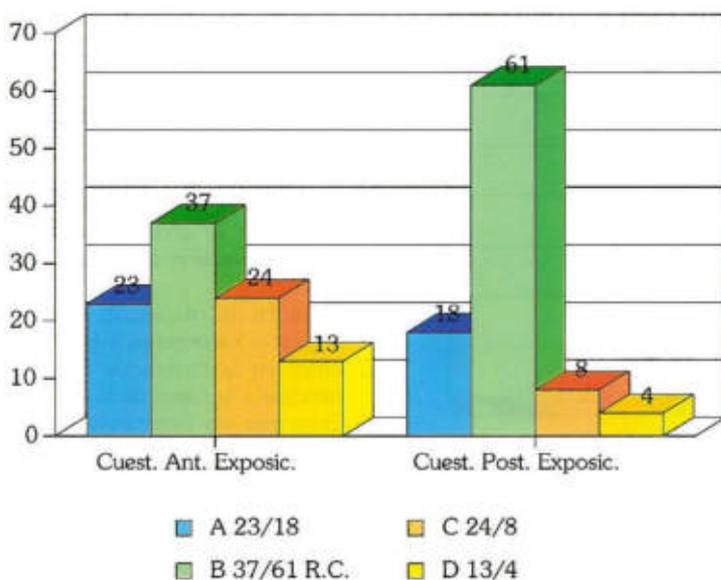


Figura 5

A Sí es lo mismo, estar infectado y padecer la enfermedad son conceptos similares.

**B No, estar infectado no quiere decir que se tenga el SIDA**

C Sí, porque todas las personas infectadas desarrollan la enfermedad instantáneamente.

D Ninguna de las anteriores.

#### Comentario

Este concepto que inicialmente resulta claro sólo para el 38% de los alumnos, lo es al final de la exposición para el 67% de los asistentes, refleja un incremento pues del 29% en el índice de respuestas acertadas en el cuestionario pasado al final de la exposición.

### ¿QUE SIGNIFICA SER PORTADOR ASINTOMÁTICO?

Total Alumnos: 97

Total Alumnos: 91

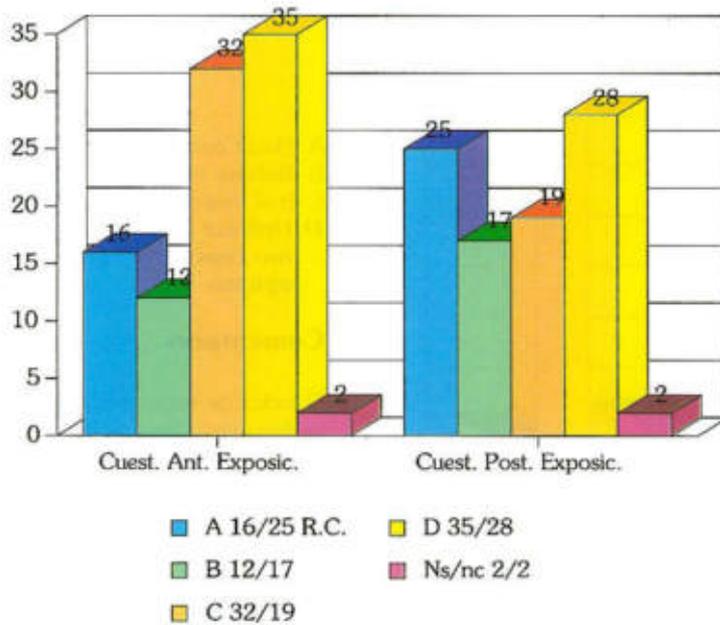


Figura 6

**A** Aquellas personas que están infectadas por el virus pero no presentan síntomas aún.

**B** Aquellas personas que aunque presentan algunos de los síntomas aún no manifiesta la enfermedad.

**C** Aquellas personas que tienen el SIDA aunque no tengan síntomas.

**D** Sólo las respuestas A y B son correctas.

#### Comentario

De las dos preguntas que podrían considerarse como fracaso en cuanto a obtención de resultados, que serían la número 2 y ésta, es la que peor valores ofrece y evidencia una gran confusión en la comprensión del concepto.

### EL SIDA SE TRASMITE POR

Total Alumnos: 97

Total Alumnos: 91

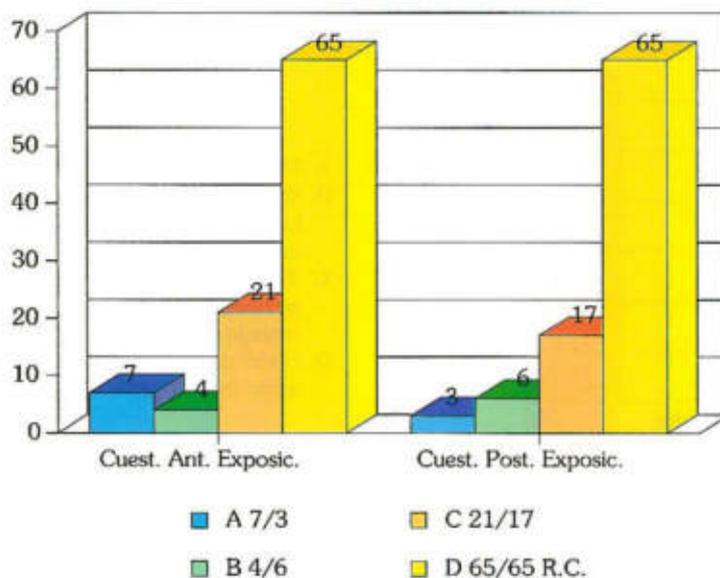


Figura 7

**A** Un beso en las mejillas y por contacto con animales.

**B** Por transmisión sanguínea.

**C** Por transmisión sexual.

**D** Las respuestas B y C son correctas.

#### Comentario

Se observa como en general los que inicialmente tenían claro el concepto 67% del total, siguen teniéndolo después 71%, con un incremento del 4% en relación a la totalidad de los alumnos antes y después de la exposición.

### UN MÉTODO EFICAZ PARA PREVENIR EL SIDA ES

Total Alumnos: 97

Total Alumnos: 91

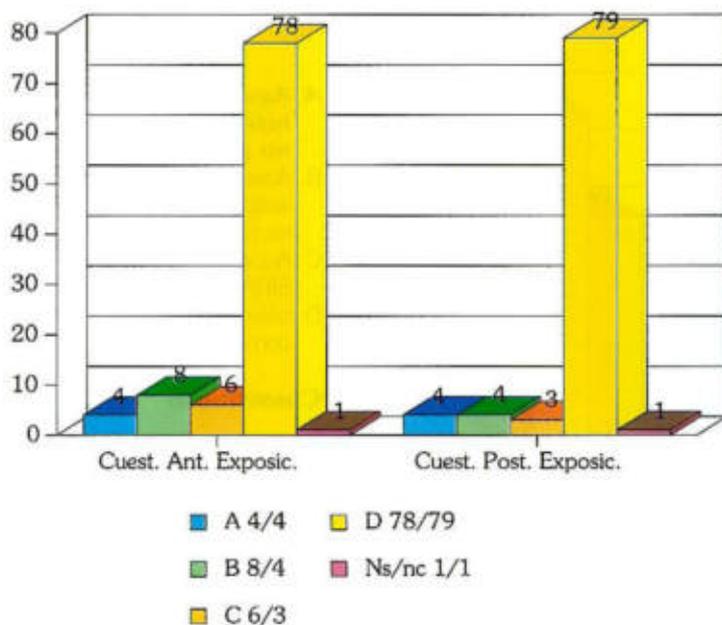


Figura 8

- A Hacer como si nada ocurriese.
- B Bañarse en agua muy caliente.
- C Ir al medico cada seis meses.
- D Utilizar bien el preservativo y no compartir jeringuillas ni agujas.**

#### Comentario

El índice de respuestas acertadas es de un 6% más al final de la exposición.

### UN COMPORTAMIENTO DE RIESGO ES

Total Alumnos: 97

Total Alumnos: 91

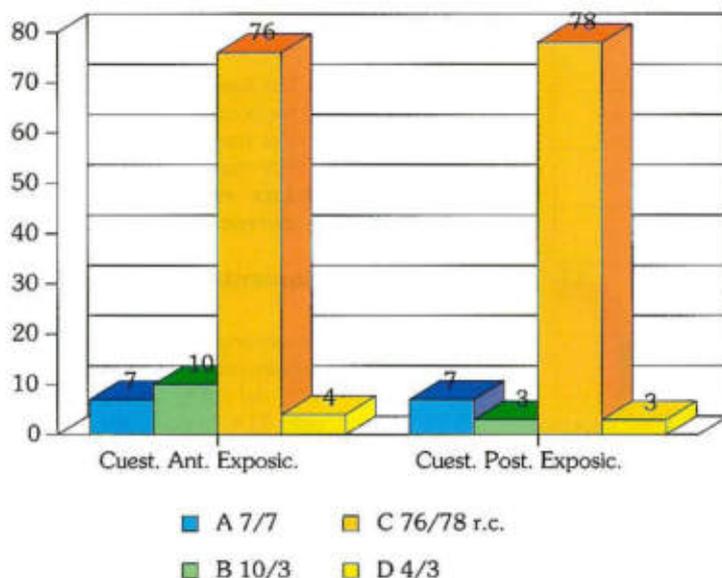


Figura 9

- A Vivir en una gran ciudad.
- B Bailar agarrados y besar en la boca a la pareja, aunque sea desconocida, en una discoteca.
- C Tener relaciones sexuales no protegidas con diferentes parejas.**
- D Hacer deporte en un gimnasio al que asiste mucha gente y ducharse allí.

#### Comentario

El índice de respuestas acertadas es un 8% más al final de la exposición.

### EL TRATAMIENTO DEL SIDA ES

Total Alumnos: 97

Total Alumnos: 91

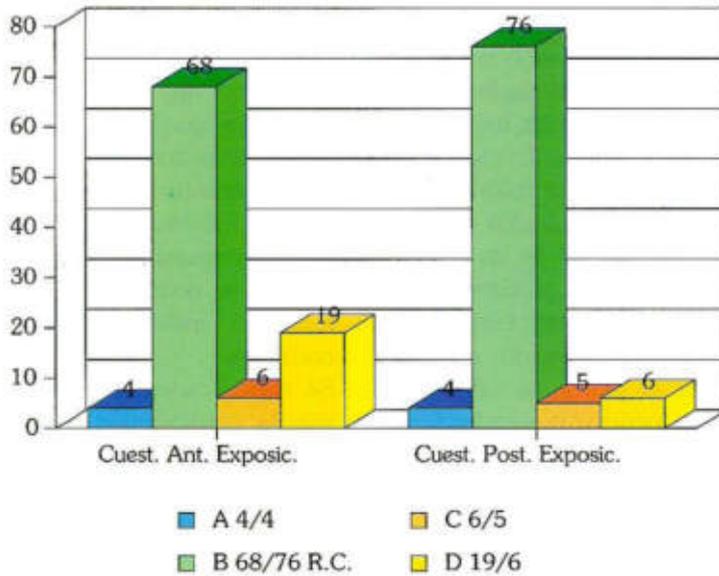


Figura 10

- A Se cura solo.
- B Hasta ahora no existe tratamiento eficaz.**
- C Con Ácido acetilsalicílico un gramo cada seis horas.
- D Una visita al médico y un tratamiento apropiado con Antibióticos son suficientes.

#### Comentario

El índice de respuestas acertadas es de un 13.5% más al final de la exposición.

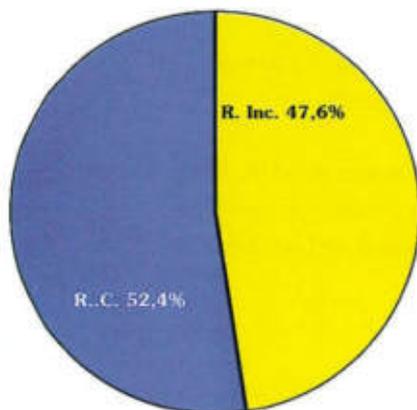
### VALORACIÓN GENERAL

TOTAL RESPUESTAS ANT. EXPOSIC.

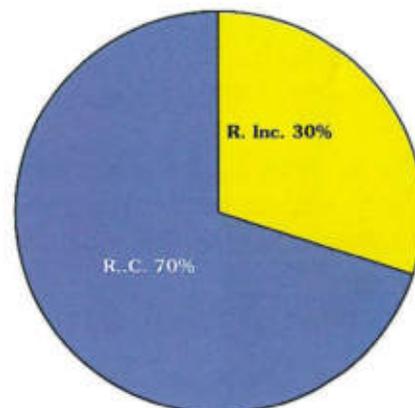
TOTAL RESPUESTAS POST. EXPOSIC.

Número Total de Preguntas: 970

Número Total de Preguntas: 910



■ Respuestas incorrectas: 429  
■ Respuestas correctas: 541



■ Respuestas incorrectas: 273  
■ Respuestas correctas: 637

En el diagrama de la izquierda, observamos un índice de respuestas acertadas del 52,4 %, es decir, los alumnos han respondido correctamente algo más de la mitad de las preguntas planteadas en el cuestionario pasado con anterioridad a la exposición del tema . En el diagrama

de la derecha, se observa un índice de aciertos del 70%, hay un incremento del 18 %. Podemos decir entonces que, tras la exposición, los alumnos han respondido correctamente, algo más de dos tercios del conjunto de las preguntas planteadas.

## Discusión

Una vez analizados los datos, surgen varias preguntas, ¿realmente esto sirve para algo?, ¿ha aportado esto algo a los alumnos?, ¿merece la pena seguir?

A la vista de los resultados se podría pensar que a estas edades la información que tendrían respecto de la enfermedad del Sida sería mayor y más clara, sobre todo en cuestiones tan básicas como las planteadas en esta charla-taller, pero es sorprendente ver como prácticamente la mitad de las preguntas eran contestadas erróneamente en el primer cuestionario.

En esta edad tan especial, en la que se tiende a rechazar el mundo

adulto al mismo tiempo que se intenta penetrar en él, los problemas que se definen desde fuera a lo que constituye el grupo, la pandilla etc.. tienden a percibirse como poco interesantes, por lo que no sorprende ver lo poco interesado que están algunos y lo poco informados que están otros en relación a esta enfermedad.

Creo que se pueden valorar como positivos los resultados, puesto que aunque en dos de las preguntas (2ª y 6ª) se evidencian un patente desconcierto también en el segundo cuestionario, en las 8 restantes el índice de respuestas varía con incrementos en los aciertos (sobre el primer cuestionario) que oscilan entre el 4% y el 47%.

Se hace necesario, incidir tanto es aspectos informativos como pre-

ventivos, sobre este grupo poblacional, que presenta a la vista de los resultados una cierta carencia informativa en temas como éste, que le van a ser de vital importancia en un futuro muy cercano.

En próximas charlas será necesario prestar una mayor atención, a cuestiones que parecen haber sido poco claras como la número 2 y especialmente la 6, en la cual se deberá además modificar el texto de las respuestas, cuya forma de plantearse podría haber condicionado el índice de respuestas correctas.

Se deberá además estimular aún más la participación de los alumnos ya que así le será más fácil fijar la mayoría de los conceptos, prestando a la vez más atención a las aclaraciones.

## BIBLIOGRAFÍA

Prof. S. KHOURY, Dr.J.-B. BRUNET, Prf. C. GRISCELLI, Edición actualizada del Instituto Pasteur, Bajo la dirección del Prof. LUC MONTAGNIER. SIDA. Los hechos. La esperanza.

Junta de Andalucía. Consejería de Salud. SIDA, Guía del Educador.

Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana 39, 1995 / vol 3 / nº 21 / 217-224. Del 24 al 30 de Septiembre de 1995.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Recomendaciones para el control de la infección por VIH, VHB y otros microorganismos de transmisión sanguínea en el medio laboral sanitario. Subcomisión de asistencia y Formación. Comisión Nacional de Coordinación y

Seguimiento de programas de Prevención del SIDA. Junio 1994.

Martín Zurro, A. Cano Pérez, J.F. Manual de Atención Primaria. 3ª Edición. Doyma, Barcelona, 1995.

F.M.C. (Formación Médica Continuada, edición 1997)

Piedrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública, 9ª Edición.

J. C. López Corral. Tratado de Enfermería Médico-Quirúrgica. Hematología y Neumología. (Tomo II). Luzán 5, S.A. de Ediciones, 1992.

SIDA, Guía del Alumno. Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

# EXCLUSIVO Profesionales de Enfermería



póliza  
**TOTAL**



**TERCEROS + ROBO  
+ LUNAS +  
PÉRDIDA TOTAL**

Responsabilidad Civil  
Obligatoria +  
Responsabilidad Civil  
Suplementaria Ilimitada  
+ Defensa y Reclamación  
+ Accidentes Conductor  
+ Asistencia en Viaje +  
Robo + Lunas + Daños  
Propios / Incendio en  
caso de siniestro total.

USTED ELIGE

2

NUEVAS OPCIONES



CAUDAL

Nos preocupamos  
por llegar  
**AUN MÁS LEJOS...**

Oferta válida hasta fin de existencias



**SÓLO POR LLAMAR Y SOLICITAR  
PRESUPUESTO, le regalamos esta  
práctica LINTERNA muy útil para  
llevar dentro del coche.**

**GRATIS**

póliza  
**SÚPER 30**



**TODO RIESGO CON  
FRANQUICIA DESDE  
30.000 PTAS.**

Responsabilidad Civil  
Obligatoria +  
Responsabilidad Civil  
Suplementaria Ilimitada  
+ Defensa y Reclamación  
+ Accidentes Conductor  
+ Asistencia en Viaje  
+ Lunas + Robo  
+ Daños Propios /  
Incendio.

**INFÓRMESE  
sin compromiso**

**900 - 13 14 15**

**Llamada Gratuita**



**HORARIO**  
de lunes a viernes  
de 9 a 18 horas  
ininterrumpidamente



CAUDAL

Nueva Enramadilla, manzana 2  
Avda de la Buhaira  
Tel.: 95 - 463 66 45 • Fax: 95 - 463 09 36  
**41018 - SEVILLA**

# XIV CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA

## CIUDAD DE SEVILLA



**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**

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- DOTACIÓN:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, TRESCIENTAS MIL PESETAS (300.000) para el trabajo premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. 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.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quién delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería.  
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- 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 "XIV 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.º 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 1º firmante, certificado de colegiación reciente y currículum vitae.
- 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 "XIV Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.  
**Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de Octubre de 1998.** 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 1998.**



ILUSTRE COLEGIO  
OFICIAL DE  
DIPLOMADOS EN  
ENFERMERIA  
DE SEVILLA

#### Premios 1997:

- 1.º D.ª María José Espinaco Garrido
- 2.º D. Manuel Ángel Calvo Calvo
- 3.º D.ª Josefa Rosario González Rufz

**CAUDAL**  
GRUPO ZURICH