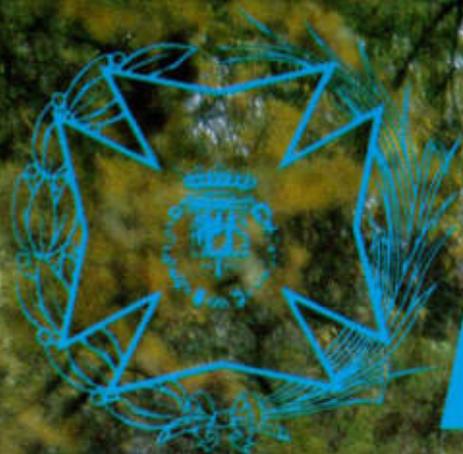


Nº 4 - ABRIL - MAYO - JUNIO 1993



AVG10

REVISTA CIENTIFICA DEL ILUSTRE COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. DE SEVILLA

RADIOPROTECCION. MEJORA DEL METODO EN RADIODIAGNOSTICO

PROTOCOLO DE INGRESO EN U.C.I. DE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO GRAVE

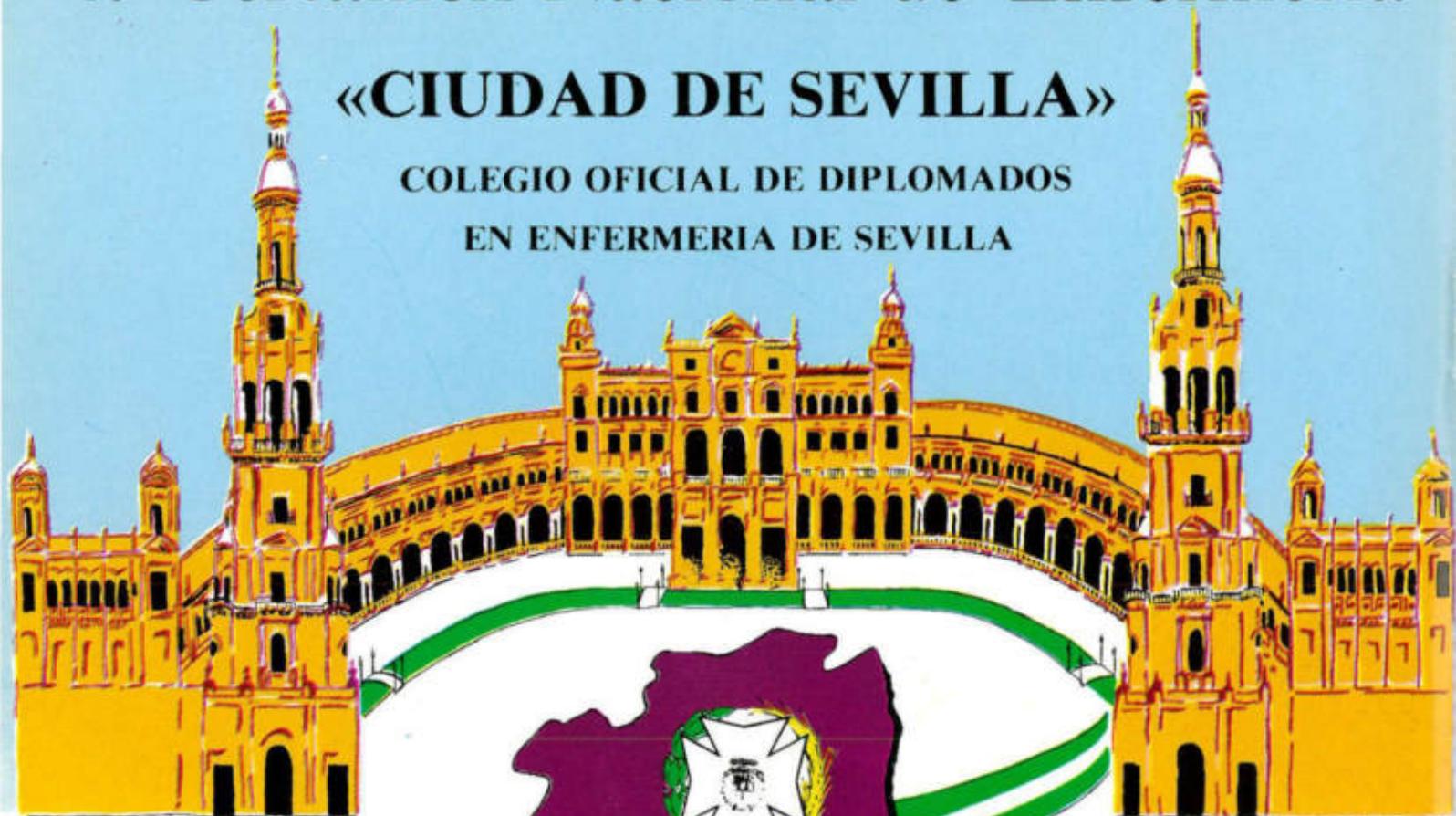
PROPUESTA DE CREACION DE LA PRIMERA ACADEMIA DE MATRONAS

4º Certamen Nacional de Enfermería

«CIUDAD DE SEVILLA»

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS

EN ENFERMERIA DE SEVILLA



COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS
EN ENFERMERIA DE SEVILLA

Guarín 2

PREMIOS 1987

- 1º Premio: D. Francisco Gallardo Gálvez, de Sevilla
2º Premio: D. Antonio Zambrano Parra, de Badajoz
3º Premio: DESIERTO

PREMIOS

- Primero: 400.000 ptas.
Segundo: 200.000 ptas.
Tercero: 100.000 ptas.

CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA «CIUDAD DE SEVILLA». Colegio de Diplomados en Enfermería de Sevilla

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería. Tiene cabida aquellas líneas de investigación, asistenciales, docentes, planificadoras, teóricas, especialidades, etc. que cumplan las siguientes:

B A S E S

- 1º— **Denominación:** Título «Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla».
- 2º— **Objeto:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este concurso con las bases del mismo.
- 3º— **Dotación:** La dotación económica será de CUATROCIENTAS MIL pesetas (400.000) para el trabajo premiado en primer lugar, de DOSCIENTAS MIL pesetas (200.000) para el premiado en segundo lugar, y CIEN MIL pesetas (100.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4º— **Presentación:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrá limitación de espacio y deberán ir acompañado de Bibliografía, si la hubiese.
- 5º— **Concursantes:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados; serán admitidos trabajos realizados en equipo. En este caso se entiende por autor, a los efectos de lo dispuesto en estas bases, el primer firmante de cada trabajo.
- 6º— **Jurado:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Diplomados de Enfermería de Sevilla, o en quien él delegue. Cinco Vocales, cada uno de los cuales representarán: al Colegio de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, dos Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Actuará como Secretario el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- 7º— **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.

- 8º— **Documentación:** Los trabajos que opten al premio, deberán ser mecanografiados por duplicado y remitidos por correo certificado al Colegio de A.T.S. y D.E., Calle Infanta Luisa de Orleans, nº 10, SEVILLA-41004, deberán indicar en el sobre: para el 4º Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla. Los trabajos deberán ir firmados con seudónimos y acompañarán en sobre cerrado con la misma identificación, en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección completa, lugar de trabajo si lo hubiese, núm. de Colegiado, y «Curriculum Vitae», que se abrirá tras las concesiones de los premios.
- 9º— **Propiedad de los trabajos:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S./D.E. de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio, para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados en el 4º Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla.
- 10º— **Incidenias:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación previa de las presentes bases.
- 11º— **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 15 de Septiembre de 1988. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante, si se trata de un equipo, por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.
El fallo del Jurado se hará público el 1 de Diciembre de 1988.

LA CRISIS DE LA FORMACION CONTINUADA DE LA ENFERMERIA HOSPITALARIA

Qué duda cabe que la Formación Continuada para la Enfermería Hospitalaria está inmersa en una profunda crisis desde 1987 y que aún hoy no se ha tocado fondo.

El programa con el que se constituyó institucionalmente ha sido desarrollado sólo en una mínima parte y fundamentalmente en lo relativo al «Subprograma de Reciclaje», pero si consideramos que el objetivo de la Formación es aumentar la calidad asistencial de los profesionales de Enfermería difícilmente daremos por conseguidos dichos objetivos con el desarrollo actual del Programa. La «Formación en servicio» apenas si existe y de los Programas de Educación para la Salud dirigidos a los pacientes y familiares mejor será no hablar.

Faltan criterios de unificación, no sólo entre distintos Centros, sino lo que es más grave, entre las distintas unidades de un mismo Centro.

Es necesario, y lo es con «urgencia», que la Administración exija a los distintos Centros Hospitalarios programas coherentes en lo relativo a la formación del personal de Enfermería y que controle el cumplimiento de esos programas.

Para algunas Direcciones de Enfermería, la Formación Continuada no es más que un asunto molesto que sólo sirve para crear problemas de cobertura de personal a la hora de que éste solicite permiso.

Si los profesionales de Enfermería no vemos en la formación el único camino para avanzar en la consecución de una ENFERMERIA cada vez más independiente de factores extraños, difícilmente llegaremos al logro de nuestras aspiraciones.

La formación no sólo es necesaria para los profesionales, sino también para la misma Administración, ya que es la única forma de poder dar mejores servicios a sus clientes y, por tanto, debe estar contemplada como una actividad más de la vida laboral diaria.

Desde estas líneas hacemos un llamamiento a todos los profesionales de Enfermería que viendo el peligro que corre la Formación Continuada en los Centros Hospitalarios, pidan respuestas adecuadas, con programas que traten en serio las necesidades formativas de los profesionales y de los clientes y que además la Formación Continuada se contemple dentro de los horarios de trabajo por ser una actividad más que se desarrolla a lo largo de nuestro que-hacer diario.



EDITA:

Ite. Colegio Oficial de
Ayudantes Técnicos Sanitarios y
Diplomados en Enfermería
de Sevilla

DIRECTOR:

José M^º Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

Maite Barea Ruiz
José Antonio Cervera López

CONSEJO DE REDACCION:

Junta de Gobierno del
Ite. Colegio Oficial de
Ayudantes Técnicos Sanitarios
y Diplomados en Enfermería
de Sevilla

IMPRIME:

Gráficas Mirte, S.A.

©

DEPOSITO LEGAL:

SE - 470 - 1987

Sumario

—EDITORIAL	3
—SUMARIO	4
—PROPUESTA DE CREACION DE LA PRIMERA ACADEMIA DE MATRONAS	5
—ENFERMERIA: PARA EL PACIENTE Y CON EL PACIENTE	9
—CHARLAS DE PASILLO	10
—PROTOCOLO DEL INGRESO EN U.C.I.	16
—ECOLOGIA, SALUD Y ENFERMERIA	21
—ENFERMERIA Y COMUNIDAD	29
—PAPEL DEL DIPLOMADO EN ENFERMERIA EN LA IMPLANTACION DE LA PROTESIS TOTAL DE CADERA TIPO MOTTA-CALLEA	35
—RADIOPROTECCION. MEJORA DE METODO EN RADIODIAGNOSTICO	39
—APUNTES PARA LA PREVENCION DE LA DROGA EN EL MUNDO ESCOLAR	47
—LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA	49
—LENGUAJE EN ENFERMERIA	51
—CONCURSO DE FOTOS	53
—ENTREVISTA CON... ..	55
—MORFOPSIKOTIPOLOGIA HUMANA	58
—I CONGRESO DE ENFERMERIA INTENSIVA ANDALUZA	65
—APLICACION DEL EQUIPO DE INTENSIFICACION DE IMAGEN PARA CIRUGIA PODOLOGICA	69
—EL PRACTICANTE SEVILLANO	72
—MEJORE SUS REGISTROS EN ENFERMERIA	74
—VII CONGRESO DE A.T.S.-D.E. ESPECIALISTAS EN ANALISIS CLINICOS	75
—BECAS CONCEDIDAS	76
—BECAS DE ESTUDIO	77
—CURSOS - JORNADAS - CONGRESOS	78

El equipo de redacción no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los diferentes artículos, siendo la responsabilidad de los mismos, exclusiva del que los suscribe.

4

ABRIL
MAYO
JUNIO
1988



EN PORTADA
Monasterio de Piedra
(Zaragoza)
Foto: M.^a Teresa Braojos



Facsimil de la insignia utilizada por la Regia Sociedad

PROPUESTA DE CREACION DE LA PRIMERA ACADEMIA DE MATRONAS

SEVILLA 1776

M.^o JOSE CUADRI DUQUE
Prof. de Enfermería Materno-Infantil
de la E.U.E. «Virgen del Rocío»

En la actualidad están en revisión los programas y planes de estudios de la formación básica y de especialidades de Enfermería. Es interesante analizar, dentro del contexto social y sanitario de la época, y divulgar los antecedentes históricos de la instrucción profesional. Este artículo, como indica el título, se refiere a la formación de matronas en el siglo XVIII.

INTRODUCCION

La bibliografía existente sobre Historia de la Enfermería estudia principalmente las instituciones hospitalarias de caridad (organización, ordenanzas, etc.), y los movimientos que desde el siglo XIX impulsan la enfermería profesional. En general, se detecta falta de atención al conjunto de profesiones sanitarias que ejercían sus funciones de atención de salud a la población fuera del ámbito hospitalario, y en particular a las matronas.

Pretendemos en este breve trabajo de investigación histórica aportar información acerca de la instrucción de las matronas en el siglo XVIII, dentro del contexto social en que se desarrolla.

PROPUESTA DE LA ACADEMIA

En los legajos de la Real Aca-

demia de Medicina y demás Ciencias de Sevilla del año 1776 figura el informe de la Regia Sociedad, elevado al Sr. Conde de Mejorada, Procurador Mayor de la Ciudad, sobre el proyecto del socio Sr. Matoni de crear «una Academia Pública para instruir Matronas en el Arte obstetricio», según provisión del Real y Supremo Consejo de Castilla.

La importancia de este documento está, a nuestro juicio, que en el espíritu de la Ilustración de la época, es el primer intento de organizar un centro específico de formación de matronas. (Tal vez estos existieran anteriormente, en el periodo andaluz, durante el cual se produjeron considerables progresos ginecológicos; sin embargo no tenemos suficientes noticias de la formación de matronas hispano-árabes, lo que ofrece un interesante tema de investigación en la historia profesional).

El proyecto del Sr. Matoni se fundamenta «en la innegable impericia de dichas Matronas, motivo por que se notaban perjuicios considerables en los casos de partos difíciles».

Merece resaltarse la coincidencia de fechas con la publicación de la circular del ministro Campomanes (1774) sobre la creación de Sociedades Económicas para promover el desarrollo económico y cultural de pueblos y ciudades, y mejorar las condiciones de vida de la sociedad española. Una de las actividades de las Sociedades fue la fundación de

escuelas profesionales. En 1788 la Sociedad Económica de Amigos del País, de Sevilla, eleva un memorial al Rey en que solicita la creación de un Colegio Academia de Primeras Letras, para formación de maestros, «porque es innegable que la enseñanza de las primeras letras ha estado entregado a personas poco aptas...». Es evidente el paralelismo con el proyecto del Sr. Matoni, en el espíritu y en la forma.

La Regia Sociedad «habiendo con bastante madurez discurrido largamente sobre este serio particular», considera muy útil el proyecto, pero «que habiendo un examen de parteras impreso de orden del Real Protomedicato» no se podía exigir más conocimientos «que los dispuestos por dicho tribunal a quien esto es privativo».

El Protomedicato había expuesto al Rey en 1750 los errores que cometen parteras y comadrones, por lo que se acordó redactar una «Cartilla del Arte de Partear» por la cual habían de ser examinadas las matronas. En cuanto a los comadrones no se darían títulos de parteros solamente, sino que deben ser cirujanos, «como parte que se considera esencial para dicho ministerio». Esta Real Orden institucionaliza, por tanto, la división profesional entre matronas y cirujanos-comadrones, que a partir de entonces evolucionan separadamente.

Entre los requisitos para pre-

Los requisitos para admitir las Parteras á examen, segun la papeleta que de ellos reparte el Tribunal, son: la informacion de la limpieza de sangre de la pretendiente, sus padres y abuelos por ambas líneas, con expresion de los nombres y apellidos de todos ellos, hecha ante la Justicia ordinaria del pueblo donde deban executarla, y con citacion del Procurador Síndico General.

Fe de Bautismo de la pretendiente.

Informacion justificativa de haber practicado dos años, hecha precisamente en el pueblo donde haya tenido la práctica, y no en otro, siendo uno de los testigos el Maestro ó Maestra, y en caso de haber fallecido, depondrán de su muerte los testigos, y se presentará la certificacion de su entierro.

Certificacion de vida y costumbres dada por el Cura Párroco, ó su Teniente.

Todos estos documentos han de estar comprobados de tres Escribanos.

De las normas de examen del Tribunal del Protomedicato. 1750

sentarse las parteras a examen se exige dos años de formación práctica con maestra examinada. Esta medida no parece suficiente a J. Navas que en la introducción del libro «Elementos del Arte de Partear» (1795) se lamenta: «...la falta de buenos libros de arte de partear en nuestro idioma, y las pocas escuelas donde las comadres puedan adquirir conocimientos actuales, las indemniza de no ser más que rutineras de las que tuvieron por maestras».

Es cierto que las Ordenanzas de 1787 del Real Colegio de Cirugía de Madrid permiten que el Maestro de Partos instruya, sin perjuicio de la enseñanza de alumnos, a las futuras matronas en el conocimiento de la preñez y del parto. En el Reyno de Aragón, en 1663 y no estando sometido a la autoridad del protomedicato, el Colegio de Médico y Cirujanos establece en las Ordenanzas que cada año se nombre algún colegial para instruir parteras en materia tan importante. Pero obsérvese que estos casos, y otros análogos, que indudablemente ejercieron un positivo influjo profesional, no son propiamente centros de formación de matronas y no se imparte a ellas la adecuada formación teórica.

INFORME DE LA REGIA SOCIEDAD

Reconocida la autoridad del Tribunal examinador, el informe al Sr. Conde de Mejorada insiste en la utilidad de la Academia de Matronas, «**extendiéndose en facilitarles mayores luces, seria indispensable,.... ponerle ley que las obligase a mayor instruccion**». Para ello propone que nadie puede presentarse a examen sin presentar certificación del Director de la Academia de haber asistido a la misma en tiempo determinado, además de haber practicado con otra matrona titulada, «**...porque precisada esta práctica de aquel estudio teórico anatomico de la Academia, resultarian capaces de tratar los casos aún más arduos de los partos**».

El plan se basa en lo que en términos de moderna pedagogía se hubiera llamado formación integral, en que los contenidos teóricos facultan la comprensión racional de los fundamentos, y la actividad práctica permite aplicarlos y adquirir las habilidades operativas necesarias. Profesionalmente sólo a médicos, boticarios (reconocidos por la Real Cedula de 1650) y cirujanos (el primer Real Colegio de Cirugía se fundó en

Cádiz en 1748) se les reconocía arte científico. Los cirujanos-barberos (actuales practicantes y dentistas), ensalmadores y algebristas (traumatólogos), y parteras, son considerados oficios manuales, propio de los empíricos sin formación libresca.

El proyecto de la Academia de Matronas contempla una formación teórica, y por tanto libresca y científica, que se imparte —y ésta es su importante novedad, a nuestro juicio— en centros creados con la específica finalidad de enseñanza a matronas, y no simples anexos de otras corporaciones: Colegios de cirujanos, etc. En este sentido, quizás pueda considerarse precursor, con dos siglos de antelación de las actuales Escuelas de Enfermería.

Es normal que un proyecto de estudios tan renovador no fuera confiado a la tutela de la Universidad. La Medicina, en el siglo XVIII, estaba constituida por dos grupos antagónicos: los galénicos, formados en la Universidad a base de comentarios de autores clásicos, pero sin práctica anatómica ni clínica, y los revalidados, que habían practicado con otros médicos en ejercicio, interesados por el estudio experimental y la difusión de las nuevas ideas. La

representación institucional de dichos grupos eran respectivamente el claustro universitario y la Regia Sociedad.

Por ello, el informe propone que la Academia de Matronas esté «bajo la dirección y conducta de un cuerpo respetable» y que inspeccionase sobre el cumplimiento del Director, «sea quien fuese, para tenerlo siempre en respeto y vigilancia de su obligación». Y expresamente se recoge obligación de dicho Director «cuidar que adelantasen siempre sus académicas y no las hiciese pasar el tiempo en sutilezas de cosas impertinentes».

SEMINARIO DE MATRONAS

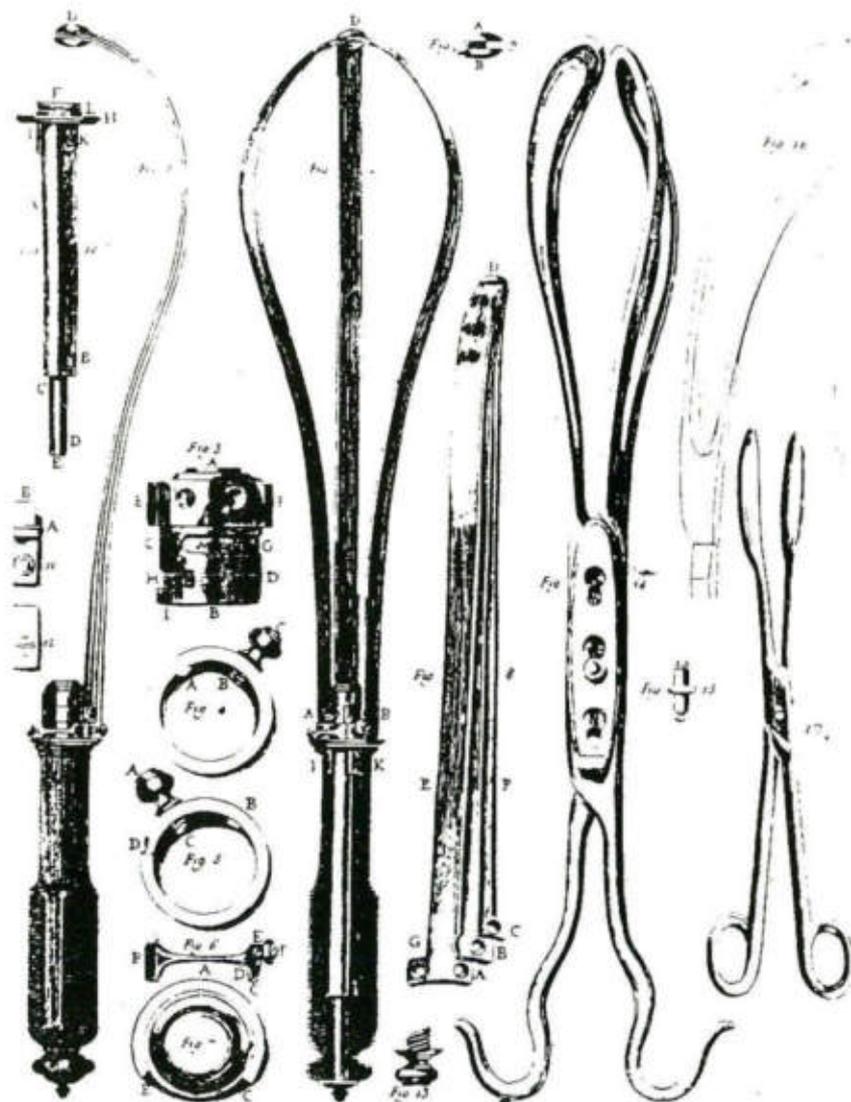
De acuerdo con la proyección regional que siempre observó la Regia Sociedad, con representación de socios de todo el reino de Sevilla e incluso de los cuatro reinos de Andalucía, el informe propone el establecimiento «aquí de un Seminario, que pudieran distribuirse Matronas a todo el Reinado, resultando inmensas utilidades en los partos difíciles, en beneficio de la humanidad».

Es interesante exponer la situación sanitaria que nos permita valorar el sentido de esta propuesta de Seminario. La insuficiencia de asistencia en el medio rural, que acogía al ochenta por ciento de la población española, da lugar a la pervivencia de métodos curativos populares ejercidos por personas no examinadas, a pesar de las repetidas órdenes contra el intrusismo. Así, por edicto de 1780, el Capitán General de Andalucía ordena hacer presentación de sus títulos a «todos los médicos, cirujanos, boticarios, parteras y cualquier otro que ejerza la curativa en algunos de sus ramos, bajo penas...». Sin embargo frecuentemente los Justicias locales permitían la actividad de los no titulados, porque su cese iría en detrimento de la salud de la población, al no haber quien legalmente la asistiese.

Aun así podemos considerar que a lo largo del siglo se produce una mejora de la atención médica, por lo que se redujo el campo de actuación de las matronas, limitándose al parto.

Ya el primer autor español moderno, Doctor Damián Carbón, en el «Libro de arte de las Madrinan», escrito en 1528 y publicado en 1541, incluye los métodos curativos de las enfermedades de los niños y otras

sociales no posibilitaron que, entonces, se desarrollara profesionalmente la atención materno-infantil, lo que sin duda hubiera repercutido muy beneficiosamente en la salud general de la población.



Instrumental ginecológico del siglo XVIII generales (sarampión, viruelas, etcétera). Don Francisco Núñez, en la obra «Del parto humano» (1621), dedica todo el segundo tomo, treinta y cinco capítulos, a las enfermedades de los niños. Todo ello indica la costumbre, durante los siglos XVI y XVII, de consultarle a las matronas. En la literatura ginecológica del siglo XVIII la formación de matronas se refiere al embarazo y al parto, y al final de siglo con neta distinción con la formación de los cirujanos-comadrones en el tratamiento de casos difíciles y la utilización de instrumentos.

De esta forma, las circunstancias

EL AUTOR Y SU OBRA

Podemos establecer que Juan Bautista Matoni, de ascendencia italiana, ingresó en la Regia Sociedad en 1765 de miembro coadjutor (sustituto interino), ocupó plaza de supernumerario como opositor de Anatomía en 1769 y fue nombrado socio de número en 1783.

Su obra fue relativamente extensa, ya que se recogen veinticinco disertaciones a él debidas de variados temas quirúrgicos, pues fue cirujano del Real Regimiento de Milicias de Sevilla (hernias, grandes heridas, dislocación de huesos, piedras de riñón, cataratas, etc.) y de temas gine-

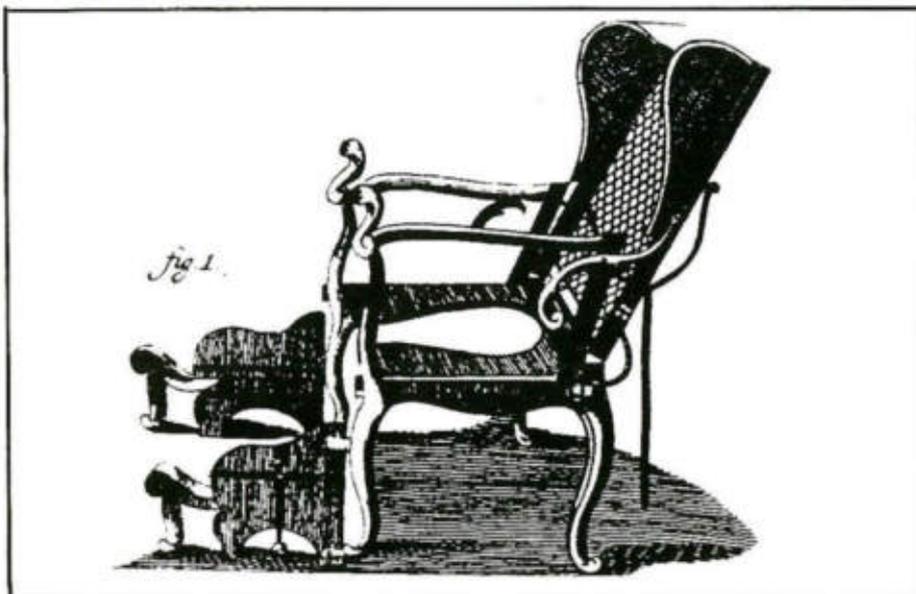


Fig. 1: Silla de parir de Stein

cológicos. En cuanto puede reflejar el estado y desarrollo científico de la época, y como homenaje al autor del proyecto de la Academia de Matronas, consideramos ilustrativo exponer la relación cronológica de las disertaciones de Ginecología, elabora-

da a partir del índice que incluye «Cien años de Medicina sevillana».

«Sobre las causas, la más ordinaria y poco conocida, de las hemorragias uterinas que sobrevienen inopinadamente, señalando el método de contenerlas». 1766.

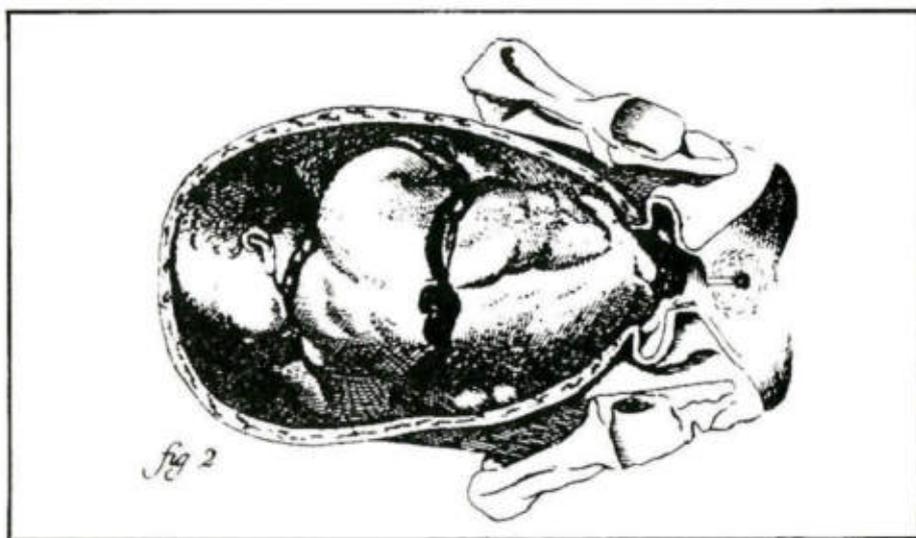


Fig. 2: Posición de nalgas con espalda hacia delante (Según J. Navas, 1795)

«De la operación cesárea determinando los casos en que es absolutamente necesaria». 1771.

«De los vicios de conformación que son causa de la supresión menstrual, impedimento para la generación y estorbos para el parto». 1776.

«Del parto laborioso ocasionado por la situación lateral de la placenta y de los medios que deben practicarse para precaverla». 1777.

«De las causas que ocurren a retardar el parto natural haciéndolo laborioso o difícil, proponiendo medios eficaces de remediarlo». 1778.

«De los estragos que causan las secundinas retenidas y sus respectivos auxilios». 1780.

«De las precauciones que exige la operación de extraer las secundinas después del parto, señalando el tiempo y modo de ejecutarla». 1784.

«Cuándo y de qué modo se ha de hacer extracción del feto de una muerta». 1784.

«Doctrinas modernas sobre las causas que producen el prolapso de matriz, y sus más acreditados remedios». 1793.

Queremos, además, resaltar el espíritu innovador del Sr. Matoni, que en 1779 diserta «Sobre la electricidad, su virtud y aplicación en los casos médicos», tema que por aquellas fechas también desarrollaron otros miembros de la Regia Sociedad. Si bien durante el siglo XVIII científicos habían investigado sobre electrostática, ésta era una ciencia aún sin formular: Coulomb enunció su ley en 1785 y las experiencias de Galvani y Volta son posteriores.

BIBLIOGRAFIA

- Documento original manuscrito: Certificado del libro de Acuerdos de la Junta de la Regia Sociedad de Sevilla, el 7 de junio de 1776. Legajos de la Real Academia de Medicina de Sevilla.
- AGUILAR PIÑAL, F. «Historia de Sevilla. Siglo XVIII». Publ. de la Univ. de Sevilla. 1982.
- CUADRI, M. J. «La Ciencia y el Arte de Partear». Revista ROL de Enfermería número 84-85.
- DOMINGUEZ, A. «Sociedad y estado en el siglo XVIII español». Madrid. 1976.
- GAY, J. y VIÑES, C. «La Ilustración Andaluza». Biblioteca de Cultura Andaluza. Sevilla. 1985.
- GRANJEL, L. S. «La medicina española del siglo XVIII». Publ. de la Univ. de Salamanca. 1979.
- HERMOSILLA, A. «Cien años de Medicina sevillana». Publ. de la Diputación de Sevilla. 1970.



ENFERMERIA: PARA EL PACIENTE Y CON EL PACIENTE

Julián M.^o Asenjo Jiménez, Manuel Silva Parejón,
colegiado n.º 4.350, colegiado n.º 6.675
Coordinador de áreas. Enfermero Supervisor.
Hosp. General del H.U.V. Virgen del Rocío

A pesar de que en los últimos años existe en Enfermería una amplia corriente de pensamiento enfocado hacia la esencia y la actividad y objeto fundamentales de nuestra profesión, la experiencia cotidiana que vivimos, tanto en el nivel laboral, como en los contactos con otros compañeros enfermeros, nos ha hecho constatar que aún antes de haber asumido completamente nuestra labor independiente de cuidar este sentimiento, «proporcionar cuidados», se está perdiendo. Desde esta revista queremos hacer un llamamiento a la enfermería sevillana: No renunciemos a nuestro papel de cuidar. Defendamos a nuestros pacientes de las agresiones que la enfermedad, y aún más la experiencia hospitalaria, les somete.

Expliquémosle cada una de las acciones que con él y para él realizamos. Invitémosle a colaborar activamente cuanto sea posible. Enseñémosle, cuanto más sepa de sí mismo y de su enfermedad, más nos ayudará y se ayudará a sí mismo. Hagamos EDUCACION PARA LA SALUD.

Aunque sea repetir un tópico, esforcémonos en ver a una persona, y no una vía a canalizar o una cama más ocupada en nuestra Unidad que nos dará más trabajo.

Hay una palabra, EMPATIA, que encierra un contenido mágico para nuestra profesión. Empatía es «sentir con el otro», «ponerse en el lugar del paciente». Como define J.A. Peitchinis, la Empatía «es la

compresión sensible y precisa del usuario, desde su propio marco de referencia, que el personal sanitario posee (la Empatía), y a la vez comunica de forma eficaz al usuario que la posee». La Empatía es tan importante, que autores como Truax, Carlehuff y Natale, opinan que es el principal ingrediente de la relación asistencial. Desarrollémosla en nosotros para establecer una comunicación mejor y más fluida con el paciente. No olvidemos que somos el nexo de unión entre él y el monstruo llamado Hospital, que en un momento dado puede convertirse en un océano que fluye a su alrededor y que no se percata de su presencia: Debemos ser esa tabla que flota a lo lejos y a la que el naufrago intenta aferrarse con todas sus fuerzas. No defraudemos a nuestros naufragos, que son los pacientes.

Intentemos reducir la ansiedad de nuestros enfermos, teniendo en cuenta que cualquier amenaza a la seguridad o incluso al bienestar del individuo produce ansiedad: Factores físicos como la iluminación, el ruido, la limpieza, la temperatura, la arquitectura interior; factores emocionales como la pérdida de la intimidad, independencia, el miedo al dolor y a lo desconocido, en fin, un cúmulo de elementos que el paciente va a percibir como peligros que amenazan su integridad BIO-PSICO-SOCIAL.

Cómo, pues, podemos llevar a cabo este intento de reducir la ansiedad en nuestros pacientes en definitiva, cómo podemos realizar una en-

fermería más humana, más digna para los pacientes y los propios enfermeros, cómo un enfoque integral. Pensamos, con nuestras eminentes compañeras Rosette Poletti y J. A. Peitchinis, que proporcionando información clara y concisa a nuestros pacientes, manteniendo una actitud tranquila y estable, guardando un respeto total hacia la persona enferma, orientando y apoyando moralmente al paciente y su familia, proporcionándoles un ambiente agradable en relación con los factores físicos modificables por parte de Enfermería: Silencio, iluminación, intimidad. Y, por supuesto, no olvidando que el principal ingrediente de la relación enfermera-paciente es la comunicación.

Aunque nos cueste, debemos intentar volver a las raíces de nuestra actividad, aquéllas que hicieron que surgiéramos como profesión: Prestar cuidados al ser humano.

Estamos en la difícil transición profesional de pasar de una etapa principalmente técnica, a otra aún poco definida para muchos de nosotros en nuestro trabajo diario.

¿Sigue faltándonos esa filosofía que con tanto ahínco se busca en la Enfermería mundial desde la década de los cincuenta?

Nosotros, particularmente, encontramos respuesta a esta pregunta recordando a diario que Enfermería es la profesionalización de la actividad de cuidar y que el Enfermero es el que cuida, en el sentido amplio y profundo de cuidar, al ser humano.



CHARLAS

DE

PASILLO

ANTONIO NAVARRO CARMONA

Centro de trabajo Hospital Infantil de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla

Siempre tenemos un tema del que charlar en los pasillos. Siempre estamos protestando de las plantas en el vestuario, cuando tomamos el cafelito, incluso cuando nos vemos en la calle. Siempre andamos dando un repaso a todo: que si poco personal, que si las crujías, que si la masificación de enfermos, que si las urgencias, que si la falta de material y de medios, que si tenemos el aparato más sofisticado pero no tenemos pijamas para los enfermos, que si la comida de hoy es malísima, que si hay que ver nuestros compañeros que fueron y hoy son jefes y esto sigue igual, que si me han cubierto una misma baja con 6 personas distintas en el plazo de un mes, que si no cubren los festivos, que si la miseria que nos dan por trabajar Noche Buena y Jueves Santo, que si... que si... que si... ¿Seguimos? ¿Para qué?

Pero y nosotros ¿qué?. Nosotros, ¿nos miramos dentro?. Nosotros, ¿somos auténticos, o no?. Nosotros, ¿cuándo vamos a dejar estos temas?. ¿Cuándo vamos a dejar los pasillos y vamos a demostrar que hay que contar con los enfermeras.

Señores, que nuestra profesión es grande y atractiva, que ya está bien de que se nos explote como a tatas. Ya está bien de mano de obra barata. Y ya está bien también de seguir haciendo enfermería tercermundista. Si, quítenme ustedes cuatro servicios de la ciudad sanitaria y ¿qué queda en Sevilla y provincia?: «Enfermería del subdesarrollo».

Señores, que tenemos derecho a exigir que se nos deje aplicar nuestros conocimientos, que se nos deje



desarrollar nuestra labor plenamente y en todo su ámbito.

Pero, ¿cómo exigirlo?:

- 1.º Deja de ser el pito del sereno, como muchas veces nos hacen sentirnos.
- 2.º Aplica tus conocimientos.
- 3.º Ten iniciativa.
- 4.º No temas a nadie, porque todo lo que hacemos es bueno para la

población y para la administración.

5.º Y luego utiliza las revistas científicas para exponer tus trabajos. Que ¿qué trabajos?. Cuenta simplemente tus experiencias, tu impotencia ante determinadas situaciones que vivas en el trabajo. Cuenta cómo tal enfermo necesitó algo que no se le pudo dar. Cuenta cómo no pudiste dar los cuidados para los que estás formado. Cuenta que man-



daste un estudio económico al director, para que se ahorraran en un paciente 2.000.000 de pesetas y aún estás esperando respuesta. Cuenta tu rabia al tener que trabajar un domingo de Ramos por cuatro miserables pesetas, mientras otros se llenan los bolsillos de duros por el mismo domingo de guardia. Cuenta cómo te quedas estupefacto cuando te dan el certificado de horas trabajadas y compruebas que te cuentan como absentismo tus descansos festivos.

Continúo aquí la tarea que dejé pendiente en la revista de enfermería del mes de diciembre. No es una segunda parte, es sólo la narración de las condiciones difíciles que envuelven la vida de José Antonio y el trabajo que se está realizando para ayudarle.

Os puedo asegurar que comienzo a escribir un poco desanimado, no porque fuese infructuosa la labor —pues hemos conseguido algo— sino porque me interesa mucho nuestra profesión y su futuro. Aportar mi grano de arena para fomentarla y estimular a otros compañeros. Pero he visto un poco avergonzado cómo la revista de enfermería —concretamente el artículo de José

Antonio— fue leído en Utrera por personas ajenas a nuestra profesión como más adelante tendréis ocasión de comprobar. Sin embargo, aquí en Sevilla, compañeros nuestros aún no la han leído, no porque no la recibiesen, la recibieron, la archivaron y ni siquiera la ojearon. ¿Desinterés?, No, desilusión y apatía más bien.

Por ello, aunque muchos pudieran pensar que esta forma de escribir no es muy propia de una revista de carácter científico —pensamiento que comparto y doy la razón a quienes así lo crean—, sin embargo, os pido que comprendáis que ha de ser así debido a este comentario anterior y a que por regla general los estudios publicados en revistas científicas no atraen a todo el mundo, ya que hay trabajos que por su mala organización y texto árido, se predisponen de antemano a ser rechazados. Así que no quiero correr ese riesgo, no por el artículo en sí —que bien sencillo y discreto es— sino por la importancia de lo que representa: De una parte el bienestar social de una familia y de otra mi colaboración al futuro de nuestra profesión. Dado que el objetivo es que el artículo sea leído por el mayor número de A.T.S.-D.E. de Sevilla y provincia —para estimular su inquietud por la auténtica enfermería y no la

pseudoenfermería que actualmente se realiza— es por lo que su contenido ha de ser lo más ameno posible.

La primera vez que fui a casa de José Antonio, fue a tomar unas fotos para la revista HYGIA. Su padre me autorizó a hacerlas y me enseñó su vivienda. Les aseguro que no salí de allí corriendo por respeto a Manuel y a su hijo. No pueden ustedes imaginarse la atmósfera que allí se respiraba, el olor a humedad y alcantarilla que había. Las paredes eran de un color indescriptible, con grandes manchas y capas de cal cayéndose por placas grandísimas. Y allí, en una de las dos habitaciones —la que hacía de dormitorio— donde a duras penas se podía pasar por el hacinamiento de objetos y lo reducido del habitáculo, en un capachito colocado encima de otros muebles para aislarle un poco de la humedad; y como si fuera un objeto más de aquella deprimente escena, dormía mi amigo José Antonio con la misma tranquilidad que lo hacía en nuestro servicio de L.A. del H.I.

NOVIEMBRE DE 1987

—YO.- ¿Cómo van las cosas Manuel?

—PADRES DE JOSE ANTONIO.- Pues mira, al Sr. Alcalde continuamos sin poder verle, nunca está y si está no nos dejan hablar con él. Hemos hablado con otro Sr., no sé si es delegado de algo. Nos dice lo de siempre; que no tienen trabajos que dar, que no tienen pisos y que no pueden hacer nada. Que eso es cosa de la asistente social. Fuimos a ver a esta señorita y sólo conseguimos que nos mandara una pareja de municipales a casa para observar el estado de la misma. Ellos decían que verdaderamente allí no se podía vivir.

—YO.- ¿Y de los alimentos del niño?

—PADRES DE JOSE ANTONIO.- Ahora, como el niño es más grande, está tomando cereales, pero no me lo quieren dar en el Ayuntamiento. Además, en lugar de darme una lata de leche como venían haciendo cada semana, ahora me la dan cada dos semanas; porque dicen que el niño ya no tiene edad de tomar tanta leche.

—YO.- ¿Y de la planificación familiar?

—PADRES DE JOSE ANTONIO.- Nosotros fuimos a planificación familiar de Utrera y le contamos que no queríamos más hijos, pues además de sus correspondientes enfermedades en los que ya tenemos, nuestra situación actual es muy mala para traer más hijos. Yo —Consolación— les dije que quería operarme. Empezaron de nuevo a decirme: que si la anemia, que si era muy joven, que si tenía una infección, que más adelante se vería, que había unos diú. El resultado fue que me mandaron al psicólogo, pues dicen los de planificación que me notan algo raro en mi forma de hablar.

Cuando me vió el psicólogo, me preguntó si había deseado quitarme la vida. Yo le dije que quién en mi lugar no lo hubiese deseado, pero que tengo tres hijos que sacar adelante y me necesitan mucho porque están enfermos.

¡Bueno. Bueno! —dijo el psicólogo—. Ahora tiene usted una depresión que hay que curar y luego intentaremos hablar para lo de la vivienda. Y en eso estoy —dice



Consolación— tomando unas pastillas para la depresión.

* * *

Si alguien me dijo alguna vez —mientras llevaba a cabo este trabajo— que mi misión había terminado a las puertas del cuarto objetivo de este caso, porque ya correspondía hacer a otros profesionales en cuyo terreno yo me estaba adentrando; quizás tuviese razón si no me hubiese parado a reflexionar. ¿Me estaré pasando de mis funciones?. ¿Estaré equivocado?. Sinceramente, ¿adónde quiero llegar?.

Si alguien me dijo alguna vez que mi misión... y no le hice caso, fue porque reflexioné y estudié esta historia desde el punto de vista de la enfermería moderna.

Si nos trazamos unas líneas de trabajo que requieren la colaboración de otros profesionales para continuar la labor comenzada por nosotros, y vemos que éstos no la continúan, ¿es justo contentarnos con saber que nuestra tarea terminó en ese punto? Creo que no es justo. Pero además pienso que sería bueno volver a comenzar donde otras profesiones terminan sus funciones (si hiciera falta, claro está).

El planteamiento es el siguiente: El cuarto objetivo que me había propuesto para fomentar la salud de mi

amigo José Antonio, fue mejorar sus condiciones de vida. Cierto que ésto es ya un problema social que está en manos de otras personas resolverlo. Pero cuando esta situación de vivienda insana e infrahumana, se convierte en causa patógena para una persona —que además es un niño que padece de corazón— y motiva ingresos reiterativos en el hospital, cuando provoca episodios de cianosis y sudoración por hipoxemia que ponen en peligro su vida. Cuando en invierno la humedad y el frío le provoquen neumonías —de por sí muy frecuente en cardiopatas—. Cuando esta situación está provocando un cuadro depresivo a su madre. ¿Sigue siendo un problema social?.

Efectivamente, sigue siéndolo. Pero ahora también lo es sanitario. Se puede hablar ya de pérdida de salud, de enfermedad física y psíquica, de factores de alto riesgo, de morbilidad ambiental, etc... Y ante ésto, ¿enfermería cierra los ojos?, ¿mete la cabeza debajo del brazo?. ¡No!. Enfermería, ante ésto, no puede permanecer impasible. Los enfermeros no deben descansar hasta conseguir que esa situación deje de ser causa de enfermedad o factor favorecedor de la descompensación cardiológica de José Antonio. ¿Porqué?. Porque esa situación está recogida por una de nuestras funciones: «Fomentar y cuidar la salud».

la salud más cerca
LA HUMANIZACIÓN
DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

III JORNADAS SOBRE LOS AYUNTAMIENTOS
Y LA REFORMA SANITARIA
Sevilla 27 y 28 de Noviembre 1987

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE SEVILLA
Al servicio de los pueblos

13.00 H.
Conclusiones.

13.30 H.
Acto de Clausura.

PRESIDENCIA DE LAS JORNADAS:
D. Julián García Vargas
Ministro de Sanidad y Consumo.
D. Eduardo Rojas Guib
Consejero de Salud, Junta de Andalucía.
D. Miguel Ángel Pino Manchón
Presidente de la Diputación Provincial de Sevilla.

COORDINADOR DE LAS JORNADAS:
D. Alfredo Sánchez Monteseirín
Diputado Provincial del Área de Sanidad y Servicios Sociales
Diputación Provincial de Sevilla.

RESERVA DE HOTEL
AGENCIA DE VIAJES «CLUB SOCIAL S.A.»
Teléfono: (954) 21 56 21 - 21 56 41

SOLAPA DE INSCRIPCIÓN

Apellido: _____
Nombre: _____
Cogn: _____
Municipio: _____
Profesión: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____

Y es que nos encontramos con la triste realidad de siempre. Hablamos mucho de que todo va mal, pero hacemos muy poco para que algo vaya bien. Sólo buscamos un trabajo bien remunerado pero que sea del mínimo esfuerzo posible y sin quebraderos de cabeza. Y no me refiero sólo a enfermería ¡ojo!. Me refiero a todo trabajador, sea de la profesión que sea. Si cada uno en su puesto de trabajo, sea raso, o tenga mando, pusiera algo más (como la canción), quizás este mundo o esta España caminará por otros derroteros.

No pude permanecer quieto. Tuve que comenzar de nuevo. Toda nuestra labor estaba por los suelos. La revista de diciembre que no salía —no sé porqué, tenía fe en ella— tenía la esperanza de que llegase a manos de alguien que pudiera hacer algo.

De nuevo contacté con la asistente social del hospital infantil. Había que llamar a Utrera para conseguir que al menos dieran a José Antonio,

una semana leche y a la semana siguiente cereales y así sucesivamente cada quince días.

Además de esto, ¿qué hacer?. Recordé que mi amigo Rafael trabaja en la sección de atención primaria materno-infantil de la RASSSA —antiguo edificio del INSALUD—. Allí me presenté. Después de pasar un control de celadores elegantemente uniformados, me vi en medio de una gran sala llena de mesas, papeles, administrativos-as y muchos letreros. Me informaron que la persona que me interesaba estaba de vacaciones. Por suerte, nada más salir a la calle, le encontré de regreso al trabajo. Charlamos unos minutos y le pedí que se interesase por esta familia. Me dijo que lo intentaría, pero que era difícil encontrar colaboración de los ayuntamientos. Yo sé que lo intentó y desde aquí se lo agradezco.

Me dirigí hacia la calle albarda, concretamente al edificio de la RASSSA. Allí, en el departamento

de coordinación hospitalaria, contacté con mi amigo Manuel, quien tras escucharme atentamente, me llevó al área de salud materno-infantil en la sección de atención primaria y promoción de la salud, donde de nuevo me encontré con mesas, papeles, administrativas y carteles. Eso sí, esta vez fui presentado a dos señoritas a quienes tuve que repetir dos veces más la historia de José Antonio. Lo único que conseguí fue un p-10 para Consolación, que le permitiría ser atendida más rápidamente y mejor —así me lo aseguraron dichas señoritas— en planificación familiar Virgen del Rocío, primer nivel. Sevilla.

No sé dónde, vi un cartel que anunciaba bajo el lema «La salud más cerca» las 3^{as}. Jornadas sobre Ayuntamientos y la reforma sanitaria. Se celebraba los días 27 y 28 de noviembre del 87 y organizado por la Diputación Provincial. Esto me interesaba, tenía relación con lo que me traía entre manos y no podía dejar pasar la oportunidad de compro-

bar, si efectivamente las cosas que allí se dirían correspondían o no a la realidad que diariamente vivimos en la sanidad. Quería tener la oportunidad de preguntar porqué no se ayudaba a esta familia.

Después de pasarme la mañana entera de ventanilla en ventanilla, de edificio en edificio buscando la secretaria de estas jornadas, terminé en un tercer piso de un departamento de sanidad situado en el pasaje de los seis. Allí me informaron que las jornadas era sólo para políticos. Intenté conseguir una invitación en vano, así que sólo me quedaba contentarme con imaginarme lo que allí se hablaría: «que todo marchaba viento en popa».

Alguien me dijo que los ayuntamientos no colaboraban con la sanidad. También me aseguraron que el problema era de dinero, pues los ayuntamientos no disponen de recursos para las peticiones que la sanidad le hace y no reciben de ésta para tales menesteres ni un duro. Cierro que este aspecto es importante, pero quizás lo sea aún más y no requiere gasto alguno el hecho de: exigir responsabilidades a todo el mundo, el organizar mejor los recursos disponibles, el evitar que las personas desaprensivas e incompetentes puedan desempeñar tareas de responsabilidad, el incentivar a los trabajadores para que desempeñen su misión honradamente, el motivar a los trabajadores para que se sientan útiles y sepan que su aportación laboral es importante para mucha gente. No creo eso de que los ayuntamientos no colaboren, ni que la cuestión sea el dinero. Más bien creo que los ayuntamientos no han sabido aún inculcar a sus trabajadores la idea de lo mucho que pueden hacer por las personas, simplemente trabajando competentemente.

DICIEMBRE DE 1987

—YO.- ¿Cómo van las cosas Consolación?

—PADRES DE JOSE ANTONIO.- Referente a la vivienda dice la asistente social del ayuntamiento que hasta 1992 no cuente con nada y que además poco vamos a conseguir llamando tanto por teléfono desde el H.I.

—YO.- ¿Y de los cereales del niño?

—PADRES DE JOSE ANTONIO.- Ahora está bien, desde que llamaron ustedes por teléfono nos dan los cereales y la leche.

—YO.- ¿Y planificación familiar?

—PADRES DE JOSE ANTONIO.- Fui con el p-10 al centro de planificación familiar Virgen del Rocío. Nada más llegar me mandaron de vuelta, pues la primera vez que vas a entregar el p-10 es para que te den cita. Desde entonces me hacen ir cantidad de veces para nada y además dicen lo mismo que en Utrera: que si soy muy joven para operarme, que me puedo arrepentir, que si la infección, que si las exploraciones. En fin, que llevo cerca de un año queriendo hacerme la ligadura y no me la hacen, sé que al final me quedaré embarazada otra vez.

* * *

Entretanto salió la revista de enfermería de diciembre y con ella vió la luz la historia de José Antonio. El consejo de redacción había acordado conmigo mandar un ejemplar al Sr. Alcalde de Utrera, pero por las circunstancias que fuesen no pudieron enviarla, así que me encargué de hacerlo yo y junto con el ejemplar le envié una carta:

SR. ALCALDE DEL AYUNTAMIENTO DE UTRERA

Antonio Navarro Carmona, Ayudante Técnico Sanitario y Diplomado en Enfermería con n.º de colegiado 3436.

se dirige a usted como profesional de la salud, pero sobre todo como profesional de enfermería, para pedirle por favor que nos ayude a solucionar el problema sanitario detectado en la familia de José Antonio Yerpes. Veces con motivo de su primer ingreso que tuvo en el Hospital Infantil de Sevilla.

Como usted sabrá por la Asistente Social de su Ayuntamiento, José Antonio padece una cardiopatía congénita tipo comunicación interventricular que está motivando ingresos innecesarios en el hospital debido al medio de habitabilidad en malas condiciones donde vive —una vi-

vienda insana de la que usted también tendrá noticias— cito barriada de la Trianilla n.º 22. Utrera.

Le diré para su información, que las personas afectas de cardiopatías han de vivir en unas viviendas con unas mínimas condiciones higiénico-sanitarias suficientes como para que al menos no incida en el deterioro de su enfermedad.

Cuando muchos organismos oficiales, gran cantidad de profesionales y la opinión pública en general están tomando conciencia sobre la promoción de la salud infantil. Cuando el mismo ayuntamiento de Alicante —como usted sabrá— llevó a cabo en mayo del 87 el 8.º Simposium Español de Pediatría Social donde: pediatras, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, educadores, puericultores, catedráticos, epidemiólogos, enfermería, terapistas, odontólogos, se reúnen para estudiar y buscar soluciones a temas tan importantes como la salud infantil, la atención social al niño, la medicina legal en la infancia, etc., etc.

Cuando esto ocurre, usted no puede dar la espalda a José Antonio porque además de ser ciudadano de Utrera, es un niño.

Como profesional sanitario que soy es mi obligación encontrar soluciones cuando hay factores que ponen en peligro la salud de las personas, o cuando, como en este caso, empeoran la enfermedad del paciente. Y la solución a la problemática de José Antonio la tiene usted. Ayúdeles a conseguir una vivienda digna. Ofrezcale un trabajo duradero a su padre o haga cualquier otra cosa. Seguro que usted sabrá lo que hacer.

Sevilla, 10 de Noviembre de 1987

El interés que tenía el hecho de que fuese el Colegio Profesional de A.T.S.-D.E. quien respaldase el envío del ejemplar, era la presión que pudiera hacer, simplemente.

ENERO DE 1988

José Antonio viene a revisión, tiene ya 15 meses de edad. Su cardiopatía sigue igual y parece inminente la intervención quirúrgica.

—YO.- ¿Qué hay de nuevo?

—PADRES DE JOSE ANTONIO.- Mira lo que nos ha pasado. Fuimos a comprar unas medicinas a la farmacia de la calle Capitán Cortés (conocida por la calle Sevilla, ésta, a la altura del antiguo teatro Alvarez Quintero se cruza con una calle que da al mismo ayuntamiento en cuya esquina puede contemplarse la casa donde nacieron los hermanos QUINTEROS: orgullo de Utrera y de Andalucía para todo amante de la cultura y del teatro) donde nos conocen, y nada más entrar nos enseñaron la revista de enfermería. La tenían allí y me la regalaron. Se alegraron mucho de que se publicaran estas cosas. Cuando salí de allí, fui a enseñarla al dueño del supermercado donde compro y que muchas veces no he podido pagarle; para que viera que mi situación era verdad y no me la inventaba yo. Estando en esta conversación se acercó a interesarse Fernando, dueño de la tienda de comestibles conocida por el toto (como cariñosamente le llaman los vecinos de la corredera, decir la corredera en Utrera, es decir Viernes Santo por la mañana y Jesús bajando por la corredera en ese día radiante de sol que siempre suele hacerle y con su paso cansado y desfallecido parece decirle a las gentes: «Qué poco habéis madurado desde hace 2000 años») y me dijo igual, que esto era lo que había que hacer: sacar a la luz estos casos. En la Navidad, Fernando nos mandó un paquetito con unos dulces y alimentos.

También llegó a las manos de la zapatería de Elisa Cabello (con ese nombre la recuerdo yo desde chico) que está en frente de la óptica y del bar la paella (tranquilo que no me enrolló más) y le regaló a mi hija unos zapatos y me puso a mitad de precio los que le compré a José Antonio.

Se abrió una grieta en el techo de la vivienda y hubo unos días que no tenía alimentos que darle a los niños. Así que cogí la revista y me fui al ayuntamiento. Allí no me dejaban ver al Sr. Alcalde, pero me armé de valor y entré en su despacho y le enseñé la revista para que viera que era verdad todo lo que yo decía desde hace un año.

Me dijo que él no sabía nada, que

nadie le había informado y que además no podía hacer gran cosa. Yo le dije que le habían mandado una revista por correo certificado y que además le había dado trabajo a quien no lo necesitaba. Luego me fui a la asistente social del ayuntamiento para preguntarle porqué no había informado de mi caso. La asistente me dijo que el Sr. Alcalde tenía mi caso en el cajón de su mesa. Cuando ésta leyó la revista, me dijo que había que hacer algo porque ésto era serio.

Después mandaron de nuevo municipales a ver mi casa y el techo. Me llamaron días más tarde al ayuntamiento y me dieron ocho días de trabajo en los colegios nacionales de limpiadora, y me han dicho que van a intentar darme una vivienda para dentro de dos meses.

De lo de planificación familiar, como ni en Sevilla ni en Utrera me solucionan nada, me quedo con la del pueblo, porque así no tengo que gastar dinero en viajes inútiles.

¿Porqué hay que hacer ahora y ésto es serio ahora?. Y antes, hace tan sólo unos meses, ¿qué pasaba antes, antes no era ésto serio?, ¿no se podía hacer nada?. Doy gracias a Dios porque más vale tarde que nunca.

* * *

Difícil y dura tarea se nos presenta por delante cuando queremos trabajar por el futuro de nuestra profesión. Difícil porque estamos —digamos— encontrándonos a nosotros mismos, estamos vislumbrando el verdadero sentido y estamos comenzando los cimientos de la enfermería moderna (si nos dejan, claro está, pero para eso tenemos que luchar nosotros, para que nos dejen).

Dura, porque estamos solos, desunidos y desanimados. ¡Sí!, nadie tiene que asombrarse de ello, porque todos sabemos que es así. Como también sabemos que somos capaces de lo contrario. Es verdad que la cuestión laboral y económica no la tenemos separadas de la propia actividad intelectual y funcional. ¿Y porqué habríamos de separarlas?. O es que no trabajamos para poder vi-

vir. Lo del amor al arte ya pasó a la historia. Otra cosa es ese toque personal que cada cual pone en su quehacer. Hacer las cosas bien hechas, ser competentes, ser responsables, ser un profesional en todo el sentido de la palabra, eso es otra cosa que por desgracia la situación actual se está encargando poco a poco de ir mermando la ya deteriorada desinsectivación. O es que acaso nos quedamos igual cuando llegan las nóminas y no traen los haberes íntegros. O cuando tenemos que pagar de nuestro bolsillo abogados para recuperar lo que nos pertenece. Y cuando se van acumulando en nuestras carpetas sentencias de la magistratura del trabajo correspondientes a reclamaciones de hace un año o dos y que aún no pagarán hasta dentro de 4 ó 5 meses. Y cuando vamos a solicitar las becas para los que además de trabajar estudiamos, y nos dicen que no se han concedido becas este año y que tampoco se sabe si las habrá el que viene.

Para terminar, sólo repetir el estribillo, estribillo que hay que tener siempre presente y nunca cansarnos de repetirlo a los que fueron compañeros-as nuestros y que hoy ocupan cargos de responsabilidad: «Ayudarnos a construir la enfermería moderna», porque al atender a la persona integral se reducen los gastos, pues se previenen enfermedades, disminuyen los ingresos en los hospitales, etc. En definitiva, se aumenta la salud de la población. Y eso se logra dejando ya de una vez por todas la política actual de reducción de personal, esto sí que cuesta dinero a la administración.

En la revista anterior se habló de García Morato (hoy Hospital General) como se pudo haber hablado de Maternal o Traumatología. No hay nada personal, ni desconocimiento en ello, ya que de lo que se trata es:

1º De ayudar a José Antonio y a su familia.

2º De fomentar la Enfermería moderna.

3º De animar a todos los compañeros-as, crearles una esperanza para que se sientan verdaderos profesionales, para que se sientan útiles y protagonistas de la salud.

PROTOCOLO

DEL INGRESO

EN U.C.I.

JOSEFA SALGUERO MARTIN DE SOTO
ANTONIO DE LA ROSA Y BELTRAN
FRANCISCO DE ASIS TRUJILLO ORTEGA
D.E. de U.C.I. de NEURO-TRAUMATOLOGIA
H.R.T. «Virgen del Rocío» SEVILLA.

INTRODUCCION

Debido a las necesidades sociales se ha incrementado el uso de vehículos, lo cual ha dado lugar al aumento de los accidentes de tráfico y como consecuencia una mayor incidencia en el número de individuos que llegan a los hospitales con traumatismo cráneo-encefálico (T.C.E.). Siendo la primera causa de muerte en el mundo entre individuos de 0-40 años.

Por ello se hizo necesario crear unidades especializadas en el tratamiento y asistencia de este tipo de traumatizados. Las manifestaciones clínicas de los T.C.E. pueden ser muy diversas y variadas en la práctica, desde una transitoria pérdida del conocimiento a un coma profundo.

Paralelamente al coma se suelen registrar trastornos neurovegetativos, como la irregularidad en la presión arterial, pulso, respiración y temperatura. La posible detección de signos focales indica el predominio de las lesiones en una o varias áreas cerebrales (parálisis de las extremidades, trastornos oculares, crisis convulsivas, etc.).

Todo esto es tratado en las unidades especiales creadas al efecto: Unidades de Cuidados Intensivos de Neuro-traumatología, donde necesariamente el personal de enfermería es el punto clave en la asistencia, por ser éste el personal que garantiza la continuidad de los cuidados y por contar con una preparación específica para llevar a cabo su importante misión.

Para garantizar la continuidad de los cuidados es necesario el con-

tar con unos esquemas previos de trabajo que se observarán siempre, aunque deberán ser flexibles para adaptarse a todas y cada una de las situaciones e imprevistos que se dan en el trabajo diario.

Una primera valoración correcta y eficaz del paciente con T.C.E. grave, a su ingreso en una U.C.I., conlleva la determinación de unas prioridades que estarán establecidas como pauta a seguir por todos los miembros del equipo de enfermería de la unidad.

VALORACION RESPIRATORIA

Según la gravedad del T.C.E., éste va a repercutir en la respiración del paciente.

Valoramos en primer lugar la respiración, ya que la insuficiencia respiratoria puede comprometer más fácilmente la vida del paciente, pues no hay que olvidar que en un T.C.E. grave se produce una isquemia cerebral, con lo cual va a llegar al cerebro menos riego sanguíneo y si a ello añadimos un déficit en la oxigenación de esa sangre, podemos tener un cerebro anóxico o cuando menos hipóxico y al ser las neuronas del cortex cerebral las más sensibles a la falta de oxígeno, en un periodo de 2 a 5 minutos pueden producirse lesiones irreversibles en dicho tejido.

Así pues podemos recibir a un paciente con:

Respiración espontánea, en el

cual nos limitaremos a colocar mascarilla con oxígeno al 50% y a continuación controlaremos el número de respiraciones por minuto.

En caso de que el paciente venga con:

Insuficiencia respiratoria, la medida inmediata será colocar un guedel a fin de evitar la caída de la lengua y, a la vez, facilitar la aspiración de secreciones bronquiales colocando a continuación oxígeno al 50% en mascarilla y prepararemos el siguiente material para la intubación endotraqueal por si fuera necesario:

- Laringoscopio,
- Guía para tubos,
- Aspirador y sonda de aspiración,
- Tubo traqueal del calibre más apropiado,
- Jeringa para insuflar globo (comprobando antes su funcionamiento),

3 — Cinta de fijación.

Es muy importante que la presión de inflado del globo del tubo endotraqueal sea suficiente para no permitir escapes, pero tampoco excesiva ya que podría dar lugar a lesiones en la mucosa traqueal por isquemia en la zona de ajuste del globo. Dicha presión estará entre 25-30 mm. Hg.

Si el paciente nos llega en:

Apnea, y sin intubar (caso raro, pues al ser visto en urgencia sería intubado inmediatamente) procederemos a su ventilación con ambú hasta que sea intubado.

Una vez el paciente intubado, se

conectará a un respirador mecánico para conseguir una hiperventilación, necesaria en este tipo de pacientes, como más adelante explicaremos.

En resumen, todo paciente que presente dificultad respiratoria o su nivel de conciencia esté por debajo de 8 puntos de la escala de Glasgow (G.C.S., Glasgow Coma Score), tanto si el paciente está o no intubado, se le suministrará oxígeno al 50%, e hiperventilación para conseguir mantener la PCO_2 inferior a 35 mm. Hg.

Una vez controlado el paciente y suministrándole oxígeno, bien sea con mascarilla, tubo en T o ventilador mecánico, durante un tiempo no inferior a 20 minutos, se extraerán muestras de sangre arterial periférica y venosa central para la determinación de gases en las mismas.

VALORACION CIRCULATORIA

La valoración circulatoria tenderá principalmente a mantener un volumen plasmático circulante eficaz; un déficit importante puede conducir a una situación de shock Hipovolémico, y un volumen en exceso puede conducir a una insuficiencia cardíaca congestiva. Los datos que nos pueden informar sobre el estado de la volemia son:

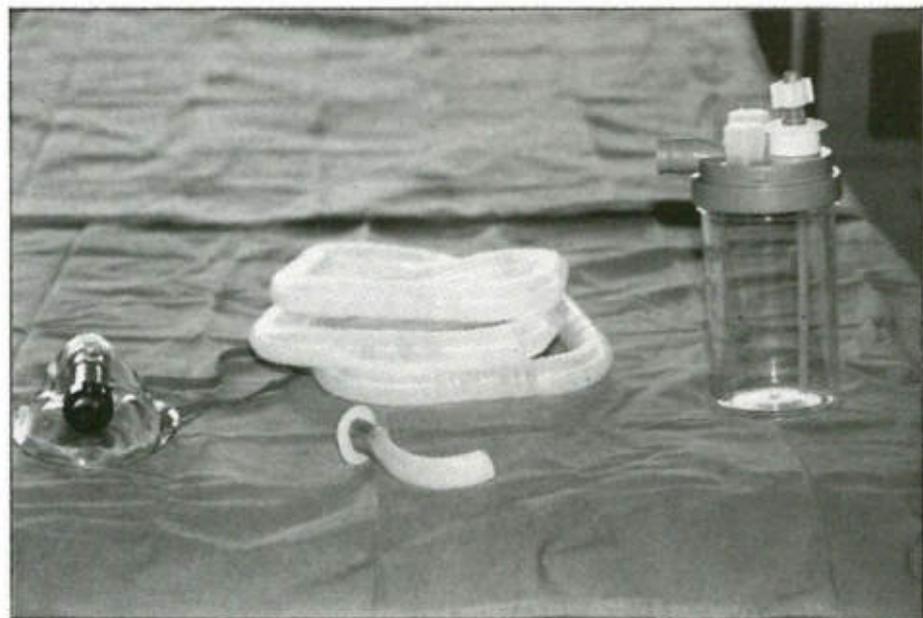
Presión arterial, que en este tipo de pacientes debe mantenerse la sistólica por encima de 80 mm. Hg. y no sobrepasar los 140 mm. Hg.; aunque la cifra más utilizada sería la de PAS-PAD

PAM (PAM = $\frac{\text{PAS} - \text{PAD}}{3}$ + PAD),

ya que ella nos va a servir para calcular la presión de perfusión cerebral PPC. Una T.A.S. alta acompañada de un pulso lento y fuerte (reflejo de Cushing) indica un aumento de la presión intracraneal, y en este momento la T.A.S. disminuye, casi siempre por debajo de 50 mm. Hg.

Frecuencia cardíaca, que observaremos conectado al paciente a un monitor electrocardiográfico, el cual a la vez que la cifra nos dará los complejos cardíacos.

En los T.C.E. graves, la bradicardia nos va a informar del deterioro neurológico del paciente, ya que al aumentar la presión intracraneal pue-



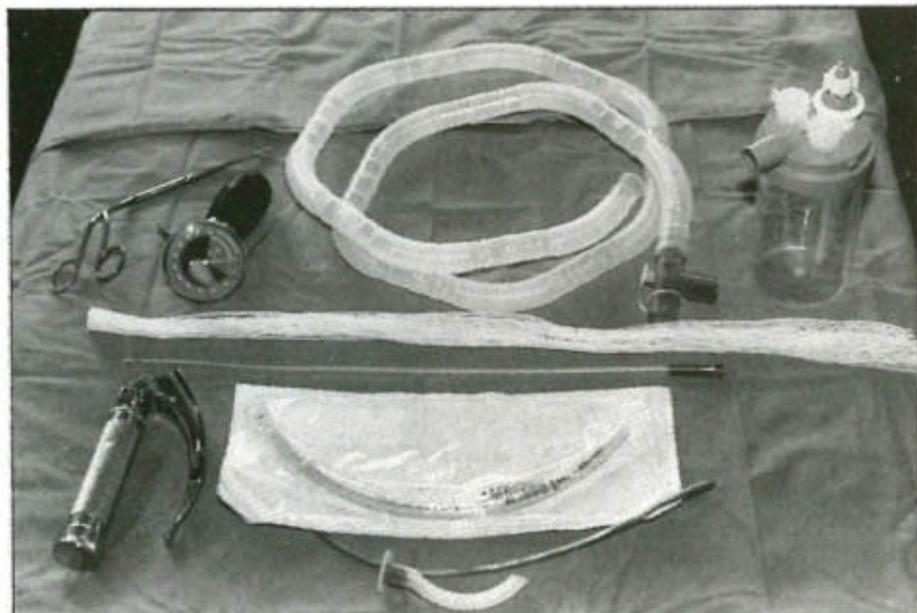
de llegar a interrumpir la autorregulación que controla el flujo sanguíneo cerebral aumentando la P.A.S., instaurándose una bradicardia como respuesta refleja.

A continuación, o a la vez si nos es posible, canalizaremos una:

Vía central, que en principio utilizaremos para extraer la sangre que cursaremos a laboratorio e inmediatamente le conectaremos el sistema

de suero con los líquidos necesarios; esta vía la utilizaremos posteriormente para la administración de medicamentos y para la medición de:

Presión venosa central, la cual nos servirá de guía para la infusión de líquidos en pacientes en shock. Los valores normales de la P.V.C. son bastante variables, considerándose como cifras normales en pacientes con respiración espontánea



las comprendidas entre 4-8 cm. de H₂O y con ventilación mecánica, entre 8-12 cm. de H₂O.

Otra de las maniobras que realizaremos inmediatamente será la colocación de una:

Sonda nasogastrica, que nos servirá para dar salida al contenido gástrico y gases, evitar broncoaspiraciones por vómitos y realizar un lavado gástrico con suero frío; posteriormente nos servirá para comenzar la alimentación enteral en los pacientes inconscientes. A continuación se pondrá una:

Sonda vesical, para medir diuresis, detectar hematuria y calcular pérdidas, podremos comprobar el funcionamiento renal y extraeremos una muestra para su análisis en el laboratorio.

Incluimos los dos sondajes antes reseñados dentro del apartado de valoración circulatoria puesto que lo importante en estos pacientes es el balance final de líquidos repuestos y perdidos, con lo cual el médico ajustará los líquidos que necesite el paciente.

VALORACION NEUROLOGICA

Una valoración neurológica inmediata al ingreso nos va a decir, aproximadamente, el grado de afectación cerebral del paciente y para ello lo primero que examinaremos serán las:

Pupilas, que en condiciones normales tienen el mismo tamaño, entre 2 y 4 mm. y reaccionan positivamente al estímulo luminoso por estar inervadas por el III par craneal (oculo-motor) en el mesencéfalo.

Las pupilas podemos valorarlas según su:

Tamaño:

- Mióticas
- Midriáticas

Reactividad:

- Reactivas
- Perezosas
- Arreactivas

Simetría:

- Iguales (Isocóricas)
- Desiguales (Anisocóricas)

Una pupila fija y dilatada indica una lesión que está comprimiendo o



tensando el nervio motor ocular III par, bien puede ser por edema cerebral o porque haya sangrado y como consecuencia se forma un hematoma intracraneal así como también puede indicar una lesión directa sobre el nervio óptico.

Además del reflejo pupilar habrá que valorar el:

Nivel de conciencia, que se valora según el actual e internacionalmente por la Glasgow Coma Score (G.C.S.), que a continuación reseñamos.

OJOS ABIERTOS

- Espontáneamente 4
- Al preguntarle 3

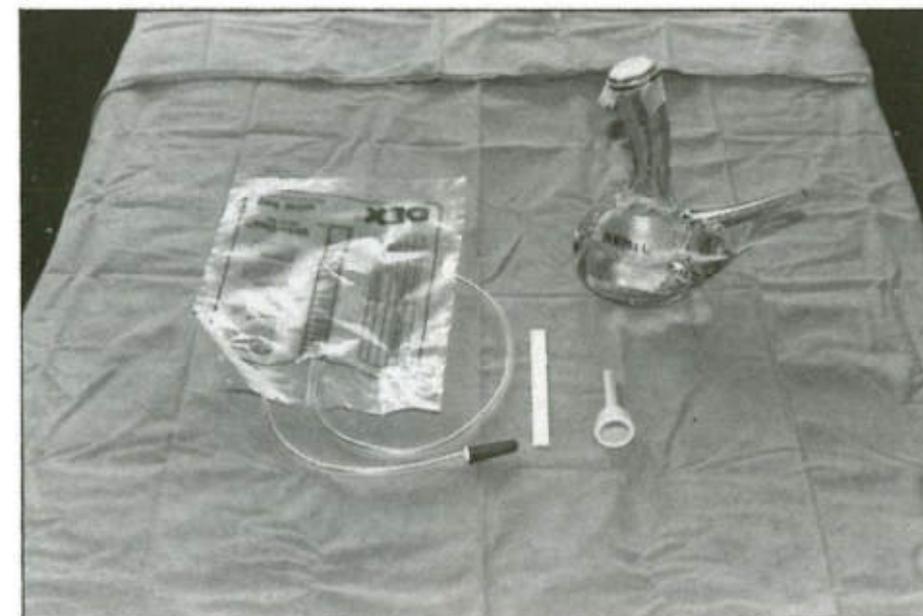
- Al dolor 2
- No respuesta 1

RESPUESTAS ORDENES VERBALES

- Orientado 5
- Confuso 4
- Inapropiado 3
- Incomprensible 2
- No respuesta 1

RESPUESTA MOTORA

- Obedece órdenes 6
- Localiza el dolor 5
- Retirada 4
- Flexión 3
- Extensión 2
- No respuesta 1





P.I.C. MONITORIZACION Y CUIDADOS DE ENFERMERIA

Si el paciente nos ingresa con un sensor de P.I.C. (Presión Intra Craneal) colocado, se conectará de inmediato al monitor que nos dará las cifras de P.I.C. y registrará la curva

de la misma. Con estos datos podremos efectuar maniobras para intentar que las cifras descendan, en caso de elevación de la P.I.C. por encima de las cifras normales. Estos valores normales de P.I.C. oscilan entre 0-15 mm. Hg., se consideran cifras

patológicas las superiores a 20 mm. Hg.

Estas maniobras propias de las funciones de enfermería, empezarán por una correcta colocación del paciente en la cama, elevando la cabeza entre 15-35°, posición que favorece el drenaje de las venas cerebrales



por la gravedad, evitando hiperextensión, flexión o rotación de la cabeza, vigilar que la sujeción del tubo o cánula de traqueotomía no comprima la vena yugular. A la vez que mantendremos vías aéreas permeables, aspirando secreciones si las hubiera, ya que hemos podido comprobar que con buena ventilación y aspiraciones cortas 10-15" se facilita el descenso de la P.I.C. al favorecer la hiperventilación del paciente. Mantener la temperatura corporal por debajo de 37°C, pues una temperatura elevada tiende a acelerar la mayoría de los procesos orgánicos incluyendo la presión sistémica de la sangre y el flujo sanguíneo cerebral. Vigilancia estricta de la tensión arterial, pues la presión de perfusión cerebral (P.P.C.) es totalmente dependiente de ella, ya que:

$$PAM - PIC = PPC \quad \text{en la que}$$

$$PAM = \frac{PAS - PAD}{3} + PAD$$

Se considera una P.P.C. normal entre 50-160 Torr., la vasodilatación cerebral máxima aparece con P.P.C. de 45 Torr.

Sin con las maniobras antes expuestas no se consigue un descenso de la P.I.C., el médico actuará sobre los tres espacios líquidos cerebrales:

a) sobre los líquidos extracelulares, por medio de diuréticos potentes (Manitol, Glicerol, etc.) de acción osmótica para no excretar iones.

b) sobre el L.C.R., por medio de drenaje ventricular o punción ventricular, y

c) disminuyendo el aporte sanguíneo al cerebro:

1.º Hiperventilando, pues un

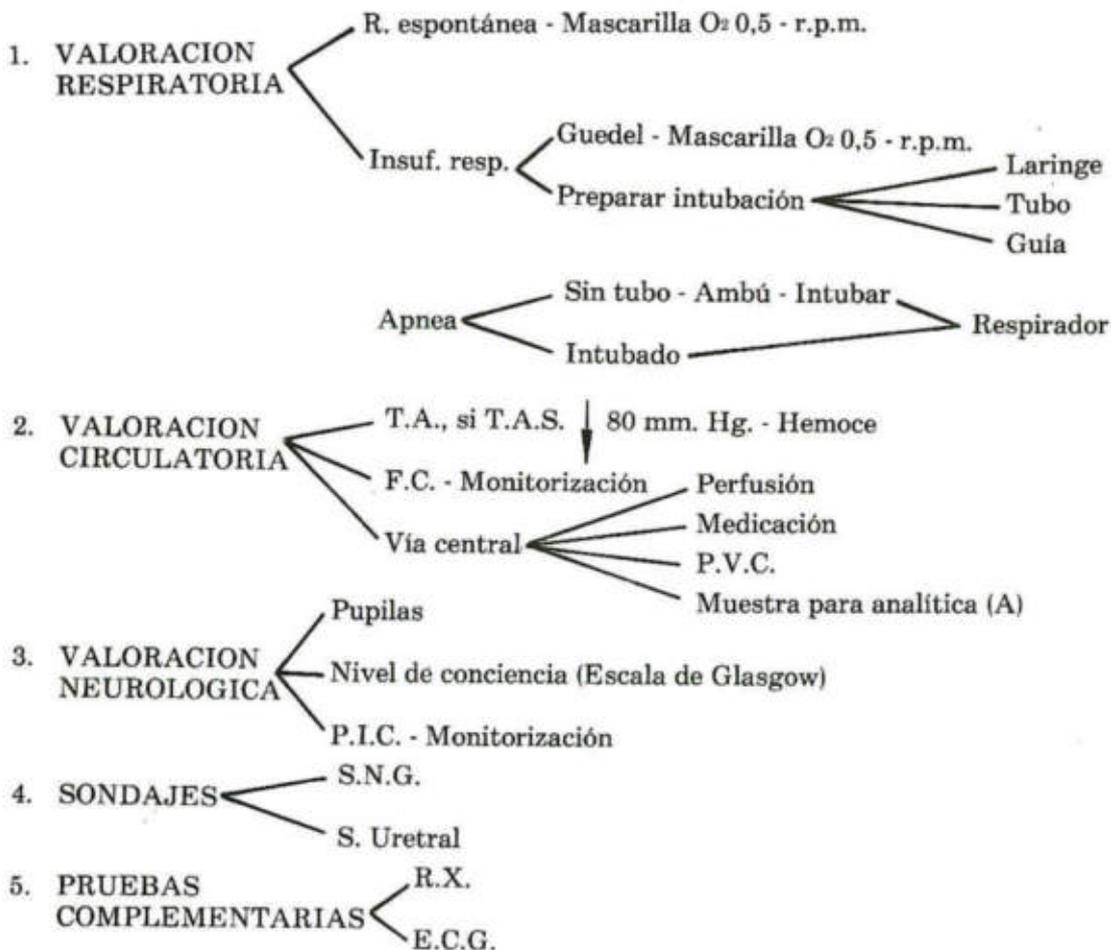
aumento de la PCO_2 provoca intensa vasodilatación y por tanto más aporte de sangre (a doble PCO_2 , doble aporte sanguíneo). El consumo de O_2 en el cerebro es de 3,5 ml/100 grs. de tejido cerebral por minuto.

2.º Administración de Thiopental para disminuir el metabolismo cerebral y por consiguiente la demanda de riego sanguíneo.

Una vez efectuadas las anteriores valoraciones y el paciente está controlado, se procederá a practicar radiografía de tórax y electrocardiograma.

El orden en que describimos los anteriores pasos es el que normalmente se sigue en nuestra unidad, pero pueden simultanearse dependiendo del personal que en cada momento preste sus servicios por turno.

INGRESO DEL PACIENTE EN U. C. I.



(A) Sangre: Iones, Urea, Glucemia, Hematocrito y fórmula; Proteínas totales y Proteinograma; Colesterol y Triglicéridos; Prealbúmina, Calcio; Fósforo; Pruebas hepáticas; Catecolaminas; Estudio de coagulación; Antígeno Australia; Gasometría arterial y venosa.

Orina: Albúmina y Sedimento.



ECOLOGIA, SALUD Y ENFERMERIA

La vida:

el hombre y su medio ambiente

M.^a Dolores Ríos Parrilla
Adjunta de Formación Continuada del
Hospital Univ. «Virgen Macarena»,
y Vocal 1.^a del Colegio de A.T.S.-D.E.
de Sevilla.

Resumen-Prólogo

Quizás el nombre del artículo, no nos llame mucho la atención y podamos hacernos varias preguntas a cerca de lo que Enfermería como profesión eminentemente social, podría hacer para cuidar el medio ambiente donde habita el ser humano. Cómo puede promover y prevenir los cambios del medio y evitar la alteración físico-psico-social del individuo. Dónde deberíamos actuar y cuánta colaboración prestar.

Pero a lo largo de este trabajo se irán viendo y analizando los factores que influyen en todo esto.

El objetivo principal que persigo es: reflexionar y pensar de qué forma conseguiremos influir en estos cambios, e intentar que el hombre viva o sobreviva en Salud dentro del medio ambiente donde se mueva, sea cual sea su raza, sexo, categoría, edad, condición social o país donde habite.

ECOLOGIA

Del griego «*oikos*», casa y *lógos*, tratado, ecología, en su significado más amplio, indica el «estudio de los ambientes». El vocablo fue usado por primera vez en 1866 por el biólogo alemán Haeckel, el cual dio la siguiente definición:

«LA ECOLOGIA ES EL CONOCIMIENTO DE LA ECONOMIA DE LA NATURALEZA, LA INVESTIGACION DE TODAS LAS RELACIONES DE UN ANIMAL CON SU AMBIENTE TANTO INORGANICO COMO ORGANICO, INCLUIDAS SOBRE TODO SUS RELACIONES, AMIGABLES O ANTAGONISTAS, CON ANIMALES Y CON PLANTAS CON LOS CUALES ENTRA DI-

RECTAMENTE EN CONTACTO, ES DECIR, LA ECOLOGIA ES EL ESTUDIO DE TODAS ESTAS INTERRELACIONES COMPLEJAS CONSIDERADAS POR DARWIN COMO LAS CONDICIONES DE LUCHA POR LA VIDA».

Según esta definición, la Ecología es sin duda una ciencia biológica que estudia la naturaleza, no sólo desde el punto de vista de su estructura, sino también, y sobre todo, del lado funcional de las interrelaciones entre los seres vivos y su ambiente. La «novedad» científica está en la consideración que se le da a este último punto, del que antes prescindían todos los especialistas de ciencias naturales. Desde entonces, las definiciones se han sucedido a un gran ritmo, con matices muy diversos según los intereses (sociología, economía, derecho, los profesionales de la salud, etc.), de cada especialista.

Algunos incluso han pensado en excluir al hombre de los sistemas ecológicos como materia de estudio; pero no se puede restringir científicamente al hombre por diversos motivos: 1) el hombre es también un ser viviente, parte integrante de la naturaleza; 2) el hombre es, de entre todos los seres vivos, el que tiene mayor incidencia en el funcionamiento de la naturaleza, y más posibilidades y voluntad de modificar el ambiente: puede incrementar o disminuir la producción alimentaria, polucionar o evitar la contaminación; puede, o no, construir vehículos espaciales, utilizar la energía atómica, etc. Por tanto, el hombre debe ser campo de estudio de primera línea, porque precisamente por él han sido planteados problemas vitales como los relacionados con el enorme aumento de la población o con el uso

de la energía nuclear con la consiguiente contaminación por sustancias radiactivas. La ecología es una ciencia joven que el hombre debe hacer madurar velozmente porque los estudios de ecología aplicada podrá extraer las indicaciones más útiles para su vida en el ambiente tierra y en un futuro, quizás en el ambiente aire.

En el gran teatro de la vida somos al mismo tiempo espectadores y actores, continente y contenido, autores y críticos. Posición tal vez envidiable y que no nos pone límites, pues no se presta al análisis exclusivamente científico ni a la mera formulación filosófica. Nunca llegaremos a comprender del todo «qué» es vivir o «por qué» lo hacemos.

Todo lo que palpita en este mundo se hace en virtud de la energía que proviene del sol. La vegetación mundial funciona como una fábrica que consume energía solar, agua, otros compuestos químicos y produce materia viva.

Otro elemento imprescindible para la vida es el agua. Todo ser vivo está formado como mínimo, por un sesenta por ciento de agua.

Aunque poca, el agua está donde hay vida —y viceversa—. Donde no hay, no encontraremos planta ni animales, todo pasa por una serie de situaciones cíclicas con dos fases principales.

- Evaporación e incorporación a la atmósfera.
- Adoptando la forma de precipitación.

Así de esta forma se incorpora a plantas, animales terrestres, lagos y acuíferos subterráneos.

Todos los animales precisan oxí-



geno y el que está disponible en la atmósfera es de origen biológico (liberando tras la metabolización del agua y la energía por las plantas).

Siempre que la vegetación mundial mantenga su dominio, el oxígeno se renueva cada 2.000 años, pero esto dista mucho de la realidad. Las selvas del mundo han perdido el 60% de su extensión en los últimos milenios.

El carbono, fósforo y nitrógeno son cruciales para la vida vegetal y son elementos de los que no estamos sobrados.

No sólo atentamos directamente contra la vida, sino también contra aquello que la hace posible.

Aunque seamos la única especie que ha conseguido eludir los condicionantes ambientales, seguimos perteneciendo a la misma cadena de acontecimientos. Y si no es así, si fuera cierto que hemos huido de la evolución gracias a nuestra cultura, si hemos roto el cordón umbilical, habríamos de considerarnos huérfanos o parricidas.

EQUILIBRIOS NATURALES

La ECOLOGIA se considera como el humanismo del siglo XX. La naturaleza no puede ser reducida a modelos matemáticos, a fórmulas y a frías representaciones plásticas. Ciertamente los descubrimientos científicos son encomiables y de hecho partimos de ellos.

El descubrimiento esencial de la ecología es que los sistemas naturales tienen sus límites, y que tanto aquéllos como sus pobladores, se ven afectados por cualquier alteración que se produzcan en su seno.

La ruptura del equilibrio ecológico, es lo que viene sucediendo a gran escala en nuestro mundo y nosotros somos los únicos causantes.

La especie humana ha sido durante la mayor parte de su existencia una más de esas balanzas que compone el ecosistema, pero actualmente se ha convertido en destructiva, arrojando al vacío gran parte de su naturaleza. Estamos rompiendo constantemente esos equilibrios que se habían conseguido tras millones de años.

Todo ecosistema es un gigantesco y continuo reciclaje. Una perfecta rueda en movimiento, que no debe pararse.

La saciedad corresponde al hastío. Un mundo en gran parte domesticado inhibe la curiosidad que citábamos. En nuestra sociedad contemporánea existen varios grados de desarrollo, que no podemos contemplar panorama alguno con la misma perspectiva que otros individuos de países distintos al nuestro.

LA EDUCACION AMBIENTAL

Con este nombre se quiere abarcar todo lo que aumenta la sensibilidad del ser humano hacia la natura-

leza.

Rousseau consideraba a la naturaleza como la mejor escuela.

El conocimiento del medio, de los sistemas vitales y sus componentes constituyen el pilar fundamental sobre el que se asienta todas las interpretaciones y valoraciones posteriores, en definitiva la educación ambiental es todo aquello que nos ayuda a comprender mejor este mundo y a quienes lo usan y habitan.

La Educación Ambiental contempla al hombre con relación a su sociedad pero a la vez inserta en un medio natural del que depende y debe aprender.

No hay peor esclavo que aquel que cree serlo. Nos la jugamos en la confianza de que el consumo sin límites era la única forma de aumentar el bienestar y de desterrar alguna de las lacras históricas de la especie, como el hambre, la pobreza y el miedo.

La piedra angular de nuestros sistemas, la esclavitud a que me refiero, idéntica por cierto, para occidente y oriente, es tener necesidades crecientes. Trabajamos para satisfacerlas y sólo disponemos de trabajo si alguien está dispuesto a pagar por unos bienes fundamentalmente superfluos.

Vivir debería ser algo más que producir y consumir. Todo este movimiento nos aleja cada día más de nuestro propio interior, de la condición humana, de la aspiración a una mayor cultura y a una mayor libertad.

Uno no está viendo movilizaciones para evitar la desertización, la pobreza, la muerte, por no tener nada que comer en aquellos países más indefensos.

Nos hemos olvidado de que la naturaleza era inagotable, de que podría olvidarnos nuestra condición como ser biológico, de que la naturaleza es Salud. Desarrollar todos los medios para que el ambiente sea sano, conseguir la permanencia de todos los seres vivos es asegurar la nuestra.

Vivir, hablar, aprender, sentir, pensar y no sólo trabajar para más tarde gastar.

¿Por qué la Salud y la Paz está asociada a la naturaleza?

Divulgar, transmitir lo que uno ha conseguido aprender, compensa y gratifica, realizar una comunicación real entre nosotros y el resto de los vivos.

El peligro no está en los avances tecnológicos, sino en el mal uso que se hace de ellos.

Es muy cómodo pensar que son los demás quienes deben empezar, que uno no tiene mucho sentido ser el primero en dar el paso.

Los cambios no consisten sólo en lo que dicen los libros, las películas, revistas, etc., los cambios deben comenzar por abajo e ir subiendo. Y nada está más cerca del suelo que uno mismo. Antes de cambiar las cosas del mundo —eso que ni todo el poder político consigue— hay que cambiarse a uno mismo. Y son muchas las cosas que en la vida profesional y social pueden hacerse al respecto.

Debemos recuperar las individualidades, las responsabilidades intransferibles.

No cabe tratar «el medio ambiente» como disciplina de estudio en el mismo sentido que, por ejemplo, las matemáticas, la biología o la lengua. Es preciso dispensar una educación encaminada a resolver problemas.

La primera Conferencia Intergubernamental sobre Educación Ambiental de alcance mundial, convocada por la Unesco y celebrada en Tbilisi (Georgia, URSS), en octubre de 1977, estableció los siguientes principios rectores de la educación ambiental.

LA EDUCACION AMBIENTAL DEBERIA:

- Tomar en cuenta la totalidad del medio ambiente: natural, artificial, tecnológico y social (económico, político, histórico-cultural, moral, estético);
- Constituir un proceso continuo y permanente que comience en los grados preescolares y prosiga a través de todas las etapas de la educación formal y no formal;
- Aplicar un enfoque interdisciplinario, aprovechando el conte-

nido específico de cada disciplina, de modo que se adquiera una perspectiva global y equilibrada;

- Examinar las principales cuestiones ambientales desde los puntos de vista local, nacional, regional e internacional, de modo que los educandos se compenetren con las condiciones ambientales en otras regiones geográficas;
- Concentrarse en las actuales situaciones ambientales y en las que puedan presentarse, habida cuenta también de la perspectiva histórica;
- Insistir en el valor y la necesidad de la cooperación local, nacional e internacional para prevenir y resolver los problemas ambientales;
- Considerar de manera explícita los problemas ambientales en los planes de desarrollo y crecimiento;
- Hacer que los alumnos aprendan a organizar sus propias experiencias de aprendizaje y darles la oportunidad de tomar decisiones y aceptar consecuencias;
- Conectar los procesos de sensibilización, de adquisición de conocimientos y habilidades para resolver problemas, y de clarificación de valores al medio, en todas las edades, poniendo especial énfasis en la sensibilidad de los educandos más jóvenes con respecto

al medio ambiente de su propia comunidad;

- Ayudar a los alumnos a descubrir los síntomas y las causas reales de los problemas ambientales;
- Subrayar la complejidad de los problemas ambientales y, en consecuencia, la necesidad de desarrollar el sentido crítico y las aptitudes necesarias para resolver los problemas;
- Utilizar diversos ámbitos de aprendizaje y una amplia gama de métodos para comunicar y adquirir conocimientos sobre el medio, o que éste pueda brindar, subrayando debidamente las actividades prácticas y las experiencias directas.

ENFERMERIA Y ECOLOGIA

La enfermería como profesión social no debe estar ajena a los problemas que estamos sometidos los humanos, al enfrentamiento con el ambiente. ¿Cómo podemos pensar en salud completa para todos en condiciones de vida como éstas?

¿Podemos nosotros desde nuestro quehacer diario y nuestra vida laboral aportar algo para evitar tanta destrucción del ambiente en todos los aspectos y que implica la no salud, el no bienestar, la no felicidad?

Las sociedades más desarrolladas se han transformado en sociedades insanas, enfermedades raras, que actualmente se convierten en epide-



mias, el de que el desarrollo económico produce automáticamente salud y bienestar, no es efectivo sino en determinadas circunstancias.

¿Piensa el individuo de la calle en estas situaciones cuando va enfermo al hospital?. ¿Lo pensamos nosotros como profesión de enfermería, lo piensan los médicos, políticos, gobernantes, etc.

El progreso y el desarrollo es sano y bueno siempre que se sepa utilizar. Pero el hombre busca en el progreso, el de las cosas, no el suyo propio, tanto como persona social y culturalmente, que es lo que nos diferencia de los demás seres vivos.

El llamado progreso es un medio para alcanzar el fin y no un fin en sí mismo.

En esta comunidad de la vida, el hombre no representa sino uno de los elementos del ecosistema planetario que llamamos naturaleza.

La Ecología humana, actualmente en auge e importancia, es una ciencia tan antigua como el estudio de la evolución de las especies. Pero lo que sucede es que ahora estamos tomando conciencia de que también tenemos una ineludible ecología y un ambiente que proteger, para vivir en salud y protegernos a nosotros mismos.

Pero la mayoría de nosotros pasamos por la tierra sin percatarnos de estos hechos, pensando que somos los «poderosos», la verdad es que dependiendo mucho de lo que la gente piensa, del ambiente, no logramos llegar a conocernos a nosotros mismos ni a la sociedad que nos rodea, sin la cual no viviríamos.

Tampoco sabemos en qué consiste nuestra inteligencia, ni cómo utilizarla para el bienestar común, y seguimos discutiendo porqué actuamos como actuamos.

El hombre en la biosfera es un ser vivo dependiendo de otros en los equilibrios biológicos naturales, expuesto a muchos peligros naturales y otros creados por el hombre, estamos en lucha constante por sobrevivir.

El hombre como unidad ecológica debe ser comprendido y estudiado siempre en relación a su ambiente



total.

La Ecología nos demuestra la variabilidad permanente y la dinámica de la «unidad ser vivo-ambiente», así como la multicausalidad de los fenómenos biológicos y sociales.

Todos estos conocimientos, como trabajadores de la salud que somos, debe ser imprescindible e indispensable en nuestra formación, al igual que para otras profesiones comunes, que pretendan conseguir el bienestar de la raza humana, y también al hombre de la calle, entre todos podríamos evitar destruir y poder construir un medio ambiente habitable y saludable.

EL AMBIENTE HUMANO Y SU COMPLEJIDAD

El ambiente humano no es sino un caso particular del ecosistema general en la Tierra. En el caso del hombre no se puede estudiar el funcionamiento y la estructura de sus sistemas ecológicos si no se tiene en cuenta el ambiente total humano

que no es sólo el ambiente físico y biológico de la mayoría de los animales sino también el complejo ambiente sociocultural que se ha desarrollado a lo largo del proceso de humanización (culturización). No podemos disociar la Ecología de las Ciencias Sociales, en el caso del hombre.

¿Por qué sucede esto con la ecología humana?. Existen tres razones:

a) El hombre es un ser a la vez biológico, cultural y social sometido a una doble evolución (biológica y cultural) que necesita, para sobrevivir, adaptarse biológica y culturalmente.

b) El ambiente de la vida del hombre es complejo (físico, biológico y social) y dinámico (las evoluciones culturales y sociales lo transforman).

c) El sistema ecológico del hombre difiere del de los demás animales al menos en dos hechos: en el nivel del desarrollo de la cultura y en la capacidad del hombre de modificar y transformar el ambiente.

«Una sociedad es más avanzada o desarrollada en la medida en que su organización social manifiesta una capacidad de adaptación generalizada más grande».

La capacidad de adaptación es una de las características principales de los seres vivos. El problema mayor de la adaptación es una de las características principales de los seres vivos. El problema mayor de la adaptación de relaciones con la nutrición, con los procesos metabólicos del organismo.

En el hombre la adaptación adquiere tres formas:

1) Adaptación de origen genético que obedece a un fenómeno selectivo de la especie (adaptación fisiológica).

2) Aclimatación, fenómeno fisiológico y circunstancial, respuesta aprendida a un estímulo externo.

3) Adaptación psicológica y psicosocial, respuesta consciente y voluntaria a una exigencia del medio sociocultural; este último es de tal importancia que relega a un segundo plano a los dos primeros.

Entendemos por AMBIENTE DEL HOMBRE al conjunto de factores físicos, químicos, biológicos y sociales que constituyen nuestro medio habitual de vida y con el cual estamos en permanente e ineludible relación.

CONOCIMIENTO DEL AMBIENTE NATURAL

El hombre necesita conocer el ambiente para comprender el funcionamiento de los ecosistemas que constituyen lo que llamamos naturaleza.

Una de las bases de la ecología es la de admitir que los ecosistemas evolucionan naturalmente, cuando no reciben influencias exteriores extrañas o artificiales, hacia comunidades equilibradas en su estructura y funcionamientos.

El equilibrio de los sistemas naturales se mantiene en base a sistemas de relación muy complejos, de gran sensibilidad, en tal forma que la variación de uno de los factores puede traer repercusiones en cadena. Cuando el hombre interviene en

la naturaleza, los equilibrios se vuelven muy frágiles e inestables.

Retomando lo que se hablaba anteriormente sobre la EDUCACION AMBIENTAL, trataremos de lo que debería ser:

— Tomar en cuenta la totalidad del medio ambiente: natural y artificial, tecnológico y social.

— Constituir un proceso continuo y permanente que comience en los grados preescolares y prosiga en todas las etapas de educación de la persona.

— Examinar las principales cuestiones ambientales desde los puntos de vista local, nacional, regional e internacional.

— Considerar de manera explícita los problemas ambientales en los planes de desarrollo y crecimiento.

— Ayudar a descubrir los síntomas y las causas reales de los problemas ambientales.

— Utilizar diversos ámbitos de aprendizaje y una amplia gama de métodos para comunicar y adquirir conocimientos sobre el medio, etc.

ECOLOGIA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

Hay definiciones de la salud en relación a la actividad y la capacidad de trabajo productivo. Pero la salud es sólo la capacidad para el trabajo y la producción. El ser humano es más que una máquina productora. La SALUD es, ciertamen-

te, una finalidad en sí misma, pero no tiene sentido si no conduce al bienestar y a cierta alegría de vivir en sociedad.

No es posible definir la Salud en términos absolutos y objetivos: tampoco pensar que es la simple ausencia de enfermedad. La Salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir), aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo).

Y la enfermedad, ¿cómo podríamos definirla?

La definición de la enfermedad como la ausencia de salud tampoco tiene hoy validez debido a la existencia de grados de enfermedad que impiden su diagnóstico y su percepción por el enfermo.

La enfermedad es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo. La enfermedad no tiene sentido sino en función del hombre tomado como unidad biológica-psicológica-social. En esta forma la enfermedad podría definirse como un desequilibrio biológico-ecológico o como fallo de los mecanismos de adaptación y una falta de reacción a los estímulos externos a los que está expuesto; este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/o de la anatomía del individuo.

Los estados de salud y enfermedad representan, como ya hemos ex-



plicado, dos grados extremos en la variación biológica, con una imperceptible graduación intermediaria entre los dos polos. Ellos son los resultantes del éxito o fracaso del organismo humano para poder adaptarse, física, mental y socialmente a las condiciones variables del ambiente de la vida del hombre.

Es estudio del hombre como ser biológico (lo que es) y como ser cultural (lo que hace), nos coloca ante un ser vivo que mira simultáneamente hacia el mundo de la biología y hacia el mundo de la cultura.

Las sociedades humanas dependen en su organización de cuatro factores: la herencia biológica, el ambiente social (ecología), la cultura y el grupo. Las sociedades animales, no humanas, dependen en su organización sólo de la herencia biológica y del ambiente natural (ecología). El proceso cultural existe en los animales pero es muy limitado, al igual que las capacidades para transmitir cultura y aprender.

En Sociología, todo aquello que el hombre aprende durante su vida es llamado Cultura. El ambiente ecológico influye a través de todos los factores (físicos, biológicos, sociales) naturales o desarrollados por el hombre, el factor cultural es de la mayor importancia en la vida del hombre contemporáneo; lo que aprendemos y lo que llegamos a ser dependen de la cultura particular en que nacimos y nos desarrollamos, así como el modo de vida que seguimos va a estar condicionado por el ambiente superorgánico en que nos educamos (socialización).

TEORIA DE MARTHA ROGERS

Es importante mencionar esta teoría, porque según Martha Rogers, la concepción del ser humano es la siguiente: El ser humano es un todo unificado que posee su propia integridad. Para ella el fin de la enfermería es promover la armonía entre el hombre y su entorno, reforzar la coherencia y la integridad del campo humano, recoger datos relativos al enfermo y su entorno y utilizar actividades técnicas o de relación, con el fin de ayudar a la integración del ser humano en su ambiente.

Rogers es una extraordinaria historiadora de la ciencia y parte de la obra de algunos grandes filósofos para introducir su concepto de enfermería.

Charles Darwin (1809-1882) publicó en 1859, su libro EL ORIGEN DE LAS ESPECIES, libro controvertido que tuvo numerosos oponentes, que aún siguen en nuestros días.

La unidad del hombre es una realidad. El hombre en su totalidad, está en interacción con su entorno y sólo podrán hallarse conceptos y teorías válidos a este respecto si se aceptan la unidad del hombre con el ambiente.

La humanidad del hombre no puede reducirse a un conjunto de sistemas, órganos o células. Los seres humanos se caracterizan por su masa, su estructura, su funcionamiento, sus sentimientos y son identificados e identificables en su totalidad y se conducen como tales.

EL HOMBRE: UN SISTEMA ABIERTO

Un sistema abierto se caracteriza por intercambios constantes de materia y energía con el ambiente.

La disciplina de la ecología humana se basa en el hecho de que el hombre y la naturaleza son sistemas abiertos y actualmente se reconoce la importancia de los factores ambientales en la calidad de vida del hombre.

La capacidad de los seres humanos para adaptarse a toda clase de stress ha jugado un papel importante en la supervivencia de la especie. El ser humano influye al mundo que le rodea y es influenciado por él.

Así surgen diferentes enunciados científicos del hombre propuestos por M. Rogers:

- 1.º El ser humano es un todo unificado que posee su propia integridad y que pone de manifiesto unas características que son más y que son distintas de la suma de sus partes.
- 2.º El hombre y su entorno intercambian continuamente materia y energía.
- 3.º El proceso de la vida evoluciona de una manera irreversible y unidireccional a lo largo del continuum

del espacio y del tiempo, hacia una complejidad cada vez mayor y hacia nuevos modos de adaptación.

4.º La organización y el fenómeno de la adaptación caracterizan al ser humano, lo distinguen de entre todas las demás criaturas y son un reflejo de su integración innovadora.

5.º El ser humano se caracteriza por su capacidad de abstraer, de imaginar, de pensar, de sentir y de connover.

La enfermería tiene como meta servir al hombre. La enfermería es una ciencia empírica y es necesario describir y explicar su fenómeno central y formular hipótesis a este respecto.

En el hombre, el fenómeno de la vida tiende a la continuidad, al cambio dinámico y creativo, a la integración. La salud y la enfermedad son expresiones de este proceso vital. La ciencia de la enfermería distingue salud y enfermedad, normalidad y anormalidad, tiene por objetivo procurar un conjunto de conocimientos abstractos, extraídos de la investigación científica y capaces de ser aplicados a la práctica de los cuidados y del análisis lógico.

La práctica profesional de la enfermería tiende a promover una interacción armoniosa entre el hombre y su entorno, a reforzar la coherencia y la integridad del campo de energía del ser humano, a dirigir o redirigir la combinación y la sincronización de los campos del hombre y del entorno a fin de lograr el potencial máximo de salud.

Según Rogers, el mantenimiento y la promoción de la salud deben llegar a ser más importantes para enfermería que la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Asimismo enfermería deberá procurar también suprimir, en lo posible, las desigualdades sociales.

ACTUACION DE ENFERMERIA SOBRE EL MEDIO AMBIENTE A TRAVES DE LA EDUCACION SANITARIA

Al igual que hablábamos de la educación ambiental como sensibilidad del hombre hacia la naturaleza, podemos relacionar la educación sanitaria como sensibilización del hombre hacia su medio ambiente,

LOS AGENTES DE LA EDUCACION PARA LA SALUD

La familia es una buena fuente de aprendizaje en la edad infantil, y sus componentes, pues, constituyen verdaderos modelos para el niño.

En un sentido amplio, son agentes de educación sanitaria todas aquellas personas de la comunidad que contribuyen a que los individuos y grupos adopten conductas positivas de salud.

Los profesionales de la salud, en especial médicos y enfermería, ejercen una importante contribución a los conocimientos, actitudes y conductas de la población.

Los profesionales de la enseñanza tienen también numerosas oportunidades de ejercer influencias sobre los niños y jóvenes que tienen a su cargo.

Los profesionales de los medios de la comunicación, en especial en la difusión de mensajes informativos y persuasivos a través de los medios de comunicación de masas.

En algunos países el término «educador sanitario» se reserva a aquellas personas cuya profesión es precisamente la educación en salud. En nuestro país no hay educadores sanitarios especializados en la enseñanza de la salud en la escuela. En algunas Comunidades Autónomas existe personal que realiza tareas propias de los educadores sanitarios especializados, pero también comparten esta labor con otras actividades de la administración sanitaria. A nivel central existe una Sección de Educación Sanitaria en el Servicio de Promoción de la Salud. Esta sección realiza una labor encomiable, elabora y distribuye material para los métodos indirectos y para la formación del personal.

CONTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA EDUCACION SANITARIA

En los últimos años ha cambiado el concepto que mucha gente seguía teniendo de la enfermera. Ya no es sólo un ayudante del médico, sino que también se valoran, por parte de los pacientes y la comunidad, las funciones propias que tiene atribuidas. Su papel es cada día más importante en la educación sanitaria y am-



donde vive y se desarrolla.

El concepto clásico de la educación sanitaria es, según Derryberry, «un proceso de aprendizaje encaminado a modificar de manera favorable las actitudes y a influir en los hábitos higiénicos de la población». Hay otras muchas más definiciones clásicas, pero todas tienen como objetivo fundamental la adquisición de conocimientos y actitudes y la modificación de la conducta individual y colectiva en asuntos relacionados con la salud.

Pero en ninguna definición se mencionan los factores ambientales externos al individuo que condicionan o influyen en la conducta, por lo que no dejan de ser definiciones parciales.

En la concepción actual de Educación Sanitaria, la más comprensiva sea la que ha proporcionado el IV Grupo de Trabajo de la «National Conference on Preventive Medicine» (USA - 1975). Esta definición incluye toda una serie de actividades que conducen a:

1) Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y

las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar y proteger su propia salud.

2) Motivar a la población para que cambie de prácticas o hábitos más saludables.

3) Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y la capacidad para adoptar y mantener unos hábitos («estilos de vida») saludables.

4) Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten condiciones de vida sanas y una conducta también sana.

5) Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de educación sanitaria de la comunidad.

6) Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos de la forma más afectiva para alcanzar los objetivos que hemos relacionado.

El punto más importante de esta definición estriba en hacer mención de los factores ambientales externos al individuo, los cuales condicionan en grado muy importante su comportamiento.

biental, para las personas «sanas» y «enfermas».

Así pues, hoy día, el papel de la enfermería como educadora sanitaria de toda la comunidad y del individuo sano y enfermo es cada vez más importante. De hecho, en los modelos de asistencia, enfermería se está convirtiendo en la dirección de la educación sanitaria del equipo, coordina programas y acciones educativas y las ejecuta.

MÉTODOS Y MEDIOS DE EDUCACION SANITARIA Y AMBIENTAL

Hay métodos que se aplican en la educación o persuasión de adultos en la comunidad, en el medio laboral y en el medio hospitalario. La educación sanitaria en la escuela tiene sus propios métodos.

El público puede ser alcanzado por diversos métodos que el comité de expertos de la O.M.S. en educación sanitaria popular, clasifica en dos grandes grupos, según el educador (la fuente del mensaje) y los educandos (la población que lo recibe): Métodos **bidireccionales** son aquellos en los que se realiza un intercambio activo entre el docente y el discente, y las dos partes intercambian sus pepees, y métodos **unidireccionales** se llaman así porque quien recibe el mensaje no tiene la posibilidad de discutir su contenido con el educador, o de solicitar aclaraciones, en ello se incluyen todos los medios de comunicación de masas.

También se clasifican en métodos **directos** que se usan en grupos e individuos como:

- la clase
- la charla
- la discusión en grupo,

y en métodos **indirectos** que se usan en grupos y colectividades como

- medios visuales:
carteles o murales

folletos y publicaciones
cartas circulares y prensa

- medios sonoros:
radio
- medios mixtos audiovisuales:
cine, video
televisión.

Todos estos métodos de que disponemos, bien utilizados, ayudan al individuo, población, comunidad y sociedad, a mantener un buen estilo de vida. Nosotros, como profesionales de la salud y principales protagonistas de esta educación, somos también responsables de que esto llegue a buen término y que se realice.

REFLEXION

No tenemos sino una sola TIERRA. Esta situación nos obliga a un acuerdo internacional sobre el uso del espacio porque, en la realidad práctica, la ecología de los seres vivos no conoce fronteras políticas. El problema es mundial.

A pesar de todos los esfuerzos que se hacen en el mundo contra las contaminaciones y otros riesgos del ambiente social, no se ha evitado lo peor, que es el desequilibrio creciente entre demografía y las exigencias alimentarias, la cruel uniformación del manto clorofílico planetario y la ignorancia generalizada de la población humana sobre las cosas más esenciales para su supervivencia.

El progreso social no puede entenderse sino en función de un progreso educativo y del bienestar social e individual, en el cual está incluido ineludiblemente el estado físico y mental. Se ha perdido la armonía entre el hombre y la naturaleza, se ha perdido totalmente el sentido de comunidad entre los hombres; se ha perdido el respeto por la vida humana y por la vida de los demás seres vivos.

Las consecuencias, como lo hemos visto, son múltiples y de todo orden.

En el caso de la salud, las consecuencias son enormes y graves: si las tendencias del desarrollo económico continúan, no habrá ninguna posibilidad de vivir en salud y el hombre será, cada vez más, una fácil víctima de las enfermedades. De nada valdrá el progreso técnico de la medicina frente a la agravación de un problema de origen social.

No es posible, sin embargo, pronosticar con certeza cuál es el futuro del hombre y de la condición humana. En ninguna especie viva se puede saber con exactitud lo que sucederá, porque la evolución no está premeditada. En el caso del hombre, existe la posibilidad de que él haga cambiar su propia evolución.



BIBLIOGRAFIA

- España herida, de Joaquín Araujo.
- Ecología Humana y Salud; el hombre y su ambiente. 2.ª edición, aut.; Hernán San Martín.
- Cuidados de enfermería. Tenden-

- cias y conceptos actuales. Rosette Poletti. Ed. Rol.
- Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Aut.: Luis Salleras Sanmartí. Ed. Díaz de San-

tos.

- Salvat Medicina. Tomo III.
- Salud Comunitaria. Teoría y práctica. Aut.: Hernán San Martín, Vicente Pastor. Ed. Díaz de Santos.

ENFERMERIA / COMUNIDAD

Autor: RAFAEL DAMIAN ROMAN OBRERO

N.º de Colegiado: 9256

INTRODUCCION

El trabajo realizado no es para saber si en realidad en nuestra sociedad existe una verdadera relación Enfermería/Comunidad; el objetivo del mismo es el establecer unos parámetros reales para llevar a cabo dicha relación.

El hombre es un ser vivo con características parecidas a los demás animales, pero tiene además razón, alma, espíritu, inteligencia; el hombre es un animal racional. Desde el punto de vista integral individuo con cualidades psíquicas.

También debemos atender al hombre en otro aspecto que es el social, está en una sociedad.

De esta forma el hombre tiene tres dimensiones: biopsicosocial. Una de las causas de la deshumanización de los hospitales, en los cuales sólo se ocupan del aspecto biológico, se omite su concepto.

La Enfermería satisface las necesidades del individuo en los tres aspectos, por lo tanto la Enfermería actúa en lo biopsicosocial considerando integralmente al hombre. El

entorno influye de manera notable en el desarrollo de la vida del hombre y forma de actuar de éste; no obstante, el hombre es capaz de modificar el entorno pensando en un bien, aunque a veces no ha pensado o no ha previsto totalmente las posibles consecuencias.

En la interrelación Hombre/Entorno es el paciente quien realiza la interacción armónica con el ambiente; y el profesional de Enfermería promueve dicha interacción y proporciona los cuidados necesarios. Dicha actividad tiene lugar en cualquier lugar donde haya individuos. Podemos considerar alcanzada la meta al resolver el problema real o potencial de falta de armonía. El proceso o procedimiento de Enfermería que incluye se puede resumir en: recogida de datos, diagnóstico de Enfermería, establecimiento de objetivos e intervención de Enfermería.

En todo ello el objetivo de la Enfermería es asistir al individuo para alcanzar el máximo potencial de salud de éste, promoviendo la interacción del hombre y de su entorno.

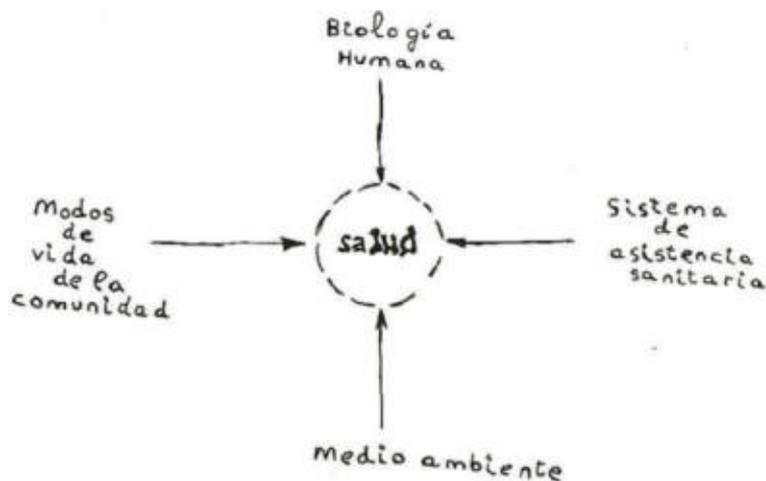
ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria de salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad.

La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de promoción de la salud. Como esos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades y son una emanación de esas condiciones y esos valores, variarán lógicamente según los diversos países y comunidades, pero debieran comprender como mínimo: la promoción de una nutrición adecuada y de

ASISTENCIA SANITARIA:

- BUENA CALIDAD
- SUFICIENTE
- EFICIENTE



un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha de las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre todo métodos de prevención y lucha correspondientes, y el tratamiento apropiado para las enfermedades, los traumatismos comunes.

Para que la atención primaria de salud sea, lo más rápidamente posible, accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario. Para que esto sea así, la comunidad debe participar plenamente en la planificación, la organización y la administración de la atención primaria de salud. Esa participación se consigue mediante una adecuada labor de educación que permita a las comunidades enfrentarse, en la forma más conveniente, con sus verdaderos problemas de salud. Así estarán mejor situadas para adoptar decisiones racionales acerca de la atención primaria de salud y para conseguir de los demás niveles del sistema de salud el apoyo que realmente sea necesario. Esos niveles superiores se deben organizar y fortalecer para que puedan apoyar la atención primaria mediante conocimientos técnicos, formación de personal, orientación y supervisión, ayuda logística, suministros, información y financiación.

Para alcanzar su máxima efica-

cia, la atención primaria de salud habrá de emplear medios que la comunidad acepte y comprenda y que el personal sanitario pueda aplicar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país. Ese personal sanitario de la comunidad dará el máximo rendimiento si reside en la misma comunidad a la que atiende y ha recibido una formación social y técnica adecuada a las necesidades de salud expresadas por la comunidad.

Es obvio que el tipo y la calidad de la asistencia primaria dependerá de factores tales como ubicación geográfica, condiciones socio-económicas y culturales de la población, disponibilidad del personal, etcétera. Aunque estas situaciones pueden variar, hay aspectos comunes a todos los países que permiten que programas de esta naturaleza puedan ser implementados en todas las regiones, respetando las condiciones enumeradas.

Un sistema de atención primaria tiene la importancia, primordialmente por el hecho de que casi el 85% de los actos sanitarios se ejercen, o debieran efectuarse, en la población en este nivel. Por ser ambulatorio permitirían en un sistema correctamente estructurado no sólo lograr una asistencia integral y oportuna a la población, desde su base, sino que también se podría «filtrar» la demanda hacia los grandes hospitales especializados, de una gran parte de la patología banal, que satura y a menudo impide que dispongan de recursos para atender los casos graves, para los que han sido originariamente programados.

EL CENTRO DE SALUD EN UN SISTEMA COORDINADO DE SERVICIOS DE SALUD

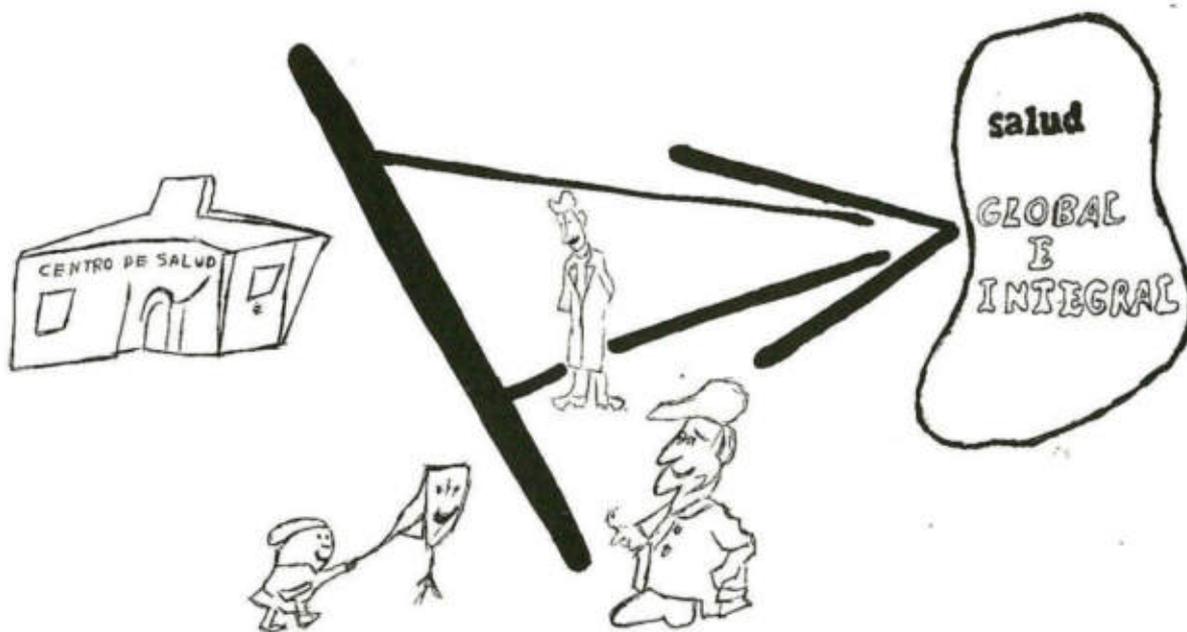
El centro de salud se establece para proporcionar un servicio de salubridad integrado y, al mismo tiempo, es un órgano importante en el desarrollo socioeconómico de la comunidad a la que sirve. Es el primer eslabón en la cadena del cuidado de la salud y está íntimamente relacionado, desde los puntos de vista administrativo y funcional, con otros servicios de más alto nivel en un sistema coordinado de servicios de salud.

El centro de salud actual se puede considerar como la línea de partida para un programa de salud global e integral en el que todos los servicios curativos, preventivos y de salud pública estén agrupados bajo un mismo techo.

No se puede desperdiciar ninguna oportunidad para promover el cuidado de la salud, los miembros de los equipos de salubridad deben llevar a cabo su labor preventiva, educativa y curativa siempre que estén en contacto con la familia o el individuo, ya sea en el centro de salud o en el hogar.

Se pueden remitir a los pacientes que requieran de especialistas a una policlínica y a aquellos que necesiten una hospitalización a un hospital rural, a un hospital general de distrito o a un centro especializado de acuerdo con las necesidades.

El flujo de datos y de información a las unidades centrales ayuda a la elaboración de políticas y a la planificación. Se puede adiestrar periódicamente al personal local para que pueda adaptar técnicas nuevas



"EL CENTRO DE SALUD COMO LINEA DE PARTIDA PARA UNA SALUD GLOBAL E INTEGRAL"

y mejoradas en lo que se refiere a la prestación de servicios de salud.

Es un hecho universalmente aceptado que el desarrollo socioeconómico de una comunidad no se puede lograr sin la coordinación de servicios en todos los niveles y en todas las direcciones.

Las actividades del centro de salud deben interrelacionarse con los siguientes servicios en el área:

- Educativos, que generalmente consisten en una escuela primaria, una guardería, un centro de educación para adultos y un taller para la enseñanza de oficios rurales.

- Servicios sociales, a través de un salón de reuniones públicas, una biblioteca pública, un campo de juegos, un centro de atletismo para jóvenes y una oficina de seguridad social.

- Agrícolas, que consisten en un campo para exposiciones e instalaciones para la cría de animales, industrias lecheras y agrícolas y control de plagas agrícolas.

- Una sociedad cooperativa que suministre semillas y otros artículos a los agricultores y les ayude a especializar su producción.

El tamaño de un centro de salud depende en gran parte de varios factores, tales como:

- El área de captación, tamaño y tipo de la población y crecimiento de la misma.

- Las funciones del centro y la interrelación de sus distintas actividades.

- La coordinación de los servicios de salud con otros servicios sociales, agrícolas y de educación en el área.

- La disponibilidad presente y futura del personal.

- Los medios de comunicación y la proximidad de centros urbanos.

- El sistema de servicios de salud coordinados para toda la región.

ENFERMERIA/COMUNIDAD

La buena salud es el fundamento sobre el cual se construye el adelanto social. Hasta ahora nos hemos ocupado de la salud en lo que se refiere al individuo y, en cierta manera, a la familia. En los países desarrollados ha habido una mejoría notable en las condiciones de salud desde principios de este siglo. La supervivencia ha aumentado en forma impresionante, los índices de mortalidad se han reducido drásticamente. No obstante hay todavía muchos problemas y otros recientemente aparecidos, muchos a consecuencia de la supervivencia mayor y del cambio de forma de vida de las per-

sonas de nuestra sociedad. Los sujetos viven mucho más, por lo que sufren trastornos crónicos y degenerativos que limitan su forma de vida.

Es obvio que el tipo y la calidad de la asistencia primaria dependerá de factores tales como ubicación geográfica, condiciones socio-económicas y culturales de la población, disponibilidad del personal, etcétera. Aunque estas situaciones pueden variar, hay aspectos comunes a todos los países que permiten que programas de esta naturaleza puedan ser implementados en todas las regiones, respetando las condiciones enumeradas.

Un sistema de atención primaria tiene la importancia, primordialmente por el hecho de que casi el 85% de los actos sanitarios se ejercen, o debieran efectuarse, en la población en este nivel. Por ser ambulatorio permitirían en un sistema correctamente estructurado no sólo lograr una asistencia integral y oportuna a la población, desde su base, sino que también se podría «filtrar» la demanda hacia los grandes hospitales especializados, de una gran parte de la patología banal, que satura y a menudo impide que dispongan de recursos para atender los casos graves, para los que han sido originariamente programados.

EL CENTRO DE SALUD EN UN SISTEMA COORDINADO DE SERVICIOS DE SALUD

El centro de salud se establece para proporcionar un servicio de salubridad integrado y, al mismo tiempo, es un órgano importante en el desarrollo socioeconómico de la comunidad a la que sirve. Es el primer eslabón en la cadena del cuidado de la salud y está íntimamente relacionado, desde los puntos de vista administrativo y funcional, con otros servicios de más alto nivel en un sistema coordinado de servicios de salud.

El centro de salud actual se puede considerar como la línea de partida para un programa de salud global e integral en el que todos los servicios curativos, preventivos y de salud pública estén agrupados bajo un mismo techo.

No se puede desperdiciar ninguna oportunidad para promover el cuidado de la salud, los miembros de los equipos de salubridad deben llevar a cabo su labor preventiva, educativa y curativa siempre que estén en contacto con la familia o el individuo, ya sea en el centro de salud o en el hogar.

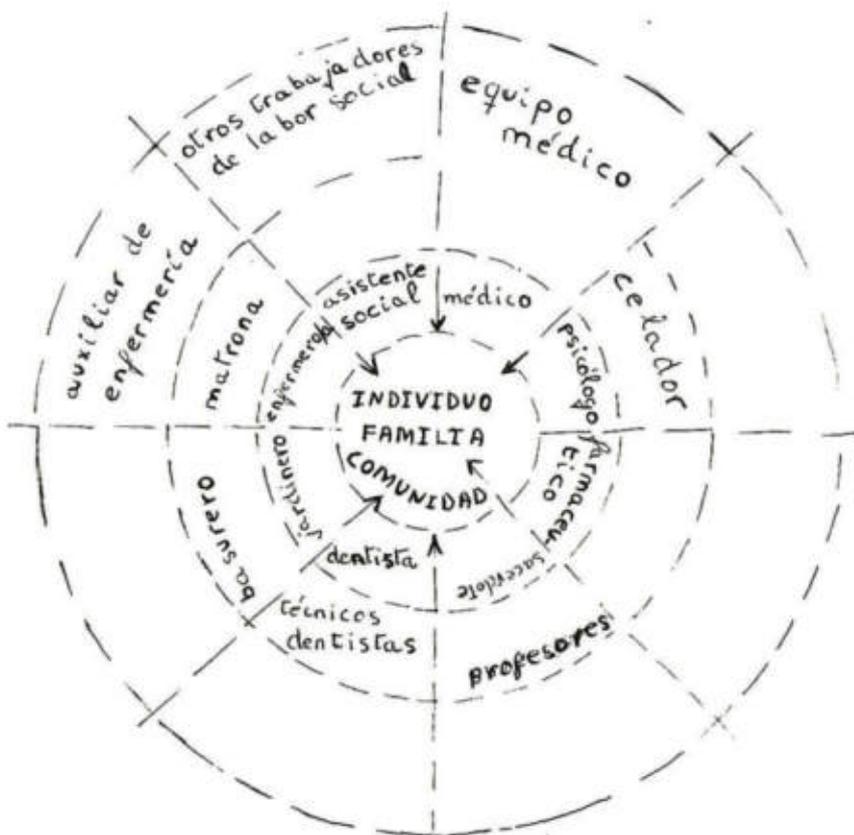
Se pueden remitir a los pacientes que requieran de especialistas a una policlínica y a aquellos que necesiten una hospitalización a un hospital rural, a un hospital general de distrito o a un centro especializado de acuerdo con las necesidades.

El flujo de datos y de información a las unidades centrales ayuda a la elaboración de políticas y a la planificación. Se puede adiestrar periódicamente al personal local para que pueda adaptar técnicas nuevas y mejoradas en lo que se refiere a la prestación de servicios de salud.

Es un hecho universalmente aceptado que el desarrollo socioeconómico de una comunidad no se puede lograr sin la coordinación de servicios en todos los niveles y en todas las direcciones.

Las actividades del centro de salud deben interrelacionarse con los siguientes servicios en el área:

— Educativos, que generalmente consisten en una escuela primaria, una guardería, un centro de edu-



cación para adultos y un taller para la enseñanza de oficios rurales.

— Servicios sociales, a través de un salón de reuniones públicas, una biblioteca pública, un campo de juegos, un centro de atletismo para jóvenes y una oficina de seguridad social.

— Agrícolas, que consisten en un campo para exposiciones e instalaciones para la cría de animales, industrias lecheras y agrícolas y control de plagas agrícolas.

— Una sociedad cooperativa que suministre semillas y otros artículos a los agricultores y les ayude a especializar su producción.

El tamaño de un centro de salud depende en gran parte de varios factores, tales como:

— El área de captación, tamaño y tipo de la población y crecimiento de la misma.

— Las funciones del centro y la interrelación de sus distintas actividades.

— La coordinación de los servicios de salud con otros servicios sociales, agrícolas y de educación en el

área.

— La disponibilidad presente y futura del personal.

— Los medios de comunicación y la proximidad de centros urbanos.

— El sistema de servicios de salud coordinados para toda la región.

ENFERMERIA/COMUNIDAD

La buena salud es el fundamento sobre el cual se construye el adelanto social. Hasta ahora nos hemos ocupado de la salud en lo que se refiere al individuo y, en cierta manera, a la familia. En los países desarrollados ha habido una mejoría notable en las condiciones de salud desde principios de este siglo. La supervivencia ha aumentado en forma impresionante, los índices de mortalidad se han reducido drásticamente. No obstante hay todavía muchos problemas y otros recientemente aparecidos, muchos a consecuencia de la supervivencia mayor y del cambio de forma de vida de las personas de nuestra sociedad. Los sujetos viven mucho más, por lo que sufren trastornos crónicos y degenerativos que limitan su forma de vida.

Es importante que el profesional de Enfermería esté consciente de los problemas de salud principales de su comunidad. Sin embargo las estadísticas y promedios nacionales no muestran un cuadro exacto de los problemas a los cuales se enfrentará en la sociedad. Cada comunidad tiene un único conjunto de problemas y serán variables los factores que afecten la salud en dicha sociedad. Por ejemplo, los problemas serán diferentes en comunidades urbanas a los existentes en las comunidades rurales o aldeas; en vecindarios ricos y pobres, y también variarán según los habitantes y sus formas de vida.

Para que el profesional de Enfermería pueda desempeñar su trabajo en la promoción y protección de la salud, el cuidado de los enfermos y su restablecimiento, debe conocer los principales problemas de salud de la comunidad en la cual va a realizar sus actividades.

Un primer paso para aprender lo relativo a una comunidad es descubrir lo que se ha escrito sobre ella. A menudo se puede obtener bastante información sobre las personas al estudiar los datos estadísticos que publican las oficinas gubernamentales. Los datos del censo, por ejemplo, permiten información básica sobre cierta población, como la cantidad total de personas, la distribución según la edad, el origen étnico, la densidad de población, los índices de natalidad y de mortalidad.

También conocer el sitio geográfico de la comunidad, las condiciones climáticas, los sistemas de transporte y comunicación, además de las industrias principales de la zona y varios factores en relación a las instalaciones recreativas y educativas y creencias religiosas.

Puede completarse la información al hablar con personas conocedoras y bien informadas de la sociedad como es el responsable médico, trabajadores sociales, sacerdotes y educadores.

La observación directa, como es el caminar por la comunidad, permite además de la ubicación geográfica conocer las condiciones de vivienda, la existencia o no de parques, de instalaciones deportivas, de recreo, etcétera y el aspecto general de la comunidad.

Puede también hablar con los sujetos que habitan dicha comunidad para valorar los conocimientos sobre los servicios de salud que existen, sus actitudes hacia la salud y sus cuidados y la utilización de estos servicios.

Cada país y cada comunidad han de decidir por sí mismos qué métodos y medidas se pueden adoptar para desarrollar un programa sanitario satisfactorio, activo y eficaz.

La prestación de asistencia primaria sanitaria a todos los sectores de la población es quizá el problema sanitario más importante en la mayor parte de las comunidades del mundo actual. Para la prestación de asistencia sanitaria a los millones de personas actualmente desatendidas, la preparación de personal de asistencia primaria, capacitado en la misma comunidad a la que pertenece y sostenido por ésta, es una solución eficaz y ajustada a la realidad, especialmente en las colectividades rurales y apartadas. Pero para orientar y supervisar sus actividades y acrecentar su rendimiento y eficiencia es indispensable su reconoci-

miento e integración en el sistema sanitario nacional.

La clasificación del personal dentro del sistema de Enfermería depende de la situación local y del plan nacional de formación y perfeccionamiento del personal sanitario. Los sistemas de clasificación de personal tienen como mínimo tres planos de funciones: el plano local o periférico, en el que se presta asistencia directa a la comunidad; el intermedio, en el que se presta orientación y supervisión al personal local, y el central o administrativo, encargado del asesoramiento, la gestión y la dirección general del programa total de salud de la comunidad. Esos tres grupos diferentes de personal de Enfermería son interdependientes y sus funciones están relacionadas entre sí.

En esta modalidad de asistencia, el profesional de Enfermería trabajará en equipo, instruirá y estimulará a otros miembros del personal, comunicándose con los grupos de población, conseguir su colaboración y coordinando la enfermería de la comunidad con otros sistemas.

La creación de equipos interdisciplinarios de cuidados sanitarios compuestos por un número de profesiones de cuidados sanitarios que colaboran en provecho del paciente, ofrece una plataforma excelente a partir de la cual el profesional de Enfermería puede proseguir su actual movimiento hacia una definición y desempeño mejores de su contribución a la salud del individuo, familia y de la comunidad. En estos equipos el profesional de Enfermería debe trabajar sobre una base de colegialidad y asociación con los otros profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFIA

1.—Apuntes de clase de la E.U.E. «Virgen del Rocío»: «Enfermería Fundamental», Curso 1.º 1984-85. «Salud Pública», Curso 2.º 1985-86. Curso 3.º 1986-87.

2.—Du Gas, Beverly Witter: «Tratado de

Enfermería Práctica», México, 1984, Interamericana. Tema 4.

3.—Hall, Dorothy C.: «La Enfermería en los equipos interdisciplinarios de cuidados

sanitarios». Ponencia leída en el X Congreso Mundial del CICIAMS. Roma, mayo 1974.

4.—Informe de expertos de la O.M.S.: «Enfermería y la Salud de la Comunidad». Ginebra, 30 de julio-5 de agosto 1974.

PROTOCOLO DE VALORACION DE UNA POBLACION

FACTORES BIOLOGICOS

- 1.-Comunidad: Rural
Urbana
- 2.-Número de personas _____
- 3.-Distribución según la edad:
lactantes _____
niños _____
adultos _____
ancianos _____
- 4.-Densidad de población _____
- 5.-Grupos étnicos predominantes _____
- 6.-Enfermedades frecuentes de los individuos de la comunidad:
en niños _____
en adultos _____
en ancianos _____
en lactantes _____
- 7.-Enfermedades crónicas: _____
- 8.-Número de nacimientos _____ desde _____ hasta _____
número de varones _____ número de hembras _____
- 9.-Índice de mortalidad _____
- 10.-Causas frecuentes de muerte:
Hombres _____
Mujeres _____
- 11.-Número de individuos sanos _____
- 12.-Número de individuos enfermos _____
- 13.-Observaciones _____

FACTORES AMBIENTALES

- 1.-Situación geográfica _____
- 2.-Clima existente _____
- 3.-Tipos de comunicaciones _____
- 4.-Contaminación ambiental _____
- 5.-Existencia de parques: Sí No
- 6.-Zonas verdes m/hab _____
- 7.-Observaciones _____

FACTORES EN RELACION A LA FORMA DE VIDA

- 1.-Población activa _____
Número de desempleados _____
Ocupaciones principales de las personas de la comunidad _____
- 2.-Ingreso anual promedio aproximado _____
- 3.-Instalaciones recreativas: Sí No
Nº _____
- 4.-Instalaciones educativas: Sí No
Oficiales Privadas
- 5.-Clase de vivienda: Casa aislada
Viviendas familiares
- 6.-Número de viviendas _____
Número de viviendas adecuadas _____
Número de viviendas seguras _____
- 7.-Pasatiempos:
en niños _____

- en jóvenes _____
en adultos jóvenes _____
en adultos de edad madura _____
en ancianos _____
- 8.-Clase de alimentos que se consumen principalmente _____
 - 9.-Fiestas que se realizan _____
 - 10.-Observaciones _____

FACTORES RELATIVOS A LOS CUIDADOS DE LA SALUD

- 1.-Servicios existentes en la comunidad:
Servicios de promoción de la salud
Servicios preventivos
Hospitales, clínicas
Centros de salud
Servicios de Enfermería
Consultorios médicos
Servicios de rehabilitación
- 2.-Recursos sanitarios:
Personal sanitario _____
Ambulancias _____
Farmacias _____
Veterinario _____
- 3.-Consultorio municipal:
Superficie _____
Horario _____
Dependencias _____
Personal _____
Material clínico _____
- 4.-Abastecimiento de agua potable:
Origen _____
Distancia origen _____
Conducción _____
Cloración _____
Número de viviendas abastecidas _____
- 5.-Existe control de alimentos: Sí No
Forma _____
Periodicidad _____
- 6.-Eliminación de residuos sólidos:
Vehículo de recogida _____
Periodicidad _____
Volumen diario de basura _____
Distancia población-vertedero _____
Tratamiento de los residuos _____
Acondicionamiento del vertedero _____
- 7.-Eliminación de los residuos líquidos:
Lugar de vertido _____
Depuración de aguas negras _____
Conducción al lugar de vertido _____
- 8.-Control de animales, insectos y otros vectores de enfermedades:
Forma _____
Periodicidad _____
- 9.-¿A dónde se dirigen los sujetos estando enfermos? _____
- 10.-¿Visitan algún servicio estando sanos? ¿Cuál? _____
- 11.-Opinión de las personas sobre los servicios de salud de su comunidad: _____

- 12.-Observaciones: _____

PAPEL DEL DIPLOMADO DE ENFERMERIA EN LA IMPLANTACION DE LA PROTESIS TOTAL DE CADERA TIPO MOTTA-CALLEA

FCO. PALMA RAMIREZ
PEDRO IG. CARRASCO RICO
D.E. del Hospital Virgen del Rocío.

RESUMEN

El A.T.S. o D.U.E. debe conocer todo el instrumental, tanto general como específico, para que este tipo de intervención quirúrgica se realice con la mayor brevedad posible y en condiciones óptimas, con lo cual conseguiremos dos objetivos: que el paciente permanezca el menor tiempo posible en el quirófano y que el cirujano pueda concentrarse en su trabajo para conseguir unos resultados pre y postoperatorio satisfactorios.

INTRODUCCION

Historia.—La primera prótesis de cadera, de la cual tenemos noticia, se realiza en Alemania en 1890 por GLUK (1). Posteriormente en 1938, en Londres, PHILLIP WILES (2) empleó una prótesis total de acero inoxidable.

Pero fue en 1960, el profesor SIR JOHN CHARNELEY (3), el que dio un gran empuje a las prótesis totales, introduciendo el cemento óseo. Además utilizó el concepto de «baja fricción articular».

Hoy en día se están utilizando dos prótesis totales:

- a) Cementadas.
- b) No cementadas.

a) Prótesis cementadas: El anclaje óseo se obtiene por la unión de las partículas de cemento al hueso, previa preparación del canal medular. Para que éste sea efectivo es necesario que el cemento óseo entre en las interdigitales óseas, para lo cual conviene introducirlo de forma semilíquida antes de que forme consistencia pastosa, con lo que conseguiremos mejor resistencia mecánica del cemento, ya que se forma una masa homogénea.

Las principales desventajas de esta técnica de implantación son:

— Lesión térmico local: Producida por el desprendimiento de calor del cemento óseo en el momento de su polimerización. MJOBER (4), 1984.

— Estimulación de macrófagos por el cemento, los cuales parecen ser atraídos por el metilmetacrilato de forma similar a como lo hacen otros materiales de implantación como el cagut. Dado que el macrófago es el precursor de los osteoblastos, no es sorprendente que el hueso inmediatamente adyacente al metilmetacrilato sufra reabsorción y reemplazamiento por el tejido fibroso, conteniendo macrófagos y células gigantes.

Con objeto de mejorar estas dificultades, se ha optado por la solución de las técnicas quirúrgicas no cementadas.

A partir de 1975 numerosos cirujanos europeos están empleando

prótesis totales sin cementar, estando todavía muchas de ellas en fase de experimentación. Dentro de ellas existen diversas modalidades.

b) Prótesis no cementadas. De este tipo tenemos:

1) Insertadas a presión: Su implante en el canal medular se realiza mediante el efecto de cuña que se produce entre la prótesis y el hueso, pero con el inconveniente que cuando hay ausencia de resistencia de fricción, el tallo encuñado volverá a su nivel original cuando éste cese la carga axial como resultado del retroceso elástico del canal medular óseo. Este efecto puede ser corregido con el empleo de prótesis de superficie más rugosa (macro o microporosidad) con lo que se consigue una mayor resistencia friccional del tallo enclavado.

2) Enroscada: Su colocación se efectúa previo fresamiento y formación de un enroscado en la cortical medular que sirve de guía al infibulo protésico.

Con esta preparación previa del canal medular se asegura un sólido anclaje óseo, disminuyendo al mínimo riesgo el estallamiento cortical que se provocaría por el enroscamiento cortical directo de la prótesis.

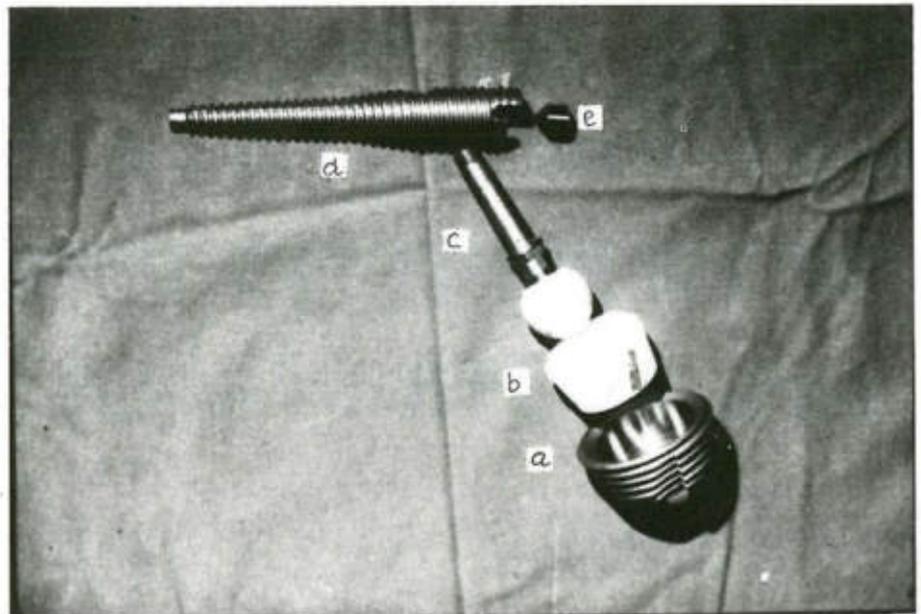
Con el uso de prótesis no cementadas se reduce el número de posibles causas de aflojamiento al desechar las posibilidades de lesiones térmicas locales, lesiones citotóxi-

cas locales, reacción a partículas de cemento de desecho, hipersensibilidad local al cemento y estimulación de macrófagos por el mismo.

En este tipo de prótesis es más frecuente el denominado aflojamiento aséptico.

Justificación de la prótesis de MOTTA-CALLEA (5):

El método de anclaje óseo a través de un enroscado endomedular es, por sí mismo, de suficiente firmeza como para permitir un anclaje primario estable necesario para la fijación secundaria biológica del implante, que se lleva a cabo mediante la estimulación osteoblástica.



DESCRIPCION TECNICA

a) Material: La prótesis total de MOTTA-CALLEA está compuesta por una aleación de Titanio, Aluminio 16 y Vanadio 4, siendo la aleación metálica cuyo módulo de elasticidad es la que más se aproxima al hueso.

b) Forma: Está compuesta por:

a) Porción cotiloidea.

b) Cazoleta de polietileno.

c) Cabeza femoral unida al cuello protésico.

d) Infíbulo enroscante (con hueco para alojar la pieza anterior).

e) Tornillo de fijación del cuello protésico. (Fig. 1).

DESCRIPCION Y COLOCACION DEL MATERIAL

El A.T.S. o D.U.E. debe colocar el material en dos mesas diferentes protegidas con sus sábanas estériles correspondientes.

En la primera mesa será colocado el instrumental general que se utiliza en cualquier tipo de prótesis total. (Tabla I. Fig. 2).

En la segunda mesa, más pequeña que la anterior, se colocará el instrumental específico. (Tabla II. Fig. 3).

Además se pondrán varios tamaños de prótesis para poder elegir la más conveniente para el paciente.

TABLA I

10 Kocher curvos sin dientes	3 Raspas
4 Kocher rectos con dientes	1 Tirabuzón
2 Porta agujas	1 Juego de periostótomos
1 Pinza fina para coagular	1 Juego de escoplos rectos
2 Pinzas de disección con dientes	1 Martillo
2 Pinzas de disección sin dientes	2 Separadores de Farabeu
1 Pinza de disección Rusa	2 Cucharillas
1 Tijera de Mayo curva	1 Gancho de hueso
1 Tijera de Mayo recta	1 Gubia acodada
1 Mango de bisturí	1 Pincho de drenaje
1 Hoja de bisturí	1 Separador autoestático
1 Bisturí eléctrico	1 Sierra eléctrica
2 Separadores de Wolfman	1 Goma de aspirador
2 Separadores de rama doble	Gasas
4 Pinzas de paño	Compresas
2 Escoplos de cótilo	Suturas

TABLA II

a) Perforador guía
b) Perforador escariador
c) Fileteador con tres marcas de referencia para las longitudes diferentes del infíbulo.
d) Mango para enroscar el infíbulo en su lugar.
e) Llave de apresamiento para alojar los escariadores del cótilo.
f) Fileteador con tres medidas.
g) Llave necesaria para enroscar la cúpula acetabular en su lugar.
h) Llave de soporte que va alojada en la llave de apresamiento.
i) Tornillo.
j) Máscara calibradora.
k) Calibrador.
l) Escariadores de cótilo y una llave para extraer la cabeza de la prótesis.

DESCRIPCION DE LA TECNICA QUIRURGICA

1.—Preparación femoral e inserción del infíbulo.

- a) Exposición de la cabeza femoral.
- b) Fresado femoral.
- c) Inserción del infíbulo.

2.—Inserción de la cabeza y cuello femoral.

- a) Perforación cervical.
- b) Implantación de la cabeza y cuello femoral.
- c) Fijación del cuello femoral con el tornillo de seguridad.

3.—Preparación acetabular e inserción del cotilo.

- a) Exposición del acetábulo óseo.
- b) Fresado del acetábulo.
- c) Inserción del cotilo.

4.—Reducción de la prótesis total colocada.

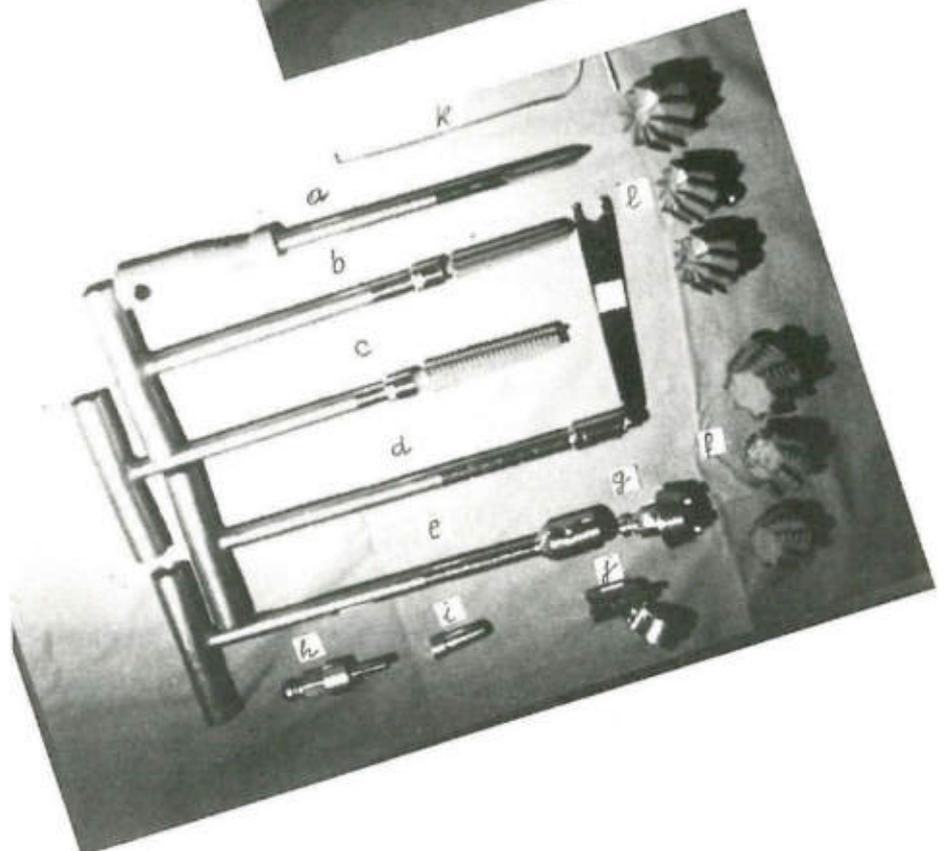
CUIDADO DEL ENFERMO EN QUIROFANO

a) Debemos rasurar la zona en la cual se va a efectuar la intervención con una cuchilla estéril y a continuación aplicaremos sobre la zona afeitada una solución yodada. Tras la colocación de la placa del bisturí eléctrico y la monitorización del electrocardiógrafo, procederemos a colocar al enfermo en la mesa del quirófano.

El paciente se coloca en la mesa operatoria en posición decúbito lateral, la cual es mantenida mediante dos soportes colocados en la región lumbar y abdominal respectivamente. El campo operatorio comprende todo el miembro inferior y proximalmente hasta la cresta iliaca. Dicha posición ofrece la ventaja de que, luxando posteriormente la epifisis femoral y manteniendo la pierna flexionada en 90°, se puede hacer una valoración exacta del grado de anteversión requerido para el cuello de la prótesis. La enclavación de la porción cotiloidea se realizará en relación al plano de la mesa operatoria.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Durante la primera semana se reducirá la tracción de 2 a 4 Kgs. según el peso del paciente, para evitar





movimientos anómalos en la cama.

La tracción será permanente durante la noche e intermitente durante el día, en cuyos intervalos el paciente ejecutará movimientos de flexión muy moderados a nivel de la cadera operada, contracción isométrica de glúteos y cuádriceps, así como contracción isotónica de discoflexores y flexores plantares. Estos ejercicios se deben hacer también con el miembro contralateral.

En la segunda semana se colocará una cuña de goma espuma entre ambas piernas y se continuará con el mismo plan de ejercicios, aumentando progresivamente los grados de flexión de la cadera. Cada dos horas se sienta el paciente sobre el borde de la cama para hacer ejercicios de flexión y extensión de rodilla contra resistencia.

Ya en la tercera semana se sigue el plan de ejercicios antes citados y comienza la deambulacion con dos «bastones ingleses», sin cargar sobre la cadera operada. Gradualmente puede ser dado de alta de hospitalización.

Hay ciertos casos en los que por ser el paciente persona muy activa, puede ser dado de alta con una buena movilidad activa, al haber hecho una recuperación rápida. Al término de dos semanas pueden ser dados de alta hospitalaria, llegando algunos con frecuencia a una flexión activa de 70° a 80° en la articulación coxofemoral al término de 10 ó 12 días.

El drenaje-aspiración se retira generalmente al segundo día del postoperatorio y el tratamiento profiláctico antitrombótico se suspende cuando lleva el paciente 5 ó 6 días deambulando.

RESULTADOS CLINICOS

La prótesis de cadera de MOTTA-CALLEA produce una mejora en la movilidad, marcha y dolor del enfermo.

El comportamiento de la prótesis estudiada en función de los resultados funcionales es análogo.

El resultado funcional de estos

implantes es independiente del antecedente quirúrgico de la cadera operada.

DISCUSION

La técnica quirúrgica no cementada de las prótesis totales de cadera, debido a los «problemas» que ha planteado a largo plazo, han dado lugar al empleo de prótesis cementadas, las cuales están siendo ampliamente aceptadas. En principio, cuando la técnica quirúrgica de las prótesis no cementadas no estaban ampliamente extendidas, los principales problemas que planteaban eran de tipo quirúrgico, no estando completadas las instrumentaciones para la inserción del material protésico.

Sin embargo, posteriormente, debido a los buenos resultados que progresivamente se han ido obteniendo, se ha ido obviando este problema obteniéndose en la actualidad un material para implantes protésicos de gran precisión, lo cual es la «piedra de toque» para conseguir que el acto quirúrgico sea de fácil resolución y el implante se coloque en su posición exacta.

El siguiente paso a perfeccionar, una vez obtenidos los instrumentales necesarios, es su utilización correcta. Para ello, una vez conocido por el A.T.S. o D.U.E. exactamente el material necesario de colocación del implante y el tiempo operatorio exacto en el cual hay que aplicarlo, se consigue una ayuda imprescindible para que el cirujano coloque el implante lo más rápidamente y exacto posible, lo que repercutirá en los resultados finales de este tipo de cirugía.

P.D. Agradecemos al Dr. D. Manuel Rull Broqueta, Traumatólogo, la colaboración prestada para la realización del presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1.—GLUK, T.: Antoplastik-trasplantation-implantation. VON. FREMDKORPERN.; KLIN WSHR.; 27: 421-427. 1980.

2.—WILES, P.: The surgery of the osteoarthritic hip.; Brit. J.

3.—CHARNLEY, J.: Anchorage of the femoral head prosthesis to the shaft of the femur; J. Bone Joint Surg. 42-b: 28-30. 1960.

4.—MJOBERRG, B., PETTERSON, H., ROSENQUISTR, RIDHOLM, A.: Bonece-

ment, thermal injurgand the radiohicient zone; Acta Orthop. Scand; 55: 597-600. 1984.

5.—MOTTA, A., CALLEA, C., CUCCINELLO, E., POLI, G.: M.C.L. non cemented hip prosthesis, Cir. Organi Mov.; 64: 671-675. 1978.

RADIOPROTECCION: MEJORA DE METODO EN RADIODIAGNOSTICO

JOSE ENRIQUE MARTINEZ GARCIA
Hospital General Virgen del Rocío
SEVILLA

RESUMEN

Se escribe como el fenómeno de la radiación ionizante utilizado en radiodiagnóstico, es generado por una serie de constantes eléctricas aplicadas al tubo de Rayos X desde el pupitre de mandos, llegándose a la conclusión de que entre ellas, LOS MILIAMPERES x TIEMPO DE EXPOSICION que conlleva la cantidad de radiación, son los que más influyen en el aspecto nocivo de la misma.

Tras la encuesta hecha a cinco servicios de radiodiagnóstico significativos, se llega a la conclusión que, sobre treinta y ocho posiciones usuales encuestadas, la constante perjudicial referida (M.A.S.) ES ALTA.

Los objetivos son los siguientes:

a) Reducir la cantidad media de la radiación encuestada al 50% al menos en todas aquellas exposiciones que sobrepasen los 10-16 miliamperes x tiempo, aportándole en contraprestación a la radiación empleada más energía y por tanto menor longitud de onda.

b) Demostrar que la calidad radiográfica no sufre variaciones ostensibles con tendencia a la imagen radiográfica moderna en la gama de los grises, aportando pruebas comparativas realizadas.

c) Cualquier instalación radiológica puede realizar este tipo de técnicas ya que ninguna de ellas sobrepasa las curvas de cargas establecidas por las casas técnicas de los equipos de Rayos X. Sólo se trata de subir de SIETE a DIEZ kilovoltios dependiendo de la estructura, sobre lo hasta ahora establecido, para re-

ducir la cantidad de radiación en un CINCUENTA POR CIENTO (M.A.S.).

d) Pretendiéndose unificar estas técnicas de BAJO MILIAMPERAJE x TIEMPO de forma general en todos los servicios de radiodiagnóstico y quedando la anterior relegada a un segundo plano excepcional en la que una exposición determinada la requiera.

INTRODUCCION

Las constantes eléctricas aplicadas a un tubo de rayos X desde el pupitre de mandos para obtener una exposición radiográfica, son las responsables de que a través del mencionado tubo, se proyecte un tipo de radiación electromagnética de características distintas a la corriente eléctrica que la generó, con la propiedad principal de absorberse a través de los cuerpos por donde pasa. En este «ABSORBER» o interacción de los rayos X con la materia orgánica, es donde tiene la posibilidad de que los fenómenos indeseables de este tipo de radiación ionizante, ocurran.

Las constantes eléctricas mencionadas son tres:

MILIAMPERES (M.A.).— Son responsables de fabricar los electrones que posteriormente se transformarán en paquetes de fotones una vez fabricada la radiación X. Denota por tanto esta constante LA CANTIDAD DE RADIACIÓN.

TIEMPO DE EXPOSICIÓN (S.).— Señala el espacio de tiempo durante el cual está emitiéndose la corriente de electrones dentro del tubo y consecuentemente el haz de foto-

nes fuera de él.

KILOVOLTIOS (K.V.).— Significan la diferencia de potencial y van a impulsar esa cantidad de electrones con más o menos velocidad obteniéndose como resultante fotones con más o menos energía cinética. Son responsables por tanto de la longitud de onda y penetración que determinarán la CALIDAD DE LA RADIACIÓN fabricada.

La radiación X es discontinua, formada por paquetes de pequeños corpúsculos llamado fotones. El medio sobre el cual incide, LA CÉLULA, es también discontinua (mitocondrias, aparato de golgi...). De estas dos discontinuidades no es posible desprender una ley causa-efecto, sino el azar o la casuística será quien decida la probabilidad que tiene una célula de ser afectada o no.

Tras la exposición hecha de las tres constantes radiológicas, es fácil llegar a la conclusión de que existan dos responsables directos de que las probabilidades aumenten, éstos serán sin duda los MILIAMPERES (M.A.) y el TIEMPO DE EXPOSICIÓN (S.). Cuanto mayor sea la cantidad de radiación y el tiempo de exposición de la misma para realizar una exposición radiográfica, más nociva será.

Las consecuencias de las radiaciones ionizantes son imprevisibles, por tanto, cualquier metodología encaminada a reducir el factor riesgo de ésta, siempre aportando calidad radiográfica, conllevaría a disminuir el riesgo de la misma y debería ser tenida en consideración, máxime en un momento en el que el radiodiagnóstico se encuentra al alcance de todos, desorbitándose a veces en sus aplicaciones.



CRANEO (P.A.)
25 M.A.S. - 70 K.V.

CRANEO (P.A.)
50 M.A.S. - 60 K.V.

Existen trabajos con garantía absoluta de éxito, éste sin duda soy consciente de que no es el prototipo, sin embargo tengo el atrevimiento de abordarlo animado por los componentes del Servicio de Física Médica de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío donde trabajo, animado también por radiólogos que si bien son minorías, no por ello les falta categoría profesional y años de experiencia, finalmente animado por nueve años que al cargo de mi servicio me hacen albergar la esperanza de unificar unas técnicas radiológicas cada vez menos nocivas en todos los Departamentos de Radiodiagnóstico donde no se practique ya, que en cierto modo es una manera de hacer CUIDADOS DE ENFERMERIA que sólo a nosotros y no a otro tipo de profesionales, nos caracteriza.

PROTOCOLO

— Recabamos información al Servicio de Medicina Física para que certifique de manera cualificada que, en la gama de rayos X utilizado

en radiodiagnóstico, la cantidad de radiación (M.A.S.) es lo verdaderamente peligroso y que la calidad o energía de la misma (K.V.) cara al riesgo resulta despreciable.

— Confeccionamos modelo de encuesta, a fin de recabar datos de técnicas utilizadas sobre treinta y ocho posiciones usuales. Se envían estos modelos a servicios de radiodiagnóstico que consideramos significativos dentro de la localidad, como son: Hospital Universitario, Hospital de Valme, Centro de Diagnóstico y Tratamiento, Centro de Rehabilitación y Traumatología y finalmente al Hospital General de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío. Una vez cumplimentados, podemos observar que la cantidad de radiación promedio utilizada en los servicios encuestados ascienden a 2.208 M.A.S. para estas treinta y ocho posiciones de un adulto medio. Se encuestan así mismo los ambulatorios de Nuestra Sra. de los Reyes y Dr. Fleming, pero no tienen en consideración a efectos de este trabajo estadístico por apreciar notables desigualdad de instalaciones radiológi-

cas con respecto a los centros hospitalarios. (Tabla I).

— Seleccionamos la tabla de técnicas conjuntada que más se aproxima a la media aritmética resultante de los cinco centros. Esta es la correspondiente al Hospital General y en base a ella procedemos aplicando la nueva metodología mediante una doble exposición, la primera utilizando la técnica convencional que se venía realizando y la segunda aplicándole la mitad de los miliamperes/tiempo proporcionándole a cambio diez kilovoltios más a cada técnica, utilizando para ello:

- Grupos de distintos pacientes, edad y sexo.
- Chasis idénticos en ambas exposiciones dotados con hoja intensificadora con grano universal.
- Paciente en la misma posición en ambas radiografías.
- El mismo tubo de rayos y la misma procesadora también para las dos pruebas.

Obteniéndose como resultado una calidad diagnóstica similar en

ELECCION DE LA TECNICA MEDIA ENCUESTADA

HOSPITAL «1»	1.811 M.A.S. en las 38 técnicas
HOSPITAL «2»	1.889 M.A.S. en las 38 técnicas
HOSPITAL «3»	1.965 M.A.S. en las 38 técnicas
HOSPITAL «4»	2.735 M.A.S. en las 38 técnicas
HOSPITAL «5»	2.640 M.A.S. en las 38 técnicas
HOSPITAL «X»	11.040 M.A.S.

$$11.040 : 5 = 2.208 \text{ M.A.S.}$$

La técnica conjuntada promedio más próxima corresponde al Hospital «3».

TABLA I



MANO P.A. Y OBL.
2 M.A.S. - 37 K.V.



MANO P.A. Y OBL.
4 M.A.S. - 30 K.V.



ABDOMEN
40 M.A.S. - 70 K.V.



ABDOMEN
80 M.A.S. - 60 K.V.

ambas radiografías, utilizando para ello la mitad de la cantidad de radiación encuestada. Asimismo pudimos observar que muchas de las técnicas resultantes de la nueva metodología coincidían, con la tendencia sólo en parte de los centros encuestados.

— Por último, pedimos emisión de informe cualificado a una firma especializada en equipos de radiodiagnóstico, C.G.R. España S.A., la cual certifica que las técnicas propuestas en la metodología no afectan para nada la instalación en la que se realiza.

CONCLUSION

La técnica de BAJO MILIAMPERAJE x TIEMPO DE EXPOSICIÓN aportando mayor cantidad de kilovoltios, no es nueva, la conocemos perfectamente todos aquellos profesionales que prestamos nuestro servicio en radiodiagnóstico. Por lo tanto no podemos considerarlo como algo nuevo con lo cual vamos a

experimentar, solo que hacemos uso de ella cuando un paciente no colabora (caso de niños, enfermos agitados...), para que la exposición deseada no resulte movida.

Llegando a la siguiente conclusión:

- Existe una metodología aplicada sólo a determinados pacientes que disminuye el producto miliamperaje x tiempo de exposición (M.A.S.).
- Conocemos que el aspecto nocivo de la radiación utilizada en radiodiagnóstico está precisamente en este producto.
- Disponemos de instalaciones radiológicas con suficiente avance tecnológico como para permitir la utilización de esta metodología sin riesgos de averías.
- La imagen radiológica muy contrastada obtenida con mucha cantidad de rayos X (M.A.S.) está en desuso, hace años justificada por la limitación que ofrecía la técnica (tubos de rayos con ánodo

fijo o con pocas revoluciones). En este tipo de radiología entre lo blanco y lo negro se perdía una gama de grises en la cual los radiólogos empiezan a ver más estructuras y este objetivo también cumple con la metodología mencionada.

Entonces, porqué no cambiar los esquemas establecidos de manera tal que se normalicen estas técnicas propuestas y pasen a un segundo orden ocasional esos rayos blandos que proporcionan mucho contraste y peligrosidad. ¿Es que tendrá que dejar de colaborar el paciente en radiología para tener derecho a que se le irradie menos?.

«PROPONIENDOSE POR TANTO UNA MEJOR RADIOLOGIA QUE PARA MUCHOS LO ES, EN UNOS SERVICIOS DE RADIODIAGNOSTICO UNIFICADOS, HOMOLOGADOS EN CUANTO A TECNICAS Y MENOS NOCIVOS.»

ENCUESTA OBTENIDA DEL HOSPITAL «1»						ENCUESTA OBTENIDA DEL HOSPITAL «2»					
ESTUDIO	BUCKY	K.V.	M.A.S.	GRADOS	D.F.P.	ESTUDIO	BUCKY	K.V.	M.A.S.	GRADOS	D.F.P.
Cráneo AP	SI	76	50		1	Cráneo AP	SI	75	75		1
Cráneo L	''	68	50		1	Cráneo L	''	70	75		1
Cráneo basal	''	85	50		1	Cráneo basal	''	85	100		1
S. Paranasales	''	80	50		1	S. Paranasales	''	75	75		1
Mastoides	''	75	50	27°	1	Mastoides	''	75	75		1
Mano PA	NO	50	3		1	Mano PA	NO	45	4		1
Mano L y OBL	''	60	4		1	Mano L y OBL	''	54	4		1
Anbr. y Codo AP	''	55	4		1	Anbr. y Codo AP	''	60	4		1
Anbr. y Codo L	''	57	4		1	Anbr. y Codo L	''	60	4		1
Hombro AP	SI	70	20		1	Hombro AP	SI	65	30		1
Hombro Axial	''	70	20		1	Hombro Axial	''	65	30		1
Hombro Trastorácico	''	80	160		1	Hombro Trastorácico	''	95	125		1
Pie PA	NO	50	4		1	Pie PA	NO	45	4		1
Pie L y OBL	''	50	6		1	Pie L y OBL	''	45	4		1
Tobillo AP	''	52	6		1	Tobillo AP	''	50	4		1
Rodilla AP	SI	62	30		1	Rodilla AP	SI	60	30		1
Rodilla L	''	60	30		1	Rodilla L	''	60	30		1
Axial de rótula	''	60	30	0.85		Axial de rótula	NO	60	8		1
Fémur AP	''	65	50		1	Fémur AP	SI	65	75		1
Fémur L	''	65	50		1	Fémur L	''	65	75		1
Caderas AP	''	75	80		1	Caderas AP	''	70	75		1
Caderas axial	''	90	80		1	Caderas axial	''	70	75		1
S. iliacas AP 2 0	''	80	80		1	S. iliacas AP 2 0	''	70	75		1
Abdomen AP	''	65	90		1	Abdomen AP	''	75	40		1
Abdomen L	''	75	90		1	Abdomen L	''	90	125		1
Tórax PA	''	115	6	1.8		Tórax PA	''	120	4	1.5	
Tórax L	''	115	6	1.8		Tórax L	''	130	20	1.5	
Tórax Oblicuo	''	115	10	1.8		Tórax Oblicuo	''	125	20	1.5	
Tórax sin BUCKY	NO	70	4	1.8		Tórax sin BUCKY	NO	70	4	1.5	
C. Cervical AP	SI	70	30	1.5		C. Cervical AP	SI	70	30	1	
C. Cervical L	''	70	30	1.5		C. Cervical L	''	75	30	1	
C. Cervical Oblicuo	''	70	30	1.5		C. Cervical Oblicuo	''	75	30	1	
C. Dorsal AP	''	75	50	1		C. Dorsal AP	''	70	75	1	
C. Dorsal L	''	80	50	1		C. Dorsal L	''	80	100	1	
C. Lumbar AP	''	65	120	1		C. Lumbar AP	''	75	100	1	
C. Lumbar L	''	70	240	1		C. Lumbar L	''	95	125	1	
C. Lumbar OBL	''	70	120	1		C. Lumbar OBL	''	80	100	1	
Parrilla costal	''	70	20	1		Parrilla costal	''	70	30	1	
38						38			1.889 M.A.S.		
38			1.811 M.A.S.								

ENCUESTA OBTENIDA DEL HOSPITAL «3»

ESTUDIO	BUCKY	K V	M A S	GRADOS	D F P
Cráneo AP	SI	68	50		1
Cráneo L	**	58	50		1
Cráneo basal	**	84	50		1
S. Paranasales	**	80	50		1
Mastoides	**	78	50	30*	1
Mano PA	NO	42	4		1
Mano L y OBL	**	48	4		1
Anbr. y Codo AP	**	46	6		1
Anbr. y Codo L	**	46	6		1
Hombro AP	SI	56	40		1
Hombro Axial	NO	48	8		1
Hombro Trastorácico	SI	66	90		1
Pie PA	NO	46	6		1
Pie L y OBL	**	48	6		1
Tobillo AP	**	50	6		1
Rodilla AP	SI	54	40		1
Rodilla L	**	52	40		1
Axial de rótula	**	46	40	15*	1
Fémur AP	**	64	60		1
Fémur L	**	60	60		1
Caderas AP	**	64	90		1
Caderas axial	**	64	90		1
S. ilíacas AP 2 0	**	64	120		1
Abdomen AP	**	70	90		1
Abdomen L	**	80	90		1
Tórax PA	**	120	4		1.8
Tórax L	**	120	18		1.8
Tórax Oblicuo	**	120	10		1.8
Tórax sin BUCKY	NO	70	5		1.8
C. Cervical AP	SI	62	60		1.5
C. Cervical L	**	60	60		1.5
C. Cervical Oblicuo	**	64	60		1.5
C. Dorsal AP	**	70	90		1
C. Dorsal L	**	74	90		1
C. Lumbar AP	**	70	120		1
C. Lumbar L	**	88	120		1
C. Lumbar OBL	**	76	120		1
Parrilla costal	**	54	60		1
38			1.965 M.A.S.		

ENCUESTA OBTENIDA DEL HOSPITAL «4»

ESTUDIO	BUCKY	K V	M A S	GRADOS	D F P
Cráneo AP	SI	80	40		1
Cráneo L	**	75	40		1
Cráneo basal	**	80	64		1
S. Paranasales	**	80	50		1
Mastoides	**	80	40		1
Mano PA	NO	45	3		1
Mano L y OBL	**	45	3		1
Anbr. y Codo AP	**	55	4		1
Anbr. y Codo L	**	55	4		1
Hombro AP	SI	65	32		1
Hombro Axial	NO	60	10		1
Hombro Trastorácico	SI	70	125		1
Pie PA	NO	45	4		1
Pie L y OBL	**	45	4		1
Tobillo AP	**	50	5		1
Rodilla AP	SI	70	25		1
Rodilla L	**	70	25		1
Axial de rótula	NO	60	12		1
Fémur AP	SI	65	64		1
Fémur L	**	65	64		1
Caderas AP	**	65	125		1
Caderas axial	NO	63	32		1
S. ilíacas AP 2 0	SI	65	125		1
Abdomen AP	**	70	160		1
Abdomen L	**	80	250		1
Tórax PA	**	130	4		1.5
Tórax L	**	130	12		1.5
Tórax Oblicuo	**	130	8		1.5
Tórax sin BUCKY	NO	75	4		1.5
C. Cervical AP	SI	65	32		1
C. Cervical L	**	65	32		1
C. Cervical Oblicuo	**	65	32		1
C. Dorsal AP	**	70	125		1
C. Dorsal L	**	75	160		1
C. Lumbar AP	**	75	200		1
C. Lumbar L	**	85	320		1
C. Lumbar OBL	**	80	250		1
Parrilla costal	**	60	250		1
38			2.735 M.A.S.		

ENCUESTA OBTENIDA DEL HOSPITAL «5»

ESTUDIO	BUCKY	K V	M A S	GRADOS	D F P
Cráneo AP	SI	84	40		1
Cráneo L	''	78	40		1
Cráneo basal	''	94	40		1
S. Paranasales	''	90	40		1
Mastoides	''	80	40	30°	1
Mano PA	NO	52	6		1
Mano L y OBL	''	56	6		1
Anbr. y Codo AP	''	60	6		1
Anbr. y Codo L	''	64	6		1
Hombro AP	SI	64	40		1
Hombro Axial	''	68	40		1
Hombro Trastorácico	''	90	90		1
Pie PA	NO	54	6		1
Pie L y OBL	''	56	6		1
Tobillo AP	''	62	6		1
Rodilla AP	SI	62	40		1
Rodilla L	''	64	40		1
Axial de rótula	NO	66	20		1
Fémur AP	SI	70	100		1
Fémur L	''	76	100		1
Caderas AP	''	70	120		1
Caderas axial	''	74	120		1
S. ilíacas AP 2 0	''	70	120		1
Abdomen AP	''	70	150		1
Abdomen L	''	78	150		1
Tórax PA	''	120	6		1.8
Tórax L	''	120	30		1.8
Tórax Oblicuo	''	130	6		1.8
Tórax sin BUCKY		80	6		1.8
C. Cervical AP		56	90		1
C. Cervical L	''	60	90		1
C. Cervical Oblicuo	''	60	90		1
C. Dorsal AP	''	74	90		1
C. Dorsal L	''	78	120		1
C. Lumbar AP	''	86	150		1
C. Lumbar L	''	86	240		1
C. Lumbar OBL	''	80	150		1
Parrilla costal	''	55	200		1
38			2.640 M.A.S.		

TECNICA MEDIA OBTENIDA DE LAS ENCUESTAS

ESTUDIO	BUCKY	K V	M A S	GRADOS	D F P
Cráneo AP	SI	68	50		1
Cráneo L	''	58	50		1
Cráneo basal	''	82	50		1
S. Paranasales	''	70	50		1
Mastoides	''	78	50		1
Mano PA	NO	42	4		1
Mano L y OBL	''	46	4		1
Anbr. y Codo AP	''	46	6		1
Anbr. y Codo L	''	46	6		1
Hombro AP	SI	52	40		1
Hombro Axial	NO	48	8		1
Hombro Trastorácico	SI	66	90		1
Pie PA	NO	46	6		1
Pie L y OBL	''	48	6		1
Tobillo AP	''	50	6		1
Rodilla AP	SI	54	40		1
Rodilla L	''	52	40		1
Axial de rótula	''	46	40		1
Fémur AP	''	64	60		1
Fémur L	''	60	60		1
Caderas AP	''	64	90		1
Caderas axial	''	64	90		1
S. ilíacas AP 2 0	''	64	120		1
Abdomen AP	''	70	90		1
Abdomen L	''	80	90		1
Tórax PA	''	120	4		1.8
Tórax L	''	120	18		1.8
Tórax Oblicuo	''	120	10		1.8
Tórax sin BUCKY	NO	70	5		1.8
C. Cervical AP	SI	62	60		1.5
C. Cervical L	''	60	60		1.5
C. Cervical Oblicuo	''	64	60		1.5
C. Dorsal AP	''	70	90		1
C. Dorsal L	''	74	90		1
C. Lumbar AP	''	70	120		1
C. Lumbar L	''	88	120		1
C. Lumbar OBL	''	76	120		1
Parrilla costal	''	54	60		1
38			1.965 M.A.S.		

NUEVA TECNICA APLICADA

ESTUDIO	BUCKY	K.V.	M.A.S.	GRADOS	D.F.P.
Cráneo AP	SI	78	25		1
Cráneo L	"	68	25		1
Cráneo basal	"	92	25		1
S. Paranasales	"	88	25		1
Mastoides	"	88	25		1
Mano PA	NO	48	2		1
Mano L y OBL	"	54	2		1
Anbr. y Codo AP	"	56	3		1
Anbr. y Codo L	"	56	3		1
Hombro AP	SI	62	20		1
Hombro Axial	NO	58	4		1
Hombro Trastorácico	SI	76	45		1
Pie PA	NO	54	3		1
Pie L y OBL	"	58	3		1
Tobillo AP	"	60	3		1
Rodilla AP	SI	64	20		1
Rodilla L	"	62	20		1
Axial de rótula	"	56	20		1
Fémur AP	"	74	30		1
Fémur L	"	70	30		1
Caderas AP	"	74	45		1
Caderas axial	"	74	45		1
S. Iliacas AP 2 0	"	74	60		1
Abdomen AP	"	80	45		1
Abdomen L	"	90	45		1
Tórax PA	"	120	4		1.8
Tórax L	"	120	18		1.8
Tórax Oblicuo	"	120	10		1.8
Tórax sin BUCKY	NO	70	5		1.8
C. Cervical AP	SI	72	30		1.5
C. Cervical L	"	70	30		1.5
C. Cervical Oblicuo	"	74	30		1.5
C. Dorsal AP	"	80	45		1
C. Dorsal L	"	84	45		1
C. Lumbar AP	"	80	60		1
C. Lumbar L	"	98	60		1
C. Lumbar OBL	"	86	60		1
Parrilla costal	"	64	30		1

38

1.000 M.A.S.

ABREVIATURAS

- T.N.P. = Técnica Nueva Propuesta
 T.M.E. = Técnica Media Encuestada
 D.F.P. = Distancia Foco-Placa
 K.V. = Kilovoltios
 M.A.S. = Milliamperios/seg.



C. LUMBAR (A.P.)
60 M.A.S. - 74 K.V.



C. LUMBAR (A.P.)
120 M.A.S. - 64 K.V.

ESTUDIO COMPARATIVO

ESTUDIO	T.M.E		T.N.P.		BUCKY	D.F.P.	DOSIMETRIA				
	K.V.	M.A.S.	K.V.	M.A.S.			T.M.E	T.N.P.	DOSIS		AHORRO DOSIS %
									T.N.P.	Dosis T.M.E	
Cráneo AP	68	50	78	25	SI	1	360	235	0,65	35%	
Cráneo L	58	50	68	25	"	1	250	180	0,72	28%	
Cráneo basal	82	50	92	25	"	1	535	322,5	0,60	40%	
S. Paranasales	78	50	88	25	"	1	490	300	0,61	39%	
Mastoides	78	50	88	25	"	1	470	290	0,62	38%	
Mano P.A.	42	4	48	2	NO	1	7,6	6,4	0,84	16%	
Mano L y OBLIC.	46	4	54	2	"	1	11,2	9	0,80	20%	
Antbr. y Codo	46	6	56	3	"	1	14,1	9	0,64	36%	
Antbr. y Codo L	46	6	56	3	"	1	14,1	9	0,64	36%	
Hombro A.P.	52	40	62	20	SI	1	148	117	0,79	21%	
Hombro AXIAL	48	8	58	4	NO	1	22,4	20	0,89	11%	
Hombro tratorácico	66	90	76	45	SI	1	603	400,5	0,66	34%	
Pie P.A.	46	6	54	3	NO	1	14,1	13,5	0,96	4%	
Pie L y OBL.	48	6	58	3	"	1	16,8	15	0,89	11%	
Tobillo AP	50	6	60	3	"	1	19,5	16,2	0,83	17%	
Rodilla AP	54	40	64	20	SI	1	164	126	0,77	23%	
Rodilla L	52	40	62	20	"	1	146	117	0,80	20%	
Rótula axial	46	40	56	20	"	1	94	90	0,96	4%	
Fémur AP	64	60	74	30	"	1	378	255	0,67	33%	
Fémur L	60	60	70	30	"	1	324	228	0,70	30%	
Caderas AP	64	90	74	45	"	1	567	382,5	0,67	33%	
Caderas L	64	90	74	45	"	1	567	382,5	0,67	33%	
Sacroilíacas	64	120	74	60	"	1	756	378	0,50	50%	
Abdomen AP	70	90	80	45	"	1	684	441	0,64	36%	
Abdomen L	80	90	90	45	"	1	882	540	0,61	39%	
Tórax PA	120	4	120	4	"	1,5	13,68	13,68	1	0%	
Tórax L	120	18	120	18	"	1,5	61,56	61,56	1	0%	
Tórax OBL.	120	10	120	10	"	1,5	34,2	34,2	1	0%	
Tórax sin Bucky	70	5	70	5	NO	1,5	10,1	10,1	1	0%	
C. Cervical AP	62	60	72	30	SI	1,5	126,6	87	0,69	31%	
C. Cervical L	60	60	70	30	"	1,5	114	81	0,71	29%	
C. Cervical OBL.	64	60	74	30	"	1,5	136,2	91,8	0,67	33%	
C. Dorsal AP	70	90	80	45	"	1	684	441	0,64	36%	
C. Dorsal L	74	90	84	45	"	1	765	382,5	0,50	50%	
C. Lumbar AP	70	120	80	60	"	1	912	588	0,64	36%	
C. Lumbar L	88	120	98	60	"	1	1.392	828	0,59	41%	
C. Lumbar OBL.	76	120	86	60	"	1	1.074	669	0,62	38%	
Parrilla costal	54	60	64	30	"	1	246	189	0,77	23%	

APUNTES PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGA EN EL MUNDO ESCOLAR

ELENA JALDON GARCIA
D.E. Hospital Universitario
Virgen Macarena

INTRODUCCION

El fenómeno Droga no es exclusivo de nuestra época y de nuestra sociedad. En el hombre primitivo existía ya la creencia en el poder de las drogas para curar enfermedades y esto mismo puede encontrarse hoy en pueblos social y culturalmente retrasados.

Desde antiguo son conocidas sustancias modificadoras del estado biológico y psíquico de los individuos, capaces, por tanto, de influir sobre el estado de salud o enfermedad de los sujetos.

En nuestro tiempo los intereses comerciales, políticos y de otros tipos influyen en el uso de estas sustancias y en todas sus connotaciones, una vez sabido el filón de riquezas que supone y el poder de influencia que ejerce sobre los individuos y, por ende, en la sociedad.

Es en esto, una vez que las consecuencias funcionales de esas sustancias dejan de ser intencionadas y controladas, cuando aparece el peligro real de su uso.



¿POR QUE DE LA PREVENCIÓN?

La O.M.S. ha definido en varias ocasiones el problema de la drogadicción como **una enfermedad recidivante**, de donde se deduce que la **principal**

estrategia de acción a seguir, al igual que en las enfermedades infectocontagiosas, **debe ser eminentemente preventiva.**

Los tratamientos de los cuadros de dependencia de la droga son difíciles en la realidad y tienen un alto costo económico.

La evolución del concepto de salud ha pasado de ser curativo a incluir, como preferente, **la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.**

NECESIDAD DE INFORMACION SOBRE DROGAS

* Son múltiples y complejos los canales a través de los cuales se invitan al consumo de drogas y siempre acompañados por una información intencionadamente deformada y, por tanto, incorrecta.

* En muchos casos el inicio de la consumición estará íntimamente relacionada con una valoración errónea, por mala información, de los efectos positivos y desconocimiento de las terribles consecuencias que ésta produce.

* Una información objetiva, desinteresada, siempre será positiva frente a la ocultación y/o información manipulada.

* Una correcta información desarrollará la capacidad de juicio crítico de los individuos.

* La información, la formación a través de ella, va a ser la única forma de compensar **el poco interés de los go-**



bernantes en atacar la raíz de este grave problema y la única arma para enfrentarse a los intereses que mueven los hilos de la Droga.

¿POR QUE PREVENCIÓN EN LA EDAD ESCOLAR?

* La edad de contacto-iniciación con la droga puede situarse actualmente alrededor de los 13-15 años, edad claramente enmarcada en la etapa escolar.

* Los niños y adolescentes constituyen **grupos de alto riesgo frente a la droga** por:

- Edad inmadura para enjuiciar.
- Aprendizaje por el ejemplo e imitación.
- Necesidad de nuevas experiencias y curiosidad por lo desconocido.
- Necesidad de integración en grupos y no ser rechazados por los mismos ni sentirse aislados.
- Deseo de romper las coordenadas espacio-tiempo.
- Evasión ante malos resultados escolares.
- Desconocimiento de los riesgos que corren y daños que la droga produce en el organismo.

¿POR QUE PREVENCIÓN EN EL COLEGIO?

* La Escuela o Colegio reúne una serie de propiedades para este fin que, difícilmente, podrá encontrarse en cualquier otro entorno:

- Posibilidad de introducción dentro del programa escolar sobre educación sanitaria.
- Equipo y entorno naturales.
- Facilidad de seguimiento y de control evaluativo.

PROGRAMA MODELO

I.—EQUIPO:

- Interdisciplinario.
- Profesionales especialmente formados en temas de Droga.
- A.P.A. - tutores.
- Representación de alumnos (valorable en cada caso).

II.—CICLOS:

- Contacto miembros Equipo.
- Planificación programas y calendario.

— Exposición Temas:

a) FASES:

— Entrega a los alumnos de una síntesis del tema a tratar, con el fin de centrar atención y situarle ante el contenido.

— Posibilidad de introducción de nuevas necesidades en el tema a petición de individuos o grupos.

— Participación activa de los alumnos mediante exposiciones directas por los mismos o cualquier otra actividad que influya directamente en la exposición.

— Rueda de planteamientos sobre inquietudes o dudas surgidas tras la exposición del tema.

— Cuestionario individual y anónimo sobre el anterior punto.

— Exposición posterior sobre la problemática surgida tras los cuestionarios.

— Evaluación por el Equipo interdisciplinario.

b) TEMAS BASICOS:

- Definición de Droga.
- Distintos tipos de Droga (inclusión de tabaco y alcohol).
- Efectos y peligros de las drogas en el individuo.
- Efectos y peligros de la droga en la sociedad.
- Aspectos legales derivados del consumo de drogas.
- Diferentes tratamientos contra la Droga.
- Información de Centros relacionados con el problema de la Droga.

III.—MEDIOS PARA LA CONTINUIDAD DEL PROGRAMA:

- Dotación bibliográfica en los Colegios.
- Creación de **Equipo Responsable** de mantener la continuidad sobre información y evaluación del programa.

REFERENCIAS:

- * Urgencias derivadas del consumo de drogas (Publicaciones Junta de Andalucía).
- * Modelo de intervención preventiva en drogas (Gala León, Jornadas sobre Toxicomanías, Madrid-82).
- * Prevención de las drogodependencias (Pub. Minist. Sanidad).

* Educación para el Consumo (Publ. Diputación Prov. de Sevilla).

* Drogas y Medicamentos (Araújo, Enfermería Científica. 84).

* Educación para prevenir el abuso de drogas (Publ. UNESCO).

* Boletines de estupefacientes (Publ. UNESCO).

* Actitudes ante el fenómeno estupefaciente (Publ. Direc. General de la Policía).

* Aspecto metodológico sobre la educación sobre la droga (Centro Coordinador drogodependencia. Publ. Gobierno Vasco).



LA INVESTIGACION EN ENFERMERIA

PROBLEMATICA ACTUAL

Antonio Rodríguez Rodríguez
D.U.E. - H. U. V. Macarena

Ante el reto a que están siendo sometidos todos los campos por el avance científico y tecnológico para conseguir un desarrollo económico y social, nos lleva a pensar que cualquier disciplina o profesión que no consiga adecuarse a este cambio e impulse a sus profesionales en busca de soluciones a las demandas actuales quedará al margen de este desafío.

Por lo que respecta a Enfermería, y dentro del campo de la salud, deberá conseguir nuevas fórmulas que posibiliten un mayor bienestar social tanto en la salud como en enfermedad, estableciendo estrategias ante la exigencia de las nuevas formas de prestación de servicios y los cambios efectuados en la práctica, así como la educación del personal de salud ante la consigna de la O.M.S. «Salud para todos en el año 2000» y las consabidas 38 metas.

La crisis económica mundial incide en nuestro país con un índice de desempleo elevado, con un porcentaje de analfabetos considerable y unos comportamientos sanitarios históricamente viciados, determinando todo ello el deterioro de la prestación de los servicios de salud.

La Enfermería no escapa a este concepto socioeconómico limitando en cierta medida su avance, no dependiendo pues de sus posibilidades internas como profesión.

Para impulsar la Enfermería como

ciencia, debe darse prioridad a la investigación en esa disciplina. La existencia de una política de investigación en Enfermería favorecería la distribución racional de los recursos para la realización de estudios en áreas prioritarias.

La escasa publicación de trabajos científicos como la falta de revistas científicas sobre Enfermería, es otro de los grandes obstáculos que existen en nuestros días, observándose un leve despertar en la actualidad en este tipo de publicaciones, aunque bien es cierto de bajo contenido científico, debido a la falta de experiencia y sistemática, por la inexistencia de estos recursos.

Al margen de estas publicaciones y una vez conseguida la Licenciatura y el Doctorado en Enfermería, empresa utópica en la actualidad, se conseguiría fortalecer, con la ejecución de estos trabajos, aún más la investigación.

La formación de investigadores en nuestros días es nula, no existe una asignatura, una inclinación, no ya en los planes de estudios a nivel de pregrado, donde los alumnos son más receptivos, sino que esta nulidad se amplía de forma más extensa a la formación de postgrado.

El estado actual de la Enfermería se encuentra con mayor frecuencia en la esfera de servicios, concentrándose en el campo de la clínica y dentro de ésta en la atención individual de pacientes,

observándose también una cierta tendencia a realizar estudios sobre problemas que afectan a sectores más amplios de población, así como a grupos expuestos a riesgo, contemplando el problema de una forma descriptiva y sin mayor complejidad, ya que no se cuenta con un respaldo teórico que posibilite el abordaje del problema y la interpretación científica y adecuada de los resultados.

Esta situación es producto de la limitación de en la formación teórica en las escalas de pregrado y postgrado, como de los escasos recursos económicos y la falta de una política de apoyo que vaya desde el Ministerio hasta las Direcciones de Enfermería pasando por todos los órganos competentes, ya que en la actualidad consideran la investigación como una iniciativa individual y no de una forma colectiva profesional, que lleve a éstos a conseguir una mayor posibilidad investigadora, motivándolos con los medios, no sólo económicos, que tienen a su alcance.

En otro orden de cosas, es desalentadora la respuesta dada por la Administración con un Anteproyecto de Funciones donde la investigación ocupa un papel secundario, aunque bien es cierto que queda someramente reflejada.

La aplicación de los resultados obtenidos es, por otra parte, limitada, ya que los temas que se tratan obedecen

más al interés y posibilidades del investigador que a las demandas originadas de la práctica (tanto en recursos económicos como en tiempo material para su realización), influyendo también la escasa difusión de los resultados a través de revistas científicas con un contrastado nivel en sus publicaciones.

Enfermería debe identificar los campos de investigación cuyo objetivo principal sea la salud de la población, teniendo en cuenta las prioridades existentes dentro del contexto socio-económico, político y cultural.

En cuanto a los problemas socio-culturales y económicos, debe conocer la realidad social como base para mejorar las condiciones de salud y del ejercicio profesional, así como la evolución histórica de la investigación en Enfermería y las políticas de salud y la influencia que éstas tienen en cuanto a Enfermería.

En lo referente al campo de la investigación y dentro de los problemas de salud de la población, deberá orientarse hacia las soluciones posibles, enfocando estos problemas desde el punto de vista de Enfermería e integrando los aportes multidisciplinarios del campo científico, generando así nuevos conocimientos o nuevas formas de dar solución a los problemas planteados.

Los principales estudios a que irán encaminados versarán sobre Epidemiología de las enfermedades prevalentes, Control de las enfermedades previsibles y las Consecuencias de las crisis socioeconómicas sobre la salud de la población. También es importante la investigación para el descenso de las elevadas tasas de enfermedades nosocomiales, controlando aquellas situaciones que, por mala actuación o por realización inadecuada, influya de manera decisiva en estas tasas. Otro de los campos destacados en las investigaciones de Enfermería se encuentran en la salud ocupacional y la salud mental.

La investigación debe enfocarse también hacia el análisis de los diferentes aspectos de los desarrollos de los recursos, tales como planificación, utilización y adecuación a las demandas de la población y de los servicios de salud, así como a la formación continuada del personal de Enfermería, a las necesidades de los nuevos modelos de pres-

tación de servicios, dirigiendo y coordinando las funciones docentes y asistenciales aumentando estas funciones e inculcando una nueva mentalidad investigadora.

En consecuencia, Enfermería tiene ante sí dos campos prioritarios de investigación. El primero es la práctica social, cómo se encuentra la situación actual de esta práctica, cómo las condiciones y el mercado de trabajo, tendencias y perspectivas de Enfermería respecto a las nuevas formas de prestación de servicios y su influencia en la salud de la población; para ello se deberá hacer un esfuerzo para que la formación del personal sea la más idónea ante las nuevas modalidades ya referidas.

El segundo campo prioritario lleva la investigación de Enfermería a centrarse en los problemas de salud que afectan a grandes masas de población como a otros menores que en un determinado momento de su vida se vean afectados, es decir a las distintas endemias y epidemias que sufre la población, al igual que a los grupos de alto riesgo, buscando nuevas fórmulas de prevención que contribuyan a los índices de mortalidad y morbilidad.

Actualmente Enfermería vive unos momentos de cambio que la llevarán a ocupar el alto lugar que por derecho propio le corresponde. En lo concerniente a nuestro país, y en concreto Andalucía, se están llevando a cabo experiencias pilotos para pulsar este cambio, no ya de los propios profesionales de Enfermería sino de todos los profesionales de la salud, así como la respuesta que dé la sociedad ante este fenómeno. Pero una vez más estas experiencias no se contemplan en su totalidad obviando uno de los principios básicos del desarrollo de las profesiones como es el campo de la investigación.

Entre las medidas para impulsar la investigación se encuentran:

a) Establecimiento del diagnóstico de la investigación en Enfermería a nivel autonómico y nacional, para conseguir una línea de actuaciones de acuerdo con las necesidades de cada región autonómica.

b) Fijar una política de investigación, creando o fortaleciendo organismos encargados de promover, coordi-

nar, facilitar y difundir trabajos de investigación, intensificando las relaciones entre organismos de salud y Escuelas Universitarias, participando por tanto todo el colectivo profesional, docente y estudiantil.

c) Incentivar la investigación en Enfermería, apoyando la formación continuada de los profesionales que se encuentran en este cometido.

d) Buscar recursos económicos, dedicándole un presupuesto de acuerdo con las exigencias y necesidades reales que sustente a esta política de investigación.

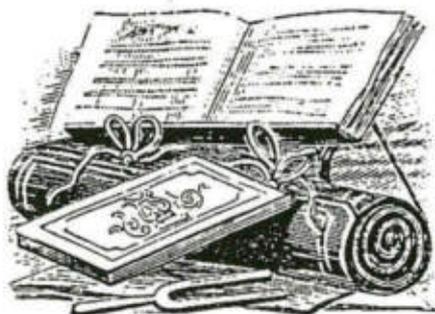
e) Informar de los resultados de las investigaciones con la creación de un órgano de difusión serio y de nivel garantizado, que llegue a todos los profesionales y a las autoridades competentes, para que estos resultados sean aplicables a los programas de carácter nacional o autonómico de salud y a los problemas específicos derivados de la práctica diaria del personal de Enfermería. El intercambio de esta información será tanto a nivel nacional como internacional, debiendo promoverse reuniones de investigadores en Enfermería a nivel local, nacional e internacional.

f) Participación de Enfermería en los organismos rectores de la actividad científica y tecnológica a distintos niveles.

g) Procurar los programas de formación necesarios para que respondan a unas necesidades sociales, estructurando los planes de estudios, consiguiendo una mayor inclinación en los estudiantes de Enfermería hacia la investigación.

h) Reconocer legalmente la existencia de unos estudios que comparten el grado de Licenciado y Doctorado, sin los que Enfermería se vería frenada hacia la adquisición de nuevos conocimientos a través de este campo de la investigación.

i) Por último, y completando las medidas anteriores, como motor de lo anteriormente escrito, se podría decir que la creación de una mentalidad investigadora por parte de los profesionales de la Enfermería se encuentra en cada uno de nosotros y, de acuerdo a lo que aportemos, Enfermería será la profesión que todos deseamos que sea.



LENGUAJE EN ENFERMERIA

JOAQUIN SALVADOR LIMA RODRIGUEZ

Hosp. Univ. Virgen Macarena

Quiero aprovechar la oportunidad de poder publicar este artículo, para comentaros algunos puntos, sobre los que vengo reflexionando últimamente, y creo que pueden ser analizados por aquéllos que lo deseen.

Generalmente un pensamiento, una idea, un punto de reflexión, puede producir, en aquéllos que la reciben, un resurgir de nuevas ideas o reflexiones que contribuirán a profundizar en el tema que analicemos.

Consideraría alcanzado el objetivo de este artículo si alguno de sus lectores participara en este proceso de clarificación de ideas.

En la actualidad la mayoría de los enfermeros/as estamos de acuerdo en aceptar que Enfermería es una ciencia en fase de desarrollo. Este desarrollo se viene produciendo durante miles de años, podemos afirmar que Enfermería es tan antigua como la humanidad, sin dudas, desde sus inicios, el hombre necesitó que alguno de sus semejantes le cuidara en algún momento de su vida. Sin embargo en las últimas décadas el desarrollo de Enfermería se viene produciendo a pasos agigantados.

Este desarrollo rápido se inicia con la utilización, por los profesionales de Enfermería, de un método de trabajo que les permite aumentar y profundizar en sus conocimientos. Un método de trabajo de estas características sólo puede ser el METODO CIENTIFICO. La aplicación de este método en el campo de Enfermería, se ha dado en llamar, Proceso de Enfermería.

Afortunadamente, los enfermeros/as vamos asumiendo la utilización del Proceso de Enfermería como instrumento en la práctica diaria





de nuestra profesión. Empezamos a dejar de discutir sobre la utilidad o no de su empleo, para dedicarnos a estudiar la manera en que debemos utilizarlo.

Podemos afirmar, sin riesgo de equivocarnos, que casi todos nosotros hemos tomado contacto, de una manera u otra, con el método científico, con el Proceso de Enfermería. Sabemos que a partir de la etapa de Valoración podremos determinar las alteraciones de un paciente en particular, elaborando su diagnóstico de Enfermería que nos permita establecer el adecuado Plan de Cuidados, que una vez ejecutado éste, realizaremos la evaluación de los mismos, para determinar la consecución o no de los objetivos propuestos.

Sin embargo existe entre los profesionales de Enfermería cierta pluralidad de criterios en la forma de entender el Proceso de Enfermería. Me explicaré. En las últimas semanas en el Área Quirúrgica del Hospital Clínico Virgen Macarena, donde trabajo, hemos realizado unos talleres docentes para profundizar en el estudio y uso del Proceso de Enfermería. En uno de los ejercicios que utilizamos, le pedimos a los participantes que formen tres grupos, y a cada grupo se le aporta una serie de datos de una paciente. El objetivo del ejercicio es que cada grupo formule el Diagnóstico de Enfermería de la paciente que estudiamos.

Al final del ejercicio comprobamos que cada grupo suele plantear su Diagnóstico de distinta forma a la del resto de grupos. En general se suelen plantear en tres formas diferentes. Unos grupos los plantean como la relación de las necesidades que tiene el paciente, otros grupos como una relación de problemas reales y problemas potenciales, por último, otros grupos como relación de alteraciones.

No es el motivo de este artículo estudiar cómo se debe plantear un Diagnóstico de Enfermería, sino que la experiencia que os cuento debe servir como punto de partida para hacer las siguientes formulaciones:

— ¿Utilizamos todos los enfermeros un mismo lenguaje?. Evidentemente no.

— Si no hablamos y/o comprendemos todos el mismo lenguaje, ¿cómo podemos entendernos?.

— ¿Cómo podremos investigar los enfermeros, si cada uno da a una misma expresión lingüística distinto significado?.

Podríamos seguir formulándonos este tipo de preguntas, aunque creo que éstas son suficientes para introducirnos en la reflexión que al principio os planteaba.

Las ciencias, para profundizar en su desarrollo, deben articular su pro-

pio lenguaje científico. Un lenguaje que las diferencie de otras ciencias, que la identifique, que las caracterice.

Un lenguaje científico es un lenguaje artificial, elaborado a partir de una lengua común, mediante un proceso de matización de conceptos que incorpore características particulares de la ciencia que lo utiliza.

Evidentemente ninguna ciencia puede prescindir del lenguaje común u ordinario, pero tampoco puede seguir avanzando hacia delante sin contar con su propio lenguaje.

Enfermería viene utilizando una serie de expresiones lingüísticas que la caracterizan, es frecuente oír entre los profesionales de Enfermería hablar de necesidades, problemas, déficit, limitaciones, incapacidad, incompetencia, autocuidados, etc... Como véis tenemos las palabras, nos falta clarificar los conceptos que las definen, para que podamos, con el mayor rigor posible, utilizarlas en Enfermería.

Voy a realizar una pequeña explicación de lo anteriormente expuesto. Utilizando como ejemplo la expresión PROBLEMA veremos cómo lo utiliza un lenguaje ordinario y un lenguaje científico. Voy a exponer dos definiciones sobre la misma expresión, la primera obtenida de un diccionario común de lengua castellana, la segunda obtenida de un manual de investigación científica.

1) PROBLEMA: Cosa que presenta una dificultad.

2) PROBLEMA: Pregunta que establece una situación que requiere discusión, investigación... Un problema es un interrogante que inquiere sobre la forma en que están relacionadas ciertas variables. Plantea preguntas como éstas: —¿Está relacionada c con o? —¿Cómo se relacionan c y d con e?.

En estas dos definiciones podemos ver la diferencia en el significado de una misma expresión lingüística, dependiendo del lenguaje que las utilice.

Creo que uno de los primeros objetivos de Enfermería debe ser la investigación que nos permita desarrollar nuestra propia lengua.



1.º PREMIO

Título: *Reposando*

Autor: José M.ª Jaime Borrego

Máquina: Practika BC-1

CONCURSO FOTOGRAFICO PERMANENTE DEL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E.

TEMA: MI CENTRO DE TRABAJO

El plazo de presentación finalizará el próximo 15 de Agosto de 1988.

BASES:

Premios: 1.º PREMIO: 50.000 Pts.
2.º PREMIO: 25.000 Pts.
3.º PREMIO: 10.000 Pts.

Formato: 20 x 25 cm., color, enmarcada en cartulina blanca de 2 cm. de margen (24 x 29 con marco).

Ningún premio quedará desierto.

Cada participante sólo podrá presentar **2 fotografías como máxi-**

mo. Cada una de las cuales irán en sobre cerrado e identificadas en su reverso con el título de la composición. En sobre aparte, cerrado, irá el nombre, y el número de colegiado, máquina con la que se ha realizado la fotografía, figurando solamente en el exterior de este sobre el título de la composición, a fin de mantenerse en anonimato el nombre del autor de la misma.

Las fotografías presentadas pasarán a ser propiedad del Colegio que podrá hacer uso de ellas, sin carácter lucrativo y especificando el autor de la misma.

Las fotografías ganadoras tendrán que dejar depositado el negativo en este colegio.

2º PREMIO

Título: *Sueño de primavera*

Autor: Jaime Domínguez-Palacios

Gómez

Máquina: Olympus OM-10



3.º PREMIO

Título: *Refugio*

Autor: Juan A. Luque Valera

Máquina: Practika B-200



ENTREVISTA CON...



Vicente Montiel.— Real Betis



Domingo Pérez.— Sevilla F.C.



Hipólito Gallardo.— Caja San Fernando de Baloncesto

Domingo Pérez cursó sus estudios en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Facultad de Medicina de Sevilla. **Vicente Montiel** desde los veinticinco años ha pertenecido a la plantilla de los servicios médicos del Real Betis Balompié en calidad de masajista. **Hipólito Gallardo Reyes** cursó sus estudios en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Facultad de Medicina de Sevilla, estuvo ligado al Real Betis Balompié, Federación Andaluza de Fútbol y actualmente al Caja San Fernando de Baloncesto de Sevilla.

— ¿Cambiaríais alguno vuestra situación actual por alguna oferta que os hicieran?

D.P.— Siempre me ha gratificado mi trabajo; toda la vida he permanecido en este ambiente y puestos a elegir, yo seguiría donde estoy.

V.M.— Sentimentalmente, no. Profesionalmente, depende de la oferta y de las condiciones en que pueda ejercer y aplicar mis conocimientos.

H.G.— En absoluto, la Enfermería Deportiva ha sido siempre la parcela más bonita e interesante que he conocido como profesional.

— ¿Habéis observado alguna vez

predisposición de algunos jugadores a hacer daño físico a otro?

V.M.— Voluntariamente, no. Cuando alguno reacciona violentamente en contra de otro es debido a los nervios y al fragor en la lucha. Ningún deportista sale predispuerto a hacer daño.

D.P.— No creo que exista una intención de lesionar a un compañero.

H.G.— Gracias a Dios nunca, pero evidentemente en casi todos los partidos existen conatos de «guerrillas particulares» entre algunos jugadores, normalmente en el fútbol bastante más que en el baloncesto.

— ¿Todos los jugadores disfrutan de la misma manera el gol?

D.P.— Todos lo sienten de alguna manera, pero algunos lo expresan de forma espectacular, porque no olvidemos que el fútbol es un espectáculo y el espectador quiere espectáculo.

V.M.— Varía según la persona y de la importancia del mismo.

H.G.— En cuanto al fútbol y en partidos importantes creo que sí, sin embargo en baloncesto se cambia el gol por los «machacas» y sobre todo por los triples cuando este tiro puede decidir un partido.

— ¿Os gustaría haber sido futbolistas o baloncestistas?

V.M.— Me hubiera gustado ser deportista practicante. En cuanto al tipo de deporte, me es indiferente.

D.P.— Yo jugué hasta juveniles en el Sevilla, después al meterme en serio en los estudios abandoné esto y me lo tomé como pasatiempo.

H.G.— La verdad me gustaría haber sido un buen deportista pero de cualquier actividad, pues todos los deportes me gustan y tienen facetas interesantes y aportan salud física y mental al que los practica.

— ¿No pensáis que la vida del futbolista es una vida corta, profesionalmente hablando?

D.P.— Es una vida corta pero si la saben llevar bien es una vida bonita.

V.M.— Necesariamente ha de ser así. El deporte está basado en la condición física y, cuando ésta falta, ha de abandonarse el deporte profesional.

H.G.— La vida de los profesionales en cualquier actividad deportiva es corta o larga, dependiendo de dos causas fundamentales, las lesiones graves y su vida privada, sobre todo la segunda, prueba de ello es que por ejemplo

en fútbol tenemos casos en España que hay jugadores con 38 años que son aprovechables por sus equipos.

— **¿A qué se dedican los profesionales cuando dejan el deporte?**

D.P.— La mayoría se dedican a invertir en negocios, locales, etc.

V.M.— Los de élite, que son los que lógicamente más han ganado, a administrar los negocios o inversiones que hayan hecho. Los demás, que son mayoría, a ejercer su profesión u oficio.

H.G.— Bueno, depende de los ingresos que hayan percibido; en esto los hay de todos, desde el que está muy bien económicamente, al que se tiene que dedicar a trabajar en cualquier actividad.

— **¿Cómo influye la prensa en la vida de los profesionales?**

V.M.— Depende de la personalidad de cada uno: no dejándose seducir por los elogios ni deprimiéndose por las críticas negativas.

D.P.— El problema viene cuando a los futbolistas con 17, 18 años, como están saliendo ahora en primera división, empiezan a ganar un sueldo muy

grande, con una gran popularidad; y yo creo que eso, con esa edad, es muy difícil de digerir.

H.G.— Esta pregunta es muy complicada para todos los deportistas profesionales, ya que existen muchos tipos de prensa o medios de comunicación que a veces pueden subirlos al cielo y en otras ocasiones hundirlos para siempre.

— **¿Cómo es vuestro papel en las relaciones humanas dentro de los equipos?**

V.M.— Somos cuidadores, amigos, consejeros y somos conscientes de que tratamos a personas que necesitan nuestros servicios, y para eso estamos, pero sin caer en el servilismo.

H.G.— Muy importante, no sólo en el nivel profesional sino en el personal, un vestuario donde conviven diariamente personas de distinta indole social, económica, psíquica y profesional hay que tener experiencia para influir humana y moralmente entre ellos. No es un papel fácil.

— **Cuando estáis sentados en los banquillos, ¿seguís el juego, es decir, la sistemática del juego, etc...?**

V.M.— Mientras no estamos atendiendo a un lesionado, seguimos el juego como un espectador más.

H.G.— Normalmente sí, sobre todo en baloncesto es muy importante seguir la jugada, pues el diagnóstico de una lesión puede cambiar mucho dependiendo de cómo se haya provocado ésta.

— **Después de tanto tiempo ver jugar al fútbol o baloncesto, ¿acabáis aprendiendo?**

V.M.— Sí, si es normal, sí. No creo que en nuestra profesión pueda haber algún retrasado mental, porque no hubiera podido estudiar, por lo que unos más y otros menos, todos acabamos aprendiendo y sabiendo, a veces, más de lo que los mismos profesionales creen.

H.G.— Sinceramente puedes aprender mucho de teoría, pero esto no quiere decir nada, como dice el refrán los toros se ven muy bien desde la barrera.

— **Vuestro trabajo, aparte de la inteligencia, lo desarrolláis con las manos. ¿Qué tipo de cuidados tenéis con ellas?**



Agosto 1977. Trofeo Mallorca.

V.M.— La máxima atención y protección que requiere cualquier instrumento de trabajo.

D.P.— En invierno, debido al frío, utilizo guantes para conducir y el mismo producto que se utiliza para dar el masaje también nos sirve como protector.

H.G.— El normal que pueda tener otro profesional con su instrumento de trabajo.

— **Aparte del cuidado de las manos, ¿necesitáis algo más?**

V.M.— Todos los conocimientos y preparación necesarios, como cualquier otro profesional.

H.G.— Sí, el masajista debe cuidar también su físico y sobre todo su espalda. A veces, cuando careces de una camilla apropiada, tienes que dar los masajes incluso en el suelo. Esto, a lo largo de los años, pasa factura.

— **¿Los clubes os facilitan la asistencia a cursos de perfeccionamiento?**

V.M.— Si podemos asistir, sí. Son los más interesados en que estemos al día para beneficio de los jugadores.

D.P.— Mientras estuve estudiando la especialidad de Fisioterapeuta, el Club me pasaba una ayuda económica y entonces yo asistía al campo cuando podía, después el no asistir no ha sido por falta de ayuda del Club, sino por falta de tiempo, pues si hubiera pedido al Club el ir no hubiera tenido ningún problema.

H.G.— Normalmente sí, sobre todo si son clubes con una buena organización interna.

— **¿Qué os parecería si una mujer entrara como Fisioterapeuta en un Club?**

V.M.— Como profesional no me parecería mal. Como mujer, en un club de hombres, no me parece bien, opino que si pueden ir juntos pero no revueltos.

D.P.— Como profesional estaría completamente capacitada para desarrollar nuestra labor.

H.G.— Me parecería normal, también existen varones en Clubes femeninos y no pasa nada. La profesionalidad no está reñida con el sexo.

— **¿Durante los entrenamientos jugáis con los jugadores?**



Domingo Pérez.— Sevilla F.C.

D.P.— Normalmente no, pero cuando hace falta alguno para jugar una pachanguita, lo hago con gusto.

V.M.— Yo no tengo ya edad de jugar con ellos. Cuando era más joven lo hacía cuando mis ocupaciones lo permitían.

H.G.— A veces sí, pero en entrenamientos que no requieran disciplina.

— **¿Qué ejercicios de preparación física realizáis normalmente?**

D.P.— Yo, normalmente, realizo footing y ejercicios de preparación física normal.

V.M.— Ahora ninguno. El masaje es ya una actividad física suficiente para mí.

H.G.— Los normales para mantenerse físicamente bien.

— **¿Cómo son las relaciones entre los masajistas de los diferentes Clubes españoles?**

V.M.— Muy buenas. Antepone

nuestro compañerismo y amistad a nuestros sentimientos.

H.G.— Yo diría que muy buenas, tanto dentro como fuera de la cancha. En este sentido aparte de lo profesional yo he aprendido mucho de mi «maestro» Vicente Montiel. Me sorprendió la primera vez que lo vi atender a un jugador del equipo contrario al existir lesionados dos jugadores del mismo equipo sobre el terreno de juego.

— **En los partidos de máxima rivalidad, ¿sabéis saludaros o hablar entre vosotros?**

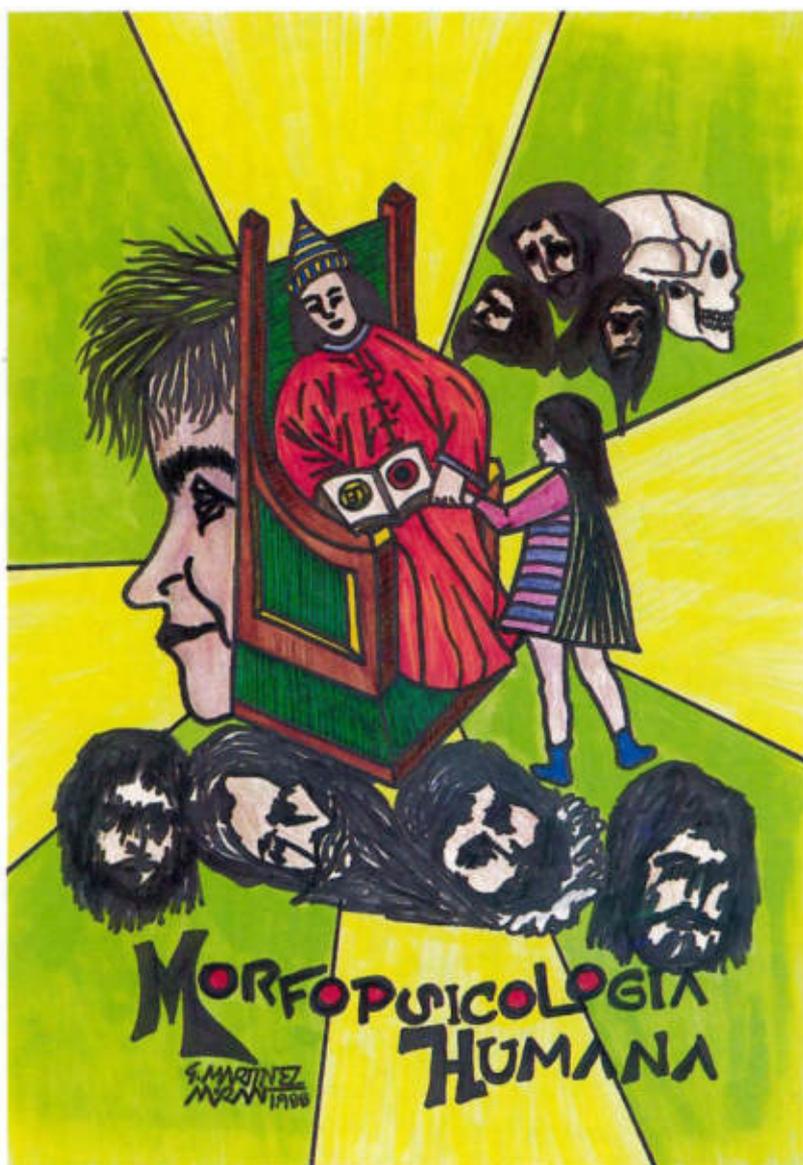
V.M.— No varía en nada nuestras relaciones y comportamientos. Sabemos estar por encima de la confrontación y nos deseamos suerte y, sobre todo, «poco trabajo».

D.P.— Sí, siempre nos saludamos al comenzar el partido y nos preguntamos si necesitamos algo.

H.G.— Por supuesto, siempre comentamos algunos acontecimientos deportivos y nos deseamos suerte.



Hipólito Gallardo.— Caja San Fernando de Baloncesto



GREGORIO MARTINEZ MORAN
Hospital Universitario Virgen Macarena
SEVILLA

Indudablemente, al abordar la morfopsicología humana es obvio tratar, aunque someramente, los procesos de hominización. Afortunadamente ya no es lid la evolución, donde significa que en toda especie viva la descendencia no es igual al progenitor. Casi por unanimidad, los científicos la admiten, no exenta de controversias, quedando de alguna forma enterradas las polémicas creadas a raíz de las publicaciones de «El origen de las especies» (1859), «La descendencia humana y la selección sexual» (1871), «La expresión de las emociones en el hombre y en los animales» (1873), «Los efectos de la fecundación cruzada en el reino vegetal» (1877), obras del discutido y mal comprendido Charles Darwin.

El estudio de la presencia humana antes del tiempo histórico data de reciente época, hasta entonces el origen se ilustraba por medio de mitos y leyendas.

Los restos fósiles de los seres orgánicos, dados a la luz científica a partir del siglo XVIII por la Paleontología, ciencia creada por el Barón Georges de Cuvier. Hoy, por el análisis de los restos fósiles prehumanos y humanos, la Paleoantropología establece la antigüedad e informa sobre las condiciones ambientales y los factores influyentes en el desarrollo.

El hombre dentro de la escala zoológica tiene asignada una situación, al ser metazoario, artiozoario, cordado, vertebrado, mamífero y plantigrado, enmarcada en el orden de los primates, donde a su vez se agrupan numerosas especies, con cuatro troncos principales: PROSIMIOS, SIMIOS, PREHOMINIDOS y HOMINIDOS.

El hombre es un ser con diversidad y desigualdad y de existencia periférica en el universo, que va creando su propia composición de un todo por la reunión de sus especificidades a través del tiempo por una sobrevivencia a las condiciones más adversas y por una realización intelectual, afectiva y espiritual, con deberes fundamentales de compromisos promocionales libres en las relaciones, interacciones, interexperiencias y transacciones comunicativas, que su extraordinaria complejidad fisiológica y psíquica desarrolla desde incluso antes del abandono del claustro materno hasta el óbito.

Para Aristóteles, la naturaleza al hacer a los hombres lo que son, creó profundas diferencias entre ellos. Denis Diderot, sin embargo, opina-

ba que tal vez no sea el hombre más que el monstruo de la mujer, o la mujer el monstruo del hombre; excepcional filósofo del siglo XVIII, profesante del hombre en igualdad social y racional.

La Enfermería, ciencia humanística en un conjunto de tendencias intelectuales, abstrae al hombre en un ser biológico, psicológico y social, con necesidades básicas, donde por medio de la investigación da consistencia al conocimiento para el cuidado del mismo, sano o enfermo, solo o en comunidad.

«...La enfermera le miró con sus ojos limpios, agrandados, serenos, unos ojos que parecían libres para siempre de las contracciones de la sorpresa y del miedo...» (Vicente Blasco Ibáñez).

El hombre primitivo hallóse solo ante el fenómeno de las estaciones, los eclipses, las mareas, el tiempo y él mismo en su lucha por combatir las aflicciones y cuestiones que provocaban preocupación en su vida terrena; situaciones difíciles que debía resolver paulatinamente con una serie de soluciones, apoyadas por el método de ensayo y error. Blaise Pascal enunció: «La ciencia humana se parece a una bola que aumenta de tamaño ininterrumpidamente. A medida que crece su circunferencia va también en aumento el número de sus puntos de contacto con lo desconocido.»

EL TIPO HUMANO: Es una constitución formada por dignidades distintivas o bien por los rasgos esenciales de una raza, a modo de ejemplar ideal, repetitivo con un alto grado de frecuencia.

«...un sujeto joven y rubio, alto y extremadamente flaco. Tipo eslavo, sin confusión posible...» (Horacio Quiroga).

Gracias a la antropología, palabra utilizada por primera vez en 1855 por Jean Louis Armand de Quatrefages de Breau, el tipo humano es un conjunto de caracteres morfológicos, fisiológicos y psíquicos cohabitados con los aspectos históricos y culturales.

La constitución humana no hay que entenderla como una sumatoria de datos e índices morfológicos y reactivos orgánicos y tisulares, sino como un tipo constitucional vital, formado por proterotipos, psicotipos y biopsicotipos.

I. PROTEROTIPOS: Modelos biológicos donde se asientan los antecedentes de la estructura corpórea, siendo utilizables de patrón real y tangible en la descripción del ser vivo.

DIVISION PROTEROTIPICA: Holótipo: enumeración de una especie determinada. Parátipo: caracterología determinada sobre el gen tipo por la perístasis, es decir, el medio ambiente que envuelve y actúa. Sintipo: caracterología indefinida.

II. PSICOTIPOS: Referidos al hábito, al temperamento y al carácter.

EL HABITO: Configuración psicofisiológica, resultante de la función aprendida del automatismo subordinado, parecido a los reflejos condicionados que estudiaron Ivan Petrovich Pavlov y Vladimir Myailovich Bechterew.

A través del hábito, el hombre se adapta al mundo y a las variaciones del medio ambiente, enriqueciendo el carácter y creando nuevas necesidades y aptitudes.

EL TEMPERAMENTO: Actitud psicofisiológica genómica y biológica adquirida desde el nacimiento, que interesa a los sentimientos vitales y a los impulsos primigenios.

Indica la particular reacción o actitud del individuo ante ingerencias internas o externas.

EL CARACTER: Fisonomía psíquica de origen sociocultural, formada por estados pasivos del ego y actos de la voluntad manifestados en la acción.

Por cualidades psíquicas y afectivas, condicionan la conducta individual, distinguiendo a su vez.

III. BIOPSIKOTIPOS: Sistemáticas mixtas de amplia capacitación que comprende al unísono morfología y psicología.

Las distintas morfopsicotipologías habidas, a lo largo del estudio histórico del hombre, a manera de sintetizar su conocimiento, se agrupan en tres series: historiográfica, de interés y fundamental.

I. HISTORIOGRAFICA

1.a: HIPOCRATES: Distinguió dos hábitos corporales básicos:

APOPLEXIACUS: Grosor con baja estatura, facies pletórica, venas superficiales turgentes y predisposición a la «apoplejía».

PHTHISIS: Delgadez con especial conformación de la caja torácica, alta talla, facies lánguida y afin a lesiones fímicas.

1.b: ARISTOTELES: Clasificó la constitución corporal en:

DEBILIS: Complexión enclenque y enfermiza, de constitución húmeda.

«...lo que no puede hacer el niño enclenque con su ímpetu y con sus músculos lo hace con la imaginación...» (Gregorio Marañón).

FORTE: Corpulencia, resistencia y ánimo, de constitución seca.

«...dura la condición áspera y fuerte...» (Miguel de Cervantes y Saavedra).

1.c: KLAUDIOS GALENOS: Construyó los cuatro temperamentos condicionados por la prevalencia de un humor determinado:

LIMPHA: Causado por el predominio de la linfa, con debilidad, lentitud, flegma o pituita en exceso e indecisión.

SANGUIS: Originado por la abundancia de sangre, con vivacidad, rapidez, debilidad y sin fundamentos.

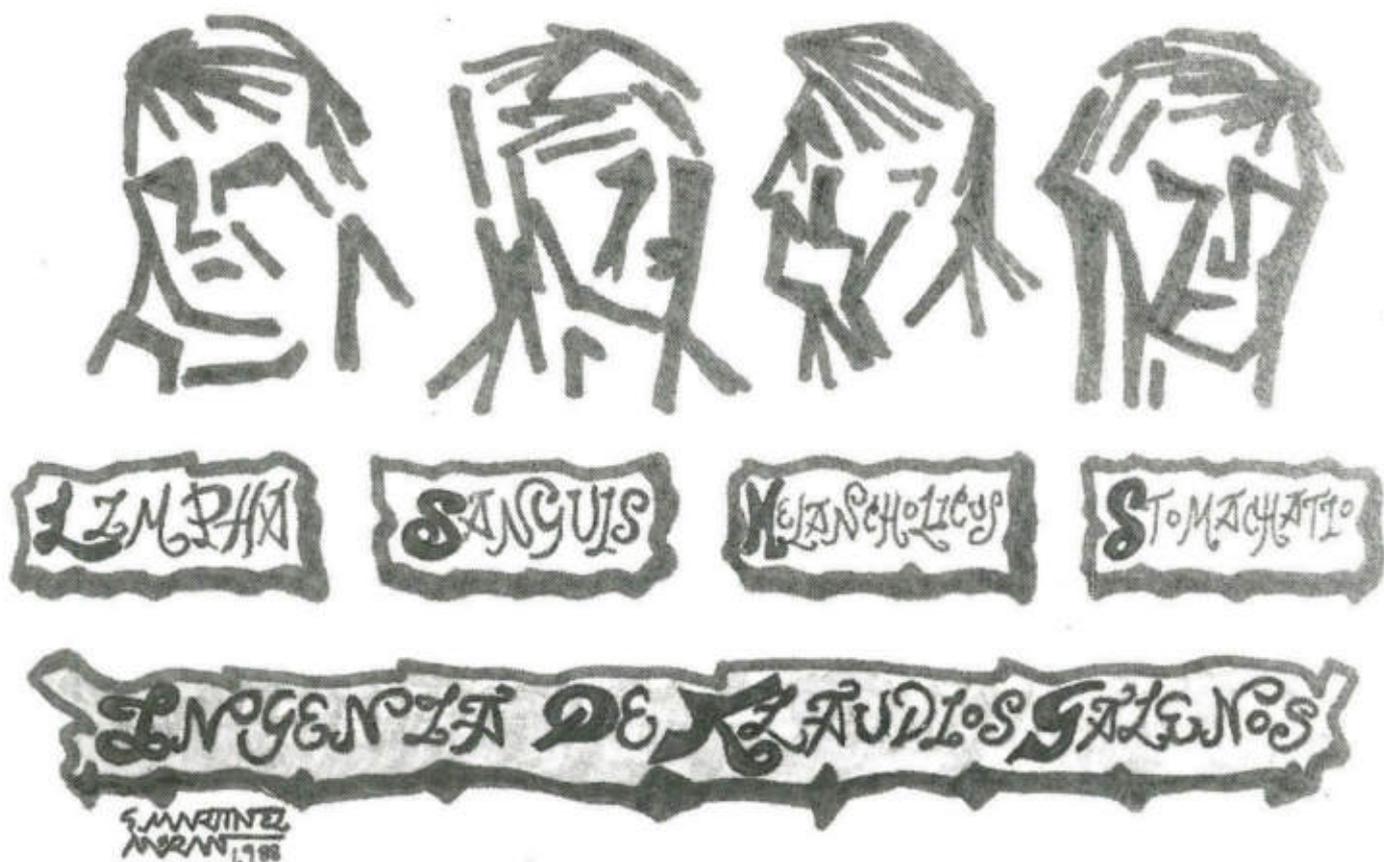
MELANCHOLICUS: Saturado de atrabilis o bilis negra, con lentitud, fortaleza, reflexión, sensibilidad y tristeza.

STOMACHATIO: Impregnado de bilis amarilla, con disposición a explosiones coléricas, reacciones nerviosas rápidas y fuertes, inteligencia, lucha, orgullo y venganza.

1.d: MIGUEL DE CERVANTES Y SAAVEDRA: Considerando una parodia o sátira de los libros de caballería como objetivo literario, de validez permanente y universalidad, **DON QUIJOTE DE LA MANCHA** o según la publicación del impresor Juan de la Cuesta, aparecida en Madrid hacia el 1605, **EL INGENIOSO HIDALGO DON QUIJOTE DE LA MANCHA**, nos aporta dos tipologías humanas bien diferenciadas entre sí:

IDEALISTA: DON QUIJOTE: Huesudo de procesos psíquicos figurados con desfile de imágenes libremente, localizadas en él mismo o en el mundo exterior, que le hacen actuar con seriedad ante asuntos sin atañadero a su interés.

REALISTA: SANCHO PANZA: Pesado, rústico, dúctil, práctico, falto de ideales y prosaico al juego de comer, con empleo de más parte del tiempo de permanencia despierta en deglutir que en cualquier otra aislada actividad.



Este biotipo basado en la construcción, mediante la excavación en la narrativa de ficción, cuya referencia empírica puede señalarse en la realidad, sin miras orientadas, quizás hacia el *ARS CUM NATURA AD SALUTEM CONSPIRAT*, es decir: el arte por naturaleza armoniza para la salud, se iconografió por primera vez en 1617, destacando desde entonces, según estilos, Charles Antoine Coypel, Antonio Carnicero, Gustavo Doré y Salvador Dalí en ilustraciones, mientras que en escultura es digno mentar a Mateo Inurria y Collaut Valera.

II. DE INTERES:

2.a: SIGMUND FREUD: Con tipología psicológica pura, tiene por origen las fijaciones de la libido en una fase evolutiva determinada, tratándose de un método libidinal, ya que para este psiquiatra austriaco, iniciador del estudio sobre los estratos profundos de la personalidad, libido es el conjunto de necesidades, deseos y aspiraciones tendentes a la satisfacción sexual, por lo que los factores sexuales desempeñan un

papel dominante en toda la vida y en la conducta humana, siendo decisivos en la formación de las neurosis.

ORAL: Exceso de dependencia y pasividad.

ANAL: Afloran los rasgos propios de la personalidad.

Estos dos psicotipos constituyen la primera fase o autoerótica de la evolución de la sexualidad.

URETRAL: Elaboración de ambiciones y competitividad a modo de compensar la inseguridad y el sentimiento de vergüenza social.

FALICA: Afán de aventura y el acercamiento a los riesgos.

2.b: CARL GUSTAV JUNG: Añadiendo un «inconsciente colectivo», pone de relieve la noción de arquetipos o esas imágenes antiguas que la humanidad posee en tesoro común, alojadas en lo mitológico y expresadas en el inconsciente profundo.

Con sus análisis, profundos y sutiles, arbitra en la caracterología la actitud hacia el mundo: EL MODO DE VIVIR.

INTROVERSION: El individuo vuelto hacia su interior, retraído, reflexivo, reservado, titubeante y siempre en posición defensiva, al tener construida una intimidad con ideas «*PER SPECIEM VIRTUTIS*», es decir: bajo apariencia de virtud y emociones profundas.

EXTRAVERSION: El individuo abierto, franco, acogedor, flexible, despreocupado y adaptable a las circunstancias que se presenten. Por centrarse en el mundo exterior, posee facilidad en las relaciones sociales, luchando por escalar peldaños de apetencia en el escalafón, la riqueza, la fama y por último el prestigio reconocido.

Ambos grupos se subdividen en ocho, contemplando las vivencias psíquicas de la reflexión, la percepción, el sentir y la intuición.

REFLEXION INTROVERTIDA: El pensamiento está dominado por las personales reflexiones más que por los datos externos.

REFLEXION EXTRAVERTIDA: El pensamiento se condiciona a la realidad objetiva.

PERCEPCION INTROVERTIDA: Tratamiento impositivo a la realidad de imágenes de creación interior.

PERCEPCION EXTRAVERTIDA: Gran disfrute del mundo material.

SENTIMIENTO INTROVERTIDO: Embargamiento del pensamiento.

SENTIMIENTO EXTRAVERTIDO: Revelación de un estado subjetivo.

INTUICION INTROVERTIDA: Tendencia a presentir acontecimientos «PER CORDA INCONSULTA», es decir: por corazonadas irreflexivas.

INTUICION EXTRAVERTIDA: Orientación por captación.

2.c: **HERMANN RORSCHACH:** Basa su tipología en la forma de producir las vivencias.

COARTADA: Pobreza en vivencias.

COARTATIVA: Limitación en vivencias.

INTROVERTIDA: Abundancia de vivencias intelectuales.

EXTRATENSIVA: Vivencias afectivas.

2.d: **PENDE:** Biotipología morfológica y fisiológica a la vez, propone a la investigación científica de las diferencias individuales.

ALARGADA: Psiquismo rápido e inestabilidad.

BREVILINEA: Psiquismo lento y estabilidad.

Ambos biotipos se dividen en **ESTENICO** y **ASTENICO**, diferenciados entre sí en la mayor o menor participación hormonal en los procesos biológicos del crecimiento, regulación y reproducción.

2.e: **DE GIOVANNI VIOLA:** Con su escuela bolonesa, distingue tres combinaciones fundamentales morfológicas puras, tomando como norma índices antropométricos: estatura, peso, tórax, abdomen, brazos, tronco y piernas.

MICROSPLACNICA: Delga-

dez, desnutrición y anemia con tendencia a las enfermedades infecciosas y la neurastenia.

EURRITMICA: Perfección armónica, equilibrio funcional y regencia del sistema nervioso vegetativo. Representa al normotipo ideal.

MACROSPLACNICA: Grosor, flaccidez y estatura inferior, de mayor resistencia a los procesos infecciosos y predisposición a la obesidad, diabetes, arterioesclerosis, cardiopatías, etc.

III. FUNDAMENTAL:

3.a: **ERNST KRETSCHMER:** Es la tipología en psicología y psiquiatría, debido a la clasificación en el serio estudio estadístico y antropométrico de la constitución morfológica de los individuos y de las enfermedades mentales, donde las relevantes son la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva y la epilepsia.

PICNICO-CICLOTIMICO: Predominio de la horizontalidad sobre lo vertical por complexión corpórea mediana o baja, con grandes perímetros cefálico, torácico y abdominal, de miembros cortos y bello corporal abundante y prematura calvicie.

En la mujer es significativa la escasez de feminidad, sensualidad, algunas tendencias viriloides y fertilidad.

De marcadas oscilaciones anímicas, elevada sociabilidad, con verbosidad y un intenso desarrollo de lo concreto y práctico.

LEPTOSOMICO-ESQUIZOTIMICO: Cualidad en mayor grado de las longitudes sobre los perímetros por complexión corporal alta, de miembros largos, gráciles y «**FIACIES PASSERIS**», es decir: cara de pájaro.

En la mujer es notoria la belleza tenue, la feminidad y la sensualidad con resalto de las funciones somáticas y psíquicas de la atracción sexual y de las formas poco marcadas. Alessandro di Mariano Filipepi, llamado Sandro Botticelli y Lucas Cranach «El Viejo», con sus excelencias pictóricas de venus y madonnas en los siglos XV y XVI establecieron el tipo.

De oscilaciones afectivas, socia-

bilidad superficial, timidez, ecuanimidad, inteligencia abstracta y con pensamiento conceptual.

ATLETICO-IXOTIMICO: Desarrollo escalonado, recio y con predominio constituyente de la esencia del aparato locomotor, obtiene una fisonomía ovalar de estatura alta o mediana.

En la mujer es destacable la pérdida de las formas femeninas, con rasgos intersexuales.

De mentalidad enequeética, es decir: perseverancia en actitudes, opiniones y reputación. Tiempo psíquico lento, parquedad, viscosidad por resistencia a la originalidad y genio explosivo (crisis de irritabilidad por motivos nimios).

DISPLASICO: variedad y heterogeneidad en las deformidades y trastornos endocrinológicos y hereditarios.

De temperamento influenciado por el múltiple papel que ejercen las variantes constitucionales endocrinas compensadas por atenuantes o por refuerzos, y la interpretación social facticia; valga de ejemplo, los chocarreros o más conocidos bufones, aunque identificados en la antigüedad, es en los siglos XVI y XVII cuando en las Españas se proliferaron.

Para nuclear en su justo orden regular esta psicotipología, hay que tener presente las siguientes observaciones críticas:

No es absoluta la analogía entre morfotipo y psicotipo.

Desestimación de la posibilidad de la estructura genética condicionante del biopsicotipo en la responsabilidad integral del proceso psíquico.

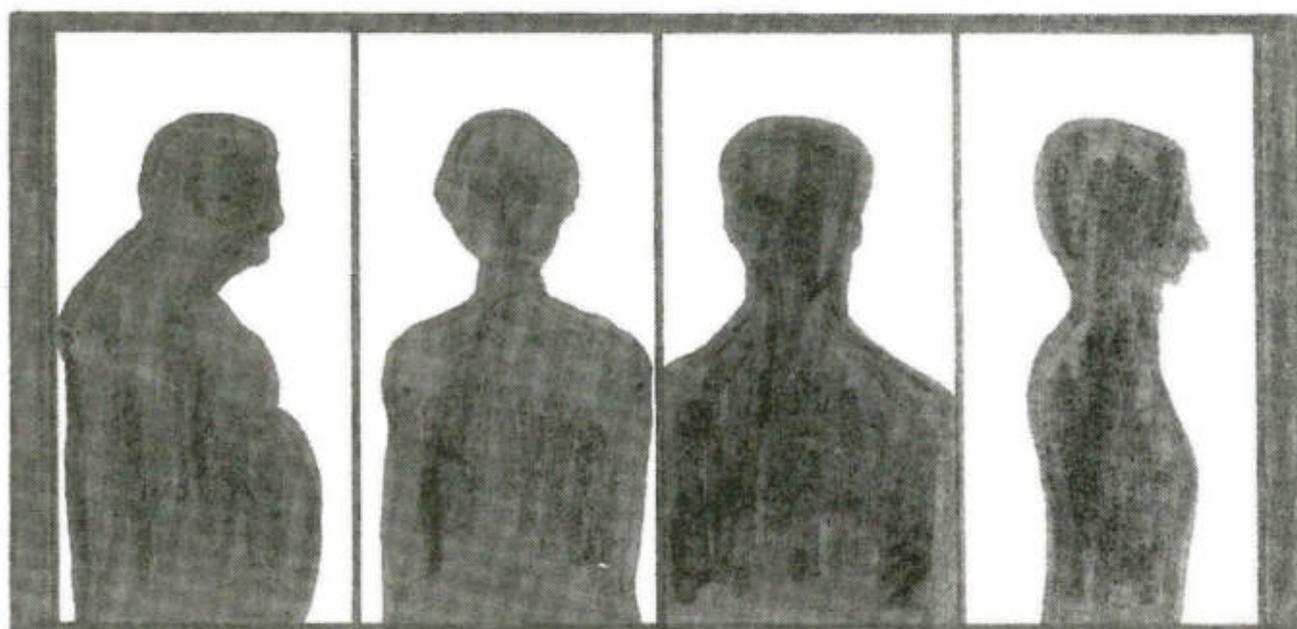
3.b. **CONRAD:** traspone biodinámicamente la tipología Kretschmeriana, porque la constitución pícnica es una morfología conservadora por un crecimiento enlentecido con detención precoz y llena de datos infantiles.

Entre ambos tipos se encuentra la atlética, donde por su interludio es metamorfa.

El desarrollo, sea progresivo o poco evolucionado, es subordinado

**ESQUEMA DE LA PSICOTIPOLOGIA DE
ERNST KRETSCHMER**

BIOTIPO	PSICOTIPO	Enfermedades más frecuentes	
		SOMATICAS	PSIQUICAS
Pícnico	Ciclotímico	Vasculares, metabólicas.	Psicosis Maniaco-depresiva
Leptosómico	Esquizotímico	Pulmonares	Esquizofrenia
Atlético	Ixotímico	Hipercinesia	Epilepsia
Displásico		Endocrinas	Esquizofrenia



Pícnico Leptosómico Atlético Displásico

TIPOLOGIA DE KRETSCHMER

*S. MARTINEZ
MORAN 1988*

del nivel de actividad hormonal y de la actuación sobre los tejidos, a través de la acción sobre glándulas y sobre el sistema nervioso.

3.c. SCHELDON: argumentada por estudios antropométricos y fotográficos, interesa a los rasgos morfológicos y psíquicos.

ENDOMORFO-VISCEROTO-

NICO: impera la vida visceral e intuitiva, con afición a la comodidad, el refinamiento, la sociofilia, la tolerancia, la extraversión y cierta afinidad al mundo infantil.

MESOMORFO-SOMATOTONICO: domina la vida psicomotora con inclinación a la aventura, la agresividad en la competición y la ausencia de sensibilidad.

ECTOMORFO-CEREBROTONICO: rige la vida intelecta con sociofobia causada por la dependencia a la intimidad y la limitación al hábito y al plácido rutinario.

3.d. KURT SCHNEIDER: divergencia a las personalidades psicopáticas, por rasgos anormales de la personalidad, con tipos mistos e

intermedios.

HIPERTIMICA: exalación de la afectividad por la euforia, o la iracundia.

DEPRESIVA: sufrimiento psíquico al descender el tono vital.

LABILIDAD: oscilaciones del humor e inestabilidad social.

EXPLOSIVA: reacciones coléricas y agresivas.

ATIMICA: ruina afectiva con carencia de valores morales.

ASTENICA: pérdida de fuerza vital con fatigabilidad.

HISTERICA: psiconeurosis de defensa y edípica que afecta al cuerpo, cuando hay necesidad de estima. «...todos somos un poco histéricos...» **MOEBIUS.**

INSEGURA: actitud infravaloratoria de sí mismo sobre un sentimiento de inferioridad.

FANATICA: orgullo, desconfianza en la sobrevaloración de las ideas particulares.

ABULICA: carencia de firmeza por apertura a toda clase de sugerencias e influjos.

3.e. **HEYMANS-WIERSMA:** al discernir los rasgos fundamentales que diferencian la manera de ser, realizan estudios formales de la ca-

racterología.

EMOTIVIDAD: propiedad de la vida psíquica en virtud de la cual, ningún hecho se produce sin provocar conmoción subjetiva.

ACTIVIDAD: disposición innata para la acción.

REPERCUSIÓN DE UNA REPRESENTACION: entendiéndose como representación a la imagen obtenida de un objeto en mente, actual o futura, la repercusión actúa por:

—**FUNCIÓN PRIMARIA:** obra inmediata, en virtud de una idea tenida en mente.

—**FUNCIÓN SECUNDARIA:** cuando las representaciones influyen en la acción después de haber estado en mente.

3.f. **EDUARD SPRANGER:** referida por base filosófica en las modalidades de carácter que fundamentan y dirigen la actitud humana ante los valores conceptuados por cualidades inmateriales de los objetos que los hacen estimables.

Según el valor humano prevalente en la escala del individuo, pueden catalogarse variedades antropológicas.

TEORICA: precio y significación de la verdad en la vida.

SOCIAL: sentimiento de la proji-

midad, del servicio, el altruismo y el amor.

ESTETA: espiritualidad y aspecto artístico.

RELIGIOSA: verificable en el transcurrir de la vida terrenal común o en el espacio abarcado por la mística.

ECONOMICA: exenta de cualquier individuo con respecto a otro, con perspectiva de producción y consumo.

POLITICA: frialdad y reserva con habilidad y prudencia.

CIENTIFICA: observación, método y afán por el conocimiento.

3.g. **KUNKEL:** elabora una tipología de aplicación a la infancia, al tratar el complejo de inferioridad y la voluntad.

CENICIENTA: alimentación del egocentrismo con impresión lastimera, mimos y debilidad.

ESTRELLA: abrotonamiento de admiración, importancia y élite.

TARUGO: renuncia a la lucha del triunfo, el deseo y el interés.

CESAR: estimación de suficiencia, ruptura social y desconfianza.

«...a la ciencia le incumbe recolectar la obra en el punto en que la dejó la naturaleza...» **ERNEST RENAN.**

BIBLIOGRAFIA

—ALONSO FERNANDEZ, F.: «Psicología médica y social». Editorial Paz Montalbo; Madrid, 1973.

—CAMPILLO, DOMINGO: «Los procesos de hominización». Historia Universal, Tomo I. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1980.

—COHEN, J.: «Introducción a la psicología». Editorial Labor, S.A.; Barcelona, 1968.

—FREUD, SIMUND.: «La interpretación de los sueños». Obras Maestras del Pensamiento Contemporáneo, Tomo I. Editorial Planeta de Agostini, S.A.; Barcelona, 1985.

—JORG WEITBRECHT, HANS.:

«Manual de psiquiatría». Biblioteca de psicología y psicoterapia. Editorial Gredos; Madrid, 1978.

—KRETSCHMER, ERNST.: «Psicología médica». Editorial Labor, S.A.; Barcelona, 1966.

—LANDAUER, T.K.: «Psicología». Libros McGraw - Hill de México, S.A., de C.U.; Naucalpan de Juárez, 1974.

—POINSON, YVES -GORI, ROLAND.: «Diccionario práctico de psicopatología». Editorial Herder; Barcelona, 1976.

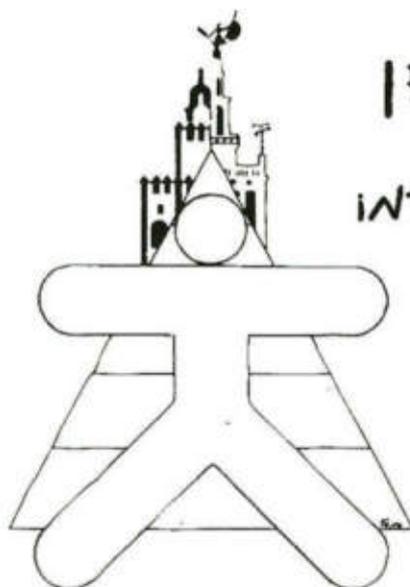
—ROSTAND, JEAN.: «El hombre». Biblioteca Fundamental

de Nuestro Tiempo, Tomo 23. Alianza Editorial; Club Internacional del Libro, S.A. de promoción y ediciones; Madrid, 1984.

—TAVERNER, DERYCK: «La fisiología». Biblioteca de Enfermería, Tomo II. Salvat Editores, S.A.; Barcelona 1977.

—VALLEJO NAGERA, J.A.: «Introducción a la psiquiatría». Editorial Científico Médica; Madrid, 1977.

—VELASCO DE FRUTOS, CANDIDA.: «Psicología general y evolutiva». Editorial Lex Nova; Valladolid, 1974.



1ER CONGRESO DE ENFERMERIA INTENSIVA ANDALUZA

El motivo de realizar esta evaluación, ha sido el de permitir a los congresistas manifestar sus opiniones sobre diversos temas relacionados con el Congreso, para a la vista de sus resultados poder corregir errores y afianzar aciertos.

Aunque el índice de contestación a las encuestas es menor de lo que debería ser, esto no es óbice para descartar sus resultados, pues es el profesional que contesta a las encuestas el que posee interés en el cambio o la modificación de ciertos temas, lo que en definitiva es un índice de querer mejorar los Congresos y las reuniones de los profesionales de Enfermería.

Las encuestas fueron depositadas en las mesas de los congresistas el último día del Congreso, después de la Mesa Redonda. Fueron recogidas después de que los congresistas abandonaran la sala de exposiciones. Las encuestas son anónimas y todos los datos han sido evaluados. No han sido interpretados los resultados sino que han sido transcritos tal como figuran en las encuestas. Del mismo modo se han respetado todos los comentarios. Para la creación de las conclusiones generales se ha seguido porcentajes dando como mayoritarias las respuestas que se encuentran entre un 25 y un 50% del total de respuestas posibles.

DATOS GENERALES

Encuestas entregadas	153
Encuestas contestadas	36
Encuestas no contestadas	117

ESTRUCTURA DE LA ENCUESTA

La encuesta estaba estructurada en 5 grandes apartados, algunos de los cuales estaba a su vez subdividido en otros apartados:

- 1) CONTENIDO, interés de las materias revisadas.
- 2) DOCENTES, claridad de expresión, capacidad de motivación y preparación demostrada.
- 3) ORGANIZACION.
- 4) TEMAS POSIBLES PARA EL PROXIMO CONGRESO.
- 5) OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS.

Todas las respuestas tenían una escala de 1 al 5 puntos donde 1 es el nivel más bajo y 5 el más alto.

TEMAS PARA EL PROXIMO CONGRESO

- Proceso de Atención en Enfermería.
- Fracaso en los Procesos de Recuperación.
- Orientación a los familiares de los pacientes ingresados en Cuidados Intensivos.
- Actuación de Enfermería en los enfermos terminales.
- Integración de los equipos sanitarios en Cuidados Intensivos.
- Instauración y cuidados de catéteres.
- Mala praxis en Enfermería.
- Medicina preventiva.

- Evolución de las Historias de Enfermería.
- Investigación de Enfermería en Cuidados Intensivos. (**)
- Infecciones cruzadas. (*)
- Control de calidad.
- Informatización del P.A.E.
- Estado de las Unidades Intensivas en Andalucía y el extranjero.
- Funciones de Enfermería.
- Riesgos del personal de Enfermería en Cuidados Intensivos.

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS

- Incluir temas pediátricos.
- Cuidar los medios de apoyo didáctico.
- Utilización del método científico en los trabajos presentados.
- Cuidar el mobiliario para procurar la mayor comodidad posible.
- Evitar la inclusión de trabajos médicos.
- Procurar la puntualidad en todos los actos.
- Utilizar personas que sepan el rol de moderador.
- No condensar el programa.
- Exigir que los trabajos sean anónimos y utilizar plicas una vez se encuentren elegidos.

CONCLUSIONES FINALES

- 1) Las materias revisadas han sido muy interesantes.
- 2) Los docentes han tenido una aceptable claridad de expresión.
- 3) Los temas han sido expuestos de manera que han resultado muy motivadores para los discentes.
- 4) Los ponentes han presentado una buena preparación en los temas desarrollados.
- 5) La organización ha resultado de buena a muy buena en términos generales.

EL COMITE ORGANIZADOR

I CONGRESO ENFERMERIA INTENSIVA ORGANIZACION

NUMERO DE ENCUESTADOS

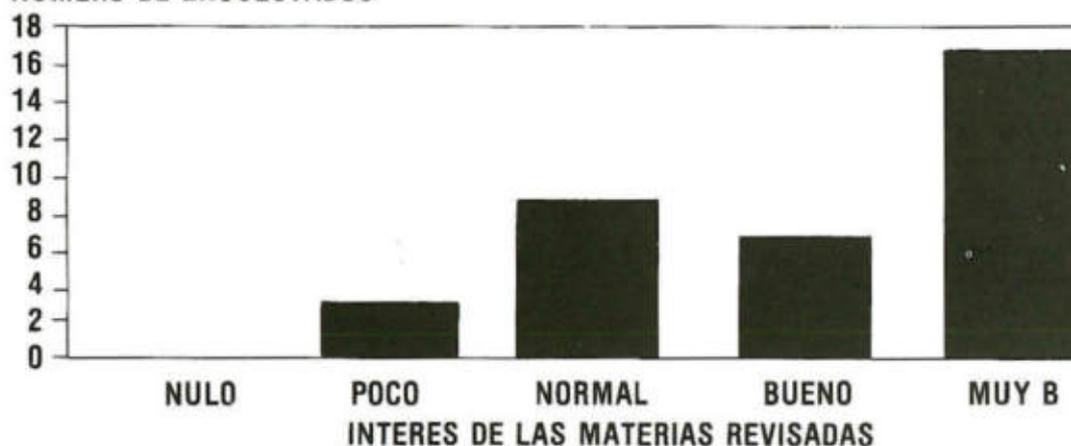


ORGANIZACION

Muy deficiente	0	0 %
Deficiente	1	3 %
Normal	9	25 %
Buena	14	39 %
Muy buena	12	33 %
TOTALES	36	100 %

I CONGRESO ENFERMERIA INTENSIVA CONTENIDO

NUMERO DE ENCUESTADOS

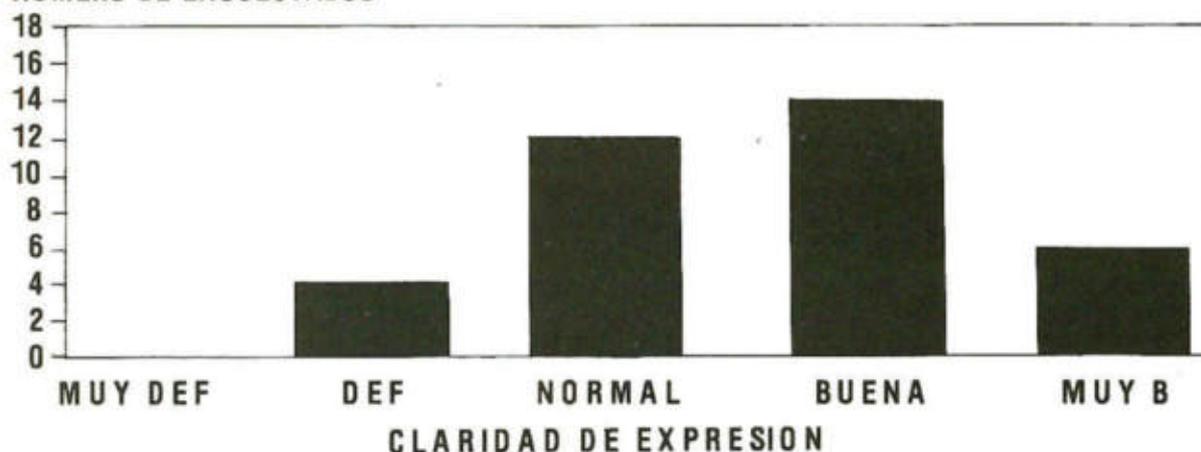


INTERES DE LAS MATERIAS REVISADAS

No interesantes	0	0 %
Escaso interés	3	8 %
Interés normal	9	25 %
Interesantes	7	19 %
Muy interesante	17	48 %
TOTALES	36	100 %

I CONGRESO ENFERMERIA INTENSIVA DOCENTES

NUMERO DE ENCUESTADOS

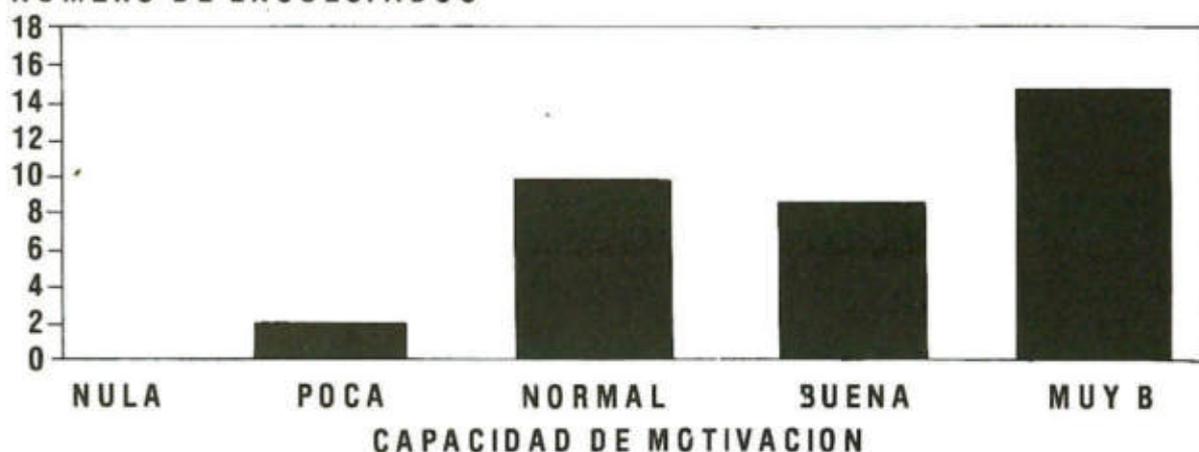


CLARIDAD DE LOS DOCENTES EN SU EXPRESION

Ninguna claridad	0	0 %
Escasa claridad	4	11 %
Claridad normal	12	33 %
Aceptable claridad	14	39 %
Gran claridad	6	17 %
TOTALES	36	100 %

I CONGRESO ENFERMERIA INTENSIVA DOCENTES

NUMERO DE ENCUESTADOS

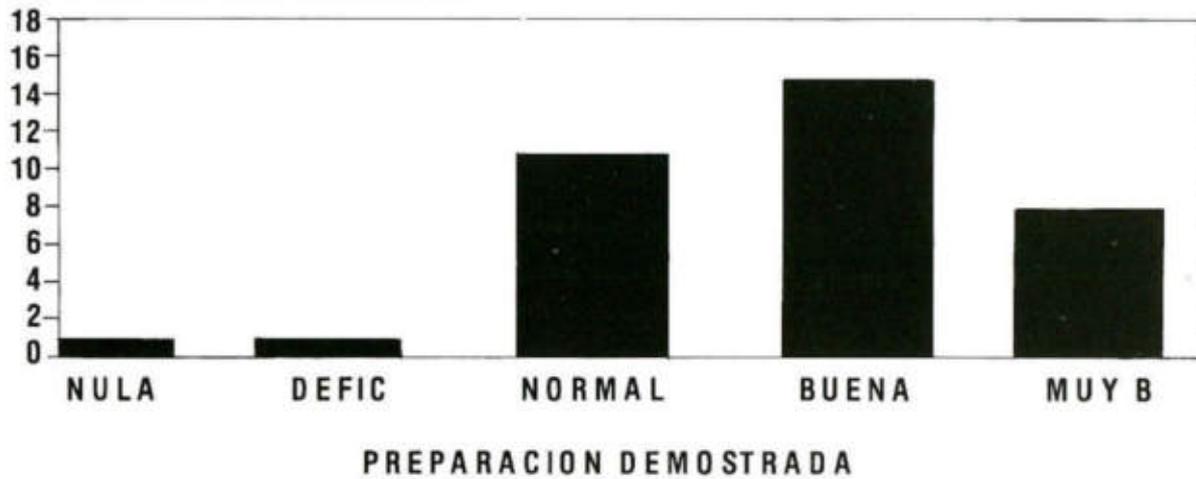


CAPACIDAD DE MOTIVAR A LOS DISCENTES

Incapaz de motivar	0	0 %
Poca motivación	2	5 %
Motivación normal	10	28 %
Capaz de motivar	9	25 %
Muy motivador	15	42 %
TOTALES	36	100 %

I CONGRESO ENFERMERIA INTENSIVA DOCENTES

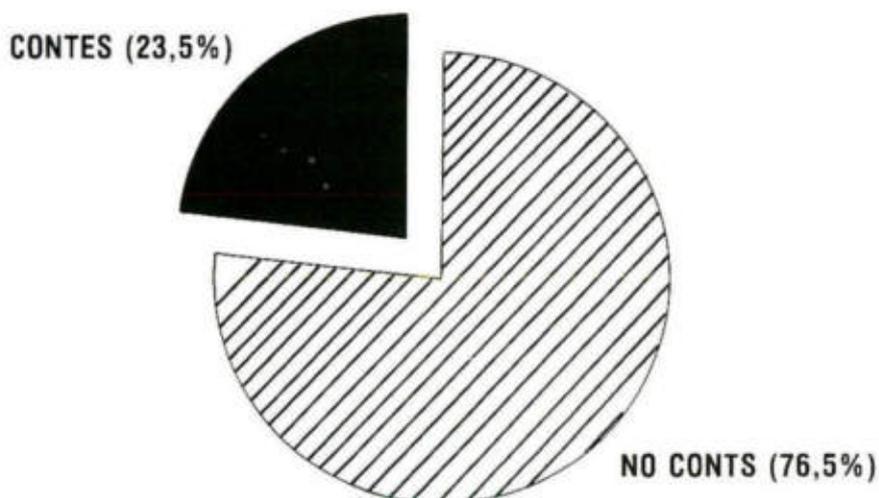
NUMERO DE ENCUESTADOS



PREPARACION DE LOS DOCENTES

Muy deficiente	1	3 %
Deficiente	1	3 %
Normal	11	30 %
Buena	15	42 %
Muy buena	8	22 %
TOTALES	36	100 %

I CONGRESO ENFERMERIA INTENSIVA ENCUESTAS ENTREGADAS



APLICACION DEL EQUIPO DE INTENSIFICACION DE IMAGEN PARA CIRUGIA PODOLOGICA

JOSE CARMONA NAVARRO

La «Minimal Incisión Surgery (ambulatory foot surgery) en la última década, se ha enriquecido con la aportación de la tecnología más avanzada, acordando los profesionales de la salud, que aporta más ventajas que desventajas, en la resolución de los problemas del pie.» (Bycura, Profesor de New York College of Pediatric Medicine. New York, 1986).

Muchos de los problemas frecuentes del pie, pueden ser reducidos con eficacia y casi sin dolor, con este tipo de cirugía. La posibilidad de ser factible de realizar en consulta reduce los costos en gran medida, hoy que existen tendencias de asistir siempre que sea posible al paciente en su propio domicilio, esta práctica podológica viene a sumarse a esta norma, viniendo a favorecer la

*Podólogo del Servicio de
Traumatología y Ortopedia del
Hospital Victoria Eugenia
Cruz Roja de Sevilla*

desmasificación hospitalaria, y aliviar el trastorno que conlleva para el enfermo y su propia familia el ingreso en cualquier Centro.

El menor dolor, y la pronta deambulacion es un aliciente más para someterse a los distintos procedimientos, de la «Mínima Incisión» denominación que otorgan en los EE.UU. a esta práctica podológica.

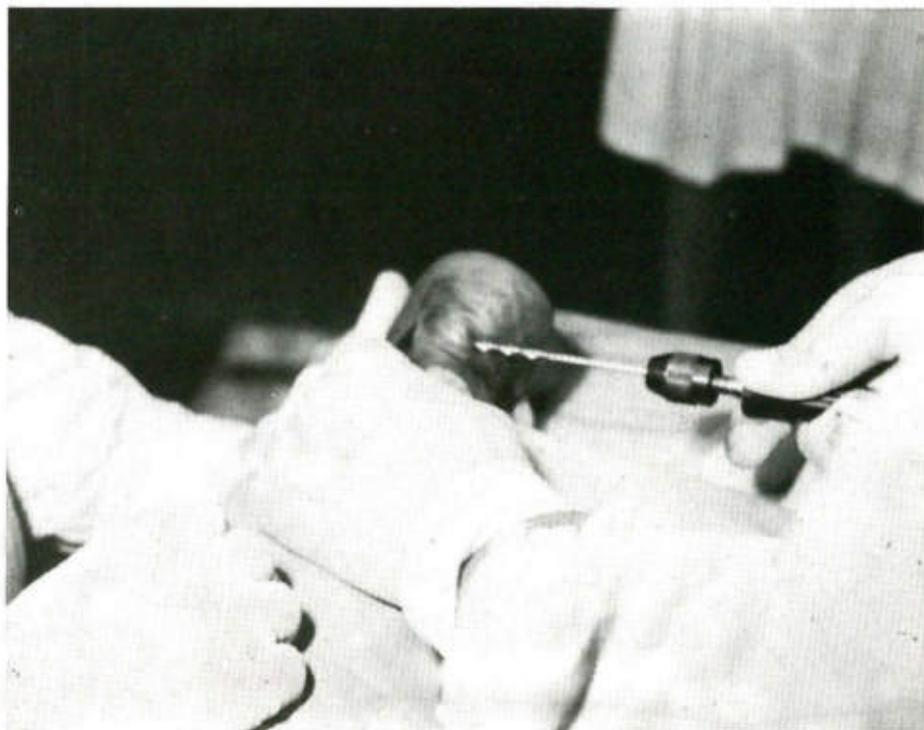
Debido al hecho de que existe un mínimo trauma, el paciente puede andar pronto e incorporarse a la vida normal. Estos procedimientos de podología ambulatoria iniciados rudimentariamente por Polakoff, Morton, Leonard Hymes, Thomas M. de Lauro, Michel J. Trepal y otros, ha venido enriqueciéndose con nueva tecnología que ha venido a aportar más seguridad y simplificar más el tema.

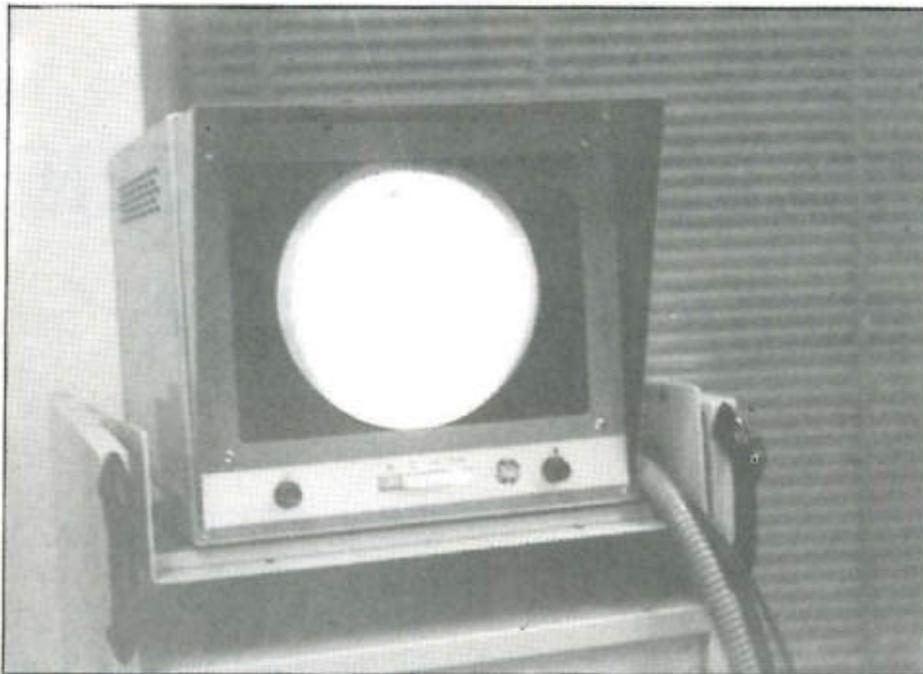
Nosotros hemos venido aplicando el láser blando de Helio Neón en el postoperatorio con resultados espectaculares. Por la pronta cicatrización y normalización de la zona, gracias a la influencia del láser en el trofismo, concentración de histamina y aumento del colágeno aportando su acción de potente antiálgico.

La C.M.I. consta de tres técnicas óseas y cuatro de tejidos blandos.

Oseas: Cepillado o raspado, seccionamiento o estriado y perforación.

Técnicas en tejidos blandos: Incisión de pinchazo, incisión inicial, de-





marcación y estriado.

Debido a que se actúa (previo estudio radiográfico) a través de una incisión que a veces no llega al centímetro, el profesional tiene que desarrollar el tacto, de forma que el extremo del instrumento sean sus dedos, y éstos, «sus propios ojos».

Pues este exquisito desarrollo de los sentidos, en gran medida, no es imprescindible, con la utilización del intensificador de imagen. Gracias a la fácil movilidad de todo el equipo, satisface las exigencias de la aplicación de esta técnica en el campo de la podología.

Funcionamiento del intensificador de imagen

Los rayos emergentes del objeto provocan la fluorescencia de la pantalla de entrada, que se encuentra en el interior del intensificador. La luz fluorescente libera electrones de un fotocátodo que están en contacto directo con dichas pantallas.

El número de electrones, es proporcional al brillo de cada uno de los puntos luminosos que forman la imagen en la pantalla. Así, la imagen fluorescente se transforma en imagen electrónica. A continuación, los electrones son acelerados por una alta tensión, enfocados por un campo electrostático y convertidos en imagen en la pantalla existente al otro extremo del tubo intensificador.

La segunda imagen es más pequeña que la de la pantalla de entrada, pero tiene un brillo mucho mayor. Esta ganancia de brillo se debe a la reducción electróptica y a la absorción de los electrones, acelerados, en la pantalla secundaria o de salida.

La imagen intensificada —3000 veces por lo menos— por el intensificador de 15 cm. (6") es ampliada nuevamente por un sistema óptico de observación o por un enlace de televisión. En ambos casos la imagen observada no está invertida de arriba abajo ni de izquierda a derecha.

Otras ventajas que hay que señalar es que no hay que apagar el

alumbrado normal de la sala donde se actúa.

Varias personas, pueden observar simultáneamente, la imagen fluoroscópica. Facilita el desarrollo del trabajo de equipo, evitando comentario innecesarios que pueden impactar al paciente (queremos recordar que todas estas técnicas se realizan con anestesia local).

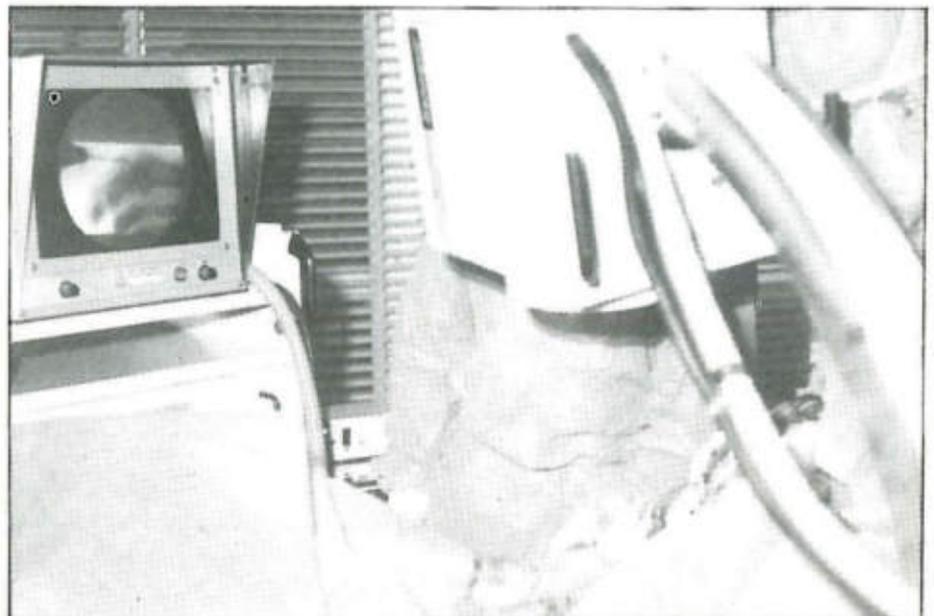
Vemos reducido el tiempo de actuación, precisión en el legrado, porque estamos visualizando la acción del instrumento, sobre la exóstosis.

Aunque en la propaganda comercial del intensificador se habla de las bajas dosis de radiación, a pesar de ello consideramos imprescindible protegerse con delantal y guantes emplomados de cirugía.

La M.I.Q. (Mínima Incisión Quirúrgica), casi siempre asume que habrá poca visualización de las estructuras más profundas, de ahí la importancia de los rayos X en cualquiera de sus modalidades, ya que nos va a permitir tener una previusualización de las estructuras óseas que vamos a encontrarlos.

Para asegurar el equipo, y al paciente todos los posibles beneficios donde haya una excrescencia dolorosa, cubriendo la lesión. O donde la lesión mínima es prominente y dolorosa, es recomendable que éstas se sometan a estudio de rayos X.

Este estudio da, el contorno y extensión de la lesión. No utilizamos



las piezas del metal porque enmascaran la zona.

El procedimiento adecuado para realizar una visualización, es contornear la zona dolorida con un rotulador, y alambrear la lesión.

Usando el calibre 28, moldear un trozo pequeño de alambre para contornear la lesión lo más exactamente posible. Este se adhiere a la piel con cinta quirúrgica transparente. Procurando que no sea muy rígida, para hacer una adaptación precisa.

La cinta transparente se usa de tal forma que el contorno exacto de la lesión, con el alambre, pueda ser inspeccionado claramente antes de que se observe por el intensificador.

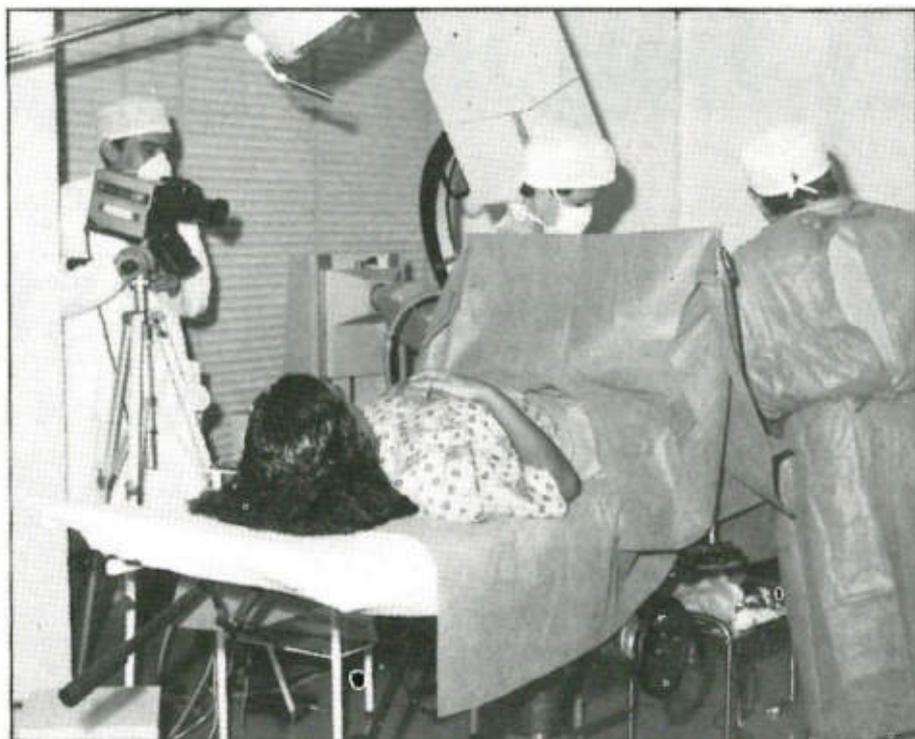
Lo frecuente en podología, es realizar un estudio en vistas dorsales, A.P. y laterales de la planta.

La vista dorsal de la planta, es tomada con un ángulo de acercamiento de 15°. Este ángulo, presentará una distorsión mínima de los metatarsales.

En la cirugía digital, la ligera angulación del rayo, cambiará la posición del contorno alambrado sobre la piel, con respecto al hueso. Frecuentemente esta orientación puede producir error. Habrá que alargar la incisión o realizar una canalización más larga para alcanzar la exóstosis.

Estas manipulaciones adicionales van a producir más estrés en los tejidos, lo cual va a repercutir en más molestias postoperatorias.

Pues bien, todos estos inconvenientes son soslayados con la utilización del Intensificador de Imagen, tanto en la visualización preoperatoria como en la realización quirúrgica. Y que al no estar observando una imagen estática (placa radiográfica) mientras observamos la zona lesio-



nada con el I.I. estamos maniobrando el pie hasta encontrar la posición correcta de coincidencia de imagen externa (lesión) y el hueso (exóstosis). Abundando en este detalle hay que señalar que al realizar la cirugía con la orientación del I.I., no existe posibilidad de maniobras estériles ya que estamos observando simultáneamente el punto de incisión en piel, trayectoria del instrumento y acción del mismo sobre el hueso afectado. De esta forma abreviamos el tiempo de intervención y evitamos traumas adicionales.

Un factor importante a tener en cuenta, con la utilización del I.I., es que evita factores de riesgo séptico.

Ya que ordinariamente, durante el procedimiento, se vienen haciendo por el modo habitual de comprobación radiográfica sucesiva, lo cual

entraña el peligro de que el ayudante no estéril (sucio) contacte con el campo operatorio, es obvia la posibilidad de portar gérmenes ya que al envolver la placa en un paño estéril y dársela al podólogo, entraña ese riesgo.

En cambio, teniendo la unidad I.I. estratégicamente situada, todos estos movimientos, revelado de la placa, etc., va a ser sustituido por una simple pulsación del ayudante no estéril en el panel situado a distancia del campo operatorio.

Consideramos que la incorporación de medios técnicos que vienen a disminuir los riesgos de complicaciones en la técnica podológica de la M.I.S. requieren una actitud receptiva y positiva porque al fin y al cabo de lo que se trata es de evitar angustia al paciente.

BIBLIOGRAFIA

— Blair M. Bycura, D.P.M. —On Minimal Incision Surgery— Edited By Stephen D. Weissman, D.P.M. © 1986.

— A. Chevrot —Cuadernos de Radiología n.º 4. Huesos y Articulaciones— Masson, S.A. 1984

— J. Montagne, A. Chevrot, J.M. Galmiche —Atlas de radiología del pie— Masson, S.A. 1984.

— Sir Henry Osmond Clarke —The Foot and its disorders— Blackwell Scientific Publications, Oxford,

1982.

— Leonard Hymes, D.P.M. —Forefoot Minimum Incision Surgery in Podiatric Medicine— Futura Publishing Company, Inc. Mount Kisco, New York, 1977.

EL PRACTICANTE MILITARIO

En la Revista del mes de Enero de 1933, figura un artículo de la Revista «LUZ» con fecha 14 de Diciembre de 1932, donde se expresa una atrevida técnica de transfusión de sangre de cadáver a vivo. El artículo reviste un gran interés al comparar las técnicas usadas con las que en la actualidad se vienen practicando.

ALEJANDRO GARCIA NIETO

SECCION CIENTIFICA

En la Academia Médico-Quirúrgica Española

El doctor Judine expone un original método de trasfusión de sangre del cadáver al hombre vivo

Sin previo anuncio presentó el profesor Cardenal al médico ruso Judine, jefe del Servicio Quirúrgico del Hospital de Moscú, y que disertó sobre su original método del empleo de la trasfusión de la sangre del cadáver al hombre.

Comenzó el doctor Judine por exponer a grandes rasgos la organización de este centro, que atiende todos los casos graves de urgencia, tanto quirúrgicos como médicos, que ocurren en Moscú, población de cerca de tres millones de habitantes. Como en muchos casos de gravedad extrema es necesaria la transfusión sanguínea, dado el número enorme de enfermos que reciben asistencia en este servicio, es materialmente imposible tener dispuesto un servicio de donadores de sangre para los casos de transfusión. Judine, conociendo los trabajos que en el año de 1928 hizo Chaumow relativos a la transfusión de sangre de cadáveres de perros a perros vivos, con éxito halagüeño, pensó en emplear los cadáveres humanos para las transfusiones.

En el primer caso en que empleó

la transfusión de la sangre del cadáver al hombre se trataba de un suicida, que se había seccionado con una hojilla de afeitar las venas del antebrazo. Entró en el servicio con una gran anemia y en estado preagónico. Judine rápidamente aprovechó el cadáver de un hombre de sesenta años, muerto seis horas antes por una fractura de base de cráneo. Abrió el vientre al cadáver y llegó a la vena cava y de allí extrajo 450 c.c. de sangre, que inyectó al suicida en una de las venas cortadas; a los pocos minutos se elevó el pulso, desapareció el estado de intensa anemia y a los cuatro días abandonó el hospital curado.

Animado por este magnífico resultado, y previa reacción de Wassermann de la sangre del cadáver, em-

pleó con creciente éxito su método en diversos casos, pero la protesta de los médicos legistas le hizo presentar sus estudios al III Congreso de Cirugía de Ucrania, donde recibió amplia autorización para proseguir sus trabajos.

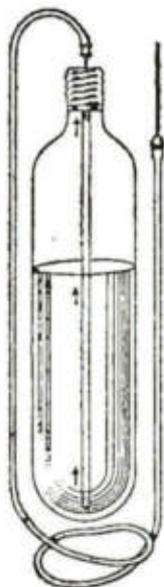
Por detenidas experiencias confirmó que la sangre del cadáver extraída antes de las doce horas de la muerte conserva toda su vitalidad. Respecto a la técnica empleada, se refiere, en primer término, a la selección de cadáveres y sólo emplea los de suicidas, cardíacos, fracturados de base de cráneo y muertos de hemorragia cerebral, pues son los que contienen mayor cantidad de sangre (de tres y medio a cuatro litros). Coloca el cadáver en un plano inclinado, introduce una cánula en la yugu-

**PASTILLAS
EVITAN BONALD
Y CURAN**

GRIPE **TOS**

ANGINAS, CATARROS

AUTOMARTIN



EL AUTOMARTIN está compuesto de una ampolla cilíndrica de vidrio neutro, conteniendo 100, 200 ó 300 c. c. de suero glucosado, Hayem, Ringer, etc., y gas suficiente para dar salida automática a la cantidad de suero que el Médico desea inyectar, quedando completamente esterilizado el suero que quede en la ampolla; es decir, que una ampolla de 300 c. c. puede usarse para tres inyecciones de 100 c. c., para seis de 50 c. c., etc.

Laboratorio de inyectables B. MARTIN

Francisco Navacerrada, 47 -- MADRID -- Teléfono 50613

Se preparan cuantas fórmulas nos indique la clase Médica, Farmacéutica y Veterinarios

INYECTABLES EN GENERAL



LA MADRE
sabe que una
cucharadita
alivia la tos;
un frasco cura
el catarro.



JARABE ORIVE

lar y recoge la sangre en una vasija citratada. La sangre así obtenida se lleva a la heladora, donde puede conservarse hasta veintiocho días, pero el tiempo medio para su empleo es el de ocho a diez días.

Hasta ahora ha empleado sangre de cadáveres que hacía menos de diez horas que habían fallecido, pues si se tarda más horas, se expone al enfermo a graves peligros de intoxicación.

El método se puede emplear en los mismos casos que la trasfusión del vivo, enfermas de ginecología y sujetos en estado de grave anemia por hemorragia.

Empleando este método, la sangre de los cadáveres, previo Wassermann y determinación de grupos sanguíneos, se conserva en heladoras y el cirujano tiene siempre a su disposición la sangre necesaria para una trasfusión, operación de urgencia en la que ganar unos minutos es la salvación de una vida.

Por este original y atrevido método puede afirmarse que el hombre continúa sirviendo a sus semejantes hasta después de muerto.

El doctor Judine recibió muchas felicitaciones por su interesantísima conferencia.

MEJORE SUS REGISTROS DE ENFERMERIA

D.^a M.^a Dolores Cadaval García - D.E.
D. José Seda Diestro - D.E.

Hosp. Univ. Virgen Macarena

El objetivo primordial de los registros de enfermería es asegurar la continuidad de los cuidados al paciente. Pero, ¿nos molestamos en leerlos?

La respuesta en la mayoría de los casos será que no, ya que los registros que se efectúan a diario contienen una información vaga e irrelevante que sólo recogen datos puntuales de escaso interés. Estos registros pueden ser mejorados si se basan en dos pilares básicos como son:

— UN PLAN DE CUIDADOS, que forme parte de la historia del paciente.

— UNA HOJA DE ACTIVIDADES.

Con un buen plan de cuidados, las anotaciones de enfermería se escribirán prácticamente solas. Un buen plan de cuidados consta de: IDENTIFICACION DE PROBLEMAS, OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA.

En muchas ocasiones sabemos cual es el problema pero no sabemos expresarlo. Podemos acudir a las listas de diagnósticos de enfermería, pero a nuestro entender es más eficaz expresar la necesidad alterada seguida del motivo, conformando este binomio (alteración-causa) el diagnóstico de enfermería, mucho más descriptivo.

Una vez que los problemas del paciente han sido identificados pasamos a establecer los objetivos, CONSULTANDO SIEMPRE AL PACIENTE O A SU FAMILIA. Quizás sus prioridades no son las mismas que las que hemos establecido nosotros.

Tras el planteamiento de los objetivos se actúa.

Una vez asistido al paciente, procederemos al REGISTRO:

- QUÉ SE HIZO
- CUÁNDO LO HIZO
- QUIÉN LO HIZO
- CÓMO RESPONDIO EL PACIENTE.

Por todos es conocido que las hojas de registro a nuestra disposición no son las más adecuadas e inducen a escribir largas parrafadas que más que informar, cansan.

Lo ideal sería disponer de una hoja que enumerase todas las categorías de cuidados del paciente (dieta, higiene, actividad, reposo...). Pero mientras estas llegan:

1) Intentaremos responder a las cuatro preguntas anteriores sin extendernos demasiado.

2) Haremos constar las informaciones tan pronto como nos sea posible después de haber administrado los cuidados, no dejándolo para el final del turno.

3) Cuanto mayor riesgo tenga una situación, mayor esfuerzo deberemos de hacer para dejar constancia de inmediato.

4) Evitaremos frases y palabras sin sentido o utilidad. «El paciente come bien», «la herida está bien», etc.

5) No repetiremos datos que podamos encontrar en cualquier lugar de la historia como constantes, diuresis...

6) No se utilizarán palabras como «creo», «parece ser», etc. El paciente tendrá o no dolor, estará o no consciente, la herida estará o no infectada.

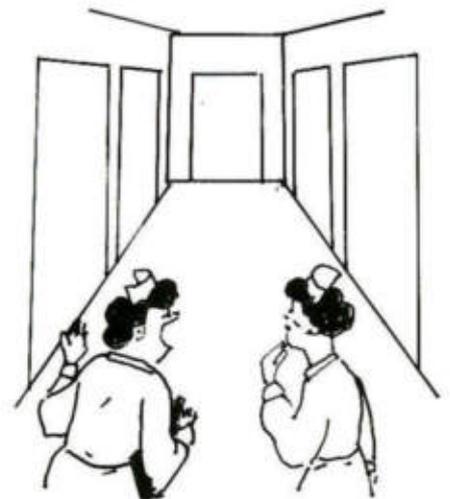
7) Registraremos el orden cronológico de los acontecimientos de ma-

nera que no puedan ser alterados.

8) Antes de etiquetar el comportamiento del paciente, deberemos describirlo y sacar conclusiones.

9) No utilizaremos abreviaturas que puedan inducir a error.

Unos registros adecuados reflejan un cuidado profesional esmerado, son instrumentos legales y hacen saber que lo que hacemos tiene un valor y razonamiento científico. Por lo tanto, REGISTREMOS ADECUADAMENTE LO QUE HACEMOS.



— No me acuerdo a cuál de ellos debes ponerle la inyección de antibióticos. Para no equivocarte, ¡pónsela a todos!

VII CONGRESO DE A.T.S.-D.E. ESPECIALISTAS EN ANÁLISIS CLÍNICOS

El Equipo de Trabajo
de Enfermería de Laboratorio
de Sevilla.

Durante los días 4, 5, 6 y 7 de mayo, se celebraron en Madrid las sesiones de trabajo del VII Congreso Nacional de A.T.S.-D.E. Especialistas en Análisis Clínicos, sesiones que han supuesto un nuevo punto de encuentro para todos los profesionales de Enfermería que prestan sus servicios en las Areas que se relacionan con las Unidades de los Laboratorios de Salud.

El Congreso este año ha tenido como eje central de su quehacer científico, el tema que se relaciona con las **Enfermedades de Transmisión Sexual** y al mismo se han aportado toda una amplia serie de trabajos que muestran muy a las claras que existe un creciente y preocupante interés en este tipo de cuadros nosológicos a los cuales la enfermería de laboratorio presta una importante atención.

Mas conjuntamente con todo ello y como suele suceder en este tipo de encuentros, una parte muy importante de las actividades del Congreso estuvo centrada en la problemática específica que se relaciona con la **Enfermería de Análisis Clínicos** y su futuro dentro del marco académico y laboral de la salud.

Desde Sevilla, un nutrido grupo de compañeros acudimos al mismo, en el deseo de optar para nuestra ciudad la Presidencia y Junta Directiva de la Asociación Española de A.T.S.-D.E. Especialistas en Análisis Clínicos y a los efectos únicos de

integrar nuestra Asociación en el marco de trabajo que están elaborando otras asociaciones que se relacionan con lo que se ha dado en denominar futura Especialidad de Cuidados Especiales.

No se vieron cumplidas plenamente nuestras expectativas, toda vez que nuestra candidatura fue rechazada por una serie de defectos de forma, si bien la línea de trabajo que presentábamos fue reconocida como válida y a fin de potenciarla se nos efectuó el ofrecimiento de contar con una **Vocalía para Andalucía Occidental** que se ocupase de la elaboración de los futuros **Planes de Estudio de la Especialidad, Funciones y Potenciación de la Asociación** en nuestro ámbito de competencias, la cual no es suficientemente conocida.

Acceptado el ofrecimiento por lo que de positivo puede suponer para nuestras intenciones, quedó nombrado D. Jesús García Masegoso como Vocal de la Asociación para Andalucía Occidental y el nombramiento de futuros Delegados de la Asociación, para las provincias que componen Andalucía Occidental, Sevilla, Córdoba, Cádiz y Huelva, labor que se emprenderá en un futuro próximo.

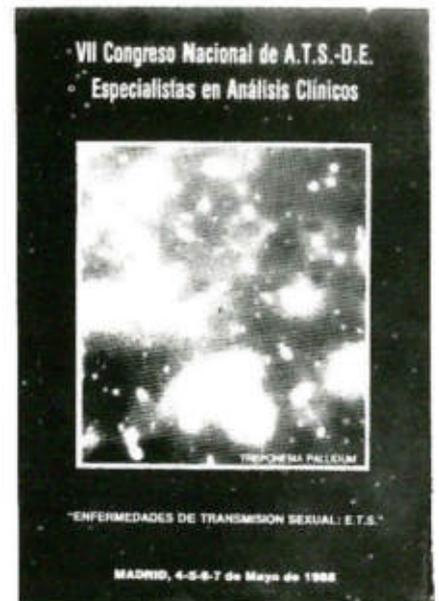
A raíz de todo ello, el grupo de profesionales que estuvimos trabajando para la candidatura, se ha constituido en equipo de trabajo que espera seguir avanzando en esta li-

nea y como tal abrimos nuestro ofrecimiento para todos/as aquellos/as compañeros/as que lo deseen, puedan integrarse en estos grupos de trabajo que van a tener como fin inmediato la vertebración de diversos equipos encargados de la elaboración de todo lo anteriormente expresado.

Esperamos y deseamos que el próximo año y en la sede congresual de Burgos, podamos presentar un amplio y documentado dossier que abra vías explícitas a nuestra actual situación y con ello vislumbrar un futuro esperanzador para nuestra especialidad dentro de la enfermería.

Fue muy comentada la ausencia del Consejo General, tanto en los actos de apertura, desarrollo y clausura de este VII Congreso, que aún a pesar de celebrarse en Madrid y tener una raigambre ya conocida, no gozó, al parecer, de la suficiente entidad para nuestros máximos representantes.

Este hecho adquiere una especial relevancia, sobre todo, si tenemos en cuenta los difíciles momentos en que atraviesa nuestra especialidad y que precisa no sólo de declaraciones, sino de testimonios valientes y decididos, sobre todo por parte de aquéllos que tienen la obligación de representar a todo el colectivo de Enfermería y hoy por hoy los A.T.S.-D.E. de laboratorio somos y nos consideramos **ENFERMERIA.**



BECAS CONCEDIDAS

TITULO	AUTOR	CUANTIA
UNA EXPERIENCIA DE LA COMUNIDAD	SORIA BORJA, MARIA DEL CARMEN	20.000 Pts.
COLELITIASIS CUIDADOS DE ENFERMERIA	PONCE GONZALEZ, JOSE MARIA	10.000 Pts.
ANALISIS DEL P.A.E. EN UNA UNIDAD QUIRURGICA	LIMA RODRIGUEZ, J. SALVADOR	15.000 Pts.
PROFILAXIS DEL ENFERMO EN EL PREOPERATORIO	PERAL FERNANDEZ, JUAN	10.000 Pts.
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON NEO DE VEJIGA	GONZALEZ MORILLO, OBDULIA	10.000 Pts.
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON NEO DE TORAX	GIL CALDERON, ROSA MARIA	10.000 Pts.
PROFILAXIS DE LAS INFECCIONES EN EL POSTOPERATORIO	BARCIA GARCIA, MANUEL	10.000 Pts.
PREVENCION DE ULCERAS POR DECUBITO EN ATENCION DOMICILIARIA	LERMA SORIANO, AMELIA	15.000 Pts.
INFECCIONES EN PACIENTES DE ALTO RIESGO	OSUNA CORREDERA, MATILDE	10.000 Pts.
ATENCION DE ENFERMERIA EN LA FRACTURA DE CADERA	PAREDES BARRERA, JUANA	10.000 Pts.
FLEBOGRAFIA. ACTUACION DE ENFERMERIA	GOMEZ NUÑEZ, ENRIQUE	20.000 Pts.
INTRODUCCION A LA INFECCION QUIRURGICA. COSTOS	RODRIGUEZ MACIAS, GERARDO	15.000 Pts.
EDUCACION SANITARIA EN GRUPOS, UNA ALTERNATIVA	CHAVES COLLADO, JOSEFA M ^a	20.000 Pts.
ESTUDIO DE DONACION ALTRUISTA DE SANGRE EN UN CENTRO DE BENEFICENCIA DE SEVILLA	GÜETO ZURITA, MARIA ROSARIO	22.500 Pts.
POLITOMOGRAFIA DEL COLEDOCO	SANCHEZ-TRINCADO Y GARCIA, J. LUIS	15.000 Pts.
LABOR DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA EXPERIMENTACION DEL TRASPLANTE DE CORAZON	PALMA RAMIREZ, FRANCISCO	10.000 Pts.
CONTROL MICROBIOLÓGICO DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS EN COMEDORES ESCOLARES	TORREGO FRAILE, CRISTINA P.	15.000 Pts.
EVOLUCION DE LOS REGISTROS DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA EN U.C.P.	GOMEZ MARTIN, M ^a DEL PRADO	15.000 Pts.
ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA REHABILITACION CARDIACA	AMORES CONRADI, M ^a TERESA	15.000 Pts.
IMPLANTACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES	NIETO GUTIERREZ, M ^a DEL PILAR	10.000 Pts.
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA. MARCO TEORICO	LERMA SORIANO, AMELIA	25.000 Pts.
VALORACION DE LA SITUACION HEMODINAMICA EN EL PACIENTE SOMETIDO A CIA CARDIACA	MARTIN CALLEJA, DOLORES	10.000 Pts.
EL ABSENTISMO LABORAL DE LA ENFERMERIA INTENSIVA DEL H.U.S. DURANTE EL AÑO 1986	MARTIN MORAN, GREGORIO	10.000 Pts.
ENCUESTA DE VALORACION AL PERSONAL EVENTUAL DE ENFERMERIA INTENSIVA 1987	RODRIGUEZ RIOS, BEGOÑA	10.000 Pts.
ROL DE ENFERMERIA ANTE EL CATETERISMO CARDIACO	VAZQUEZ GUZMAN, JOSEFA	10.000 Pts.
EL NIÑO, PACIENTE INTENSIVO	RUIZ PLAZA, JOSE MANUEL	15.000 Pts.
PROPUESTA RAZONADA DE CREACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA	CUADRI DUQUE, MARIA JOSE	15.000 Pts.
IMPLANTACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS	DIAZ CABALERO, ANTONIO	25.000 Pts.
IMPORTANCIA DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA EN INVESTIGACIONES DE CUIDADOS INTENSIVOS	TIRADO BARRAGAN, AMPARO	10.000 Pts.
CUIDADOS PSICOLOGICOS DEL ENFERMO HEMATOLOGICO Y DEL PERSONAL ASISTENCIAL	LOPEZ GARCIA, SANTIAGO	15.000 Pts.
CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE CATETERES CENTRALES Y DE HICKMAN	GOMEZ GOMEZ, JUAN CARLOS	15.000 Pts.
DIETETICA Y ALIMENTACION PARENTERAL AL ENFERMO HEMATOLOGICO	CASTAÑO VAZQUEZ, M ^a CINTA	15.000 Pts.
VALOR. DE LAS DETERM. ANALITICAS DEL AREA DE LABORATORIO 1987 DEL H.U.V.M.	FERNANDEZ BERMUDO, RAFAEL	15.000 Pts.
LA ACIDOSIS METABOLICA COMO INDICATIVO EN LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS	GUILMAIN CONTRERAS, JOSE J.	15.000 Pts.
LA HEPATITIS VIRICA B COMO ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL. LA INMUNOPROFILAXIS	DOMINGUEZ-PALACIOS GOMEZ, EMILIO	15.000 Pts.
EL ATS/DE EN EL ESTUDIO EXPERIMENTAL DE LA ARTERIOSCLEROSIS EN CONEJOS	PALMA RAMIREZ, FRANCISCO	15.000 Pts.
IMPLANTACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA EN LABORATORIOS	GONZALEZ FLORES, L. MIGUEL	22.500 Pts.
TRANSPORTE SANITARIO, MEDIOS TERRESTRES Y AEREOS, MATERIAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE	MACIAS SEDA, JUANA	20.000 Pts.
	SUMA TOTAL	555.000 Pts.
AYUDA AL II CONGRESO DE ENFERMERIA DE URGENCIAS		125.000 Pts.
PREMIO AL MEJOR TRABAJO DEL III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA		50.000 Pts.

BECAS DE ESTUDIO

El Ilustre Colegio Oficial de ATS y DE de Sevilla convoca BECAS DE ESTUDIO para el presente año 1988, de acuerdo con lo aprobado en la Junta de Gobierno del día 21 de Abril del presente año.

El objeto de estas Becas es doble, primero premiar el esfuerzo de quienes presenten algún trabajo, comunicación, ponencia o publicación de trabajos inéditos y segundo la de obtener de los mismos un avance para la Profesión y reconocimiento de este Colegio a la labor realizada.

Todos los trabajos premiados quedarán a disposición del Colegio, que podrá hacer de ellos el uso que crea conveniente. No será premiado bajo ningún concepto la simple asistencia a unas Jornadas o Congreso.

La solicitud debe ir acompañada de una copia del trabajo por el cual es solicitada. Deberá indicarse claramente el acto a celebrar, lugar, localidad, publicación, fecha y tiempo de duración.

La petición deberá hacerse con un margen de veinte días posteriores o anteriores a la celebración o publicación del trabajo. La concesión de la Beca estará supeditada de forma inexcusable a la justificación documentada de haberse realizado o notificación de la inclusión del trabajo en el desarrollo del evento de que se trate.

Para la valoración de las Becas se crea una Comisión integrada por los tres miembros que componen la Vocalía de Formación y Especialidades. En su caso, esta Comisión podrá pedir Asesoramiento Científico a quien estime oportuno. Los trabajos premiados serán aprobados en la Junta de Gobierno posterior a la presentación de los trabajos, en su sesión ordinaria.

Serán excluidos de estas Becas los trabajos presentados por Colegiados que no se encuentren al corriente en el pago de las Cuotas Colegiales. Este punto será de aplicación a cada uno de los autores del trabajo.

Quedan excluidos de estas Becas los trabajos publicados en la Revista HYGIA, Revista Científica de este Ilustre Colegio.

Como norma general se tendrá en cuenta el Baremo que a continuación pasamos a enumerar. Quedan excluidos los trabajos realizados como consecuencia de un destino laboral retribuido en el ámbito profesional que tuviese el interesado. Igualmente quedan excluidos todos los trabajos realizados como actividad de Cursos y similares organizados por el Colegio, así mismo se establece un máximo de tres Becas por colegiado y año.

Los trabajos realizados con ocasión de Programas de Formación Continuada de los distintos Centros no serán considerados a efectos de la concesión de Becas.

BAREMOS PARA LA VALORACION DE BECAS

Contenido: de 0 a 5 puntos.
(Aplicación de Método Científico: de 0 a 1 punto).

(Estructura del trabajo: de 0 a 1 punto).

(Interés de la materia estudiada: de 0 a 3 puntos).

3 Utilidad: de 0 a 2 puntos.

Originalidad: de 0 a 2 puntos.

Presentación: de 0 a 1 punto.

Todas aquellas Becas que no alcancen un mínimo de 2,5 puntos, serán desestimadas por la Comisión.

Cada 0,1 punto obtenidos de la valoración de cada trabajo será multiplicado por 350 pesetas, que es la cantidad que la Junta de Gobierno ha estimado para el presente año, sin perjuicio de que esta cantidad se pueda aumentar o disminuir según lo estime oportuno dicha Junta.

Los trabajos que se realicen en el ámbito Regional llevarán un incremento fijo de 3.000 pesetas.

Los trabajos que se realicen en el ámbito Nacional llevarán un incremento fijo de 5.000 pesetas.

Los trabajos que se realicen en el ámbito Internacional llevarán un incremento fijo de 10.000 pesetas.

Con carácter extraordinario se establecen DOS BECAS anuales de hasta un máximo de CIENTO CINCUENTA MIL pesetas (150.000 pesetas) cada una para ampliación de estudios post-básicos de Enfermería

en España o en el Extranjero.

Para la concesión de dichas Becas se exigirá una memoria explicativa sobre actividades, presupuestos, etc., de los estudios a realizar, que será valorada por la Comisión de Becas instituida en este Colegio.

Podrán optar a estas Becas todos los que tengan previsto la realización de dichos estudios durante el presente año.

La aprobación o denegación les será comunicada a los interesados en el menor plazo posible.

Serán requisitos indispensables el justificante del Centro donde se va a realizar los estudios y el estar al corriente en el pago de las Cuotas Colegiales.

Con carácter extraordinario se establece la cantidad de 250.000 pesetas (DOSCIENTAS CINCUENTA MIL PESETAS) como ayuda a la Investigación. Esta cantidad podrá ser administrada por la Comisión de Becas como lo estime oportuno. Estas Becas contribuyen a suministrar a los Colegiados la cantidad económica o los materiales necesarios para la realización de los estudios de investigación.

Para optar a esta modalidad de Becas será condición inexcusable la presentación de una memoria sobre el trabajo propuesto para la investigación. Cada mes a partir de la concesión de la Beca será necesario por parte del solicitante el comunicar oralmente y por escrito los avances del trabajo a los miembros de la Vocalía de Formación y Especialidades.

Será condición necesaria para optar a la concesión de Beca la de encontrarse al corriente en el pago de Cuotas Colegiales.

La retirada de este tipo de ayuda así como la concesión de las mismas serán concedidas por la Comisión de Becas y aprobadas por la Junta de Gobierno del Colegio en sesión ordinaria.

Las presentes normas entrarán en vigor a partir del 1 de Junio de 1988.

Sevilla, 21 de Abril de 1988.

CURSOS - JORNADAS - CONGRESOS

REEDUCACION POSTURAL GLOBAL

Tendrá lugar de octubre de 1988 a junio de 1989, en Vizcaya.

Información:

I.T.G. Dr. Aitor Loroño
Apdo. 576.
48080 BILBAO.
Teléf. (94) 460 34 62

ESCUELA DE VERANO DE ATENCION PRIMARIA

Organizado por el equipo CES-CA y la Red Española de Atención Primaria, tendrá lugar en Madrid, los días 11 al 15 de julio, ambos inclusive.

El objetivo de la Escuela de Verano es integrar diversos cursos, seminarios y talleres que permitan potenciar los conocimientos de los asistentes sobre las bases científicas de Atención Primaria. El alumno puede elegir y combinar las distintas actividades componiendo un currículum a su medida.

Información:

Escuela de Verano de Atención Primaria.
c/. General Moscardó, 7
28020 MADRID
Teléf. (91) 248 11 19

XII CONGRESO DE LA ASOCIACION MUNDIAL DE PSIQUIATRIA SOCIAL

Tendrá lugar en Londres, del 6 al 10 de noviembre de 1988.

Información:

Conference Associates WASP
27A Medway Street
London
SW1P 2BD
United Kingdom

CONGRESO NACIONAL SOBRE OSTOMIAS, FISTULAS DIGESTIVAS Y/O DROLOGICAS E INCONTINENCIAS

Lugar:
Palencia

Fechas:
27 al 29 de octubre de 1988

Organizado por la Dirección de Enfermería Hospitalaria Arnau Vilanova.

II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIA

Se celebrará en Sevilla los días 3, 4 y 5 de noviembre de 1988.

Información:

Secretaría Técnica:

ATECSAL
Avda. Menéndez y Pelayo 55-1
41003 SEVILLA
Teléf. (954) 42 06 12

EQUIPO DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS

Hospital Universitario Virgen de la Macarena
Avda. Dr. Fedriani, s/n
41009 SEVILLA
Teléf. (954) 37 85 00
Ext.: 1249

Secretaría Científica:

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA MACARENA
Avda. Dr. Fedriani, s/n
Teléf. (954) 37 85 00
Ext.: 1301

VIII JORNADAS NACIONALES DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA

Se celebrarán en las Palmas de Gran Canaria, los días 12, 13, 14 y 15 de octubre de 1988, organizadas por la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría.

Entre otros temas se hablará de: La Psicosis, ¿dónde estamos hoy?; Unidades de Enfermería Judiciales; Líneas actuales de investigación en salud mental, etc.

Precios:

Miembros de la
A.E.N. 13.000 pts.
No miembros 15.000 pts.
Personal en paro y/o en formación 9.000 pts.
Jubilados 3.000 pts.

Información:

Hospital Psiquiátrico de Las Palmas de Gran Canaria.
Hoya del Parrado, 2 (35017) Tafi-ra.
Las Palmas de Gran Canaria.
D. Rafael Moreno Barrera y
D. Julián Medina Quevedo
Teléf. (928) 35 00 58

III JORNADAS DE PEDAGOGIA HOSPITALARIA

Organizadas por la Escuela de Educación Especial del Hospital San Juan de Dios de Manresa, con la colaboración del Departamento de Enseñanza de la Generalitat de Cataluña, tendrán lugar en Barcelona los días 21 y 22 de octubre de 1988.

La temática hace referencia a los aspectos médico-psicopedagógicos del niño hospitalizado.

Información:

Hospital San Juan de Dios
La Culla, s/n
08240 MANRESA (Barcelona)
Teléf. (93) 874 21 12.

CONGRESO DE ENFERMERIA EN DIETETICA Y NUTRICION

Especialidad:

Médico-Quirúrgica

Lugar:
Alicante

Fechas:
27 al 28 de octubre de 1988.

CURSO DE DIRECCION HOSPITALARIA

Lugar:
Teruel

Fechas:
4 de julio al 9 de Septiembre de 1988.

Organizado por la Escuela de Gerencia Hospitalaria.

XI CONGRESO NACIONAL DE UROLOGIA

Tema:

La Enfermería ante la Urología Oncológica.

Lugar:
Huelva

Fechas:
6 al 8 de octubre de 1988.

Organizado por la Asociación Española de Urología.

VIII JORNADAS ESTATALES DE NEUROPSIQUIATRIA

Tema:

El quehacer en salud mental.

Lugar:

Las Palmas de Gran Canaria.

Fechas:

12 al 15 de octubre de 1988.

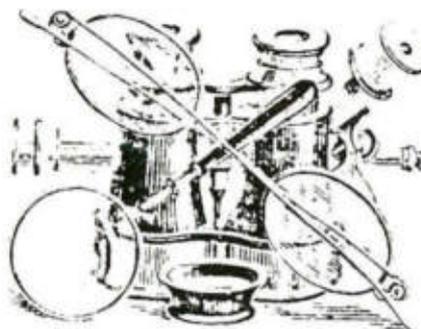
II JORNADAS HISPALENSES DE NUTRICION

Tendrá lugar en Sevilla los días 18 y 19 de Noviembre de 1988, en los Salones del Hotel Macarena.

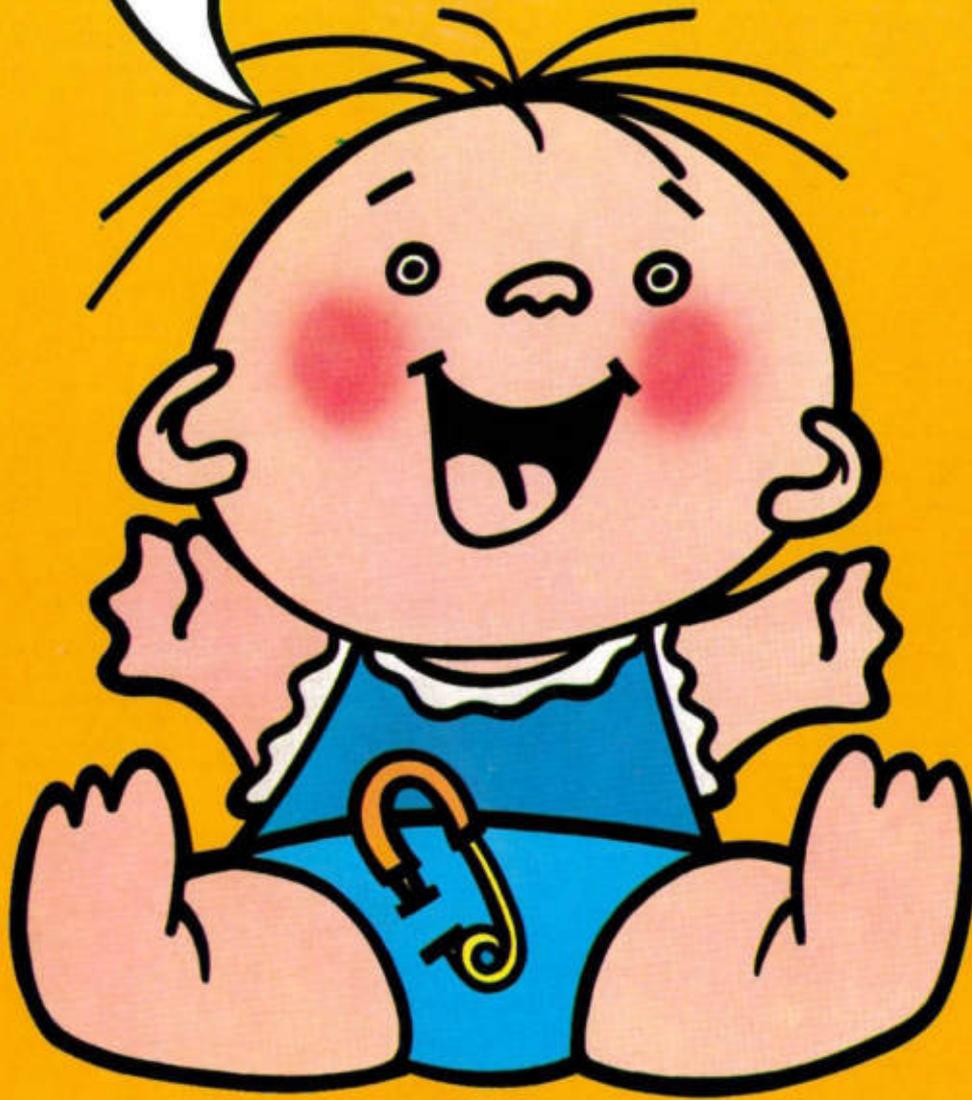
Información:

Secretaría

D. José M.ª Sevilla Palomar.
Adjunto de Formación Continua del Hospital General Universitario Virgen del Rocío.
Avda. Manuel Siurot, s/n.
Teléf. (954) 61 08 86
SEVILLA



*¡Tómate la leche
a pecho!*



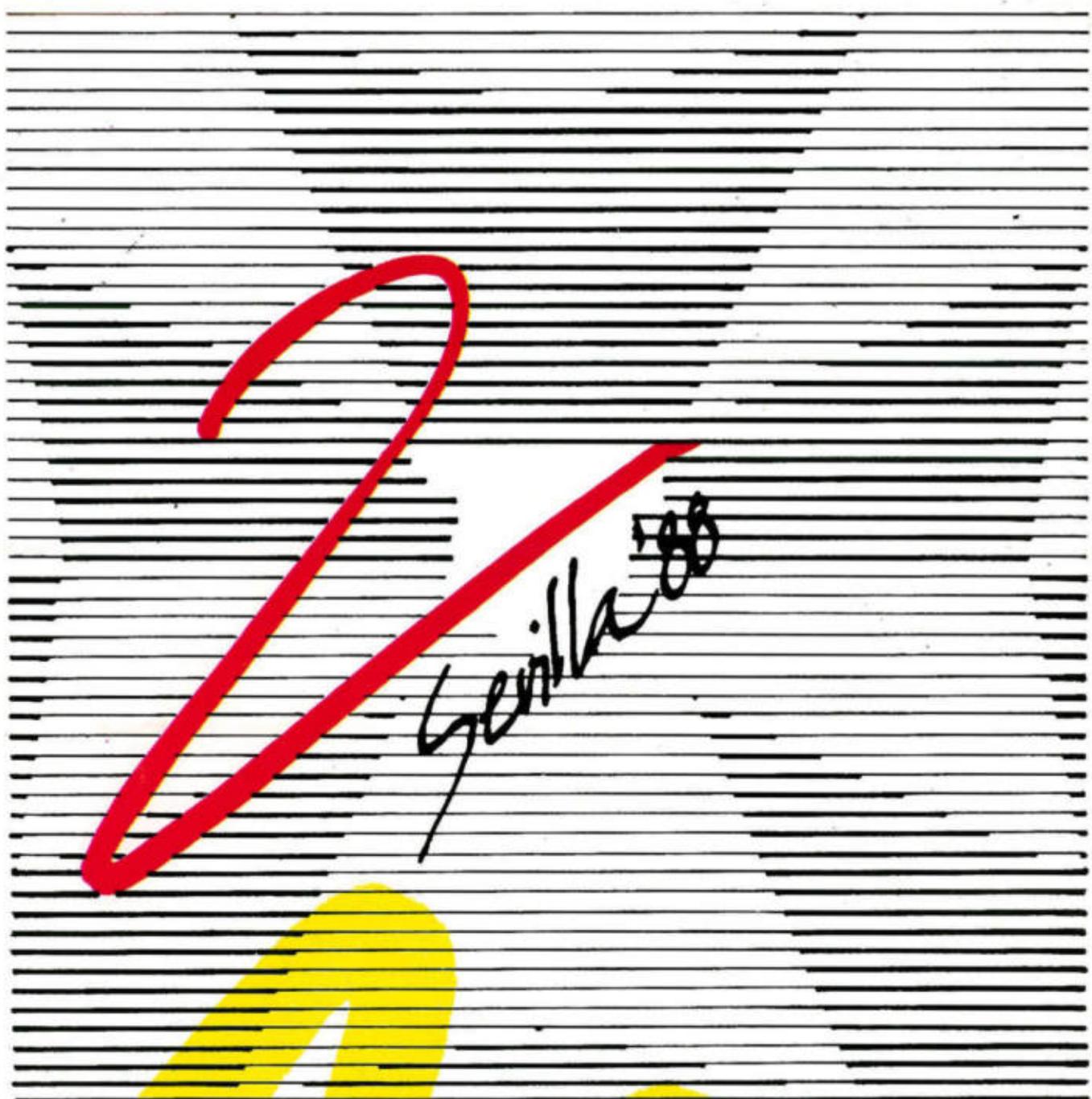
**NATURALMENTE
LECHE MATERNA**



JUNTA DE ANDALUCÍA



Consejería de Salud



Sevilla 88

C O N G R E S O
N A C I O N A L D E
E N F E R M E R I A
D E U R G E N C I A

Sevilla, 3, 4 y 5 de Noviembre 1988

Secretaría: Equipo de Enfermería del Area de Urgencias
del Hospital Universitario "Virgen Macarena"