



**La Unidad de gestión de Cuidados del Hospital
"Duques del Infantado". Una realidad.**

**Cuidados enfermeros al deportista
en fase postoperatoria**

**Influencias sociales
en la lactancia materna.
Implicaciones profesionales**

**Plan estandarizado
en neonatología:
Un caso práctico**

**Adenomas de hipófisis. Conceptos
y cuidados de enfermería**

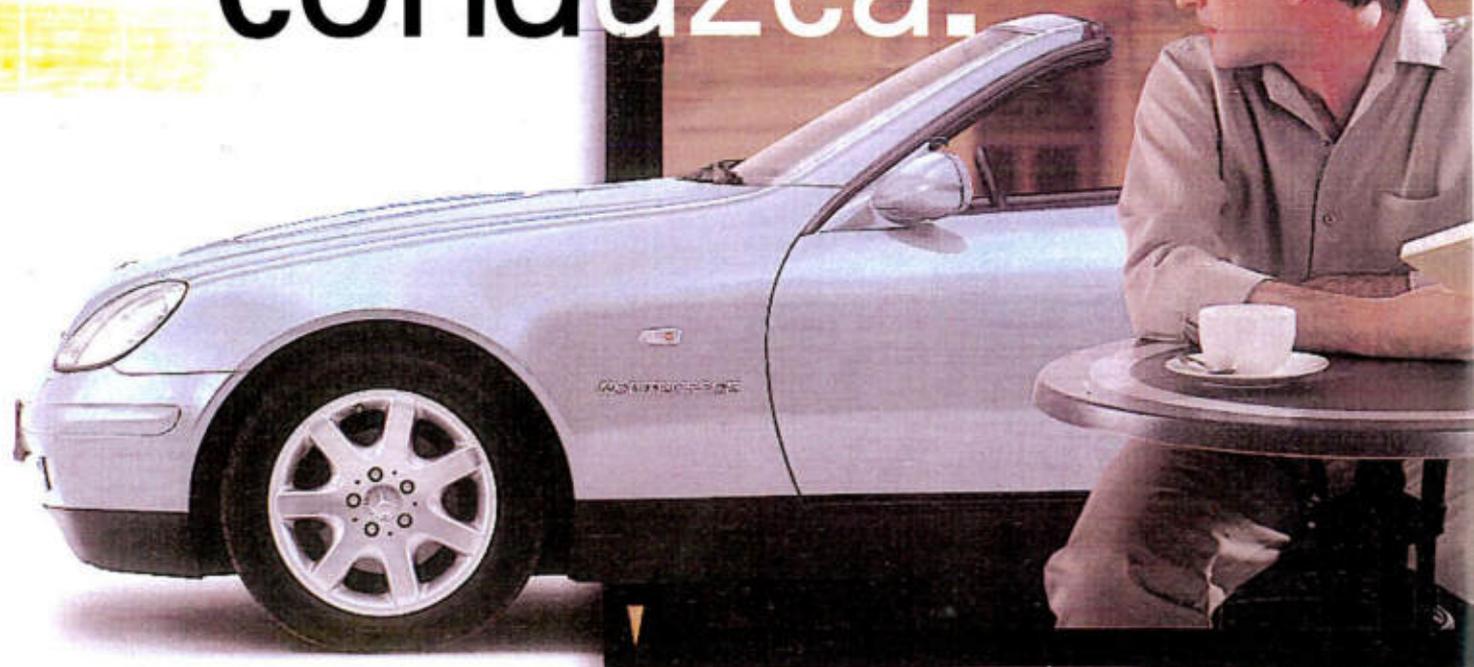
**Intervención de Enfermería en
pacientes sometidos a
Gastrostomía Endoscópica
Percutánea (P.E.G.)**

Agarrarme y soltar

**Aspectos básicos en escritura
y lectura científica**

Crédito Coche 100x100
CAJA MADRID

No sueñe.
Conduzca.



Aparque sus sueños y súbase al coche que siempre ha deseado. Ahora ya puede hacerlo. Con el Crédito Coche 100x100 **CAJA MADRID** le financiamos hasta el 100% del importe del coche y del seguro**. Desde un importe mínimo

7'91%
TAE*

de 1.500.000 pta. y un plazo mínimo de 60 meses, le ofrecemos un interés nominal del 7% y una TAE del 7'91%. En **CAJA MADRID** cumpliremos sus sueños, tengan la potencia que tengan.

 **902 2 4 6 8 10**
www.cajamadrid.es

R.B.E: 367/99. *TAE 7'91% calculada para 1.500.000 pta. con un tipo de interés nominal del 7%. Plazo mínimo 60 meses. Comisión de apertura 1'5%. Sin comisión de estudio.

**Financiación del seguro exclusivamente para clientes que lo contraten con Mapfre y sólo durante el primer año.


CAJA MADRID

LA UNIDAD DE GESTIÓN DE CUIDADOS DEL HOSPITAL "DUQUES DEL INFANTADO". UNA REALIDAD.

Cuando hace ya un año (22 de Marzo de 1999) se firmaba el Acuerdo de Gestión, de la Unidad de Gestión de Cuidados que se ponía en marcha en nuestra Comunidad Autónoma, siguiendo las directrices del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud, nos embarcábamos en un proyecto, en el que además de depositar grandes dosis de ilusión, también por qué no decirlo, nos hacía plantear grandes dudas en cuanto a sus resultados y en nuestra propia capacidad para llevarlo a buen puerto.

Hoy Abril de 2000, y en los días previos a la firma del nuevo Acuerdo de Gestión para este año, podemos decir con satisfacción que la Unidad de Gestión de Cuidados del Hospital "Duques del Infantado" es ya una realidad.

La Unidad de Gestión de Cuidados del H.D.I. es un equipo de profesionales de Enfermería, 20 Diplomados y 20 Auxiliares de Enfermería, liderados por una Supervisora (Directora de la Unidad) que han decidido, voluntariamente, incorporar mecanismos de gestión a su trabajo diario, asumiendo un mayor nivel de autonomía y paralelamente por tanto una mayor responsabilidad, con la misión de cualquier servicio enfermero, como es el diagnóstico-plan de cuidado de las alteraciones-problemas, para satisfacer las necesidades relacionadas con los problemas de salud de los pacientes.

La Cartera de Clientes de la

Unidad de Gestión de Cuidados del H.D.I. la podemos definir en dos apartados, uno de ellos sería el de **Clientes Externos** comprendido por pacientes con niveles de cuidados Mínimos-medios y amplios provenientes del servicio de urgencias de los Hospitales Universitarios "Virgen del Rocío", del área de hospitalización de los mismos o de forma directa (usuarios previos de la Unidad), y el otro sería el de **Clientes Internos** que comprendería dos Servicios Médicos, el de Medicina Interna y el de Cuidados Paliativos.

La Cartera de Servicio fue lo que primero definió a la Unidad, y que ha estado aplicando y adaptando en este año de andadura, y que no es otra cosa que la de proporcionar Cuidados de Enfermería de calidad, aplicando Planes de Cuidados, basados en 11 patrones de Acciones Cuidadoras, a los que se añaden este año Planes de Cuidados Estandarizados de las patologías prevalentes.

Los objetivos que esta Unidad ha conseguido en este año los podemos desglosar en tres grupos: a) **Objetivos Asistenciales** los cuales consistirían en: establecimientos de Planes de Cuidados, basados en los Patrones de Acciones Cuidadoras, con la implantación de los registros correspondientes; establecimiento de Hoja de Valoración Inicial; establecimiento de Hoja de Enfermería al Alta, que asegure la continuidad de los Cuidados y estandarización de Planes de Cuidados de las patologi-

as prevalentes (GDRs). b) **Objetivos de Calidad** tales como prevenir la aparición de úlceras por presión, durante la estancia del paciente. Porcentaje de la Unidad 0,5%; prevenir la infección nosocomial por canalización de vías. Porcentaje de flebitis 2%; evitar riesgos de lesiones inferior al 0,2% y aumentar la calidad percibida por los pacientes, con un índice de reclamaciones inferior al 0,2 % del total de ingreso.

c) **Objetivos de desarrollo de la Unidad:** distingue la Formación y la Investigación en la Unidad. La Formación comprende la que se imparte en el mismo servicio con un ratio de 4 horas/persona; la Interna con un promedio de 21 horas/persona y la Externa que incluye varias actividades con presentación de Posters y Comunicaciones en diversos Congresos así como publicaciones en Revistas Científicas de Enfermería. En cuanto a la Investigación la unidad está participando en un proyecto de investigación sobre Modalidades de Curas en Vías Venosas.

Desde aquí queremos alentar a sus profesionales, y a todos los profesionales de Enfermería, porque creemos que esta es una forma de identificar claramente nuestras prestaciones, dentro del sistema sanitario y posibilitar nuestra correlación de igual a igual.

González Burguillos, Rafael. Subdirector de Enfermería de Hospitales Universitarios "Virgen del Rocío".

EDITA

Ite. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José María Rueda Segura

SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

DIRECCIÓN TÉCNICA

Miguel Ángel Alcántara González

CONSEJO DE REDACCIÓN

Carmelo Gallardo Moraleda

M^a Dolores Ruiz Fernández

M^a Josefa Espinaco Garrido

Amelia Lerma Soriano

M^a Fernanda Fuentes Paniagua

Antonio Hernández Díaz

Alfonso Álvarez González

Encarnación Jiménez García

Hipólito Gallardo Reyes

TIRADA

8.500 ejemplares

ISSN

1.137-7178

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

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

REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 10

Teléfono: (95) 493 38 00

Página Web: www.ocenf.org/sevilla

Correo Electrónico: cbleg41@mail1.ocenf.org

MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E

IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

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

Sumario

HYGIA

Nº 44

3
tres

La Unidad de gestión de Cuidados del Hospital "Duques del Infantado". Una realidad.

5
cinco

Cuidados enfermeros al deportista en fase postoperatoria.

9
nueve

*Influencias sociales en la lactancia materna.
Implicaciones profesionales.*

13
trece

Plan estandarizado en neonatología: Un caso práctico.

17
diecisiete

Adenomas de hipófisis. Conceptos y cuidados de enfermería.

22
veintidos

*Intervención de Enfermería en pacientes sometidos a
Gastrostomía Endoscópica Percutánea (P.E.G.).*

35
treinta y cinco

Agarrarme y soltar.

36
treinta y seis

Aspectos básicos en escritura y lectura científica.

Manuel Gimón
López
Colegiado nº 8.442
Título:
"Tercipelo rojo"



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

Cuidados enfermeros al deportista en fase postoperatoria

Cristóbal Meseguer Liza¹

Jesús Leal Llopis¹

Carlos Martínez Martínez²

¹Diplomado en Enfermería. Especialista en Enfermería de la Actividad Física y el Deporte. Hospital Gral. Universitario Morales Meseguer. Murcia.

²Diplomado en Enfermería. Coordinador Servicios Médicos Real Madrid C. F. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Pese a los avances realizados la cirugía continua siendo una experiencia estresante, puesto que implica una amenaza a la integridad corporal y, a veces, una amenaza a la vida misma. Por ello, resulta innegable que cualquier intervención quirúrgica va precedida de algún tipo de reacción emocional y significa una experiencia única para cada persona.

TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ESTÁ PRECEDIDA DE ALGÚN TIPO DE REACCIÓN EMOCIONAL

Nuestro trabajo no pretende reproducir un protocolo postquirúrgico habitual, sino que entre algunas acciones que hemos considerado básicas, incluimos ciertas matizaciones que finalmente contribuyan a mejorar nuestro servicio a la sociedad.

Se intenta hacer un especial énfasis en ciertas particularidades que reúnen algun@s pacientes que, cada día con mayor frecuencia, encontramos en nuestras unidades de hospitalización y que, fruto de los cambios socioculturales que vive nuestra sociedad, han

integrado en sus estilos de vida la realización de alguna actividad física o deportiva.

Tampoco proponemos que sean considerad@s diferentes, sino con algunas necesidades y capacidades particulares que, en la mayoría de las ocasiones, nos pueden servir como elemento reforzador positivo de las actividades que programemos para su mejor recuperación.

Por tanto, para lograr una atención integral a cualquier paciente quirúrgico, además de los aspectos técnicos relacionados con la intervención, hemos de tener en cuenta, fundamentalmente, los

aspectos psicosociales del paciente, factores especialmente potenciados en este tipo de pacientes, sin olvidar que toda intervención va precedida de algún tipo de *reacción emocional debido a diversos factores como:*

- Temor a la situación desconocida.
- Falta de información veraz y comprensible.
- La agresión física que supone la intervención quirúrgica.
- Temor al pronóstico.
- Temor a la alteración de la imagen corporal.
- Temor a los posibles cambios de forma de vida.

- Alteración que ocasiona la hospitalización en el ámbito familiar, social y económico.

POSTOPERATORIO MEDIATO Y TARDÍO

Por todo lo expuesto antes, nuestros *objetivos básicos* durante la fase postoperatoria irán dirigidos a la intervención sobre los aspectos psicosociales de los pacientes:

- *Restablecer* el óptimo funcionamiento del organismo.
- *Atender* las necesidades del paciente hasta su salida del centro hospitalario.
- *Proteger*, apoyar y confortar al paciente y su familia.
- *Atenuar* el impacto que supone la hospitalización en el estilo de vida del paciente.
- *Minimizar* al máximo el deterioro musculoesquelético y psicológico que la inmovilización produce el organismo.
- *Potenciar* las capacidades de cada paciente para que contribuyan a mejorar su periodo de recuperación.

Algunas de las actuaciones que se van a proponer exigen el estable-

cimiento de un consenso con el equipo facultativo no habituado posiblemente a que el personal de Enfermería tome iniciativas de este tipo, como llevar al límite la precocidad de la deambulación, o la movilización pasiva de las zonas quirúrgicas como elemento de valoración del proceso por un lado, y como factor favorecedor de la recuperación.

Insistir en el hecho de que la mayoría de nuestras propuestas precisan la inexcusable participación del paciente, por tanto, se trata de aprovechar el elevado grado de motivación que éste tiene. Por otro lado, hemos de realizar dos puntualizaciones:

1ª. Siempre tenemos que tener bien delimitado donde está el límite. Es decir, si nos decidimos a adoptar esta actitud con el paciente, no podemos olvidar nuestra responsabilidad en el control más adecuado del grado máximo pero ideal del proceso de recuperación.

2ª. El organismo humano, por mucho que mejoremos las condiciones para su recuperación, tiene unos "tiempos biológicos" mínimos imposibles de superar. Quiere esto decir, que si el tiempo mínimo para la recuperación de una fibra

muscular es, por ejemplo, de diez días, no podemos afirmar que a los cinco el proceso esté resuelto. Nosotros hemos de contribuir a que el paciente no tenga que esperar inactivo esos días para iniciar su recuperación, con lo que el tiempo total que no realiza la actividad deseada se reducirá considerablemente.

Hechas estas salvedades, para la consecución de nuestros objetivos hemos de tener en cuenta que la mayoría de los procesos quirúrgicos serán de la extremidad inferior y que, por tanto, va a condicionar de forma importante el tipo de **actividades programadas**. Algunas de las cuales serán:

- Control de las constantes vitales cada cuatro horas, al menos las primeras veinticuatro.
- Dependiendo del tipo de anestesia, asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
- Prevención de problemas pulmonares postoperatorios con oxigenoterapia, realización de manipulaciones torácicas que favorezcan la eliminación de posibles secreciones acumuladas, o ejercicios respiratorios en cuanto el nivel de vigilia del paciente lo permita.
- Aplicación de crioterapia en la región quirúrgica con el fin de disminuir posibles hemorragias. En estas circunstancias debemos prever las posibles manifestaciones de hipotermia, como escalofríos secundarios a la aplicación del frío, así como las medidas para controlarlo.
- Las características del apósito, si lo hubiese, para identificar sangrados no esperados tras la intervención. Asimismo, prestar mucha atención a un posible sangrado en sábana o las nada infrecuentes reacciones de hipersensibilidad al material, según nos demuestra la práctica clínica.
- Correcto funcionamiento del sistema de drenaje, si hubiese sido necesario.

**ES FUNDAMENTAL UN CONSENSO
CON EL EQUIPO FACULTATIVO,
NO HABITUADO A ESTA SERIE
DE INICIATIVAS**

- Ejercicios de estiramientos musculares puesto que, entre otros efectos, se reduce la tensión muscular, aumentan la irrigación sanguínea, disminuye la inflamación muscular si la hubiere, incremento la relajación mental y física, fomenta el conocimiento del propio cuerpo y, en el caso de la mujer, disminuye el dolor en menstruaciones severas.
- Administración de la terapia anticoagulante si estuviese pautada.
- Mantener el tono muscular, iniciando, salvo que exista contraindicación al respecto, la movilización pasiva de la zona por parte de la enfermer@, y activa del resto del cuerpo por parte del paciente durante las 12 horas siguientes a la intervención. Podemos indicarle que comience con ejercicios de tipo isométrico, sobre todo de las extremidades inferiores y abdominales.
- Posteriormente, se iniciará la realización de ejercicios de mayor grado de amplitud e implicación de grupos musculoesqueléticos.
- Control del dolor, puesto que las personas que realizan una actividad deportiva de forma regular y habitual suelen retrasar en exceso el máximo requerimiento a una estructura, clínicamente recuperada, por recordar sensaciones dolorosas anteriores, de forma que interpretan percepciones propias y típicas del proceso de recuperación como dolorosas.

Sin embargo, no debemos olvidar que el dolor de la herida quirúrgica puede ser aliviado o modificado con medicamentos o con la estimulación a moverse ya sea en la cama, ya por la habitación, a las que debemos añadir técnicas de relajación y distracción.

- Dependiendo de la agresividad de la intervención a la que se haya visto sometido, se iniciarán acciones de educación dietética, conducentes a favorecer el proceso de cicatrización, como el

nivel de ingesta de proteínas y de vitamina C.

- Prevenir posibles dehiscencias de las heridas, resaltando la importancia que puede desempeñar la correcta cicatrización del tejido, la realización de ejercicio con la zona afectada, puesto que éste realiza una acción de realineamiento de las fibras musculares, al tiempo que la recuperación de la elasticidad y capacidad contráctil de la estructura se va realizando de forma progresiva.
- Dado que la mayor parte de estas personas, como ya se ha indicado, sufrirán la intervención en las extremidades inferiores, la prevención de la tromboflebitis postoperatoria abarcará desde, la aplicación de vendajes elásticos, la realización de masajes, evitar la compresión sobre la

zona poplítea, o el más rentable, tanto para el sistema sanitario como para el paciente, la movilización precoz tanto de las piernas, como la deambulacion.

CONCLUSIONES

De lo expresado, podemos extraer dos conclusiones básicas que no diferirían sobre manera del planteamiento con cualquier paciente que ingrese en una unidad quirúrgica en la actualidad.

Es decir, por un lado, está plenamente establecido en el cuidado enfermero que la movilización precoz de un paciente encamado repercute positivamente a diversos niveles; luego, lo que se ha intentado es ubicar y justificar algunas actividades, que habitualmente se consideran propias de una fase posterior del proceso de recupera-

EFFECTOS DEL ESTIRAMIENTO

- REDUCE LA TENSIÓN MUSCULAR.
- AUMENTA LA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA.
- DISMINUYE LA INFLAMACIÓN.
- AUMENTA LA RELAJACIÓN MENTAL Y FÍSICA.
- FOMENTA EL CONOCIMIENTO DEL PROPIO CUERPO.
- EN MUJERES, PUEDE DISMINUIR EL DOLOR MESTRUAL.

ción, y que, los pacientes sobre los que se centra la atención de este trabajo, pueden asimilar y recibir de forma casi inmediata incrementando las expectativas de los cuidados generales previstos.

Por otro, consideramos que esta propuesta no supone una mayor complejidad del acto asistencial, sino que redundará en un incremento de la calidad prestada, un mayor grado de satisfacción del usuario y, consiguientemente, un incremento de la valoración social del Diplomado en Enfermería.

Finalmente, no debemos olvidar que el profesional de la Enfermería debe velar por cuidar y educar a que las personas sean lo más autosuficientes para su reinserción en su ambiente sociofamiliar.

CONCLUSIONES

- **BUSCAR EL LÍMITE EN LA PRECOCIDAD DE LA ACTUACIÓN.**
- **LA REALIZACIÓN DE ESTAS ACTIVIDADES NO SUPONE UN INCREMENTO DE LA COMPLEJIDAD DEL ACTO ASISTENCIAL.**
- **MEJORA DEL RESULTADO ECONÓMICO DE LA INSTITUCIÓN AL REDUCIR EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN.**

BIBLIOGRAFÍA

- BRUNNER, L. S.: SUDDARTH, D.S.: "Enfermería Médico-Quirúrgica" 6ª edición, México D.F. Interamericana, 1992
- BARRACHINA BELLÉS, LIDÓN: "Enfermería Médico-Quirúrgica. Generalidades". Edit. Masson, S.A. Barcelona, 1995.
- GONZÁLEZ LÓPEZ, M. C.: "Cuidados standar ante una artoplastia de cadera y su preparación para el alta". Enfermería Científica. nº 146-147, pág. 73-77.
- JOHNSON, J.: "El masaje deportivo". Ediciones Martínez Roca. S.A. Barcelona, 1996
- JURADO BUENO, A.: "El postoperatorio". Enfermería Científica nº 48, pág. 37-41.
- HOLLOWAY, N.M.: "Planes de Cuidados de Enfermería Médico-Quirúrgica" Edit. Dogma. S.A. Barcelona, 1990.
- MARTÍNEZ DUBOIS, S.: "Cirugía. Bases del conocimiento quirúrgico". Interamericana. McGraw-Hill. México 1996.
- SÁEZ VAY, F.; LLEIXA FOFTUNY, Mª M.; BONFILL ACCENSI, E; GONZÁLEZ GARCÍA, E.; MALDONADO SIMÓ, Mª L.: "Atención integrar al paciente quirúrgico" Enfermería Científica. nº 168-169, pág. 48-52.

Influencias sociales en la lactancia materna. Implicaciones profesionales

M^a Dolores Guerra Martín¹
Vicente Fernández Rodríguez²

¹Centro de Salud de Bellavista. Sevilla

²Hospital Duques del Infantado. Sevilla

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surgió a raíz de un estudio que se inició en septiembre de 1997, con las madres que acudían a la consulta de metabopatías en el Centro de Salud de Bellavista.

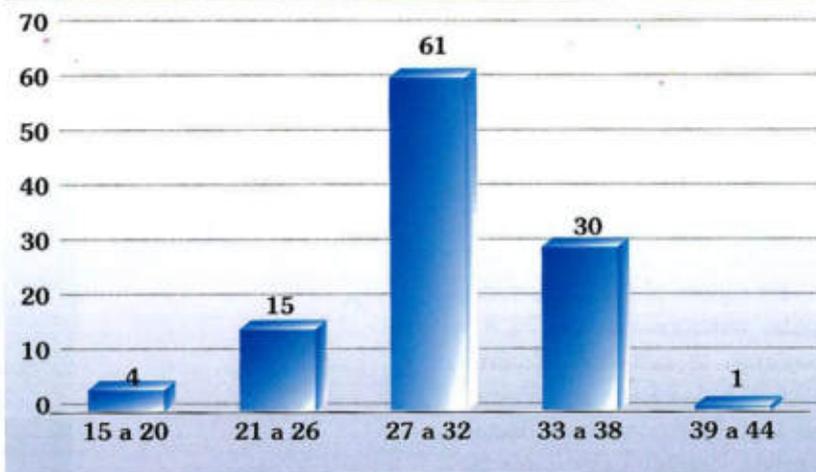
Entre los diferentes datos que recogíamos en dicha consulta preguntábamos el tipo de lactancia que le proporcionaban a sus hijos. Este cuestionario lo estuvimos realizando durante nueve meses.

Pasados dos años nos propusimos recabar información en relación con la Lactancia Materna de un grupo de madres que seleccionamos de las que estudiamos en 1997.

Nuestro objetivo último sería conseguir aumentar los casos de Lactancia Materna y animar con esta investigación a todos los profesionales que trabajan en este campo, a fomentar la Lactancia Materna y darles algunas claves para conseguirlo.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) nos dice que más del 97% de las mujeres, están fisiológicamente preparadas para proporcionar la Lactancia Materna a sus bebés de manera satisfactoria. Ante esta afirmación ya

GRÁFICO 1. EDADES



podemos ir pensando en una meta porcentual con respecto al ideal de Lactancia Materna que deberíamos de conseguir.

Según José Peña Guitián, Presidente de la Asociación Española de Pediatría hay argumentos fisiológicos, biológicos y económicos, más que suficientes para que los profesionales de la salud, unamos nuestros esfuerzos en el fomento de la Lactancia Materna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nos hemos basado tanto en métodos cuantitativos (cuestionarios) como cualitativos (entrevistas).

El estudio inicial se realizó con un cuestionario que elaboramos previamente y donde después, íbamos registrando los datos recogidos en la consulta de metabopatías, durante nueve meses. Dichos datos fueron:

- Edad de la madre.
- Abortos.
- Hijos previos.
- Sexo del recién nacido.
- Semanas de gestación.
- Preparación al parto.
- Ocupación de la madre.

El segundo paso de esta investigación lo hemos llevado a cabo en 1999 y consiste en un análisis retrospectivo de un grupo de madres que seleccionamos entre las que les realizamos el

cuestionario entre 1997 y 1998. A esta muestra elegida de madres les realizamos unas entrevistas semiestructuradas. Donde recogíamos el por qué elegían la Lactancia Materna, la duración de la misma, los motivos por los que interrumpían permanentemente la Lactancia Materna y otros datos de interés que las informantes nos querían recalcar por ser importantes para ellas o para nosotros según íbamos realizando las entrevistas.

RESULTADOS

La muestra inicial fue de 115 madres, donde hay que resaltar que un 53% tenía edades comprendidas entre 27 - 32 años, el resto de los grupos de edades quedan reflejados en el gráfico 1.

En cuanto al tipo de lactancia elegida, tenemos que un 74,8 % escogieron la lactancia Materna, un 9,6 % la lactancia con fórmula y un 15,6 % escogieron la lactancia mixta (combinación entre lactancia Materna y lactancia con fórmula). (Gráfico 2)

Con respecto a la ocupación de estas madres tenemos que un 50% eran amas de casa, el resto del porcentaje lo hemos dividido según fuese el trabajo realizado: en el servicio doméstico, de auxiliares en cualquier empresa, trabajos donde se exige una Diplomatura, o por último, de Licenciadas. (Gráfico 3)

Con referencia a la segunda muestra que analizamos dos años más tarde, de 44 madres escogidas de la muestra inicial, (Gráfico 4), 39 eligieron lactancia Materna y 5 lactancia con fórmula. (Gráfico 5)

Con la idea de sintetizar al

GRÁFICO 2. LACTANCIA

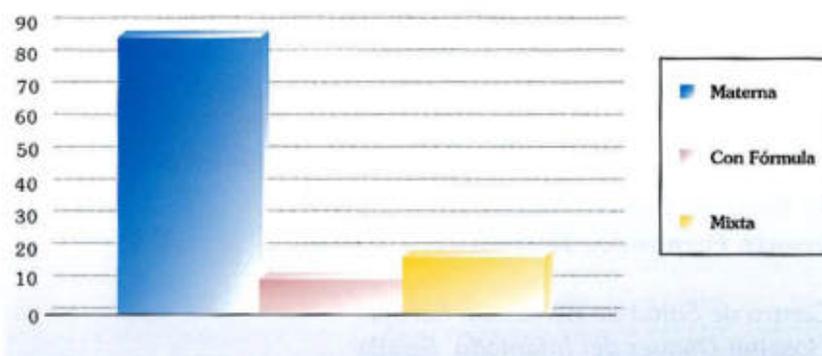


GRÁFICO 3. OCUPACIÓN

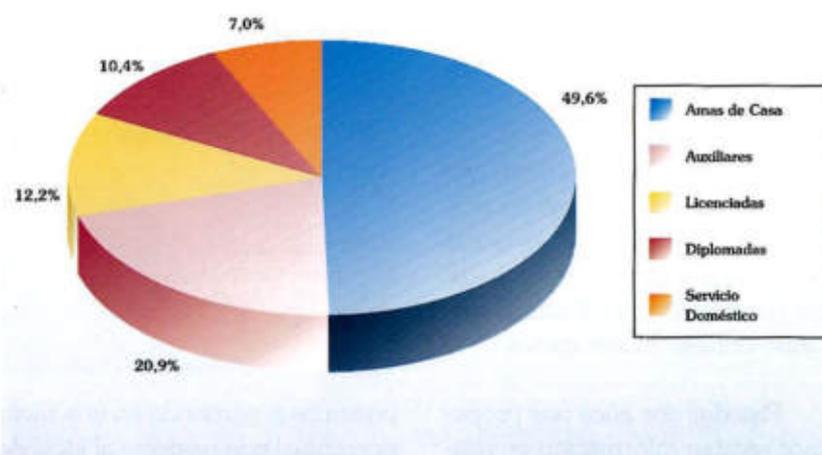


GRÁFICO 4. MUESTRAS DE ESTUDIO

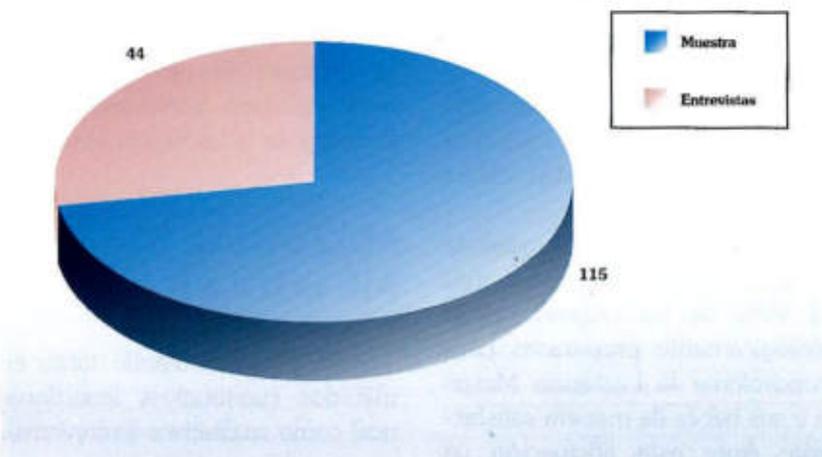
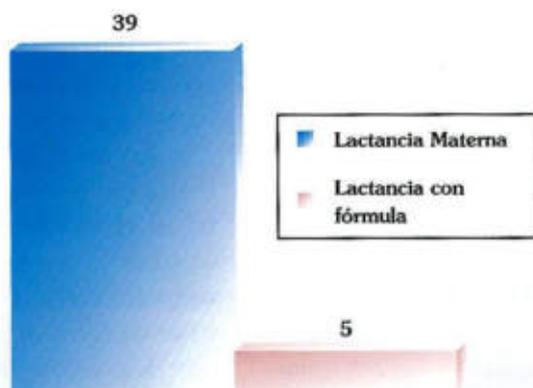


GRÁFICO 5. ENTREVISTAS



máximo los resultados recogidos de las entrevistas en cuanto al **POR QUÉ ELIGIERON LA LACTANCIA MATERNA** tenemos:

- Mejor alimentación -> 4
- Prevención de enfermedades -> 5
- Mejor alimentación y prevención de enfermedades -> 1
- Es lo más natural y mejor -> 16
- Prevención de enfermedades y es lo más natural y mejor -> 4
- Por tradición -> 2
- Por consejo facultativo -> 4
- Más económico -> 2
- Por mayor comodidad -> 1

De las madres que **ELIGIERON LACTANCIA CON FÓRMULA**, nos encontramos con los siguientes motivos:

- 3 casos por aporte de leche insuficiente real o imaginario.
- 2 casos por dificultad en el proceso de amamantamiento:
- * 1 caso por hospitalización materna.
- * 1 caso por estar la madre con un tratamiento farmacológico que contraindicaba la Lactancia Materna.

De los 39 casos que eligieron la **LACTANCIA MATERNA** LA **MEDIA DE DURACIÓN** de la misma es de 3,7 meses; sin contar en

esta media con dos casos que continuaron hasta los 19 y 21 meses ya que modificaría la media, induciendo a un valor más elevado e inexacto. (Gráfico 6)

En cuanto a los **MOTIVOS POR LOS QUE LAS MADRES SUSPENDEN LA LACTANCIA MATERNA** nos encontramos con dos casos en los que interrumpen la Lactancia Materna permanentemente a los pocos días de su inicio debido a anomalías en las mamas. El resto de los motivos son:

- Porque a las madres ya les parecía suficiente el tiempo de la lactancia.

- Laborales (sobre todo en el tercer y cuarto mes).
- Porque el lactante prefería lactancia con fórmula o la alimentación complementaria en detrimento de la Lactancia Materna.
- Porque las madres creían que era insuficiente la cantidad de leche que les proporcionaban.

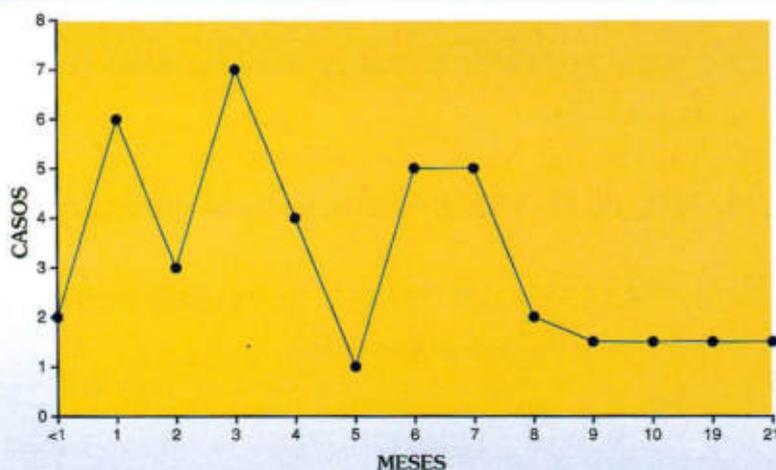
DISCUSIÓN

Observamos un alto interés por parte de las madres de proporcionar a sus hijos la Lactancia Materna ya que en todos los casos estudiados las madres han querido o por lo menos intentado iniciar la Lactancia Materna.

En España inician la Lactancia Materna un 60% de las madres, aunque a los dos meses sólo la mantienen el 20%. Por lo cual observamos en nuestro estudio, aún siendo la muestra pequeña, que el tiempo de la Lactancia Materna es mayor a la media nacional.

Según el Royal College of Midwives, los bebés han de estar alimentados con Lactancia Materna hasta los cuatro meses como mínimo y preferiblemente hasta

GRÁFICO 6. DURACIÓN LACTANCIA MATERNA



los seis meses. En este caso encontramos la media de duración de la Lactancia Materna algo inferior a la recomendada, al ser de 3,7 meses.

Con respecto a la duración de la Lactancia Materna, hay dos casos con una duración superior a la recomendada (19 y 21 meses) según las autoras versadas en la materia, las cuales nos dicen que la Lactancia Materna no sobrepasará en ningún caso los 9 - 12 meses.

Para el fomento de la Lactancia Materna creemos que debemos de insistir aún más los profesionales que estamos en contacto con las embarazadas, en el parto y con las púerperas, en las ventajas de la Lactancia Materna. Ya que en nuestro estudio sólo 4 madres dijeron elegir la Lactancia Materna por consejo facultativo.

También hay que insistir mucho en la forma adecuada de dar el pecho al lactante. En quitar los "miedos" que tienen las madres

a que su leche no es suficiente o adecuada. Al tiempo de espera entre toma y toma. Y la costumbre de dar por "norma" los dos pechos en cada toma.

También, habría que habilitar los mecanismos por los que estas madres no tengan por qué interrumpir la Lactancia Materna por motivos laborales.

Otra medida a plantear para el fomento de la Lactancia Materna, es que en los hospitales las madres puedan ofrecer el pecho al hijo en la primera media hora después del parto, éste sería un objetivo fundamental a conseguir por parte del Hospital, en concreto del Paritorio.

Otro objetivo fundamental por parte del Hospital, sería el de enseñar la manera de dar correctamente el pecho al bebé, ya que habrá madres que ya lo sepan, pero, habrá otras que no.

Después debe haber una

interrelación Hospital -> Centro de Salud donde se informen los profesionales de las incidencias que puedan tener las madres en relación con la Lactancia Materna.

En los Centros de Atención Primaria existe una labor fundamental en el fomento de la Lactancia Materna ya que hay una captación temprana desde que la pareja desea tener un hijo y otra segunda captación después del parto, una vez que la madre se reincorpora a su hogar, donde habría que hacer una visita domiciliaria a la púerpera lo más pronto posible, siendo uno de los objetivos el fomento de la Lactancia Materna.

Este estudio queda abierto a todo tipo de aportaciones. Y es un campo abierto donde hay una población susceptible con una motivación alta donde creemos que se puede conseguir un aumento tanto en la Lactancia Materna por el bien del bebé, como en la satisfacción de la madre que opte por la misma.

BIBLIOGRAFÍA

LACTANCIA MATERNA. Manual para profesionales. Royal College of Midwives. 2ª Edición. Barcelona. 1994.

TRATADO DE PEDIATRÍA. Nelson. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. 1980.

GUÍA PARA LA SALUD INFANTIL. En Atención Primaria. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales. 1990.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. M. T. Luis. Harcourt Brace. 3ª Edición. Madrid. 1995.

Plan estandarizado en neonatología: Un caso práctico

Inmaculada Quesada Madrigal¹
Fco. Javier Bernet Toledano²

¹Enfermera. Supervisora de Neonatología del H. U. Virgen Macarena. Sevilla

²Enfermero. Coordinador de estándares de cuidados. H. U. Virgen Macarena. Sevilla

INTRODUCCIÓN

Estandarizar la realidad cuidada, permite entre otras cosas crear un referente de la asistencia prestada; posibilitando conocer cuales son los niveles de calidad que se están llevando a cabo.

Este Estudio es una experiencia práctica sobre Planes Estandarizados de cuidados,

como vía alternativa de los planes individualizados; para poder tener bien estructurados los cuidados llevados a cabo en el "día a día".

Partiendo de una realidad de cuidados integrales a niños y familias de los mismos; se analiza la misma para dejar concretados cuales son los puntos básicos y pautados de estos cuidados, para que de esta reflexión se llegue a una situación de MEJORA CONTINUA.

El siguiente trabajo es una realización del Servicio de Neonatología del Hospital "Virgen Macarena" de Sevilla, de marcado carácter cualitativo, aunque sigue pautas de realización diseñadas a través de la Dirección de Enfermería y llevadas a cabo por la Coordinación de Estándares de cuidados y el personal de la Unidad de Neonatología del citado Hospital.



Es una labor del equipo enfermero, el desarrollar cualquier protocolo de asistencia de la Unidad.



El trabajo en las Unidades de Neonatología exige una estructuración minuciosa de los cuidados prestados.

OBJETIVOS

- A.- Unificar criterios de cuidados y desarrollar un Plan de cuidados.
- B.- Implicar a todos los profesionales en el proceso de realización
- C.- Aumentar la calidad de los cuidados.
- b) Realizar un Plan definitivo con las aportaciones de los diversos turnos.
- c) Consensuar con los Turnos de trabajo, el Plan definitivo llevado a cabo, para que sea modificado si fuese necesario.
- d) Implementarlo en las Observaciones enfermeras a través de Hoja Resumen del Plan.
- e) Evaluar el proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

El proceso de trabajo está desarrollado a través de una Metodología Cualitativa de Consenso (= grupos focales), pues se cuenta con todo el Equipo de Enfermería de la Unidad.

Las **Fases del trabajo** son:

- a) Estructurar con reuniones de equipo por turno de enfermería, de un Plan de cuidados; intentando evitar encorsetar las aportaciones de los profesionales; estas se comienzan en Octubre de 1998 .

Se analizan los datos a través de la técnica del ANÁLISIS DE CONTENIDO .

RESULTADOS: PLAN DE CUIDADOS

El Plan de Cuidados es realizado sobre un determinado **GDR: "Neonato de peso inferior a 2.995 gramos sin patología quirúrgica significativa, con problemas menores"**.

La Elaboración del mismo gracias a los contenidos verbales y otras aportaciones de todos los turnos dio como fruto lo siguiente:

La **Estructura del Plan de Cuidados** es la siguiente:

- Descripción del proceso a cuidar; análisis de la situación a cuidar, en líneas generales, con aspectos fisiopatológicos básicos.
- Aspectos básicos de la línea de cuidados que se siguen; teorías



Unidad de Prematuros del H. U. Virgen Macarena de Sevilla.

enfermeras que lo fundamentan.

- Descripción de los problemas del paciente y/o familia que Enfermería cuida en el tiempo de ingreso, descritos a través de diagnósticos de enfermería y/o problemas interdependientes.
- Objetivos planteados.
- Actividades enfermeras por problema descrito.
- Anexos con: materiales que se utilizan y Cartera de Servicios según el SIGNO en función al proceso llevado a cabo.

Como muestra del Plan llevado a cabo entre alguno de los Problemas que se detectan en este tipo de enfermos:

- * **Ansiedad de los padres** relacionada con desconocimiento del proceso e ingreso del niño

Objetivo: Manifestarán sus dudas y disminuirán su ansiedad durante el ingreso.

Actividades:

- Explicar normas de funcionamiento de la Unidad.
- Hacer escucha activa de lo manifestado por padres, resolviendo dudas en torno a los cuidados y tranquilizándolos.
- Ofertarle los servicios religiosos si lo demandan.
- * **Hipotermia** relacionada con su bajo peso.

Objetivo: Mantendrá su temperatura en niveles fisiológicos.

Actividades:

- Colocar al RN en una incubadora previamente calentada.
- Se mantendrá la incubadora a 38°, durante las 2 primeras horas de ingreso, bajándose progresivamente según la temperatura del niño.



Aspecto de uno de los boxes donde se desarrolla la asistencia.



Uno de los objetivos básicos, es aumentar la calidad de los cuidados prestados.



El trabajo estructurado satisface en gran medida al personal que participa en el mismo.

- Controlar la temperatura rectal cada 3 horas y registrar
- Servo-controlar de forma continuada

CONCLUSIONES

- Mejora de la calidad asistencial, por la continua reflexión que se hace del trabajo en la Unidad.
- Participación de todos los

enfermeros/as en la realización del Plan, con lo que se crea un sentimiento de pertenencia e inclusión en esta labor.

- Utilización del Plan según el contexto de la Unidad, según el "día a día", evitando el exceso de teorías, que nunca se reflejan en el ámbito práctico.
- Reautoalimentación de los profesionales con su trabajo
- Conciencia de Equipo de trabajo

- En la actualidad se está en la fase de análisis definitiva del Plan que llevaron a cabo y llegando a implementarlo.

- Intento de cambiar ciertos aspectos puramente de carácter biomédico por otros con un sentido más enfermero.

- A pesar de todo hay que luchar con muchas "faltas de motivación" y un deseo de continuismo, que suponen una gran barrera en deseos de cambiar por otros.

BIBLIOGRAFÍA

OLDS, S. B., LONDON, M. L., LAEDEWING, P. A., "Enfermería Materno-Infantil: un concepto integral familiar". Ed. Interamericana. 1987. Mexico

AUKAMP, V., "Planes de Cuidados de Enfermería Materno-Infantil". Ed. Masson-Salvat de Enfermería. 1993. Madrid.

MARLOW, D., REDDING, B., "Enfermería Pediátrica". Ed. Médica- Panamericana. 1988. Buenos Aires.

ALFARO-LEFEVRE, R., "Aplicación del proceso enfermero". Ed. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1999.

UGALDE APALATEGUI, M., RIGOL I CUADRA, A., "Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA". Ed. Masson. Barcelona, 1995.

Adenomas de hipófisis. Conceptos y cuidados de enfermería

Cristóbal Sánchez García¹
Pilar Bolea Salinas²

¹Enfermero. Supervisor del Servicio de Neurocirugía. Hospital de Rehabilitación y Traumatología. H. H. U. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

²Enfermera. Servicio de Neurocirugía. Hospital de Rehabilitación y Traumatología. H. H. U. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

En ésta región anatómica hemos de considerar fundamentalmente los adenomas de hipófisis, aunque también podemos encontrar craneofaringiomas, meningiomas, astrocitomas del quiasma óptico, etc.

Los adenomas hipofisarios representan aproximadamente el 8% de todos los tumores intracra-neales. De éste 8%, el 90% son tumores de la adenohipófisis (hipófisis anterior) y el 10% restante son tumores de la neurohipófisis (lóbulo posterior de la hipófisis).

Estos tumores de la neurohipófisis son similares a los que aparecen en otras zonas del tejido nervioso.

Histológicamente son benignos, y sólo en raras ocasiones se encuentran formas malignas, en cuyo caso hablaríamos de carcinomas primarios de hipófisis.



Inicio tolerancia oral.

CLASIFICACIÓN

Se pueden encontrar diferentes clasificaciones de los tumores hipofisarios, pero una clasificación sencilla sería la siguiente :

1.- POR SU FUNCIÓN

A) Hiperfuncionantes o con Actividad Endocrina. Productores de :

GH -----* ACROMEGALIA

-----* GIGANTISMO

PRL -----* PROLACTINOMAS

ACTH----ENF. DE CUSHING

TSH--* HIPERTIROIDISMO 2º

LH / FSH / ALFA SUBUNIDAD

MÚLTIPLES

B) No funcionantes o sin Actividad Endocrina. Son más raros y por eso no los vamos a citar.

2.- POR SU TAMAÑO. Pueden ser :

MICROADENOMAS (Igual o menor de 10 mm)

MACROADENOMAS (Mayor de 10 mm)

CLÍNICA

La clínica puede variar según la localización y tamaño del tumor o según su funcionalidad.

1.- Por su localización y tamaño. Pueden producir éstos síntomas :

- * Compresión de vías ópticas en quiasma, por lo cual el síntoma más común será una hemianopsia bitemporal.
- * Ocupación del seno cavernoso. Habrá una afectación del III Par Craneal. (Motor Ocular Común) y del VI Par (Motor Ocular Externo).
- * Cefaleas y vómitos, es decir, signos de Hipertensión Intracraneal.

2.- Por su funcionalidad.

* **Productores de GH.** Producen Acromegalia en el adulto, con todo el cortejo sintomático de :

- Crecimiento de partes acras o distales (manos, pies, lengua, etc.)
- Síndrome del túnel carpiano
- Artritis degenerativa
- Hipertensión arterial
- Intolerancia hidrogenocarbónica - Diabetes

También estos tumores hipofisarios productores de GH producen Gigantismo en pacientes pre-puberales, es decir, un aumento de la estatura fundamentalmente.

* **Productores de PRL.** Son los responsables de los Prolactinomas, cuya sintomatología fundamental es :



Es importantísimo mantener la permeabilidad de los tubos de Wendel.

- En mujeres provoca galactorrea, con o sin amenorrea, e hirsutismo.
 - En hombres, disminución de la libido y de la potencia sexual.
 - Atrofia muscular
 - Piel atrófica, con estrías abdominales de aspecto vinoso.
 - Osteopenia
 - Diabetes
 - Hipertensión arterial
- * **Productores de ACTH.** Provocan la Enfermedad de Cushing, siendo una de las entidades clínicas de mayor importancia por su florida sintomatología :
- Obesidad Central
- * **Productores de TSH.** Lo fundamental es que van a producir un Hipertiroidismo Secundario, acompañado de un aumento de TSH.



Toma de constantes vitales durante el postoperatorio.

En cualquier caso, suele ser moderado o leve.

*** Productores de LH / FSH / ALFA SUBUNIDAD.**

En la mujer suelen producir infertilidad y alteraciones menstruales, aunque es más frecuente en el hombre, encontrándose un aumento significativo de las tasas de testosterona.

*** Múltiples o Mixtos.**

La sintomatología dependerá de los tumores funcionantes implicados.



Retirada del taponamiento nasal a las 48 horas de la intervención.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico lo vamos a dividir en tres apartados :

1.- Clínico.

- Aspecto físico
- Exploración : galactorrea, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, estrías, etc.

2.- Oftalmológico.

- Campimetría: Hemianopsia bitemporal
- Fondo de ojo: Atrofia y edema de papila

3.- Laboratorio.

Las pruebas de laboratorio son múltiples, siendo algunas de ellas específicas del tumor secernente, sobre todo aquellas destinadas a valorar los niveles hormonales.

No obstante, tanto el hemograma como los iones pueden ser útiles a la hora de hacer un diagnóstico. Podemos encontrar una poliglobulia en la enfermedad de Cushing junto con una hiperglucemia así como una hiponatremia y una hipopotasemia por ejemplo.

TRATAMIENTO

Salvo en el caso de prolactinomas, **el tratamiento quirúrgico es el de elección.**

En los microadenomas y macroadenomas no invasivos, la técnica quirúrgica será la vía transfenoidal.

En los macroadenomas invasivos la técnica quirúrgica se hará en dos tiempos :

- 1) Descompresión por vía transfenoidal
- 2) Exéresis del tumor lo más amplia posible por vía subfrontal

Radioterapia : Se aplicará en casos de restos tumorales de



El control de la diuresis permite diagnosticar precózmamente una diabetes Insípida.

adenomas no funcionantes, aunque también se aplica en casos de Acromegalias y Enfermedad de Cushing rebeldes a tratamientos médicos.

Tratamiento Médico : Se utiliza por una parte como sustitutivo hormonal, y por otra parte como inhibidores de la síntesis.

Es especialmente interesante el tratamiento médico en el caso de los prolactinomas, donde los agentes dopaminérgicos como la bromocriptina o la cabergolina pueden hacer desaparecer el tumor o por lo menos disminuirlo de tamaño.

Solamente el tratamiento es quirúrgico en el caso de los prolactinomas si se dan los siguientes condicionantes :

- 1) Grave debut con compromiso de espacio y signos de H.I.C.
- 2) Embarazo, donde la medicación dopaminérgica está contraindicada.
- 3) Casos de resistencia al tratamiento médico.

POSTOPERATORIO DE LOS ADENOMAS DE HIPÓFISIS POR VÍA TRANSESFENOIDAL

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS :

- 1.- Normalizar la zona afectada por la intervención
- 2.- Evitar infecciones generalizadas y/o de la vía de abordaje



Toma de muestra de líquido nasal para diagnóstico precoz de fistula de L.C.R.

PASOS A SEGUIR CUANDO LLEGA EL PACIENTE A LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

Se le dará una información detallada, con un lenguaje comprensible, de todas las técnicas de Enfermería que se le vayan a realizar.

Por regla general, el paciente nos es remitido de la Unidad de Despertar a las 24 horas de la intervención.

Los procedimientos a seguir serán los siguientes :

- a) Colocar la cama semiincorporada.
- b) Retirada de la bigotera y entrega de gasas estériles para la limpieza y secado del exudado nasal.
- c) Iniciar tolerancia oral y solicitar al Servicio de Cocina una dieta triturada.
- d) Hacer lavados bucales con una

solución antiséptica (**no crema dental**), ya que no será posible la limpieza habitual con cepillo sobre una zona que contiene puntos de sutura.

- e) Toma de constantes habituales.
- f) Iniciar balance hídrico por turno hasta nueva orden, comunicando al paciente y acompañante que debe anotar todos los líquidos que ingiere, anotándolos en un papel. También se le proporcionará un bote para recogida de orina (si no está sondado).
- g) Es muy importante mantener la permeabilidad de los tubos de Wendell.

Si es necesario, se aspirará con una sonda de muy bajo calibre.

Dichos tubos de Wendell serán retirados a las 36 horas de la intervención (aproximadamente sobre las 21 horas) al objeto de que el paciente pase la segunda noche con menos molestias.

- h) Inmediatamente después de la retirada de los tubos de Wen-

dell, se procederá a mojar el taponamiento de gasas de ambas fosas nasales con agua oxigenada cada 3 ó 4 horas durante la noche a fin de que a la mañana siguiente se hayan reblandecido lo suficiente para iniciar su retirada fácilmente.

Dichas gasas se retirarán a las 48 horas de la intervención, y de manera muy suave. Si observamos que el enfermo empieza a sangrar o que las gasas están muy pegadas aún, cortaremos las mismas a éste nivel, y continuaremos mojándolas hasta completar su retirada.

Una vez retiradas todas las gasas del taponamiento nasal, se harán lavados nasales con suero fisiológico, haciéndole hincapié en que no debe limpiarse la nariz fuertemente, para evitar posibles hemorragias.

PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA

1.- DESEQUILIBRIO HIDRO-ELECTROLÍTICO por posible diabetes insípida.

Éste problema es fácilmente detectable si se hace un balance hídrico adecuado y mantenemos unos criterios de diagnóstico acertados, que en una Planta de Hospitalización son los siguientes:

* Si un paciente tiene una diuresis > 5 ml./Kg/hora y la densidad urinaria por turno es < de 1005, administraremos 1/2 ampolla de la hormona antidiurética por vía subcutánea, pudiéndose repetir cada 12 horas si es preciso.

2.- PÉRDIDA DE L.C.R. o licuorrea externa o interna, lo que significaría la presencia de una fístula esfenoidal, en cuyo caso la actuación fundamental estaría encaminada a disminuir la presión del L.C.R. para facilitar el cierre de la duramadre, con medidas como punciones lumbares evacuadoras o mediante la colocación de un drenaje lumbar permanente durante unos días.

* Para detectar licuorrea interna, preguntaremos al paciente si al tragar ése líquido, nota un sabor salado (típico del L.C.R.).

* Para detectar licuorrea externa, aparte de observar el exudado (si deja cerco), se le dará un tubo estéril para que procure echar el líquido en él.

Practicaremos glucemia de control y ante la duda mandar muestra a Bioquímica para que confirme que es L.C.R.

3.- VIGILANCIA DE HIPER/HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL

Es importante la vigilancia de la T.A. y la Tª, administrando hipotensores si es necesario o antitérmicos después de extraer hemocultivos seriados en caso de aparición de fiebre.

Por último, decir que éstos pacientes son tratados por el Neurocirujano y por el Endocrinólogo conjuntamente, teniendo mucha importancia la analítica hormonal en sangre y en orina previas a la intervención y después de la misma, por si fuera necesario un tratamiento hormonal sustitutivo.

BIBLIOGRAFÍA

CUADERNOS DE LA ENFERMERA. NEUROLOGÍA. EDICIONES TORAY-MASSON.

CUADERNOS DE LA ENFERMERA. ENDOCRINOLOGÍA. EDICIONES TORAY-MASSON.

MANUAL DE ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA. L.S. BRUNNER. D.S. SUDDARTH. EDITORIAL INTERAMERICANA.

PROTOCOLOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA NEUROQUIRÚRGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO.

ENCICLOPEDIA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA. EDITORIAL PLANETA.

ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA. SMITH-GERMAIN. EDITORIAL INTERAMERICANA.

Intervención de Enfermería en pacientes sometidos a Gastrostomía Endoscópica Percutánea (P.E.G.)

Antonio Márquez Alfonso¹
Susana Romero Carmona²

¹Enfermero de la U.G.C.E. del Hospital Duques del Infantado de Sevilla.

²Directora de la U.G.C.E. del Hospital Duques del Infantado de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La gastrostomía es una operación que se efectúa para crear un orificio artificial en el estómago con el fin de administrar líquidos y alimentos. En ocasiones, se emplea para la nutrición prolongada como es el caso de ancianos o debilitados. Se prefiere a la alimentación nasogástrica en pacientes comatosos, ya que el cardias permanece intacto. Además, la regurgitación puede ocurrir con la alimentación nasogástrica, pero es menos probable con la gastrostomía.

Una de las gastrostomías más empleadas para la alimentación es la gastrostomía endoscópica percutánea (P.E.G.), y es por eso que vamos a centrar el tema en ella.

Además, existen otros dos tipos de gastrostomías, también muy utilizadas, entre las que se incluyen la de Stamm que puede ser temporal o permanente y la de Janeway que es una gastrostomía permanente.

En las gastrostomías de Stamm y Janeway se requiere una incisión abdominal superior en la línea media y otra transversa del cuadrante superior izquierdo. La gastrostomía de Stamm incluye el uso de puntos de sutura en bolsa

de tabaco para fijar el tubo a la pared gástrica anterior. Para la salida, en el abdomen superior izdo. Se hace una incisión semejante a una herida por arma punzocortante. El procedimiento de Janeway implica la creación de un



Kit completo de gastrostomía endoscópica percutánea. (P.E.G.)

túnel llamado tubo gástrico que se lleva a través del abdomen para formar el orificio artificial permanente.

Por lo que respecta a la gastrostomía endoscópica percutánea, se efectúa con anestesia local y sedación y es temporal. Requiere solamente una pequeña incisión en la piel del abdomen sin entrada en la cavidad abdominal. Se realiza en la propia sala de endoscopia con el paciente previamente en ayunas y se administra una dosis de antibiótico de amplio espectro, habitualmente una cefalosporina de 2ª generación, antes del inicio de la técnica. Ésta consiste en la realización de una fibrogastroscoopia en decúbito lateral, para descartar patología gástrica y poder aspirar el contenido gástrico. Una vez vacío el estómago, se coloca al paciente en decúbito supino y sin retirar el endoscopio se identifica el lugar más idóneo para la punción, es decir, donde la pared gástrica está en más íntimo contacto con la pared abdominal, mediante transiluminación y presión digital sobre ésta. Se administra anestesia local y se practica una pequeña incisión con bisturí que debe ser lo suficientemente amplia para permitir un drenaje fácil del espacio subcutáneo (tres veces el radio de la sonda), las incisiones pequeñas aumentan las incidencias de celulitis. Seguidamente, se introduce por punción percutánea una aguja gruesa con mandril y con el endoscopio se observa su paso a la cavidad gástrica. Se retira el mandril y se pasa una guía de Teflón que se recoge a través del endoscopio con un asa de polipectomía, retirándose ambos conjuntamente hasta la boca. A esta guía se ata la punta cónica dilatadora, adherida a la sonda de gastrostomía que ya llevan preparadas los equipos comercializados de P.E.G. Se lubri-

fica la sonda con pomada antibiótica o gel desinfectante y se tracciona del cabo abdominal de la guía hasta hacer aparecer la punta dilatadora y posteriormente la sonda de gastrostomía por la pared abdominal.

El endoscopista reintroduce el instrumento óptico para comprobar la correcta posición del terminal gástrico de la P.E.G. (la excesiva presión del terminal puede producir isquemia y necrosis de los tejidos subyacentes), la tensión debe ser la suficiente para mantener el estómago adherido a la pared abdominal. La realización de esta intervención no dura más de 20 minutos, y el paciente puede iniciar la alimentación al día siguiente del procedimiento.

Existen diversas técnicas de colocación de sondas de P.E.G. descritas por distintos autores, si

bien son similares entre sí. La gastrostomía puede ser realizada también mediante implantación radiológica.

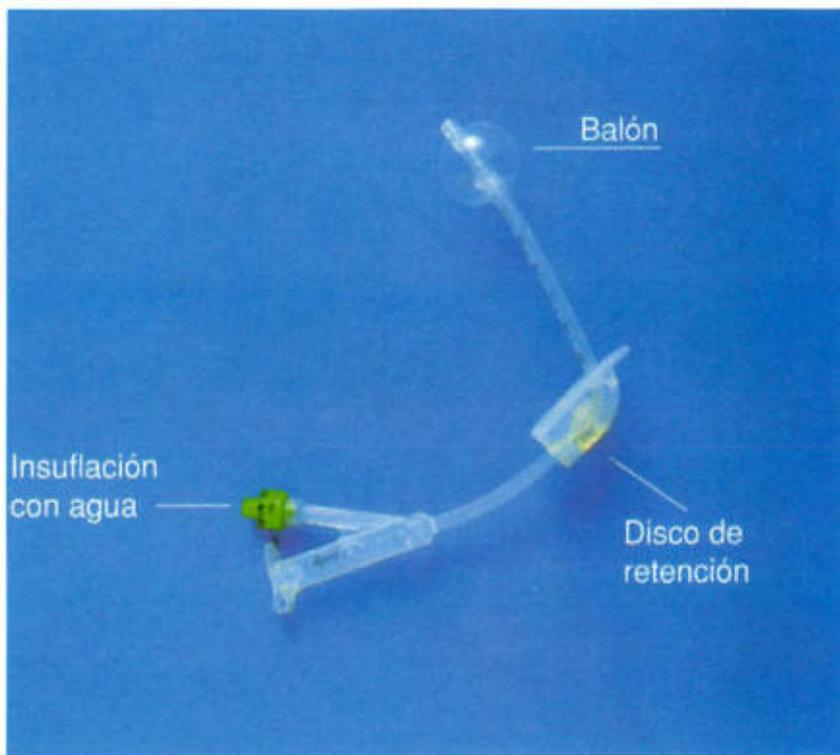
MATERIAL Y MÉTODO

1. Las condiciones en las que está indicada la P.E.G. son las siguientes:

- A) Trastornos neurológicos:
- Hemiplejía, Enfermedades de la neurona motora, Lesiones cerebrales (traumáticas o quirúrgicas), Accidentes vasculares cerebrales.
- B) Neoplasias de cabeza, cuello y esófago: Especialmente las no resecables y las que van a recibir tratamiento con cobaltoterapia



Nutribomba para la administración de N.E. a través de la sonda PEG. Puede programarse para infusión continua y por bolus.



Kit de sustitución con balón.

- C) Enfermedades crónicas que precisen control de nutrientes: Fibrosis quística, Síndrome de intestino corto, Esclerodermia, Hipoglucemia nocturna.
- D) Estados confusionales con rechazo alimentario: Demencia senil.
- E) Descompresión gástrica permanente: Oclusión intestinal por carcinomatosis, Pancreatitis grave, Enteritis rádica.

2. Valoración inicial:

A) Preoperatoria.

La valoración inicial en el preoperatorio, se centra en corroborar la capacidad del paciente para comprender la experiencia quirúrgica y en la forma en que enfrenta la operación inminente. También se identifican su capaci-

dad de ajuste al cambio en la imagen corporal y su participación en sus propios cuidados, así como su estado psicológico y el de sus familiares.

Debemos explicar al paciente el objetivo de la intervención (siempre que su estado neurológico lo permita) de modo que tenga una mejor comprensión del curso postoperatorio. Es preciso que sepa que el propósito de esta operación es evitar el esófago y que los alimentos líquidos se le administraran hasta el estómago mediante un tubo o sonda de plástico o caucho o una prótesis. Si ésta será permanente, el paciente debe saberlo, aunque con frecuencia esto le resulta de difícil aceptación. Sin embargo, cuando la intervención tiene como fin aliviar molestias, vómito prolongado, debilitación o incapacidad para comer, se hace más aceptable. Con frecuencia la gastrostomía se realiza en pacientes ancianos o

comatosos que no toleran la alimentación nasogástrica.

Debemos valorar el estado de la piel y determinar, si puede preverse una demora en la cicatrización de la incisión a causa de cualquier enfermedad general.

Antes de la intervención realizaremos al paciente hemograma, estudio de coagulación, Rx. Simple de abdomen, Rx. De tórax y Electrocardiograma. Se le realizará, así mismo, un lavado de boca intenso.

Si el paciente está recibiendo tratamiento con fármacos antiH2 (cimetidina, ranitidina, famotidina), antiácidos u omeprazol, se suspenderá la medicación al menos 24 horas antes de realizar la gastrostomía. A las 24 horas de haber realizado la gastrostomía, tras comprobar la permeabilidad de la sonda y la existencia de ruidos abdominales, se comenzará la nutrición enteral, las primeras 48 horas con nutribomba y posteriormente, por gravedad.

B) Postoperatoria:

En este período debemos identificar la necesidades nutricionales del paciente para garantizar su satisfacción apropiada. Es preciso verificar el estado de la sonda y la incisión en cuanto a las medidas de mantenimiento apropiadas, además de buscar signos y síntomas de infección. Al mismo tiempo, se identifican la reacción del paciente al cambio de su imagen corporal y su comprensión de los métodos con que se alimenta, a fin de planificar los cuidados enfermeros necesarios para ayudarlo en el ajuste a la presencia del tubo o sonda y en el aprendizaje del autocuidado personal.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

En función de los datos obtenidos en la valoración inicial, procedemos a la formulación de los diagnósticos enfermeros y al planteamiento de los objetivos que después nos servirán como base para la realización de las actividades de Enfermería. Entre los principales diagnósticos de Enfermería en el postoperatorio, suelen incluirse los siguientes:

1) Alteración en la nutrición, menor que los requerimientos corporales relacionado con una ingesta deficiente de nutrientes y problemas derivados de la nutrición enteral (N.E.).

- **Objetivo:** - El paciente logrará y conservará el equilibrio nutricional durante la hospitalización.

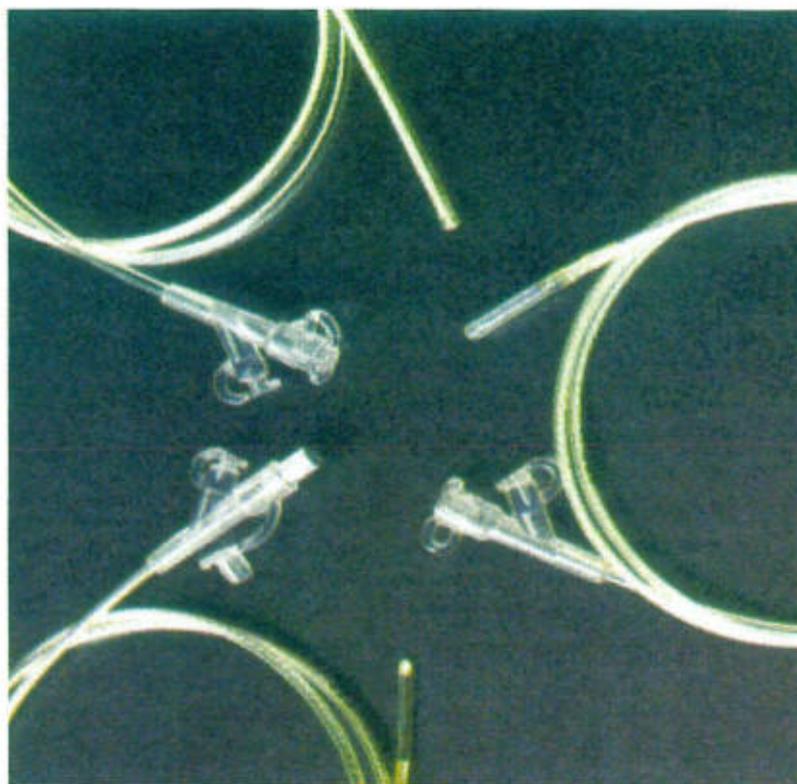
- **Actividades:**

- Vigilar las características de las soluciones que se van a administrar tales como el volumen de la misma, temperatura, velocidad de flujo y goteo e ingreso líquido adecuado.

- Evitar la administración demasiado rápida de las soluciones.

- Tomar conciencia y llevar a cabo medidas asépticas a la hora de preparar y administrar las nutriciones.

- Comenzar tras la intervención con una mínima cantidad de volumen y concentración nutricional, para ir aumentando gradual, progresiva y paulatinamente,



Sondas para gastrostomía endoscópica percutánea (de polimetano transparente).

según tolerancia del paciente y/o según indicaciones.

- Programar las bombas de infusión, según el ritmo de goteo adecuado a las necesidades de cada paciente en particular y según prescripciones.

- Vigilar el correcto vaciamiento gástrico antes de cada toma de alimentación e identificar signos y síntomas de posible intolerancia.

- Antes y después de cada administración de N.E., limpiar la sonda de P.E.G. con 50 c.c. de agua para confirmar la permeabilidad, disminuir las probabilidades de reproducción bacteriana y evitar la formación de costras que obstruyen la misma.

- Informar al médico ante la presencia de vaciamentos gástricos positivos, diarreas, náuseas, vómitos u otros síntomas de intolerancia.

- Recomendar una velocidad de infusión de 100 a 150 ml/hora, ya que resulta eficaz para lograr el balance nitrogenado positivo y aumento ponderal progresivo sin que surjan cólicos abdominales ni diarreas.

- Administrar la nutrición por bomba de perfusión o por gravedad, según necesidades y/o indicaciones.

- Vigilar el estado general de paciente en lo que se refiere al aspecto de la piel (turgencia, sequedad y color) y mucosas, diuresis, estado de hidratación y aumentos

o disminuciones ponderales.

- Verificar las respuestas al tratamiento según se advierte en los datos de Laboratorio: nitrógeno de la urea sanguínea, hematocrito, hemoglobina y proteínas séricas.

- Identificar e informar al médico sobre el aumento de las concentraciones de glucosa, disminución de la diuresis, aumento repentino ponderal, y edema periorbitario o de las partes corporales que están en posición.

- Evitar la distensión gástrica mediante la aspiración de secreciones gástricas y su reinstalación inmediata en los comienzos del postoperatorio, después de agregar alimentos suficientes para lograr el volumen total que se pretenda.

2) Riesgo de infección relacionado con la presencia de la incisión y la sonda.

- **Objetivo:** - El paciente tendrá una incisión quirúrgica intacta y sin drenaje y se mantendrá afebril durante toda la hospitalización.

• **Actividades:**

A) Cuidados del estoma

1º) Durante los primeros 15 días:

- Utilizar una técnica aséptica meticulosa y estricta.
- Lavar el estoma con suero fisiológico y secar el estoma y zona circundante.
- Aplicar una solución anti-



Conjunto que en su totalidad forma una dieta completa que aporta todos los nutrientes esenciales y no esenciales para corregir un adecuado mantenimiento nutricional.

séptica y colocar una gasa estéril.

- Inspeccionar la incisión de forma diaria para detectar enrojecimiento excesivo, inflamación, calor y drenaje.
- Controlar la temperatura, pulso y respiraciones cada 6 horas o según indicaciones.
- Realizar un cultivo si existe drenaje purulento y administrar antibióticos según prescripción.
- Informar al médico en caso de identificar aumentos anormales en las constantes vitales.
- Enseñar al paciente y familia las causas, riesgos y transmisiones de la posible infección.
- Restringir las visitas cuando se sospeche que puedan transmitir alguna infección al paciente e instar al lavado de manos

obligatorio para las personas que entren en contacto con él.

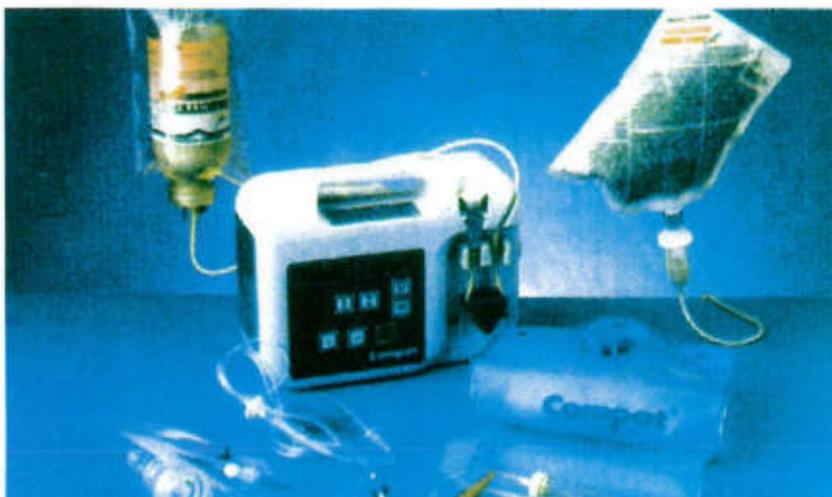
2º) A partir de la 3ª semana:

- Limpiar diariamente el estoma con agua y jabón.
- Para limpiar la zona de alrededor del estoma con un aplicador en la punta, realizando desde la sonda hacia fuera con movimientos circulares y sin ejercer ninguna presión sobre ella.
- El soporte externo puede girarse ligeramente para poder limpiar mejor. Nunca debe hacerse de forma total ni bruscamente. Se realizará cuando se observe suciedad debajo de él.
- No tapar con apósito, solo en aquellos casos en que exista riesgo de tirar de la sonda, se utilizará entonces, una venda pequeña.
- Habitualmente no debe colocarse apósito debajo del soporte externo, salvo

que haya excesivo reflujos gástrico y/o supuración.

B) Cuidados del soporte externo:

- Debemos procurar que el soporte externo quede colocado de modo que se apoye sobre la piel sin ejercer presión.
- Para fijar la sonda, poner esparadrapo hipoalérgico, aprovechando la flexión natural de la sonda.



Set completo de administración de N.E. Formado por nutribomba peristáltica, sistemas para gravedad y bomba y varios tipos de contenedores.

C) Cuidados de la sonda:

- Diariamente debe girarse ligeramente la sonda para evitar que quede adherida a la piel.
- Antes de cada toma de nutrición, comprobar que la sonda esté bien colocada.
- Después de cada toma de nutrición o administración de medicamentos, administrar 50 c.c. de agua.
- Cambiar diariamente la cinta de sujeción y cerrar los tapones de la sonda cuando no se utilicen.
- Si la zona de incisión no presenta irritaciones, el paciente se podrá duchar al cabo de una semana. Se recomienda una ducha en lugar de un baño por el peligro de infección que éste puede suponer.

3) Potencial de alteración en la integridad de la piel en relación con la acción enzimática de los jugos gástricos que se derraman por el tubo.

• **Objetivo:**

- El paciente durante el período de hospitalización, conservará la integridad de la piel, describirá la etiología y medidas de prevención e identificará los fundamentos racionales del tratamiento.

• **Actividades:**

- Lavar diariamente la piel con agua y jabón neutro alrededor del tubo enjuagando convenientemente y secando con golpecitos suaves para evitar irritación.
- Vigilar a diario la piel en busca de signos de maceración, irritación o excoriación y fomentar la participación del paciente y familia en esta inspección de la piel y en las actividades de higiene.
- Enseñarles a limpiar con suavidad la piel que rodea el tubo.
- Aplicar sobre la piel gel o crema protectora e hidra-

tante y mostrar al paciente la forma correcta de realizarlo.

- Utilizar en el cuidado de la piel unas medidas higiénicas meticulosas conservando la piel que rodea la gastrostomía lo más flexible y suave posible.
- Estimular el riego sanguíneo mediante la aplicación de un suave masaje con una loción emoliente o una capa fina de crema de silicona.
- Mantener siempre y en todo momento la zona de riesgo limpia y seca y recomendar al paciente jabones suaves que no alteren el pH de la piel, enseñándole el uso seguro y correcto de soluciones tópicas.
- Proporcionar al paciente información a cerca de las medidas de prevención sobre la integridad de la piel y sobre los fundamentos del tratamiento y medidas ofertadas.

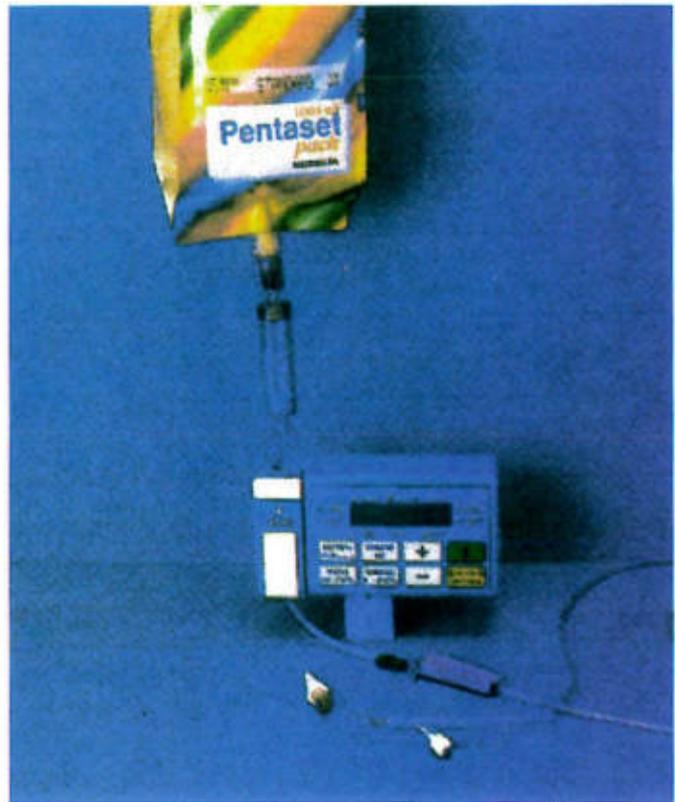
4) Incapacidad individual de adaptación relacionado con la imposibilidad de comer normalmente.

• **Objetivos:**

- En el momento del alta, el paciente identificará sus patrones de adaptación y las consecuencias resultantes en su conducta y expresará sentimientos en relación con su estado emocional tomando decisiones y acompañándolas de las acciones adecuadas para cambiar los estímulos del ambiente personal.

• **Actividades:**

- Identificar el estado de adaptación actual del paciente.
- Valorar la capacidad para narrar los hechos que le producen desadaptación.
- Determinar la aparición de sentimientos y síntomas y su correlación con sucesos y cambios vitales.
- Demostrar al paciente que le creemos, que deseamos ayudarlo y ofrecerle apoyo cuando habla.
- Proporcionarle una perspectiva más esperanzada de la realidad.
- Escuchar atentamente lo que dice el paciente para observar la expresión facial, contacto con la mirada, gestos, posición del cuerpo, intensidad y tono de voz.
- Enseñarle técnicas constructivas de resolución de



Sistema de administración con nutribomba y contenedor de N.E. ya incorporado

problemas, ayudándole a identificar problemas que no puede controlar directamente e instándolo a practicar actividades que reduzcan el stress para su control.

- Instruir al paciente en el aprendizaje de técnicas de relajación.
- Instarle y ayudarlo a desarrollar estrategias adecuadas, basadas en sus capacidades personales y sus experiencias previas.
- Proporcionar al paciente salidas que alienten los sentimientos de logro personal y autoestima y servir de apoyo para los comportamientos de adaptación funcionales.

- Estimularle para describa sus encuentros conflictivos previos y cómo se las arregló para resolverlos.

- Identificar actividades que le fueron previamente gratificantes y que han sido abandonadas y animarle a incluir estas actividades en su vida diaria y cotidiana en la medida de lo posible.

- Hacer que el paciente vaya aumentando gradualmente su actividad y estimularle para que tome conciencia de que su estado emocional lo está inmovilizando y que debe hacer un esfuerzo consciente para luchar contra eso y poder recuperarse.

- Procurar que la habitación del paciente esté lo más ale-

jada posible de la cocina y si es posible, que sea individual (el aroma y observación de la comida puede ser frustrante para el que no puede comer).

- Recomendar a la familia y amigos que no lleven nada de comida a la habitación.
- Evitar hablar de comida delante del paciente ya que son estímulos que pueden desencadenar alucinaciones.
- Estimular al paciente a realizar su higiene bucal que debe ser igual que en condiciones normales de alimentación oral o realizársela nosotros si el paciente presenta incapacidad para realizarla por sí solo.
- Debemos evitar la despersonalización estableciendo una adecuada relación interpersonal y comunicación con el paciente y su familia, facilitando la integración en el medio ambiente.
- Transmitir seguridad al paciente mediante la atención y vigilancia, dando toda la información necesaria, comprendiendo los cambios de carácter que puedan surgir y ayudándose con algo tan simple y económico como es la palabra y el gesto.

5) Perturbación de la imagen corporal y del concepto de sí mismo relacionado con la presencia del tubo.

• **Objetivo:**

- En el momento del alta, el paciente expresará sus sen-



Sondas para gastrostomía endoscópica percutánea de polimetano transparente.

timientos sobre como se ve a sí mismo y desarrollará confianza en su capacidad para lograr lo que desea.

• **Actividades:**

- Establecer una relación de confianza con el paciente y estimularle para que exprese sus sentimientos y preocupaciones especialmente sobre la forma en que se siente, piensa, o se ve a sí mismo.
- Identificar la adaptación del paciente al cambio, incluyendo la percepción y significado de las limitaciones.
- Proporcionar a la persona información fiable y refor-

zar la intimidad así como un ambiente seguro.

- Aclarar cualquier error que tenga el paciente sobre sí mismo y sobre su cuidado y animarlo para que haga preguntas sobre su problema de salud, tratamiento, progreso y pronóstico.
- Alentarlo para que mire la zona de incisión y el sitio de la gastrostomía.
- Instarle para que acepte la ayuda de los demás y promover la interacción social facilitando las visitas de compañeros y personas allegadas.
- Favorecer la inclusión del paciente en las actividades

de la unidad en la medida de lo posible, y proporcionarle oportunidades para que hable con personas que han sufrido experiencias similares.

- Estimular a la familia para que brinden el máximo apoyo al paciente y acepten su situación de la mejor forma posible.
- Hablar con el paciente del problema de salud y de la forma de tratarle.
- Ayudarle a aprender nuevas técnicas de adaptación e implicarle en un mutuo establecimiento de objetivos, transmitiendo confianza en la capacidad de la persona.
- Analizar la relación entre la conducta y la autoapreciación y empezar a incorporarle en el cuidado de la gastrostomía permitiéndole que asuma gradualmente toda la responsabilidad del autocuidado, si es factible.

6) Déficit de conocimientos relacionado con la alimentación por gastrostomía.

• **Objetivo:**

- El paciente adquirirá conocimientos suficientes acerca del régimen y técnicas de administración de alimentación durante la hospitalización.

• **Actividades:**

- Se basan en la educación sanitaria al paciente la cual está fundamentada en los

siguientes parámetros y normas:

- Identificar el nivel de conocimientos del paciente, su interés en el aprendizaje acerca de la alimentación por gastrostomía y su capacidad para comprender y aplicar la información que se le brinda.
- Proporcionar al paciente y/o familiar información detallada acerca de la preparación de la fórmula y técnicas de administración.
- Indicarles que deben lavarse las manos cuidadosamente con agua y jabón antes de empezar la administración.
- Comentar al paciente que debe colocarse en una posición lo más confortable posible, para ello es preciso levantar la cabecera de la cama entre 45° y 90° o bien sentarse en borde de la cama o en una silla. Esta posición debería mantenerse durante la comida y hasta una hora después de haber terminado.
- Recordarle que la nutrición debe suspenderse a una altura de cómo mínimo 60 cms. Por encima de su cabeza y que después de cada toma de nutrición se debe limpiar la sonda con 50 c.c. de agua, utilizando una jeringa.
- Comunicar al paciente con respecto a la nutrición que compruebe la fecha de caducidad y que administre la fórmula a temperatura ambiente.

- Informarle que de no utilizar el envase completo debe cerrarlo inmediatamente y mantenerlo en el frigorífico hasta un máximo de 24 horas y no administrar ningún producto pasado este tiempo. Para evitar confusiones, debemos indicar al paciente y/o familia que anoten en el frasco la fecha y hora de apertura.
- Comentarles que deben desechar cualquier recipiente o sistema en los que se detecte suciedad o algún pequeño orificio y que no deben mantener suspendidas más de 24 horas ninguna fórmula abierta y conectada ya que puede contaminarse fácilmente.
- Por lo que respecta a los cuidados del estoma, debemos instar al paciente y familia e informarles que:

- 1.- Deben limpiar diariamente el estoma con agua y jabón desde la sonda hacia fuera, con movimientos circulares sin ejercer ninguna presión sobre la sonda
- 2.- La parte interna del conector debe limpiarse periódicamente con agua y bastoncillos de algodón.
- 3.- Que cada día debe girarse ligeramente la sonda para evitar que se adhiera a la piel. También diariamente cambiar la cinta adhesiva que sujeta la sonda.
- 4.- Que deben comprobar que los tapones de la sonda estén cerrados cuando no se estén usando y cuidar de que la sonda no se doble ni se perfore.
- 5.- Que en caso de administración con jeringa, una vez se haya

terminado de administrar el alimento y el agua, deben sacar el émbolo de la jeringa y lavarlos con agua y jabón y después aclarar y secar.

- Informar y concienciar al paciente y familia que aunque se tome los alimentos por gastrostomía, es importante cuidar la higiene y limpieza de la boca y que deben cepillar los dientes y la lengua del paciente con un cepillo y pasta de dientes como mínimo dos veces al día y si los labios se resecan aplicar crema de cacao o vaselina.

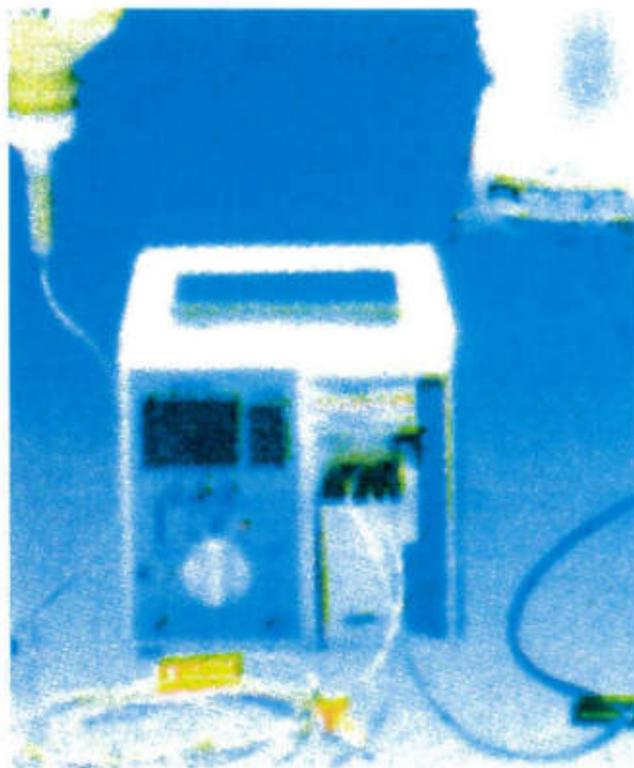
- Enseñarle que la N.E. a través de la P.E.G. puede administrarse de diferentes formas en función de cada caso.

- Describir al paciente y/o familia la forma de administración de N.E. a través de la P.E.G.:

- Administración continua:** Que consiste en administrar la alimentación por goteo continuo durante 12-24 horas. La administración continua suele realizarse por gravedad o por nutribomba.
- Administración intermitente:** Que es la más parecida a la alimentación habitual y consiste en administrar la fórmula varias veces durante el día o en varias tomas, cada una de ellas, con una cantidad o volumen determinado de nutrición. La administración intermitente puede realizarse con jeringa, por gravedad o por nutribomba (Las nutribombas son aparatos que regulan la velocidad y cantidad de nutrición y que permiten administrar un volumen determinado en un tiempo

programado. El volumen de nutrición a administrar se suele medir en mililitros por hora (ml/h).

- Administración por bolus o en bolo:** Consiste en la administración de nutrición durante 15 minutos con ayuda de una jeringa de 4 a 6 veces al día. También se puede administrar por nutribomba programándola de forma que se le administre al paciente un bolo determinado de nutrición cada cierto tiempo según la cantidad de nutrición total que queramos administrar. Por ejemplo, se puede programar la nutribomba para que le entren al paciente 50 c.c./6 horas y de esta forma cada 6 horas la bomba por sí misma administrará al paciente después de haberla programado 50 c.c. de nutrición. Todo esto, lógicamente, hay que



Sistema con ultrabomba volumétrica, con recipientes y sistema tipo cassette con lavado y purgado automático.

explicárselo detalladamente al paciente y familia.

- Comunicar asimismo al paciente que los sistemas de nutrición traen una ruedecilla o llave de paso que si se sube se abre el sistema y baja el alimento y si se baja, se cierra el sistema y ya no baja más alimento. Por tanto, debemos explicarle que antes de conectar el sistema baje la ruedecilla para evitar el paso del alimento e impedir que éste se derrame.
- Hacer énfasis en la necesidad de seguir los pasos de administración de la N.E.:

- Abrir la botella del alimento y vaciar el contenido en un contenedor apropiado, añadiendo agua necesaria según el volumen de nutrición prescrito.
- Tapar el contenedor con el tapón que viene en el extre-

mo del sistema y colgarlo en el soporte metálico o palo de suero.

- c) Abrir el tapón de entrada de aire, retirar el tapón que cubre el conector del sistema con la sonda de gastrostomía.
- d) Subir la ruedecilla y dejar que el alimento pase hasta el final del sistema quedando éste así totalmente purgado. Volver a bajar la ruedecilla.
- e) Abrir el tapón superior de P.E.G. y conectar el sistema en la sonda presionando ligeramente.
- f) Subir lentamente la ruedecilla para que empiece a caer el alimento y después graduar la velocidad.
 - En el caso de utilizar nutribomba, debemos informar al paciente que debe purgar el sistema, conectarlo al tipo de nutribomba que se esté utilizando (según el cual se utilizará un tipo de sistema u otro adecuado a dicha bomba), retirar el tapón que cubre el conector de sistema y conectarlo a la sonda de P.E.G. Posteriormente se subirá la ruedecilla y se programará la nutribomba.
 - Explicar al paciente y familia que existen productos comerciales que ya incorporan el recipiente, lo cual es una opción que disminuye la manipulación de la nutrición y por consiguiente, el riesgo de contaminación bacteriana.
 - Enseñarles la programación de la nutribomba y recordarles que dispone de alarmas que suenan cuando el recipiente está vacío, la car-

ga del acumulador es insuficiente o por cualquier otra causa que impida el paso correcto de la nutrición hacia la sonda de P.E.G.

- Recordarles que para administrar la nutrición con jeringa deben abrir el contenedor con el alimento y verter la cantidad de nutrición necesaria en un recipiente limpio y graduado en mililitros, abrir el tapón superior de la sonda, aspirar el contenido del recipiente con la jeringa y conectar el extremo de ésta en la sonda, presionando ligeramente para introducir el alimento a través de ella. Después se debe limpiar la sonda, repitiendo la misma operación, pero ésta vez introduciendo con la jeringa unos 50-100 c.c. de agua a través de la sonda de P.E.G. por el mismo orificio que el alimento y cerrando posteriormente el tapón de la sonda.
- Remarcarles que después de cada toma de N.E. deben administrar 50 c.c. de agua para evitar así que queden restos de nutrición en la sonda, impidiendo de esta forma la obstrucción de la misma.
- Enseñar al paciente y familiares la forma correcta de realizar el vaciamiento gástrico e informarles de cuando deben considerarlo positivo y cuando negativo.
- Instruirles sobre la forma de administrar medicamento por la sonda, recordándoles que no deben mezclar la nutrición con el medicamento y que deben administrarlos por la entrada lateral de la sonda y pasar por la misma 20-30 c.c. de agua después de la administra-

ción de cada medicamento.

- Informarles que solo hay que triturar los comprimidos (y no las cápsulas) hasta que quede un polvo fino que se disuelve en 20-30 c.c. de agua, se mueve con la jeringa y se aspira el medicamento líquido introduciéndolo posteriormente a través de la sonda y lentamente con dicha jeringa.
- Recordar al paciente y familia que una vez estén en el domicilio, deben avisar rápidamente al médico o enfermero de referencia si se presentan algunos de los siguientes síntomas de alerta: Fiebre por encima de los 38°C, cara y piernas excesivamente hinchadas, si existe estreñimiento que no cede en 5 días, si se enrojecen o supuran las zonas donde están colocadas la sonda o si aparecen náuseas, vómitos, o dolor abdominal que no cesan en 24 horas.

KITS DE SUSTITUCIÓN

Actualmente se han desarrollado unos Kits de sustitución para las sondas de gastrostomía colocadas percutáneamente, los cuales se utilizan en una segunda fase una vez que el paciente tolera perfectamente la nutrición mediante esta técnica y cuando se prevé una prolongación del tiempo de utilización. Estos dispositivos favorecen el manejo por parte del paciente o sus familiares de esta técnica de nutrición, especialmente el tipo botón que disminuye al máximo los inconvenientes y las molestias de la sonda de gastrostomía, facilitando la tolerancia psíquica y la reincorporación a la acti-

vidad habitual. Existen dos tipos principales:

a) **Kits de sustitución con balón:**

Se trata de una sonda de silicona de unos 18-20 cms. de longitud y 16 a 22 french de calibre y en su extremo distal dispone de un balón inflable que sirve de fijación de la sonda al estómago para evitar su salida al exterior. Una vez introducida la sonda por el orificio de la gastrostomía primitiva se insufla el balón con aire o líquido mediante un conector en Y. En el centro de la sonda existe un soporte triangular o circular que sirve de sujeción externa de la sonda.

b) **Kits de botón:** Consiste en una pequeña sonda de silicona que mide sólo 2-3 cms. de longitud con un calibre de 18-28 french de bajo perfil que se adapta a la pared abdominal. En el extremo externo dispone de un tapón con válvula antirreflujo que evita la salida de contenido gástrico al exterior. La fijación interna se realiza mediante un ensanchamiento cónico de la sonda. Es muy cómoda para el paciente y su colocación se suele realizar en el hospital de referencia por el mismo orificio de la gastrostomía original.

CUIDADOS DE LOS KITS DE SUSTITUCIÓN

La sonda de gastrostomía debe cambiarse aproximadamente al año de haberse realizado la P.E.G. o bien porque se haya salido, y debe sustituirse por un kit de sonda con balón o por un kit de bajo perfil o botón.

En el caso de sonda de kit de balón debe revisarse periódicamente que esté inflado correctamente. En caso de que el balón se desinfe y se desplace hacia el exterior o exista pérdida de contenido gástrico por el estoma como consecuencia de que el trayecto se haya agrandado, se hace necesaria la sustitución de la sonda.

Para inflar el balón debemos inyectar 15 c.c. de líquido por la entrada correspondiente y verificar cada 7-10 días el nivel de fluido en el balón. Es normal que se vaya perdiendo algo de líquido. Si el nivel de flujo es inferior a la cantidad original, volver a llenarlo hasta el nivel adecuado.

El kit de bajo perfil o botón es más cómodo para el paciente, sobre todo, si este tiene autonomía pues se sitúa a la altura de la piel y tiene como ventajas que es más estético y presenta un elevado caudal nutricional por su gran diámetro. Se debe limpiar diariamente con 30-50 c.c. de agua la válvula antireflujo. Si el tapón no se enrosca con suavidad, lubricar ligeramente y cerrar el tapón después de cada toma de nutrición o administración de medicamentos.

Los cuidados de la piel pericatóter serán exactamente los mismos con los kits de sustitución que los realizados con las sondas de P.E.G. originales.

MEDIDAS DE ACTUACIÓN ANTE UNA COMPLICACIÓN RELACIONADA CON LA P.E.G.

A) **Obstrucción de la sonda:** Para prevenir la obstrucción de la

sonda, debemos administrar siempre, 50-100 c.c. de agua después de cada toma o administración de fármacos por la P.E.G. Si a pesar de ello no se desobstruye, irrigar con agua tibia y/o aspirar cuidadosamente con una jeringa. Si la obstrucción persiste a pesar de haber realizado las medidas anteriores, nos pondremos en contacto con el Servicio de Dietética y Nutrición.

B) **Infecciones alrededor del estoma:** Puede observarse una granulación del tejido alrededor del estoma, acompañada o no de una ligera pérdida de sangre. Esto puede ocurrir a un excesivo movimiento de la sonda. Por tanto, procuraremos fijar ésta a la piel. La infección puede presentarse como reacción a un cuerpo extraño como es la sonda de P.E.G. o por una falta de higiene. Por ello, la zona del estoma debe limpiarse muy frecuentemente con agua, jabón y solución antiséptica. Debemos ponernos en contacto con la Unidad de Dietética y Nutrición ante la sospecha de que el paciente presenta signos de infección en la ostomía.

C) **Pérdidas de contenido gástrico a través del estoma:** Puede ser debido a que la sonda de P.E.G. se haya desplazado hacia el interior del estómago o bien porque el estoma se haya ensanchado. En este caso, debemos realizar una pequeña tracción sobre la sonda y así permitiremos que se junten la pared gástrica y abdominal. También debemos reajustar el soporte externo para evitar que se vuelva a mover y limpiar la zona cuidadosamente. Nunca debemos presionar excesivamente el soporte externo a la

Aspectos básicos en escritura y lectura científica

José Seda Diestro

Enfermera. Unidad de Apoyo a la Investigación. Ilustre Colegio de Enfermería. Sevilla.

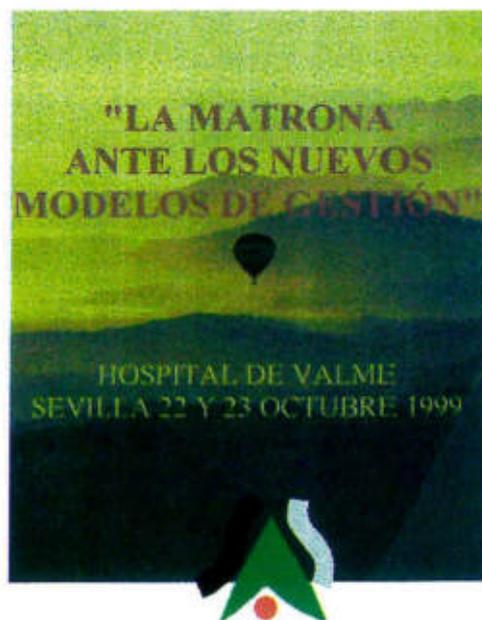
PRESENTACIÓN DE LA SERIE

Este artículo es el primero de una serie de tres que tratarán el tema de la lectura y escritura científica. En el primero de ellos se expondrá la necesidad de la lectura y escritura para la Humanidad, Ciencia y Enfermería. Así mismo, se detallarán los principales tipos de documentos que considera la UNESCO como vía de transmisión de conocimiento científico. En el segundo se explicitarán los diferentes constituyentes de las Revistas Científicas, centrándonos fundamentalmente en tres artículos: el Artículo Científico Original, el Artículo de Revisión y el Artículo de Caso Clínico. En el último artículo de la serie se considerarán los distintos componentes de los tres artículos detallados con anterioridad. Preliminares, cuerpo y finales de estos documentos se explicitarán con detalle.



JORNADAS ANDALUZAS DE MATRONAS

DECLARADAS DE INTERES CIENTIFICO-SANITARIO POR LA CONSEJERIA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCIA



"Jornadas profesionales: Vehículo de actualización de conocimientos.

Servicio Andaluz de Salud

Espero que estas publicaciones sean de ayuda en la elaboración de documentos científicos, en especial de artículos científicos, que aun-

que con las limitaciones de espacio intentaré describir con detalle. Quisiera finalizar agradeciendo al Comité de Redacción de la Revista

Hygia, y en especial a Miguel Angel Alcántara, la oportunidad de comunicar estos conocimientos de esencial importancia para la Enfermería Científica que entre todos intentamos construir.

RESUMEN

Dar y recibir información es la base de la supervivencia en innumerables especies animales y vegetales. En el reino animal son numerosos los ejemplos de comunicación intra e interespecie. El lenguaje que habitualmente utilizamos los seres humanos puede adoptar dos formas fundamentales: oral y escrito. Mediante el habla y la escucha podemos dar y recibir de manera inmediata información de diferentes temas y en distintas situaciones. Leer y escribir nos capacita, igualmente, para ofrecer y recibir distintos mensajes. Dos características fundamentales (proyección en tiempo y espacio, así como conservación exacta de contenido) hacen de la escritura y lectura, piezas claves del desarrollo humano.

A la Ciencia como parcela de conocimiento humano le es necesario comunicar su contenido y hallazgos a sí misma y a otros para que cumpla una de sus funciones

fundamentales: ser útil a sí misma y a la sociedad. ¿Qué forma de comunicación deberíamos de emplear entonces?. Pues como seres humanos que somos el lenguaje, y dada la trascendencia del tema a comunicar, el lenguaje escrito. Con ello conseguimos que la información se conserve idéntica a lo largo del tiempo, a salvo de distorsiones que puedan transformarla en gran parte o su totalidad. Enfermería

como parcela del conocimiento científico, necesita ofrecer y recibir información novedosa, útil e interesante.

Vista la necesidad de dar y recibir conocimiento (en Ciencia en general y en Enfermería en particular), a través de un soporte permanente y estable, vamos a considerar los diferentes formatos o documentos técnico-científicos utilizados a tal efecto. Las publicaciones



Ponencias, comunicaciones, posters, vídeos..
Distintos formatos de comunicación en Congresos

científicas más interesantes son (UNESCO, 1983): Revistas Científicas, Libros, Monografías, Ponencias de Congresos, Informes Técnicos, Anuarios y Boletines. Describiremos las características fundamentales de cada uno de ellos. En el próximo número nos centraremos en las Revistas Científicas; cuales son sus constituyentes y dentro de ellos los tres artículos "nobles" de toda publicación científica: el artículo científico original, el artículo de caso clínico y el artículo de revisión. De entre ellos nos centraremos en el "noble entre los nobles": el Artículo Científico Original.

PALABRAS CLAVE: Ciencia, Escritura, Lectura, Publicación, Documento técnico-científico.

INTRODUCCIÓN

LECTURA Y ESCRITURA. GENERALIDADES

(Por qué leer y escribir).

Dar y recibir información es la base de la supervivencia en innumerables especies animales y vegetales. En el reino animal son numerosos los ejemplos de comunicación intra e interes-

pecie. Los animales se comunican entre ellos dónde se encuentra el alimento, cuál es su territorio, cuándo se encuentran en condiciones de aparearse, etc. La comunicación entendida como capacidad de dar y recibir información, se convierte por tanto en una necesidad desde el punto de vista evolutivo. Esta necesidad es satisfecha de diferentes modos, en función de la especie considerada. Podríamos decir que cada especie tiene su manera peculiar comunicarse, su "lenguaje" particular. Pero el lenguaje es, entendido en sentido estricto, una capacidad exclusivamente humana. Aunque diferentes especies de animales poseen la capacidad de transmitir de forma inmediata variados mensajes, el lenguaje supone una capacidad de manejo simbólico que estos no poseen, por lo que no se puede hablar de lenguaje propiamente dicho. Algunos primates y mamíferos acuáticos son capaces de asociar símbolos a distintos mensajes pero son incapaces de combinar cualquier sistema de símbolos para formar frases con sentido, característica fundamental del lenguaje.

El lenguaje que habitualmente utilizamos los seres humanos puede adoptar dos formas fundamentales: oral y escrito. Mediante

el habla y la escucha podemos dar y recibir de manera inmediata información de diferentes temas y en distintas situaciones. Leer y escribir nos capacita igualmente para ofrecer y recibir distintos mensajes. Hablar, escuchar, leer y escribir tienen, por tanto, una finalidad bastante clara: dar y recibir información.

Pero el lenguaje escrito posee ciertas ventajas con respecto al oral. El lenguaje escrito permite proyectarnos en el tiempo y espacio. El lenguaje oral se caracteriza por su inmediatez, está muy limitado en tiempo y espacio. Aunque podamos hacer referencia a hechos pasados, presente y futuros, el contenido del mensaje está sumamente limitado en tiempo y espacio, deficiencia que no presenta la forma escrita del lenguaje. La capacidad de leer y escribir nos ha posibilitado el conocimiento riguroso de diferentes pueblos, culturas y sabiduría de otro tiempo, gracias a la información recogida en distintos formatos y mediante el empleo de diferentes códigos. En el futuro diferentes civilizaciones sabrán de nuestra existencia y conocimiento a través del mismo sistema de comunicación: el lenguaje escrito. Otra característica esencial del lenguaje escrito es la posibilidad de recuperar y utilizar la infor-

mación tal y como fue generada, sin distorsión alguna. Frente a la fácil distorsión que sufre la forma oral del lenguaje, se contraponen la permanencia exacta de contenido del lenguaje escrito. Estas dos características fundamentales (proyección en tiempo y espacio, así como conservación exacta de contenido) hacen que la escritura y lectura sean dos piezas claves del desarrollo humano.

EXPOSICIÓN DEL TEMA

LECTURA Y ESCRITURA CIENTÍFICA. GENERALIDADES

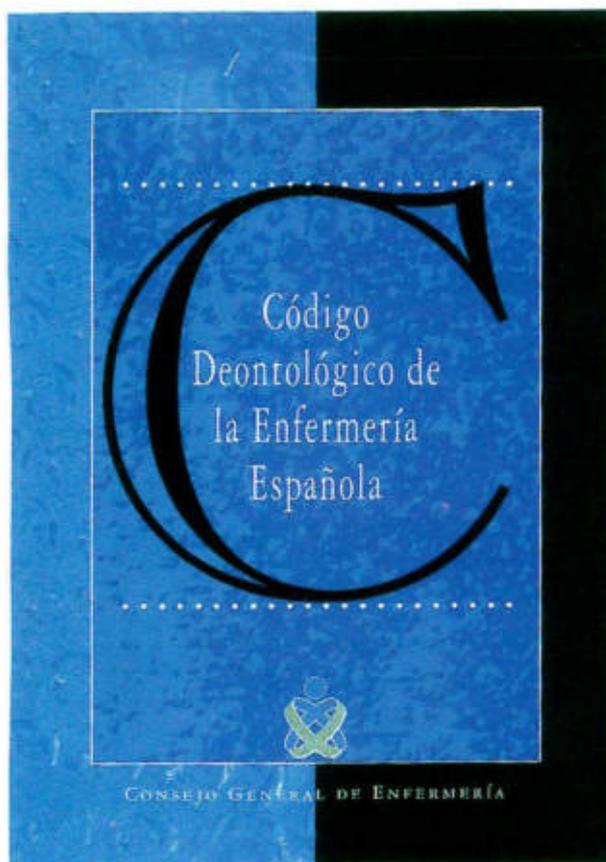
(Por qué leer y escribir en Ciencia).

A la Ciencia como parcela de conocimiento humano le es necesario comunicar su contenido y hallazgos a sí misma y a otros para que cumpla así una de sus funciones fundamentales: ser útil a sí misma y a la sociedad. ¿Qué forma de comunicación deberíamos de emplear entonces?. Pues como seres humanos que somos el lenguaje, y dada la trascendencia del tema a comunicar, el lenguaje escrito. Con ello conseguimos que la información se conserve idéntica a lo largo del tiempo, a salvo de distorsio-

nes que puedan transformarla en gran parte o su totalidad. Es necesario hacer un inciso al hablar de información científica. Esta información que deseamos transmitir a través de la escritura debe de cumplir dos requisitos fundamentales para poder ser considerada científica: haber sido obtenida mediante la aplicación del método de adquisición de conocimiento propio de la Ciencia (el Método Científico) y tratar de algún aspecto concreto de alguna parcela

de conocimiento de la Ciencia.

Enfermería como parcela del conocimiento científico, necesita ofrecer y recibir información novedosa, útil e interesante. Nos es necesario como parte de la Ciencia formar y formarnos en los conocimientos propios de nuestra disciplina al igual que de informar e informarnos sobre aspectos novedosos e interesantes de la misma. Pero al igual que mantenemos contacto formativo e informativo dentro



Libros. Imprescindibles en la formación.

de nuestra disciplina es sustancial con el ejercicio científico, dar y recibir información con respecto a otras parcelas de conocimiento científico. Es de vital importancia la génesis y comunicación de información científica a otras disciplinas para que aumenten su conocimiento sobre la realidad, al igual que nos es imprescindible mantenernos informados de los frutos de otras disciplinas que nos pudieran resultar útiles. El soporte formativo e informativo fundamental será por tanto el lenguaje escrito. ¿Qué soportes docu-

mentales utilizaremos?. Pues los mismos que otras Ciencias: para formar y formarnos emplearemos esencialmente los libros y para informar e informarnos fundamentalmente las revistas científicas.

FORMAS DE ESCRITURA TÉCNICO-CIENTÍFICA

Vista la necesidad de dar y recibir conocimiento en Ciencia a través de un

soporte permanente y estable, vamos a considerar en el presente apartado los diferentes formatos o documentos técnico-científicos utilizados a tal efecto. Las publicaciones científicas más interesantes son (UNESCO, 1983): Revistas Científicas, Libros, Monografías, Ponencias de Congresos, Informes Técnicos, Anuarios y Boletines. Veámoslas una a una.

Revistas Científicas: suponen la fuente más numerosa de información novedosa. Su aparición es periódica y suelen aportar



La información que aparecen en las revistas profesionales suele ser: artículos de opinión, investigación, casos clínicos...

información de tipo primario, es decir, información procedente de estudios de investigación originales inéditos. Suelen completarse con otras informaciones sin la relevancia de los originales como pueden ser: artículos de revisión, casos clínicos, descripciones técnicas, etc. Las revistas se pueden ser profesionales (médicas, enfermeras, podológicas...) y de especialidades (pediátricas, odontológicas, perfusionistas, radiológicas, de salud mental...), existiendo otros criterios de clasificación no excluyentes.

Libros: es una publicación, generalmente extensa, que contiene información relevante sobre un mismo tema. Su contenido suele ser de lo más variado. Hoy en día tienden a ser obra de distintos autores a lo largo de diferentes capítulos. Como ventaja podemos destacar la de reunir información extensa sobre un tema particular en un sólo volumen. Como desventaja indicaremos que la información contenida puede quedarse obsoleta. Para mantenerlos actualizados se procede a revisiones periódicas.

Monografías: son publicaciones en general más breves que los libros, que tratan sobre un único tema. Muchas veces no está clara la distinción entre libros y monografías, aunque a grosso modo podríamos decir que la unicidad de tema y extensión breve suelen diferenciar a las monografías de los libros.

Ponencias de Congresos: se trata de una publicación que recoge de forma escrita lo comunicado en forma oral durante reuniones de profesionales con un inte-



Revistas profesionales: Influencia relevante y novedosa.

rés científico compartido en un determinado tiempo y lugar. Suelen ser las publicaciones consecuentes de Congresos, Jornadas, Simposiums...

Informes Técnicos: es una publicación, generalmente breve, de actualización en algún tema en particular, producto de una revisión de expertos. Estos infor-

mes pueden tratar sobre alguna enfermedad, procedimiento técnico, etc.

Anuarios: publicación que puede albergar distinta información. Suele recoger, como su nombre indica, la información relevante a su propósito de un año.

Boletines: publicaciones periódicas de carácter

informativo, con periodicidad variable. Suelen ser muy breves y específicos de un tema en cuestión.

De entre estos documentos la Revista Científica y el Libro destacan por su carácter informativo y formativo respectivamente. En los dos próximos artículos nos centraremos en la Revista Científica.

BIBLIOGRAFÍA

- POLIT, D; HUNGLER. "INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD". EDITORIAL INTERAMERICANA MCGRAW-HILL. MÉXICO. CUARTA EDICIÓN 1.994.
- POLGAR, S; THOMAS, S. "INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD". EDITORIAL ALHAMBRA LONGMAN. MADRID. SEGUNDA EDICIÓN 1993.
- NÖTTER, L. E.; HÖTT, J. R. "PRINCIPIOS DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA". EDITORIAL DOYMA. BARCELONA 1.992.
- KOZIER, ERB Y OLVIERI. "ENFERMERÍA FUNDAMENTAL. CONCEPTOS, PROCESOS Y PRÁCTICAS". CUARTA EDICIÓN. EDITORIAL INTERAMERICANA MCGRAW-HILL.
- BOBENRIETH ASTETE, Manuel Alejandro. EL ARTICULO CIENTÍFICO ORIGINAL. ESTRUCTURA ESTILO Y LECTURA. EDITA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA, GRANADA 1.994.
- FREIXAS, LAURA. TALLER DE NARRATIVA. EDITORIAL ANAYA, MADRID, 1.999.
- MORALES J.F, ET AL. PSICOLOGÍA SOCIAL. EDITORIAL INTERAMERICANA-MACGRAW-HILL. PRIMERA EDICIÓN, MADRID, 1.994.
- UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC, AND CULTURAL ORGANIZATION. EN ORIGEN: BIBLIOGRAPHY OF PUBLICATIONS DESIGNED TO RAISE THE STANDARD OF SCIENTIFIC LITERATURE. PARIS; UNESCO, 1.993.
- COMITÉ INTERNACIONAL DE DIRECTORES DE REVISTAS MÉDICAS. REQUISITOS UNIFORMES PARA PREPARAR LOS MANUSCRITOS ENVIADOS A REVISTAS MÉDICAS. BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. 1.994; 116 (2): 146-159. (DOCUMENTO CON PUBLICACIÓN MÚLTIPLE).
- RAMÓN Y CAJAL, S. REGLAS Y CONSEJOS SOBRE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. EDITORIAL ESPASA CALPE. MADRID. 1.991.
- MARTÍNEZ DE SOUSA, J. DUDAS Y ERRORES DEL LENGUAJE. EDITORIAL PARANINFO. CUARTA EDICIÓN. MADRID. 1.987.

SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL

TU COLEGIO TE PROTEGE

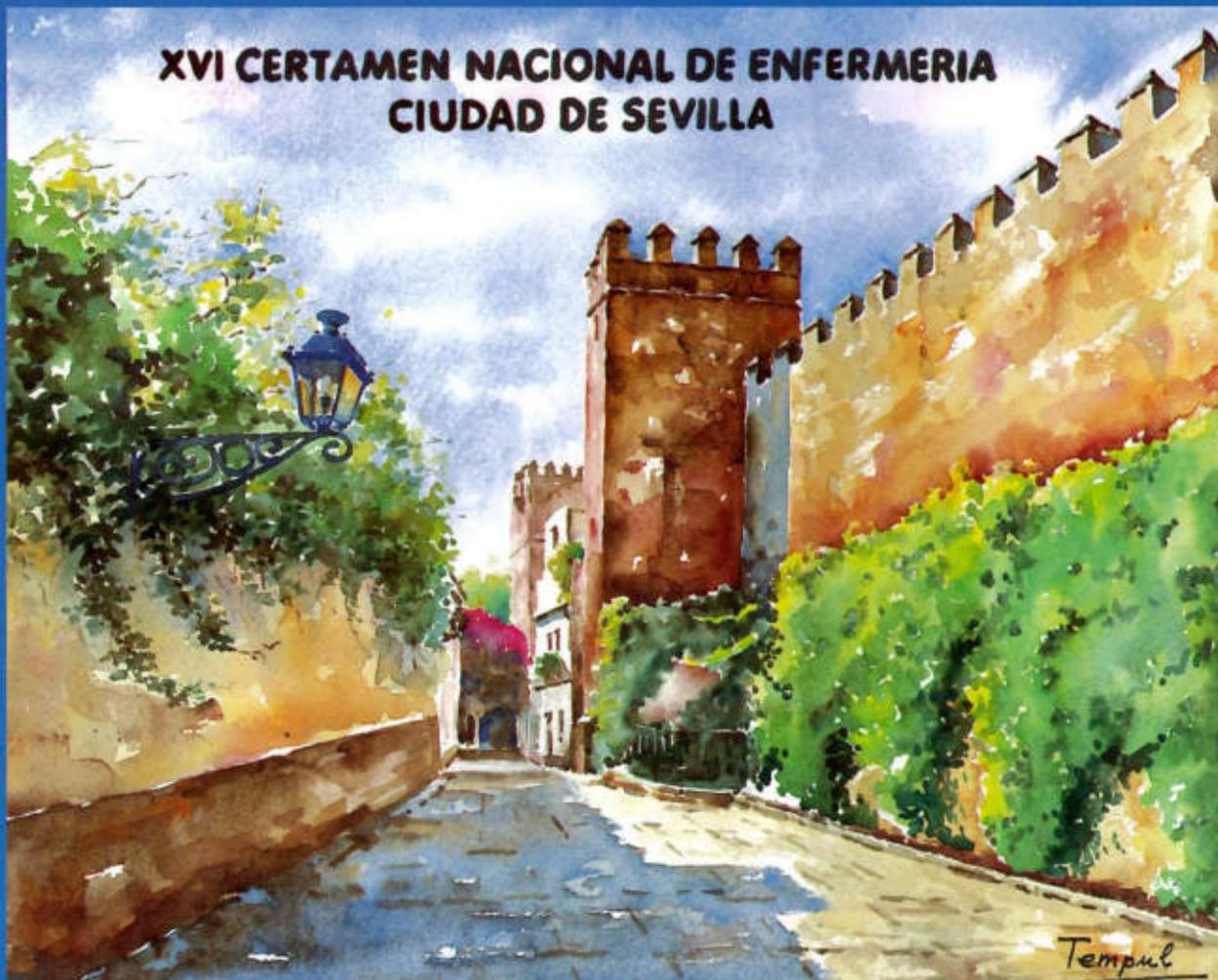
CON 200 MILLONES DE PESETAS

¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA
SEVILLA

XVI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE SEVILLA



PREMIOS

PRIMERO: 600.000 Pesetas

SEGUNDO: 300.000 Pesetas

TERCERO: 200.000 Pesetas

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

B A S E S

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases de mismo.
- DOTACIÓN:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, TRESCIENTAS MIL PESETAS (300.000) para el trabajo premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL PESETAS (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por duplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuademados. Incluirán en separado un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales por los escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería.

Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo a cualquier otra empresa de cartería, al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, Avda. Ramon y Cajal, nº 10 (41005 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XVI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación. En su interior incluirá: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con pseudónimo, sobre cerrado, identificado con el mismo pseudónimo incluyendo nombre y dirección completa de autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere. Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del Jurado a la identificación, antes de la apertura de las pliegos, de la procedencia o autores de los mismos.
- PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presenten en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XVI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo. Podrá optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2000. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado. El fallo del Jurado se hará público el día 15 de diciembre de 2000.



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERIA
DE SEVILLA

Patrocina

