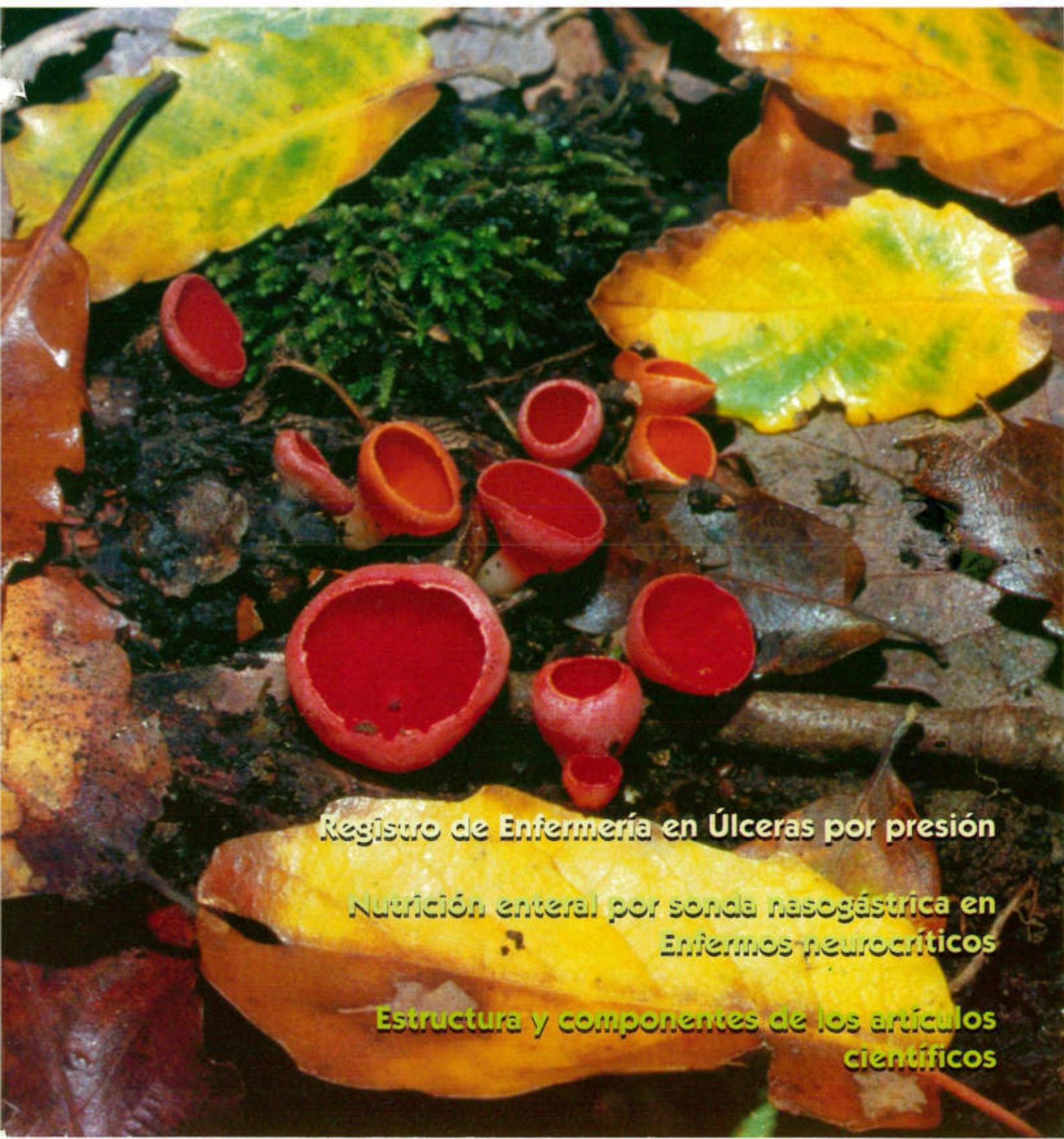


Revista Científica 

HYGIA de ENFERMERIA

Nº 46, Año XIII 3º Cuatrimestre del 2000

Colegio de Enfermería de Sevilla



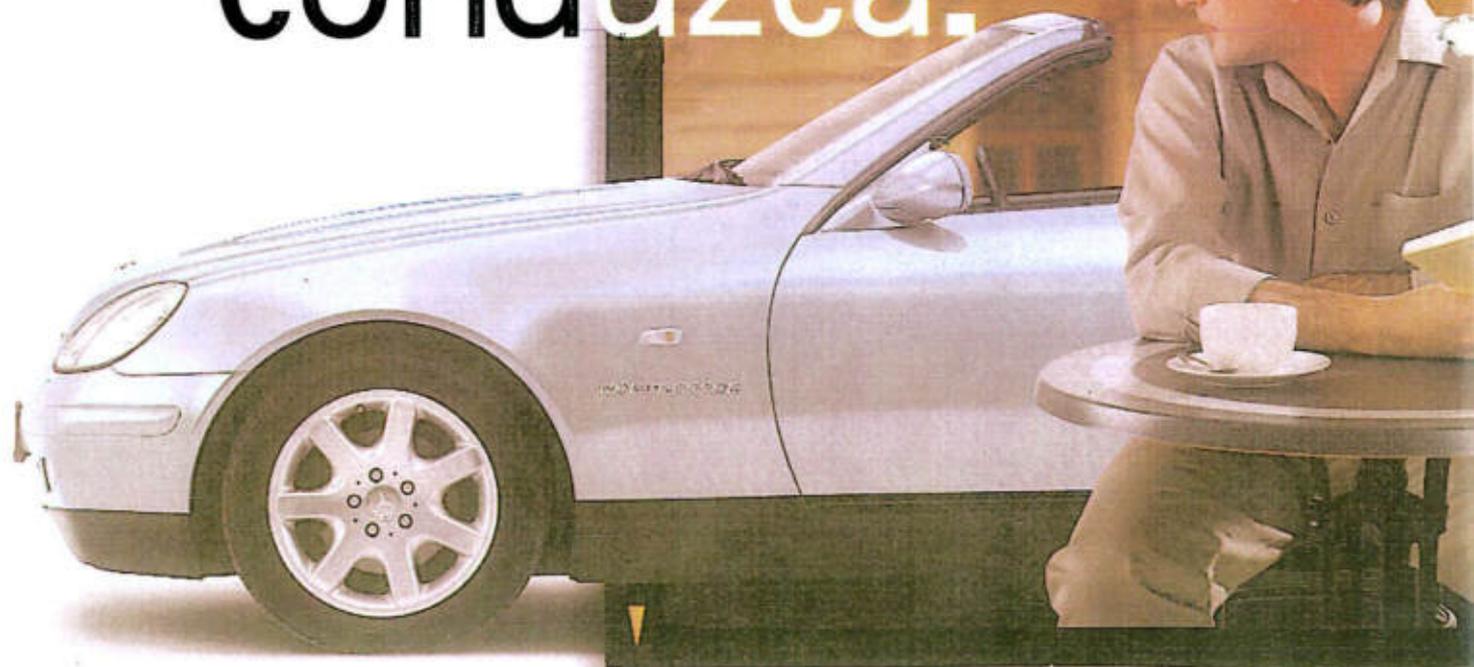
Registro de Enfermería en Úlceras por presión

**Nutrición enteral por sonda nasogástrica en
Enfermos neurocríticos**

**Estructura y componentes de los artículos
científicos**

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 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

INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA

"Soporte instrumental imprescindible para la continuidad de cuidados"

Durante la estancia hospitalaria del paciente, independientemente de su patología, ya sea médica, quirúrgica o exploratoria, este presenta problemas de salud a los cuales los enfermeros/as damos respuesta con nuestros cuidados cubriendo esas necesidades, ya sea con responsabilidad propia con diagnósticos enfermeros o con las actividades y técnicas de enfermería en los problemas de colaboración, cuya responsabilidad final es de otro profesional, en nuestro caso casi siempre el médico.

Cuando se produce el alta médica, es imprescindible cumplimentar un informe de enfermería, donde se evalúen los problemas de salud que no se han terminado de resolver, para que el enfermero/a ya sea de Atención Primaria o de Hospitalización Domiciliaria, le dé una continuidad a nuestra planificación de cuidados y las recomendaciones que el paciente y la familia necesita en su domicilio encaminadas al autocuidado. De esta forma el paciente logrará su independencia posibilitando que desarrolle su potencial y utilice de una manera adecuada los recursos a su alcance.

Demos efectividad y continuidad a la comunicación interniveles haciendo un esfuerzo en:

- ◆ Diseñar un informe que se pueda cumplimentar fácil y rápidamente.

- ◆ Que vaya enfocado a las necesidades del paciente/familia.
- ◆ Que sea de utilidad para el enfermero/a que lo recibe.

Tenemos que tomar conciencia de que somos una disciplina con responsabilidad propia y conseguir ser una profesión que los ciudadanos demanden como necesaria e insustituible. Para ello hay que ofertar una cartera de servicios definiendo nuestro producto dentro de un marco conceptual y definir que diagnósticos enfermeros tienen nuestros pacientes así como las acciones cuidadoras por patrones de salud y planes de cuidados estandarizados, cuantificar este producto cumplimentando los registros enfermeros y dar así continuidad a los cuidados.

Para ello tendremos que conseguir que el paciente y la familia, al igual que no se va de alta del hospital sin el informe del médico, demande nuestras recomendaciones de enfermería para dar efectividad y continuidad a su proceso de salud/enfermedad.

Carmen Pastor Monteagudo

"Jefe de Bloque de enfermería responsable de calidad" Hospital General (H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla)

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 Lema Soriano

M^a Fernanda Fuentes Paniagua

Antonio Hernández Díaz

Encarnación Jiménez García

Hipólito Gallardo Reyes

TIRADA

9.000 ejemplares

ISSN

1.137-7178

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

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

REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 10

Teléfono: (95) 493 38 00

Página Web: www.oconf.org/sevilla

Correo Electrónico: coleg41@smail1.oconf.org

MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E

IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

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

Sumario

- 3 *Informe de Enfermería al Alta*
- 5 *E.A.M.: Un cuidado importante en Enfermería*
- 10 *Revisión Bibliográfica de la Gasometría*
- 15 *Registro de Enfermería en Úlceras por presión*
- 18 *Criterios básicos y cuidados de Enfermería en la Unidad de Recuperación Postanestésica. URPA*
- 27 *Nutrición enteral por sonda nasogástrica en enfermos neurocríticos*
- 32 *Gestión de Cuidados de Enfermería*
- 36 *Educación sexual y transmisores de la información*
- 43 *Estructura y componentes de los Artículos científicos*



Herminio Martínez Muñiz
Colegiado n° 2.819
Título:
"Peziza Escarlata"

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

Los ejercicios de amplitud de movimientos: Un cuidado importante en Enfermería

■ Víctor Bohórquez Sánchez¹

■ Diego Sánchez Cano²

¹ Diplomado en Enfermería. Residencia Carmen Sevilla II. ANDE. Sevilla.

² Diplomado en Enfermería. Fisioterapeuta. UCI H.R.T. H.H.U.U. "Virgen del Rocío". Sevilla.

1. - INTRODUCCIÓN

Muchas son las veces que a enfermería se nos ha preguntado como poder aliviar molestias, dolores, etc. Pacientes que por su patología, su estancia en el hospital, su adecuación al medio social en el que se desenvuelve, o mayor aún, el propio acercamiento que sufren los pacientes hacia el personal de enfermería, lo que nos ha motivado en numerosos casos ha investigar, por nuestra cuenta, aspectos

que podrían beneficiar a pacientes, y a nuestro propio colectivo; este es el caso de los E.A.M., pues como no puede ser de otra manera, fue lo que nos motivó a investigar sobre el tema. La verdad que son muchas veces las que remitimos a fisioterapia este tipo de problemas, y aunque ellos jueguen un papel activo, no debemos de olvidar que nosotros, la enfermería que pretendemos alcanzar, esa enfermería comunitaria, integral, y desprovista de tapujos, debe basarse también en el cuidado integral

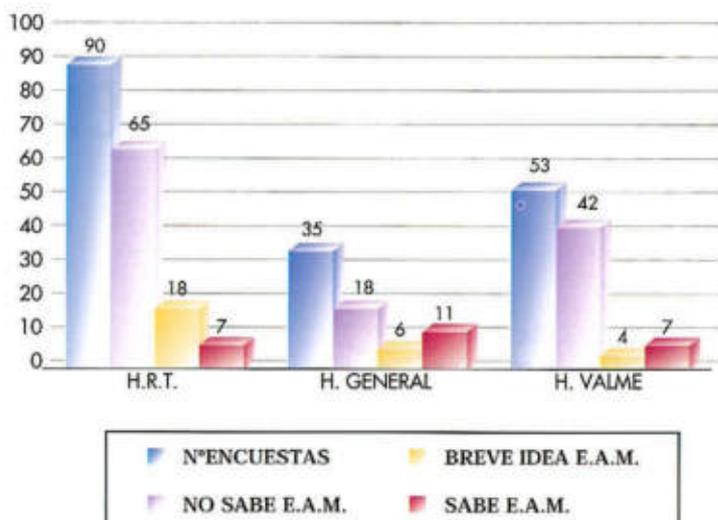
de la persona, en el cuidado propio de la enfermería, sobre la base que vamos a actuar, es aquí donde jugamos un papel muy importante. El caso de los E.A.M. es un caso más, donde la enfermería, sin realizar intrusismo laboral, debe llevar ese cuidado integral al paciente, pues gracias a estos cuidados, no sólo se beneficiará el paciente, sino también la propia calidad enfermera, y con ello contribuir al desarrollo de nuestra profesión.



Hospital de referencia en el Estudio.

RESUMEN

Los ejercicios de amplitud de movimientos (E.A.M.), son los ejercicios que tanto el paciente como la enfermera deben de llevar a cabo para establecer la movilización temprana de los miembros. Es un trabajo integral, en el que tanto la enfermera como el paciente adquieren un papel activo y pasivo a la vez, pues va a depender de muchos factores el protagonismo que cada uno de ellos va a asumir en todo este proceso.



2.- MATERIAL Y MÉTODOS

Para observar el conocimiento que existía entre los profesionales de enfermería de los ejercicios de amplitud de movimientos (E.A.M.), hemos realizado unas encuestas a lo largo del periodo que va comprendido entre octubre de 1.997 hasta septiembre de 1.999; los lugares que han estado sujetos a este estudio de investigación han sido los Hospitales de Rehabilitación y Traumatología, Hospital General, ambos de la ciudad Sanitaria "Virgen del Rocío"; Hospital "Virgen de Valme"; y Alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Sevilla

A lo largo de este periodo se han realizado un total de 178 encuestas, que han dado muchas y muy diversas opiniones, entre todas hemos querido transmitir las siguientes, que intentaremos mostrar a continuación:

* Un 70% de los encuestados sufría un enorme desconocimiento sobre los E.A.M., pues la mayoría de ellos ignoraban la existencia de los ejercicios de amplitud de movimientos, de la importancia que estos tenían para la enfermería y principalmente para los propios enfer-

mos, que se beneficiarían de muchas de las ventajas que estos conllevan. Tan solo un 16% poseía una breve idea de la existencia de estos ejercicios, y confrontando con todo ello, tenemos el porcentaje más bajo que data del 14%, que son los que poseen un claro conocimiento de los E.A.M., de su correcta aplicación y de la importancia que estos pueden conllevar a enfermería y al paciente.

"Existe un claro desconocimiento de la aplicación, correcto uso y utilización, de los ejercicios de amplitud de movimientos"

* El 76% de los encuestados reconocía claramente que jamás había llegado a utilizar de forma repetida y programada estos ejercicios, cosa que no es de extrañar, pues si observamos tan solo un 14% posee un claro conocimiento. Solo un 18% decía de haberlo utilizado de una forma programada, estableciendo una serie de objetivos en la consecución de sus actos, y por último tan solo un 6% aplica esta serie de cuidados de forma regular, y estandarizada en sus cuidados.

* Si nos centramos en el sector que posee un claro conocimien-

to de estos E.A.M., podemos decir que la práctica de los mismos es llevada a cabo en una cuantía algo escasa. Aunque es de resaltar que tras las definiciones y utilidades que proponíamos en nuestra encuesta, un alto porcentaje llegaba a confrontar que, la protocolarización de estos cuidados y su aplicación en determinadas áreas, era una de las cosas que se deberían de llevar a cabo, que sería uno de los ámbitos en los que la enfermería debería de progresar, llegando a puntos que actualmente se encuentran apocados en una fase dilatada, y en un profundo desconocimiento.

* Un alto porcentaje se nos refería a los E.A.M., como una de las tareas de fisioterapia, de la que enfermería no debía de entrometerse, y que sumado a la escasez de medios, tiempo y personal, todo ello conjuntado a la jerarquización que se tenía en cuenta en función de tareas, impedían su correcta y total aplicación, además del amplio desconocimiento que existía de los mismos.

3.- COMENTARIOS

Muchas dudas y desinformación es lo que nos hemos encontrado a lo largo de este estudio, entre las numerosas encuestas realizadas y las fuentes consultadas, se nos han planteado diversas cuestiones que hemos querido confrontar, y aclarar a los compañeros de Enfermería, en primer lugar encontrar una clara definición de los E.A.M., pues no es fácil dar una definición, la mayoría de las fuentes consultadas hacen referencia a las fuerzas aplicadas de carácter externo, que deben de llevarse a cabo para evitar la inac-



La Monitorización temprana de los MMSS evita posibles complicaciones secundarias.

tividad, el anquilosamiento, la pérdida funcional de los miembros de los pacientes que sufren un largo periodo de inactividad; Pero nosotros hemos creído también importante incluir en esta definición aspectos que se desarrollan de alguna manera más análoga al propio concepto de la enfermería como profesión integral del cuidado, por ello hemos creído conveniente, incluir en esta definición aspectos tales como: el correcto uso y aplicación de medios propios de enfermería -**observación, evaluación, educación sanitaria**-, donde la enfermería debe recabar la información oportuna, resolver las posibles dudas del paciente, ayudar a este a establecer unos objetivos de cuidados, tanto a largo como a corto plazo, responsabilizarse del cuidado del enfermo, y todo ello debe de estar basado en la sinceridad mutua -, por otro lado quizá queda un aspecto importante que debemos de incluir, como sería: el conocimiento de las técnicas exactas y más oportunas para su aplicación basadas en el propio paciente, es decir, individualización de estos cuidados enfermeros, para ello se debe de llevar a cabo una fase de preparación, estudio, y posteriormente organización, de los cuidados que deben de llevarse a cabo para cada paciente en concreto,

sin que con ello se desprestigie que la conceptualización de protocolos ayuden a la enfermería al encauzamiento de los problemas y su posible solución; Estimar que, los objetivos que se nos pueden plantear a grandes rasgos como la estimulación de las actividades donde y siempre que sea posible para evitar en lo posible los efectos de la inactividad, el corregir la ineficacia de los músculos para conseguir un movimiento normal, funcional y eficiente, o más aún, el estimular al paciente para así recuperar las actividades humanas y acelerar su rehabilitación, esté basado en la individualización. Pero junto a ello debemos de incluir aspectos que pensamos que a la enfermería le pueden servir de gran utilidad y que deben de ser básicos para un mejor funcionamiento, aspectos que van desde una correcta colocación a la hora de la movilización de los pacientes, como de la propia utilización de medios que a veces desconocemos su correcto uso, cosas que si de alguna manera estuvieran mejor protocolizadas se podrían evitar grandes problemas que a la enfermería le están aconteciendo.

“en todo proceso la enfermería hace y se hace”

Cuando hablamos que la enferme-

ría y el paciente adquieren un papel activo y pasivo a la vez, nos estamos refiriendo en concreto a las actuaciones diferenciadas que va a tener el colectivo ante la propia individualización de los cuidados, por ello, la enfermería adquiera el papel activo cuando, pone en práctica todos los conocimientos que tiene, valora activamente al paciente observando su estado físico, revisando su plan de cuidados y la historia clínica, evaluando el estado mental y emocional del paciente, revisando los objetivos marcados y estableciendo los nuevos objetivos, hablar con la familia, etc. Todo esto sumado al papel de renovación que debe de aplicar la enfermería en su proceso de cuidados, la aplicación de nuevas técnicas, el correcto uso de los métodos de observación, adquirir un papel activo del paciente en todo proceso, son entre otros, los procesos por los que debe apocar la enfermería a la que tendemos. Al aplicar la enfermería directamente los E.A.M. sobre el paciente, adquiere su papel activo, un papel que queda delimitado a la actuación sobre la realización de los movimientos pasivos relajados, o los movimientos pasivos forzados, delimitados por el propio estado del paciente y de la limitación articular que a este le conlleva. Debemos decir que en



La flexo-extensión plantar es otra posibilidad de aplicación de los E.A.M.

todo este proceso la enfermería hace y se hace, realiza cuidados y a la vez se siente realizada, y esto es lo importante del papel desde el punto de vista personal y profesional, el conseguir logros que conlleven a la motivación propia y del propio paciente, para que así este proceso continúe y su camino de evolución. Es una de las tareas más complicadas de la enfermería, que poco a poco y tras nuestra experiencia queda marcada aún más en todo nuestro quehacer diario, a veces es la desmotivación, a veces es el trabajo, a veces es el no conectar con el paciente, y otras veces somos nosotros mismos, por la propia valoración de la técnica sobre el cuidado, pero todo ello se reduce al mismo factor, el sumirse en una capa que nos aislé, nos proteja y descargue sobre ella todas las cosas que a la enfermería ha posibilitado todo su esplendor social y cultural, esta enfermería por la que tanto achaques ha pasado, por la que tantas veces se ha sumido y por la que de alguna manera debemos de seguir luchando, todo ello basado en el conocimiento, experimentación y la individualización de los cuidados, y es aquí donde los E.A.M. cobran un papel fundamental, pues esta indi-

vidualización de los ejercicios son vitales para el propio acercamiento al paciente, y a otros profesionales que de alguna manera agradecerán el trabajo que se realiza sobre el paciente, que a fin de cuentas va a ser el que mayoritariamente salga beneficiado, como no podía ser de otra manera.

4.- RESUMEN

Hemos intentado tras el análisis del personal, sus conocimientos, y la propia aplicación que realizan de los E.A.M., tanto de una forma voluntaria como de una forma involuntaria, extraer las preocupaciones que propiamente tiene el personal de enfermería, sobre todo demarcado hacia la misma aplicación de los ejercicios, su correcto uso, su utilidad de aplicación, y hasta que punto de esto es beneficioso. Hemos observado que el interés propio del campo de la enfermería se extiende mucho más allá de lo que pueden encerrar en sí unos protocolos desprovistos de todo el calor humano, el contacto con la persona y el mismo contexto situacional, cercana a la enfermedad, rodeado por sus familiares, y sumido en un territo-

rio hostil, que como no podía ser otro data del hospital. Quizá el mayor hincapié que hemos querido transmitir a nuestros compañeros son las acciones en las que se debe de basar la enfermería, y para ello nos hemos basado en la aplicación de los E.A.M., que de alguna manera se han dejado de aplicar en su totalidad, por su desconocimiento o por nuestro querer acercarnos a la práctica más metodológica, y técnica, que deja de entrever el propio contacto con las personas, por ello queremos resaltar los siguientes puntos:

- Que se produzcan un mayor acercamiento hacia el conocimiento de los E.A.M., para lo cual proponemos que se instauren cursos de posgraduados, en los que la enfermería vea su total aplicación de una forma más directa.
- Realización de planes de cuidados en colaboración con la profesión de fisioterapia, que surja ese trabajo multidisciplinar, para que el paciente se vea claramente beneficiado tras la aplicación de estos cuidados.
- Asumir un papel activista en

todo el proceso, sobre todo en personas, que debido al tiempo de estancia inmovilizada, tanto en el hospital como en su casa, vean mermada las capacidades vitales que poseían al inicio de todo este proceso; para ello la enfermería debe de tener un papel fundamental, en el ámbito educador y tutor.

- Que la enfermería asuma el verdadero papel social que posee,

para lo cual y aunque nos parezca una utopía, debemos de mostrar todo nuestro potencial humano, para conseguir así el desarrollo de la profesión.

AGRADECIMIENTOS:

1. A todo el personal de Enfermería que se prestó voluntaria-

mente a la realización de las encuestas, gracias.

2. NEGRILLO, M^a Carmen. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería "Virgen del Rocío" de Sevilla.
3. Agradecer especialmente al personal de la UCI y de fisioterapia del H.R.T. "Virgen del Rocío", en la realización de nuestro trabajo, muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES DOCUMENTALES:

1. **Nursing Photo book**. "Movilización, traslado y deambulación del paciente en enfermería". Ediciones Doyma.
2. **STRYKER, Ruth p.** "Enfermería de rehabilitación". Ediciones interamericanas. México, 1974.
3. **XHARDEZ, Inés.** "Vademécum de quinesiterapia y reeducación funcional". Ediciones Ateneo. Buenos Aires, 1988.
4. **VÁZQUEZ GALLEGO, Jesús.** "El masaje terapéutico". Ediciones Mandala, 2ª edición. Madrid, 1988.
5. **LIGHT, Sidney.** "Masaje, manipulación y tracción". Ediciones Toray. Barcelona, 1973.
6. **GARDINER, M. D.** "Manual de ejercicios de rehabilitación: cinesiterapia". Ediciones Sims. Barcelona, 1986.
7. **Encuestas realizadas al personal de Enfermería.**

Revisión bibliográfica de la Gasometría

- Joaquín Bulnes Gómez¹
- Jerónima M^a Almagro Martínez²
- J. Manuel Fernández Sarmiento³
- Laura Méndez Pérez⁴

¹Diplomado en Enfermería H. Duques del Infantado.

²Auxiliar de Enfermería HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

³Diplomado en Enfermería Ambulatorio Marqués de Paradas. Sevilla

⁴Diplomado en Enfermería H. U. Virgen Macarena. Sevilla.

PALABRA CLAVES:

Gasometría, acidosis, alcalosis, punción arterial.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que el volumen de artículos de enfermería se duplica rápidamente debido a que cada vez son más los profesionales que se introducen en el arte de la comunicación mediante la escritura, creemos que el trabajo de revisión puede resultar de gran utilidad para los lectores, ya que con ello facilitaremos el análisis de un determinado tema, en este caso la gasometría, que es una técnica exclusiva de enfermería.



Distintas revistas utilizadas en el presente artículo.

Este trabajo es una revisión de cinco revistas de enfermería: Hygia, Rol de enfermería, Enfermería científica, Enfermería clínica y Nursing; de todas ellas se han extraído todos los trabajos referentes a gasometría, han sido leídos, resumidos y algunos de ellos valorados desde nuestro punto de vista y experiencia profesional.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo al ser de revisión bibliográfica está básicamente estructurado en dos bibliotecas, por un lado la de la E. U. E "Cruz Roja" y por otro la de la E. U. E "Virgen Macarena", ambas de Sevilla.

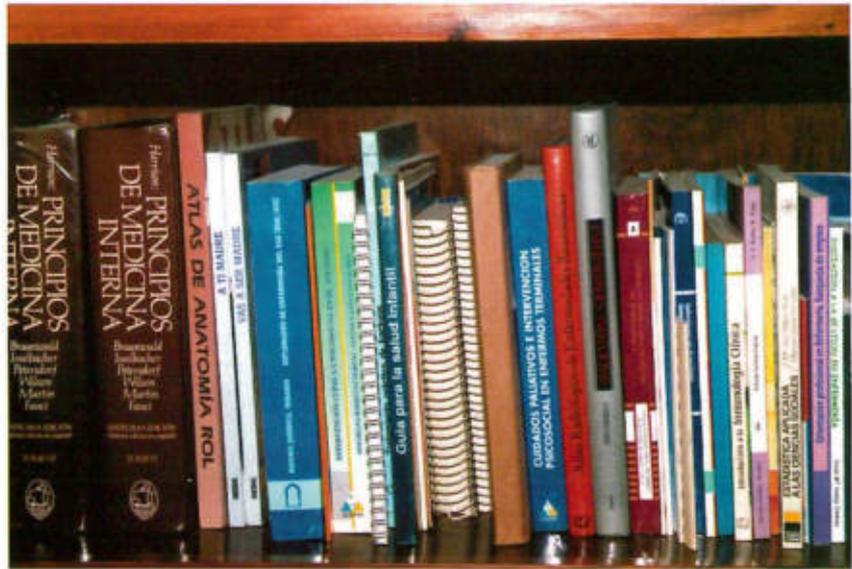
Desde que se planificó el trabajo hasta que ha sido informatizado han transcurrido seis meses, de los cuales tres han sido dedicados exclusivamente a la búsqueda bibliográfica.

La revisión ha sido de cinco revistas científicas de gran prestigio en el mundo de la enfermería:

- Hygia: desde que comenzó su publicación hasta Mayo del 2000.
- Rol de enfermería: desde que comenzó su publicación hasta Mayo del 2000.
- Enfermería integral: desde que comenzó su publicación hasta Mayo del 2000.
- Enfermería científica: desde que comenzó su publicación hasta Mayo del 2000.
- Nursing: desde el año 1983 hasta Mayo del 2000.

El trabajo se ha realizado en varias etapas:

- 1ª Búsqueda en cada una de las revistas de todos los trabajos relacionados con la gasometría.
- 2ª Fotocopia de cada uno de los artículos encontrados con referencia a la gasometría.
- 3ª Obtención de datos básicos: Nombre del autor o autores, año de publicación, título del artículo, revista de publicación, número de la misma y páginas.
- 4ª Lectura, breve resumen y en algunos casos juicios de valor de cada uno de los artículos.



Para desarrollar adecuadamente cualquier profesión es fundamental una buena base teórica.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA GASOMETRÍA

Carmona Simarro, J. V.; Aguade García, C. (1997). "Alteraciones en los resultados de las gasometrías arteriales por el manejo incorrecto de las muestras a procesar; una tarea de enfermería. Consideraciones". **Enfermería integral** núm. 40. Pág. XXX - XXXVI.

Hacen una introducción en la cual definen la gasometría arterial, los valores normales y críticos, así como del procedimiento para la extracción y algunas consideraciones de enfermería.

El artículo en sí consta de seis estudios de diferentes circunstancias que pueden influenciar los resultados de la gasometría arterial con sus respectivas conclusiones. Estas circunstancias son:

- Muestra expuesta a temperatura ambiente en relación al factor tiempo.
- Muestra expuesta a fuente de calor.
- Muestra conservada en nevera.

- Muestra con excesiva heparina en la jeringa.
- Existencia de burbujas (o aire) en la jeringa.
- Muestra venosa por error.

Granados Gámez, G.; Seiquez Carasa, A.; Navarro Sanabria, J.; Plaza del Pino, M. D. (1995). "Alteración de los parámetros gasométricos en sangre arterial en función del tiempo y la temperatura". **Enfermería científica**. núm. 158-159. Pág. 71-77. Determinan las variaciones en la gasometría arterial en pacientes con obstrucción crónica del flujo aéreo, en función del procedimiento, método de conservación y tiempo transcurrido en procesar la muestra.

Utilizan tablas para reflejar los valores obtenidos y la variabilidad de estos a simple vista.

Tasota, F.; Wesmiller, S. (1994). "Valoración de la gasometría arterial". **Nursing** Vol. 12. núm. 10. Pág. 8-20.

Trabajo bastante extenso, en el que nos muestran: los indicadores para controlar el transporte, aportación y consumo de oxígeno; signos y síntomas de la hipoxia;

mecanismos de compensación del organismo para mantener la aportación de oxígeno y el equilibrio ácido-base; clases, causas, signos, síntomas y tratamiento de los trastornos del equilibrio ácido-base.

Además presentan una serie de casos prácticos para interpretar la gasometría y las acciones de enfermería relacionadas con el equilibrio ácido-base. Todo ello teniendo en cuenta que la oxigenación, ventilación y el equilibrio ácido-base son aspectos claves para la estabilidad del paciente.

Es uno de los trabajos más completos sobre el tema hasta el momento.

Maldonado, M^a. L. (1994). "Transtorno del equilibrio ácido-base". **Rol de enfermería** núm. 185. Pág. 31-39.

Introduce conocimientos de las bases fisiopatológicas y la atención en las alteraciones del equilibrio ácido base.

Consta de tres partes: aspectos fisiológicos, características de las diferentes alteraciones y actuaciones de enfermería ante estos desequilibrios.

Colina, J.; Fabra, M. (1993). "Balance hídrico. Equilibrio ácido-base". **Rol de Enfermería** núm. 175. Pág. 88-90.

Serie de preguntas y respuestas sobre el tema, a modo de formación continuada.

Maciaú, M. (1993). "Revisión sobre la técnica para la obtención de sangre arterial". **Enfermería integral** núm. 28. Pág. 27-32.

Revisión con el fin de unificar los criterios existentes relativos a la obtención y extracción de sangre arterial para la realización de la gasometría, facilita la mayor información sobre la técnica de punción arterial, señala las fuentes de error más frecuentes no sólo en la punción propiamente dicha sino, en su transporte al laboratorio y en el análisis posterior de esta.

Piñeiro, M^a. C.; Gamón, A.; Núñez, M^a. E. S. (1992). "Técnicas de extracción de gasometrías en recién nacidos". **Enfermería científica**. núm. 119. Pág. 29-37.

Describe dos técnicas de extracción de gasometrías en neonatos, como son la capilar y por canalización del cordón umbilical, indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y factores que pueden alterar el resultado.

Esteban, J.; López, J.; Navarrete, L.; García, S. (1992). "Determinación del valor de referencia del pH en vena umbilical de recién nacidos en la Anaxarquía". **Enfermería científica**. núm. 123. Pág. 36.

Establecen un valor normal de referencia del pH en vena umbilical de recién nacidos sanos mediante el estudio estadístico de 185 recién nacidos.

Sprauve, D. (1991). "Compruebe sus conocimientos sobre líquidos electrolíticos y equilibrio ácido-base". **Nursing** Vol. 9. núm. 1. Pág. 63-64.

Autoevaluación en relación con los gases sanguíneos y electrolitos. Preguntas con diferentes posibles respuestas y contestación con explicación.

Lake, D. (1991). "Alcalosis respiratoria". **Nursing** Vol. 3. núm. 7. Pág. 32-33.

Reedición de la revista Nursing, número 8 de 1985.

Lake, D. (1991). "Acidosis respiratoria". **Nursing** Vol. 3. núm. 8. Pág. 34-35.

Reedición de la revista Nursing, número 7 de 1985.

Wintek, L. (1991). "Alcalosis metabólica". **Nursing** Vol. 3. núm. 6. Pág. 44-45.

Reedición de la Revista Nursing, volumen 3, número 6 de 1985.

Wintek, L. (1991). "Acidosis

metabólica". **Nursing** Vol. 3. núm. 4. Pág. 46-47.

Reedición de la revista Nursing, volumen 3, número 4 de 1985.

Bus, A.; Fábregas, A. (1990). "Oxímetro". **Rol de Enfermería** núm. 146. Pág. 82-84.

Ficha de utillaje breve, concisa y aclaratoria. Se toca el tema del oxímetro, es decir, monitor fotométrico que mide y supervisa el nivel de saturación de oxígeno arterial y la frecuencia cardíaca. Indicaciones para su utilización, principios de funcionamiento, características del Oxímetro, etc., son los puntos más interesantes de este artículo.

Guerrero, D. (1989). "La punción arterial". **Hygia** núm. 8. Pág. 5-7.

Descripción de la técnica, identificación, material, preparación del paciente, control y envío de muestras.

Kelly, P. (1988). "¿Está preparada para practicar punciones arteriales?". **Nursing** Vol. 6. núm. 1. Pág. 23-27.

Breve introducción, la cual nos indica el auge de esta técnica en las unidades medicoquirúrgicas, así como en la dificultad y el riesgo de dicha técnica.

Hay consideraciones que pueden falsear los resultados de los análisis, los cuales se muestran.

La técnica se presenta mediante una serie de fotografías que muestran cómo obtener una muestra de sangre para gasometría con eficacia y seguridad, paso a paso y con una concreta y clara explicación.

Roch, I. (1988). "Atención de enfermería ante la punción venosa y arterial". **Rol de Enfermería** núm. 116. Pág. 62-64.

Serie de preguntas, relacionados con el tema, con las pertinentes respuestas y explicaciones.

También se describe un caso práctico, con una serie de acciones de

enfermería, plan de cuidados con objetivos y acciones.

Lázaro, C. E. (1988). "Alteraciones en el equilibrio ácido-base, valoraciones gasométricas".

Enfermería integral núm. 10. Pág. 6-9.

Introduce al profesional de enfermería en los conceptos más elementales del equilibrio ácido base, y la valoración de éste por medio de datos gasométricos, tanto en condiciones de normalidad, como ante la existencia de un proceso patológico.

O'Leary, S. (1987). "Interprete la gasometría arterial a través de cuatro fases". **Nursing** Vol. 5, núm. 3. Pág. 28-35.

La evaluación de la gasometría arterial probablemente no sea una de las responsabilidades de enfermería favoritas.

El significado de todas las cifras puede parecer totalmente claro en un momento dado y sumirnos en la más absoluta confusión al momento siguiente.

Mediante 4 fases de una forma sencilla y rápida nos enseñan a interpretar la gasometría arterial. Nos muestran los 4 principales desequilibrios ácido-base, así como las actividades claves de enfermería para cada uno de ellos.

Díaz, J. A.; Vergara, P.; Fontana, I. (1987). "Miedo y dolor a la punción arterial frente a otras técnicas en pacientes con obstrucción crónica al flujo aéreo". **Enfermería integral** núm. 8. Pág. 28-31.

Trabajo de investigación en el cual se compara en 63 enfermos pulmonares el miedo y dolor referido a las punciones arteriales con la punción venosa y la espirometría. Las punciones se efectuaron en arteria braquial y radial empleando dos tipos de agujas "estandar" y "aguja fina". En el análisis no paramétrico de los resultados se observan que no existe diferencia entre la punción arterial y las otras técnicas. Los enfermos refieren mayor miedo y dolor a la punción

en arteria radial y con estandar que a la punción braquial y con aguja fina. Utilizan gráficos con lo que a simple vista se ven los resultados.

Portero, M. P.; Martín, M. C.; Pérez, M. L. (1986). "Estudio comparativo de la medición de PO₂ y PCO₂: electrodos percutáneos y gasometría por punción arterial". **Rol de Enfermería** núm. 90. Pág. 30-34.

La fiabilidad de la medición de la PO₂ y PCO₂ transcutánea (PO₂tc y PCO₂tc) ha sido demostrada en niños y neonatos. Sin embargo, hay pocas experiencias en su utilización con adultos.

En el presente trabajo se estudian las ventajas de este método practicado en adultos. Las correlaciones obtenidas entre la PO_{a2} y PCO_{a2} y la PO₂tc y PCO₂tc fueron muy satisfactorias. Gracias a esta técnica no invasiva se puede comprobar en el manejo diario de los pacientes, las ventajas que ofrece la monitorización continua de los gases arteriales en enfermos de alto riesgo, así como evitar gran número de extracciones y/o punciones, a los que en general están sometidos estos pacientes.

Torres, R.; Sánchez, I. (1986). "Catéter arterial". **Rol de Enfermería** núm. 93. Pág. 56-59.



Analizador de gases. Instrumentación laboratory 1620.

En pacientes en estado crítico, en los que es preciso registrar con gran rigor la medición de la P. A., se debe utilizar el catéter arterial, que permite al mismo tiempo monitorizarle, realizar extracciones frecuentes de sangre arterial para gasometría y controlar el equilibrio ácido-base.

En esta ficha nos detallan los casos en que resulta indicada la utilización de esta técnica, ventajas, inconvenientes y complicaciones.

Martínez, L.; Campillo, S. (1985). "Gasometría: técnica de enfermería e interpretación científica". **Enfermería científica** núm. 40-41. Pág. 80-85.

Hacen un estudio de lo que son los "análisis de gases", parámetros que componen dichos análisis, significado, transporte de gases entre tejidos, factores que intervienen y sobre todo y muy importante la técnica de la punción arterial, material necesario y un estudio diferenciado a la hora de la toma de muestras de las características de la sangre arterial, venosa y

capilar para el estudio de los gases sanguíneos y las indicaciones de cada una de ellas.

Hacen referencia a los anticoagulantes que se deben emplear y las causas de error en las muestras de sangre, pasando a la interpretación de los valores obtenidos.

Lake, D. (1985). "Acidosis respiratoria". **Nursing** Vol. 3. núm. 7. Pág. 38-39.

Fisiopatología, signos y síntomas de la acidosis respiratoria mediante ilustraciones y explicaciones, indicando lo que se debe buscar.

Lake, D. (1985). "Alcalosis respiratoria". **Nursing** Vol. 3. núm. 8. Pág. 54-55.

Fisiopatología, signos y síntomas de la acidosis respiratoria mediante ilustraciones y explicaciones, indicando lo que se debe observar.

Witek, L. (1985). "Acidosis metabólica". **Nursing** Vol. 3. núm. 4. Pág. 54-55.

Describe lo que ocurre cuando aumenta la acumulación de ácidos

en el organismo. Utilizan ilustraciones.

Witek, L. (1985). "Alcalosis metabólica". **Nursing** Vol. 3. núm. 6. Pág. 20-21.

Revisión esquemática del proceso con los signos y síntomas que caracterizan cada una de sus fases.

Glass, C.; Cheryla, A. (1984). "Desequilibrios del pH sérico". **Nursing** Vol. 2. núm. 4. Pág. 11-18.

Las enfermedades pueden deteriorar los mecanismos de control homeostáticos del paciente y abocarle a un estado de acidosis o alcalosis respiratoria o metabólica. Este artículo nos distingue estas posibles alteraciones y como actuar en consecuencia desde el punto de vista de enfermería, nos explica el significado del pH. Gráficamente se representan los valores de la gasometría arterial y como cambian dependiendo de que la alteración sea acidosis o alcalosis y respiratorias o metabólicas.

CONCLUSIONES

Es importante que el profesional desarrolle su actividad con suficientes conocimientos sobre el tema, para tener así una buena capacidad de respuesta ya que existen numerosos procesos patológicos que amenazan el equilibrio ácido-base del paciente.

El análisis de gases con todo lo que ello conlleva es muy importante, el presente trabajo sirve al enfermero como una auténtica base de datos para ponerse al día o aumentar conocimientos en todo lo referente a gasometrías.

Registro de Enfermería en Úlceras por presión

- M^a José Cabrera Agüera
- Yolanda Luque Ortega
- Carlos Cabello Hidalgo
- Luis Presa Cuesta

Diplomados en Enfermería. H. Duques del Infantado. Ciudad Sanitaria Virgen de Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Somos un grupo de profesionales de enfermería pertenecientes al Hospital Duques del Infantado que hemos detectado un gran vacío al valorar los registros existentes relacionados con úlceras por presión (UPP).

Actualmente el registro que se está utilizando con respecto a este problema (UPP), se basan únicamente en la señalización en la hoja de registros de la existencia de algún tipo de cura o cambio de apósito y en la constancia en la hoja de incidencias de enfermería, originando que la continuidad de los cuidados en UPP, no sea el adecuado para determinar la evolución del problema y originando una disminución en la calidad de asistencia que prestamos a nuestros pacientes.

Las características de los pacientes que ingresan en nuestro centro H.D.I., son, según los servicios asistenciales, pacientes de edad avanzada (media de edad superior a 70 años), pluripatologías crónicas de larga evolución y con gran nivel de dependencia del personal de enfermería, exceptuando los servicios de cirugía mayor ambulatoria y unidad de estancias cortas (donde los pacientes son reingresadores habituales).

JUSTIFICACIÓN

Todo esto nos lleva a establecer un planteamiento de criterios unificados basados en la elaboración de un *registro*, donde queden reflejados medidas preventivas, escala de valoración de riesgo y tratamiento continuado de las UPP.

Tras detectar y definir el problema, y tras numerosas reuniones, llegamos a un consenso en el *protocolo*.



Hospital Duques del Infantado.

corresponde con una modificación de la escala de Norton realizado en 1994 por Hortensia Aguado y cols., Esta escala fue validada en 1999 con un estudio de investigación publicado en la revista Rol de enfermería.

La puntuación obtenida demarca unos intervalos de riesgo que se encuentran entre riesgo alto, medio o evidente y bajo o no riesgo.

2.-MEDIDAS PREVENTIVAS:

En éste apartado determinamos mediante protocolo establecido que tipo de medidas preventivas se llevaran acabo según la puntuación obtenida en la escala de valoración de riesgo anteriormente descrita. En caso de no poderse cumplir el protocolo se harán constar en el apartado de observaciones.

La aparición de UPP. se identificarán mediante colores en la figura humana que aparece en el registro.

3.-TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO:

En el reverso de la hoja nos encontramos con una tabla donde anotaremos con exactitud la descripción de las UPP del paciente, el seguimiento en cuanto a tratamiento y la evolución de la úlcera . La anotación de estos datos se realizará mediante códigos pre-

HOSPITAL DUEÑOS DEL INFANTADO

FECHA DE INGRESO: _____

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

| E.-VALORACIÓN (Escala Nova 5) | | | | | |
|-------------------------------|--------------|--------------------------------|-----------|---|-------------------------------|
| | E-MENTAL | INCONTINENCIA | MOVILIDAD | SUORCIÓN | ACTIVIDAD |
| 1 | Desorientado | Ocasional Limitada | Completa | Correcta | Desambula con ayuda |
| 2 | Lúcido | Urinaría o Fecal incontinencia | Limitada | Incompleta, Siempre con ayuda | Desambula con silla o andador |
| 3 | Inconsciente | Urinaría y fecal | Inmóvil | No ingiere oral, ni gaseosa superior a 72 h. Y/o demarcación previa | Inmóvil |

SEUSCEPTIBILIDAD DE RIESGO SEGUN LA PUNTUACION:

9 PUNTOS.....RIESGO BAJO

DE 4 A 8 PUNTOS.....RIESGO MEDIO

DE 9 A 15 PUNTOS.....RIESGO ALTO

OBSERVACIONES:

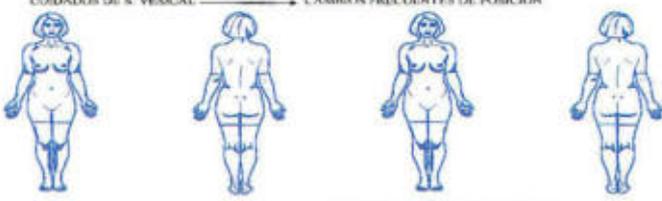
H.-ACTUACIONES PREVENTIVAS SEGUN PUNTUACION DE ESCALA:

| | ALTO | MEDIO | BAJO |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| RIESGO | PROTOCOLO B-007 | PROTOCOLO B-007 | PROTOCOLO B-007 |
| HEGIESE | X | X | |
| PROTECCION EN TALONES | X | X | X |
| PROTECCION EN CODO | X | X | |
| HEGIESE POSTURAL | C01L C01I NOCHE | C01L C01I NOCHE | C01L C01I NOCHE |
| COLCHON AIRE | X | X | |

CUIDADOS DE S.N.G. → MOVILIZACIÓN Y CAMBIO DE PLACAS C/24 H

CUIDADOS MASCARILLA DE O2 → PROTECCION EN PUENTE NASAL Y PABILLON AURICULAR

CUIDADOS DE S. VESICAL → CAMBIOS FRECUENTES DE POSICION



Finis: _____

tablecidos definidos en el protocolo del hospital.

RESULTADO Y CONCLUSIONES:

Como resultado obtenemos un registro específico de UPP. fácil-

mente adaptable a cada servicio de nuestro hospital, fácil en su cumplimentación y que favorece la calidad asistencial que prestamos al usuario. Así mismo nos va a permitir la obtención de indicadores de calidad asistencial facilitando la investigación y desarrollo de la Enfermería en este campo.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Asenjo Jiménez, J.M.: "Iniciación a la gestión en enfermería" Ed.: Fuden-Andalucía. 1998.
- 2.-"Guía Práctica para la elaboración de un protocolo de úlceras por presión". Convatec.
- 3.-Torres de Castro, O.G.; Galindo Carlos, A.; Torra i Bou J.E.. "Manual de sugerencias en el manejo de úlceras cutáneas crónicas infectadas". Ed.: Coloplast productos Médicos, S.A. Madrid. 1997.
- 4.-Romo Sanz, Mª Isabel. "Tratamiento progresivo de las heridas en medio ambiente húmedo". Ed.: Gráficas Cervantes, S.A. Salamanca. 1999.
- 5.-Soldevilla Agreda, J.J.: "Guía práctica en la atención de las úlceras de piel". 4ª edición .Editorial Gari, S.A. Madrid. 1994.
- 6.-Protocolo de cuidados en úlceras por presión. División de Enfermería. Hospital Reina Sofia. Ed.: Dirección de enfermería. Unidad de calidad, docencia e investigación de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofia. Córdoba. 1999.
- 7.-García Fernández, Fco. P. y cols.: "Validación de 2 escalas de valoración del riesgo de UPP: Gosnell y Nova-4". Revista Rol de Enfermería nº 22. Octubre 1999. Págs. 685-687.
- 8.-Capilla Pérez, Raúl y cols.: "Comparación de la efectividad y coste de la cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional". Revista Rol de Enfermería nº 23. Enero 2000. Págs. 17-24.

Criterios básicos y cuidados de Enfermería en la Unidad de Recuperación PostAnestésica (URPA)

- M^a del Mar Pardo Galán¹
- M^a del Mar Martínez Gómez¹
- José Gómez Martín²

¹Diplomadas en Enfermería. Unidad de Recuperación Anestésica del HH UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

²Diplomado en Enfermería. Ambulatorio Dr. Fleming. Sevilla.

PALABRAS CLAVES:

- ◆ Planes de Cuidado
- ◆ Diagnóstico de Enfermería
- ◆ Recuperación Postanestésica.

A. INTRODUCCIÓN

CONCEPTOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN POSTOPERATORIO (Unidad de Recuperación Postanestésica).

El postoperatorio es el período comprendido entre el final de la intervención quirúrgica y el alta del paciente.

No todo este período presenta las mismas características, y puede distinguirse dos fases diferentes :

- Postoperatorio inmediato.
- Postoperatorio tardío.

El primero, es el que vamos a valorar en nuestra sala de recuperación, se caracteriza por que el paciente presenta una gran inestabilidad de las funciones vitales, debido al acto quirúrgico y anestésico.

Durante la anestesia, el paciente ha sido sometido a la acción de distintos fármacos, hipnóticos, analgésicos potentes, relajantes y protectores del sistema neurovegetativo, etc., que les han situado en un estado de dependencia del que tiene que recuperarse en ocasiones con ayuda de otros fármacos, y a veces por sí solos.

Durante el postoperatorio inmediato, el paciente debe ser trasladado a una unidad de recuperación postanestésica (URPA), donde se le puede controlar de manera adecuada, y puede ser prevenido de los problemas potenciales y reales secundarios a la anestesia y la cirugía.



Unidad de Reanimación Postanestésica HH.UU. Virgen del Rocío.

RECEPCIÓN, VALORACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

RECEPCIÓN

A la llegada del paciente a esta unidad, la enfermera realiza una exploración exhaustiva del mismo, evaluando las funciones respiratorias, circulatorias y estado de conciencia, con el fin de poder detectar que nivel de cuidado requiere y cuales son los problemas que presentan el paciente para trazar un plan eficaz de cuidados.

VALORACIÓN.

Se procederá:

1. Comprobar permeabilidad de la vía aérea. Administración de oxígeno, mediante mascarillas o gafas nasales, si se considera necesario.
2. Monitorización.
3. Toma de constantes (FC, FR, Sat O₂, PA).
4. Observación y valoración de la perfusión periférica, permeabilidad de los drenajes y posibles sondas.
5. Estado de conciencia.

*La monitorización se mantendrá todo el tiempo que el paciente permanezca en la Unidad.



Monitor para control hemodinámico del paciente.

DOCUMENTACIÓN

Informes y Registros.

El anestesista junto con enfermera/o del quirófano correspondiente, explicará todo lo necesario del estado del enfermo antes y durante la intervención. Para ello se ayudará de informes o registros del quirófano.

-**INFORMES ANESTÉSICOS:** Proporcionan tanto anestesistas como para enfermería responsable de la sala (URPA), del tipo de intervención, problemas o incidencias ocurridos en el quirófano, hemorragias, tipo de anestesia

practicada, locorreional, inhalatoria, IV.

-**INFORMES PREOPERATORIO ANESTÉSICOS:** Permitirá conocer el estado del paciente, antecedentes, enfermedades previas, hábitos, alergias.

-**HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERÍA:** Todos estos informes descritos anteriormente, junto a la valoración que se realiza por parte de enfermería, complementarán los cuidados y minimizar en lo posible alteraciones secundarias al acto quirúrgico y la anestesia.

En nuestra Unidad se realiza una valoración periódica del estado del enfermo, mediante el test de Aldrete, en el que se puntúa de 0 a 2 diferentes parámetros como son

- a) Valoración respiratoria (pulsioximetría).
- b) Valoración circulatoria.
- c) Nivel de conciencia.
- d) Dolor.
- e) Actividad muscular.

Esta valoración se realizará cada 15' la 1ª hora, la 2ª hora cada 30', y la Y hora cada 60', a no ser que se prescriba otra pauta.

ALTA

Para que el paciente sea dado de alta en la URPA, debe reunir una puntuación, en el test anterior, de 8 a 10, sin tener ningún 0 en los parámetros a calificar.

Como criterio general, el paciente debe estar revertido de los efectos anestésicos, es decir, orientado al espacio y temporalmente, con buena perfusión y ventilación y ausencia de complicaciones quirúrgicas (sangrados, drenajes, etc).

El alta debe ser firmado por anestesistas.

B. CONTENIDO

B1. POSTOPERATORIO INMEDIATO (URPA). OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

- Valorar al enfermo en su fase inmediata.
- Identificar y prevenir los problemas de este periodo.
- Identificar los diagnósticos de enfermería y las complicaciones potenciales.
- Diseñar y aplicar un plan de cuidados del postoperatorio inmediato

B 2. PLAN DE CUIDADOS SEGÚN DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.

1. VALORACIÓN RESPIRATORIA.

Los problemas respiratorios se encuentran entre los más frecuentes y potencialmente graves que puedan presentarse en el postoperatorio inmediato.

* COMPLICACIONES GENERALES.

1. Obstrucción de vías aéreas.

Cuando el nivel de con-



Colocación manta de calor por riesgo de alteración de la temperatura corporal (Hipotermia).

ciencia se deprime, y coinciden aún con el efecto de los relajantes musculares, se produce una obstrucción mecánica de la luz laríngea por el descenso de la base de la lengua hacia atrás.

2. Hipoventilación. Los anestésicos y analgésicos potentes pueden originar problemas de hipoventilación, hipoxemia e hipercapnia.

3. Bronco-aspiración. La anestesia enlentece los reflejos normales como la deglución y la tos, lo cual aumenta el riesgo de aspiración del contenido gástrico, saliva, tapones de

moco, sangre, cuerpos extraños, etc.)

4. Broncospasmos. Se debe por efectos irritantes de anestesia inhalatoria, en pacientes con historia de bronquitis, tabaquismo, disnea o asma.

5. Laringospasmo. Se debe también por efecto irritantes de anestesia inhalatoria o una reacción alérgica.

***Causas secundarias a la intubación y ventilación mecánica:** con frecuencia el paciente llega a la unidad de reanimación sin haber sido revertido de la anestesia, por lo cual necesita

una vía aérea artificial y, en ocasiones, asistencia ventilatoria.

La enfermera debe conocer y prevenir los riesgos derivados de la intubación y ventilación mecánica.

SIGNOS DE OXIGENACIÓN INADECUADOS.

- Taquipnea (>35 r.p.m.)
- Bradipnea (<10 r.p.m.)
- Respiración paradójica, tiraje intercostal o supraesternal, aliento nasal.
- Ruidos respiratorios anómalos.
- Valores anormales de CO₂ espirado y en sangre.

SÍNTOMAS POR APARATOS.

- Neurológicos: Inquietud, confusión, coma, etc...
- Cardiovasculares: H.T.A. y taquicardia (simpat.), Hipotensión y braquicardia (parasimp.).
- Respiratorios: Sat O₂, cianosis, etc...

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ R/C AFECCIÓN NEUROMUSCULAR, DETERIORO COGNOSCITIVO Y PERCEPTIVOS PRODUCIDOS POR FÁRMACOS ANESTÉSICOS.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

El paciente mantendrá una ventilación eficaz, una FR entre 14-18 respiraciones por minuto y una Sat O₂ por encima del 96%. Tendrá las vías permeables y mantendrá un buen intercambio gaseoso.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1. Vigilancia de las constantes (FR, Sat O₂, FC, PA, etc.), tipos de respiraciones, la profundidad y sonidos respiratorios.
2. Monitorización de la saturación de oxígeno.
3. Oxigenoterapia mediante mascarillas o gafas nasales.
4. Mantener vía aérea permeable. Colocación del tubo de Mayo,



Barandillas por riesgo de lesión.

para evitar la caída de la lengua.

-Aspiración de secreciones, y sangre si son necesarias (Obstrucción de vías aéreas).

5. Vigilancia de la coloración de la piel.
6. Si el paciente está consciente: inducir la hiperinsuflación pulmonar periódica con una serie de respiraciones profundas lentas. Las hiperinsuflaciones funcionan como un suspiro profundo, expandiendo los alveolos parcialmente cerrados, moviliza las secreciones de las vías aéreas y aumenta la complianza del tejido pulmonar.
7. Tener preparado material de intubación, por si fuera necesario.

2. VALORACIÓN CARDIOVASCULAR Y HEMODINÁMICA.

Las complicaciones cardiovasculares son también muy importantes en el postoperatorio. La enfermera debe conocerlas para poder minimizar sus riesgos detectándolas a tiempo o colaborando con el anestesista en su observación y tratamiento.

PARÁMETROS BÁSICOS A VALORAR.

| | |
|------------------------|--|
| Pulso. | E.KG. continuo (monitorización). |
| Presión arterial. | Datos físicos de inadecuada perfusión periférica. |
| Auscultación cardíaca. | (manifestada por palidez, frialdad de la piel y del pulso periférico). |

* COMPLICACIONES GENERALES.

1. Hipotensión. Durante la intervención y el postoperatorio inmediato, el paciente puede sufrir grandes pérdidas de volumen de plasma y sangre debido a hemostasia insuficiente, se puede llegar a presentar una anemia importante e incluso llegar al shock hipovolémico. Cuando el volumen circulatorio disminuye, el organismo pone en marcha mecanismos compensatorios para aumentar la oxigenación de la sangre; esto produce un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria y una disminución de la circulación periférica que se manifiesta con palidez, frialdad de la piel y dismi-

nución en el tono del curso periférico.

Otro factor a tener en cuenta es la retención de nitrógeno y agua debida al estrés que presenta el paciente, manifestándose por sequedad de la piel, mucosas, disminución de las diuresis y presión venosa central (PVC)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

RIESGO DE HIPOTENSIÓN R/C PÉRDIDAS DE VOLUMEN DE PLASMA Y SANGRE DURANTE LA INTERVENCIÓN Y EL POSTOPERATORIO INMEDIATO.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

El paciente estará normovolémico, con TA > que 90/60 mmHg. o dentro de la cifra preoperatoria iniciales del paciente, FC 60-100 pm. diuresis ~: 30 ml/h, piel templada, mucosas húmedas y normotermia.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

1. Vigilancia de las constantes vitales: (FC, T ~ PA, FR, Sat O₂, PVC y gases sanguíneos arteriales). Los últimos dos parámetros se miden cuando el estado del sujeto así lo requiera.
2. Vigilancia de la coloración. Diferenciar los dos tipos de hipotensión:
 - 2.a Hipotensión: por efecto residuales de la anestesia, que se caracteriza con pulso normal, piel rosada, seca y caliente.
 - 2.b Hipotensión: posible hemorragia o shock, que se manifiesta con pulso rápido piel pálida, fría y húmeda.
3. Aumentar la precarga ventricular mediante la posición de la cama del enfermo en Trendelenburg, administrándole a su vez líquidos I.V. indicados (expansores del plasma, suero salino...).
4. Revisar el estado de apósitos, drenajes para verificar si existen pérdidas sanguíneas rápidas.

Escala de Recuperación Post-anestésica: Test de Aldrete

- **Ventilación.**
- **Circulación.**
- **Dolor.**
- **Motilidad.**
- **Conciencia.**

Unidad de Apoyo a la Investigación
FBI LUU, Virgen del Rocío, Sevilla

Escala de recuperación potsanestésica. Test de Aldrete modificado.

Ventilación:

- Puede respirar profundamente y toser. **2**
- Limitación del esfuerzo respiratorio (disnea o expansión torácica deficiente). **1**
- No hay respiración espontánea. **0**

Valoración respiratoria.

2) Hipertensión. Puede ser producida: -Excesivo volumen de líquido intravascular.

- Dolor.
- Hipoxemia.

En el apartado de excesivo de volumen de líquido intravascular, es conveniente vigilar la aparición de edemas congestión pulmonar, cambios en los patrones respiratorios, ruidos pulmonares anómalos, cambios de la presión arterial (PA) y PVC, distensión venosa yugular, desequilibrio electrolítico, disminución de hematocrito y hemoglobina, oliguria, cambios en la densidad de orina, cambios en el estado mental, agitación y ansiedad.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

RIESGO DE HIPERTENSIÓN R/C EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDO INTRAVASCULAR, DOLOR E HIPOXEMIA

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

El paciente estará normovolémico como puede apreciarse por una TA dentro de los límites normales iniciales del paciente en el preoperatorio, presencia de eupnea ruidos respiratorio claro, ausencia de edema.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

1. Tratamiento del dolor (ver valoración del dolor 2).
2. Tratamiento de la hipoxemia ver valoración respiratoria.
3. Vigilar las constantes (PVC).
4. Si la hipertensión continúa, administración de fármacos antihipertensivos prescritos.

VALORACIÓN HEMODINÁMICA.

Otros problemas vasculares cuya aparición debe saber valorar la enfermera:

Trombosis venosa profunda: secundarias a la inmovilidad durante el acto quirúrgico y el postoperatorio inmediato.

Tromboembolismo pulmonar: por posibles trastornos en la coagulación pudiendo desprenderse un trombo alojado en el sistema venoso de las extremidades inferiores.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

COMPLICACIÓN DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR R/C INMOVILIDAD DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO, Y POSIBLES TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

Vigilar signos y síntomas de tromboflebitis y embolismo pulmonar.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- 1) Valorar cambios en el patrón respiratorio, como pueden ser disneas, cianosis, dolor y el uso de la musculatura accesorias, pues esto nos alertará sobre una posible trombosis pulmonar.
- 2) Si el paciente presenta antecedentes de problemas vasculares,

- 3) Movimientos de extremidades inferiores activos y pasivos. Incitaremos al paciente a mover los pies y las piernas.
- 4) Administración prescrita, heparinización profiláctica. El uso de heparinas de bajo peso molecular en el preoperatorio y postoperatorio inmediato ha reducido la incidencia de tromboembolismo pulmonar.
- 5) Posición que favorezca la circulación de retorno, elevando las piernas.

Circulación: (Presión Arterial Sistólica).

- +/- 20 % del nivel preanestésico. **2**
- +/- 20 a 50 % del nivel preanestésico. **1**
- +/- 50 % del nivel preanestésico. **0**

Valoración circulante

Dolor:

- Nulo. **2**
- Moderado. **1**
- Intenso. **0**

Valoración del dolor.

3. VALORACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO.

Para la valoración del dolor postoperatorio del paciente, la enfermera/o debe tener en cuenta:

- El tipo de anestesia. Por ejemplo anestesia inhalatoria tiene poca cobertura analgésica.
- El tamaño y localización de la herida. Las intervenciones de cirugía abdominal alta y torácicas son muy dolorosas.
- El alcance de manipulación de los órganos.
- El estado general del paciente.
- Las implicaciones de la intervenciones en sí para el paciente (sexo y edad).

- Los factores psicológicos las vivencias, la personalidad y cultura, etc.

VALORACIÓN DEL DOLOR.

No todos los pacientes que llegan a la URP están conscientes y orientados para contestar preguntas de la enfermera/o; en estos casos enfermería debe observar si aparecen signos fisiológicos producidos por el aumento de la actividad simpática, estimulada por el dolor:

- Elevación de la PA
- Elevación de la FC.
- Elevación de la FR
- Sudoración y agitación.

La enfermera/o debe detectar que se puede producir problemas secundarios al acto quirúrgico:

- Espasmos musculares.
- Lesiones por manipulación o tracción muscular.
- Distensión abdominal; acumulación de gases en intestinos, debido a la manipulación de los órganos abdominales durante la operación, suelen reducir el peristaltismo durante 24-48 horas.
- Hipo; son contracciones espasmódicas del diafragma por irritación del nervio frénico, que controlan los músculos que separan el tórax del diafragma
- Náuseas y vómitos; son complicaciones relativamente frecuentes que van a provocar malestar en el paciente, prolongación de su permanencia en la URPA, y en algunos casos un síndrome de aspiración pulmonar. Si surge el vómito cuando despierte de la anestesia es muy frecuente que sea intento del organismo por librarse del moco y de la saliva deglutidos durante ésta, que están en el estómago. Otra causa del vómito postoperatorio sería la acumulación de líquidos en el estómago, insuflación de éste último e ingestión de líquidos antes que se reanude el peristaltismo.

Actividad muscular: *Se mueve espontáneamente o como respuesta a instrucciones*

- Mueve todas las extremidades. 2
- Mueve dos extremidades. 1
- No puede controlar ninguna de las extremidades. 0

Valoración de la actividad muscular.

Nivel de conciencia:

- Contesta y está orientado en cuanto al sitio. 2
- Responde cuando se le llama por su nombre. 1
- No responde a estímulos. 0

Valoración del estado de conciencia.

COMPLICACIONES GENERALES.

- Alteración hemodinámica (aumento de la PA, FR, GC y consumo de oxígeno) secundarias a la descarga de catecolaminas.
- Trombosis venosa favorecida por la inmovilidad, relacionada con el miedo al dolor.
- Hipersecreción y náuseas, favorecida por hiperactividad simpática y la anestésica.
- Problemas psicológicos (miedo, ansiedad, angustia e inseguridad).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DOLOR R/C LA HERIDA QUIRÚRGICA, MANIPULACIÓN QUIRÚRGICA, ESTADO PSICOLÓGICO FRENTE A LA INTERVENCIÓN, DISTENSIÓN ABDOMINAL, NAUSEAS E HIPO.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

El paciente manifestará tener menos dolor instauradas las medidas analgésicas y/ o terapéuticas.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1. Identificación rápida del dolor.
2. Administración de analgésicos (Protocolo de URPA).
3. Proporcionar bienestar físico y psíquico:
 - Distensión abdominal:
 - Cambiar de posición al paciente
 - Colocar sonda nasogástrica.
 - Colocar sonda rectal.
 - Hipo: - Enseñar al enfermo a realizar, maniobra de Valsalva. (Exhalación forzada de la nariz y boca cerrada).
 - Náuseas y vómitos: - Ante la menor indicación de náuseas, se coloca al paciente decúbito lateral para aumentar el drenaje por la boca.
 - Controlar las vías aéreas, retirando mascarilla facial (si oxigenoterapia) y gafas nasales, por riesgo de aspiración.
 - Estimular una respiración profunda y tranquila.
 - Administración de tratamiento antiemético.

4. VALORACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL.

HIPOTERMIA. En el quirófano el paciente está expuesto en ocasiones a un ambiente poco cálido, si a esto le sumamos la falta de ropa y la administración de líquidos intravenosos fríos y la vasoconstricción periférica que producen algunos fármacos, no es extraño que el paciente llegue a la URPA con frío, palidez y temblor.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA P CORPORAL (HIPOTERMIA), R/C FÁRMACOS ANESTÉSICOS AMBIENTES POCO CÁLIDOS.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

El paciente debe la temperatura corporal dentro su rango normal pero no por debajo de 35'6° C (rectal).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

1. Vigilar la temperatura corporal.
2. Mantener calor mediante:
 - Mantas de supervivencias.
 - Recalentamiento con mantas calentadas o sistema de irradiación.
 - Administración de suero terapia templada.
 - Aportar O₂, Ventimask 50%.

HIPERTERMIA. Indica posible infección o reacción a pirógenos. A lo largo del período postoperatorio el paciente irá disminuyendo el riesgo de infección, pero es en el quirófano primero y luego en la sala de reanimación donde se producen más riesgos de ser invadido por algún agente patógeno externo. Estos factores de riesgos pueden ser ambientales, presencia en quirófano y reanimación de mucho personal, corrientes de aire y larga exposición en grandes intervenciones.

Otros factores a valorar son las características de las heridas o lesiones traumáticas. Los procedimientos invasivos como vías venosas, sonda, drenajes, punciones, catéteres, así como el grado de manipulación de los mismos son riesgos de infección.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

RIESGO DE INFECCIÓN R/C VÍA VENOSA, HERIDA QUIRÚRGICA Y CATÉTERES.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

1. Vigilar signos y síntomas de infección local como: dolor, tumor, calor y rubor.
2. Aplicar protocolo de actuación de mantenimiento sobre vías venosas y catéteres.
3. Aplicar protocolo de cura de herida quirúrgica.
4. Administración de profilaxis antibiótica.

5. VALORACIÓN RENAL.

La **retención urinaria** en el postoperatorio puede aparecer por muchas razones.

- Aumento de la secreción de ADH estimulada por el estrés quirúrgico.
- Restricción de líquidos ante de la intervención.
- Pérdida de líquidos antes de la intervención.
- Como consecuencia de la anestesia que deprime el sistema nervioso y los reflejos.
- La interacción de medicamentos que interfieren en el inicio de la micción.
- El espasmo muscular que produce retención urinaria en las cirugías abdominales y pélvicas.
- La micción puede estar también alterada a causa de la inmovilidad.

La **oliguria** asociada al fracaso renal agudo no suele ser común en el postoperatorio de cirugía general. En los casos de presentarse una oliguria prolongada de menos de 30cc. por hora se comunicará al cirujano, ya que puede causar insuficiencia renal o pérdida de líquidos hacia el tercer espacio, produciéndose edemas o ascitis.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
RIESGOS DE RETENCIÓN URINARIA R/C FÁRMACOS ANESTÉSICOS, RESTRICCIÓN DE LÍQUIDOS E INMOVILIDAD.

OBJETIVO DE ENFERMERÍA.

No estará más de 8 horas sin orinar tras la intervención.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1. Controlar y anotar la primera micción, registrando a su vez ingresos de líquidos.
2. Observar signos indicativos de retención urinaria. Dolor, globo vesical, inquietud etc.
3. Realizar maniobra de Credé, facilita vaciamiento completo de la vejiga, (la vejiga vacía no es palpable).

4. Aplicar medidas de ayuda para fomentar la micción: favorecer la intimidad del paciente mediante mamparas.
5. Aplicar sondajes evacuadores, valorando su permeabilidad.
6. Informar al anestesta cuando el gasto urinario sea < de 30ml/h.

6. VALORACIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO.

El período postoperatorio inmediato a menudo es aterrador para el paciente. Es imprescindible el apoyo psicológico para el bienestar físico y emocional. Mientras que se despierta de la anestesia el paciente necesita frecuente orientación en el espacio y saber que no está solo. También necesita saber que la operación ha terminado y que la recuperación de la anestesia es satisfactoria.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

ANSIEDAD R/C INCERTIDUMBRE, INMOVILIDAD, CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

Reducir la ansiedad, evidenciando menor tensión, menor inquietud, menor temblor de manos, voz quebrada, distorsiones perceptuales etc.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

1. Informar al paciente que la operación ha terminado, las preguntas que hace el sujeto al despertar de la anestesia son indicativas de sus sentimientos y pensamientos más profundos. La enfermera debe res-

ponder para tranquilizarlo, aunque sin entrar en detalles.

2. Ayudar al enfermo en su autocuidado (higiene personal, patrón de eliminación etc.).
3. Proporcionar seguridad protegiendo al paciente frente a riesgos de caídas y traumatismos (utilización de barandillas).
4. Si el paciente puede cuidarse parcialmente, se le debe permitir para reforzar su autoestima y seguridad.
5. Cuidar la dignidad del paciente, no descubrirle ni exponerle sin ropa, informarle de cada maniobra, llamarle por su nombre.
6. Cuando lo permita su estado y la unidad, autorizar la visita de un familiar, así se sentirá el enfermo más seguro y la familia más tranquila.

BIBLIOGRAFÍA

- UGALDE APALATEGUI, M. ; RIGOL 1 CUADRA, A. (1.995). "Diagnóstico de Enfermería Taxonomía NANDA", Masson, Barcelona.
- MI JA KIM; GERTRUDE K. McFARLAND; AUDREY M. McLANE (1.994). "Diagnóstico en enfermería y plan de cuidados", Mosby, División de Times Mirror de España.
- L.S.BRUNNER; D.S.SUDDARTH. (1.989, 6ª edición, Vol. 1). "Enfermería Médico Quirúrgica", Nueva Editorial Interamericana, S.A., México.
- A. GUILLAMET LLOVIERAS; J.M. JEREZ HERNÁNDEZ. (1.999), "Enfermería quirúrgica", Springer-Verlag Ibérica, Barcelona.
- Profesor. J.C. LÓPEZ CORRAL. (1.992), "Tratado de Enfermería Médico-Quirúrgica" Luzán 5, Madrid.
- Mc-GRAW-HILL. (1.993, 2ª edición). "Enfermería Médico-Quirúrgica", Interamérica, México.

Nutrición enteral por sonda nasogástrica en Enfermos Neurocríticos

■ Cristóbal Sánchez García¹

■ Ricardo Piñeiro Rojas²

¹Diplomado en Enfermería. Supervisor Servicio Neurocirugía. Hospital de Rehabilitación y Traumatología.HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla

²Diplomado en Enfermería. Supervisor Servicio Rehabilitación. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

EL PACIENTE NEUROCRÍTICO

Paciente crítico es aquel que presenta o puede presentar de forma inminente graves alteraciones de sus funciones vitales.

Trasladando esta definición al enfermo más importante de nuestra especialidad diremos que enfermo neurocrítico es aquel que presenta una insuficiencia encefálica manifestada por graves alteraciones de la conciencia fundamentalmente.

No olvidemos que los enfermos neurocríticos ya no son exclusivos de las Unidades de Cuidados Intensivos, sino que con mayor frecuencia ocupan un sitio en las Unidades de Hospitalización, y por tanto, cada vez nos sentimos más obligados a mantener la integridad anatómico-funcional del encéfalo, porque cuanto más dure el periodo crítico, más estrecho será el margen de recuperación sin secuelas.

Y tan claro está este planteamiento que ya nadie duda de que el tratamiento de los enfermos con alteraciones severas del Sistema Nervioso Central ha cambiado durante los últimos años, permitiendo una mayor recuperación e integra-

ción social. Y buena parte de culpa de ello la tiene evidentemente la administración de un soporte nutritivo como coadyuvante terapéutico. Para darnos cuenta de lo importante que es en este tipo de enfermo crítico, diremos que la agresión que sufre un cerebro por un traumatismo grave, un A.V.C., una cirugía, etc., produce una respuesta catabólica de similares características a la que se produce en un organismo con gravísimas quemaduras por ejemplo. Y ahí es

donde radica inexcusablemente la administración de ese soporte nutritivo al que aludimos, porque a pesar de todos los adelantos habidos, el tratamiento de este tipo de enfermos sigue siendo un reto para todos los colectivos implicados, y muy especialmente para la Enfermería, donde en este sentido se nos ha abierto un campo de enorme actuación, teniendo auténticos expertos universitarios ejerciendo como tales en las Unidades de Hospitalización.

A.V.C. con graves alteraciones neurológicas

T.C.E. graves

Enfermos neuroquirúrgicos en estado comatoso

Enfermos neuroquirúrgicos con pares craneales bajos

Enfermos con alteraciones de la mielina (esclerosis)

En general, enfermos con trastornos de:

Masticación

Déglución

Motivos de consulta a la unidad de nutrición y dietética.

A ellos deberemos dirigirnos siempre ante el ingreso de enfermos con alguna de estas patologías:

- A.V.C. con graves alteraciones neurológicas.
- T.C.E. graves.
- Enfermos neuroquirúrgicos en estado comatoso.
- Enfermos neuroquirúrgicos conscientes con alteración de pares craneales bajos.
- Enfermos con alteraciones de la mielina (esclerosis)
- En general todo tipo de enfermo neurológico con graves trastornos de la masticación y de la deglución.

NUTRICIÓN ENTERAL: DEFINICIÓN E IMPORTANCIA

Definimos la Nutrición Enteral (N. E.) como la administración de soluciones nutritivas directamente a los distintos tramos del aparato digestivo, previa colocación de una sonda.

Los motivos por los cuales se realiza esta maniobra a los pacientes son múltiples, pero podríamos resumirlos en:

CAUSAS ABSOLUTAS:

- Paso intermedio entre la Nutrición Parenteral (N. P.) y la dieta oral
- Pacientes que en cinco días han ingerido menos del 50 % de sus necesidades nutricionales
- Pacientes con malnutrición moderada o grave
- Pacientes con fistulas cutáneas (postcirugía de cuello por ejemplo)

CAUSAS RELATIVAS:

- Coadyuvante postquirúrgico
- Radioterapia severa

IMPORTANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL

- Favorece la recuperación de la enfermedad
- Mejora la respuesta a la medicación
- Mejora la respuesta inmunológica
- Evita otras nutriciones artificiales

Consecuencias de un estado nutricional óptimo.

• Quimioterapia

Evidentemente que muchos de los pacientes ingresados en nuestras Unidades de Hospitalización de Neurología o Neurocirugía encajan perfectamente dentro de estos perfiles. Algunos de ellos son los que denominamos pacientes neurocríticos.

La importancia de la nutrición o estado nutricional se debería explicar mediante múltiples factores. De entrada, no debemos olvidar que la nutrición es una de las NECESIDADES BÁSICAS que tiene el ser humano, y que por diferentes motivos, en un momento dado es incapaz de satisfacer por sí mismo.

De todo esto se deriva que el estado nutricional es fundamental para el enfermo por muchos motivos:

- Favorece la recuperación de la enfermedad, haciendo que el propio organismo supere la agresión a ese Sistema Nervioso en un corto plazo, o incluso mejore el estado funcional a largo plazo.

- Mejora la respuesta a la medicación.
- Mejora la respuesta inmunológica.
- Evita otras nutriciones artificiales.

A nuestro enfermo neurocrítico, un estado nutricional deficiente lo puede afectar de igual manera que lo haría con otros enfermos, aunque quizás las repercusiones generales podrían ser más graves dado el sistema que está afectado y que lo riga todo.

Fundamentalmente podemos encontrarnos con lo siguiente:

- Retraso en la cicatrización de heridas.
- Mayor incidencia de infecciones.
- Disminución de la respuesta a la quimioterapia / radioterapia.
- Aumento del riesgo de complicaciones postquirúrgicas.
- Insuficiencia sutural
- Hipoproteinemias (traducidas en escaras y edemas).
- Alteración del estado anímico del enfermo.

Queda reflejada la importancia que para el enfermo tiene el esta-

do nutricional, pero no olvidemos que también la tiene para el propio personal de Enfermería, por diferentes motivos:

- El comportamiento de muchos enfermos cambia negativamente.
- Asumimos una mayor responsabilidad al tratar a pacientes cada vez más graves.
- Asumimos un aumento de las cargas de trabajo traducidas en encamamientos prolongados, cuidados de sondajes, aumento de la medicación, etc.
- Aumento de las estancias hospitalarias y reingresos.

Una vez conocidos los efectos de la malnutrición sobre el enfermo, lógicamente debemos preguntarnos, ¿qué podemos hacer?

La solución a la pregunta pasaría por estos tres aspectos:

- a) Concienciar a todo el personal sanitario de la importancia que tiene para nuestros pacientes el mantenimiento de un buen estado nutricional
- b) Nutrir al paciente desde el mismo momento de su ingreso, previa valoración inicial de Enfermería.
- c) Administrar suplementos cuando la dieta habitual no cubra los requerimientos nutricionales mínimos.

Ante la posibilidad de aparición de todas estas complicaciones, no queda más remedio que recurrir a otro tipo de nutrición siempre y cuando la dieta oral no sea posible.

En nuestra experiencia, la dieta que más manejamos después de la oral, claro está, es la dieta enteral, administrada en la mayoría de los casos mediante una sonda nasogástrica, aunque ocasionalmente puede ser pospilórica. En cualquier caso los cuidados de Enfermería son los mismos. De todas formas, la Nutrición Enteral es el método de elección para nutrir a un paciente que tiene dificultad o riesgo para administrarle la ali-

Déficit Nutricional

- Retraso en la cicatrización
- Mayor incidencia de infecciones
- Disminución respuesta quimio / radioterapia
- Mayor riesgo postquirúrgico
- Insuficiencia sutural
- Hipoproteinemias (escaras y edemas)
- Alteración del estado anímico del enfermo

Trastornos frecuentes ante un estado nutricional deficiente.

mentación oral, y que conserva la funcionalidad del tubo digestivo.

No debemos olvidar que la Nutrición Enteral, después de la alimentación oral, es el método más fisiológico, por encima de la Nutrición Parenteral (N.P.).

No obstante, la Nutrición Enteral también tiene sus contraindicaciones:

- Íleo paralítico
- Obstrucción intestinal
- Perforación gastrointestinal
- Hemorragia gastrointestinal

En definitiva, afirmamos con la rotundidad que nos da nuestra experiencia diaria, que la Nutrición Enteral es un método fisiológico y económico, y que podemos utilizarlo con seguridad, aunque como veremos en el siguiente epígrafe, necesita de unos cuidados esenciales y fundamentales para la integridad del enfermo.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASOGÁSTRICA.

Desde el mismo momento que se decide colocar una sonda a un

paciente para administrarle una dieta enteral, Enfermería asume el papel principal porque va a ser responsable, de entrada, de la colocación de esa sonda y sus posteriores cuidados.

El sondaje del tracto superior del tubo digestivo para administrar una dieta enteral hemos dicho que es el método ideal por muchos motivos:

- Es una técnica sencilla
- Tiene un bajo índice de complicaciones
- Es poco agresiva
- Requiere unos cuidados mínimos posteriores

Sin embargo, jamás debemos olvidar un aspecto fundamental antes de colocar una sonda nasogástrica:

- Informar al paciente (si está consciente) y a los familiares los motivos por los cuales es necesario ese soporte nutricional enteral porque seguramente lograremos una enorme colaboración en todos los aspectos.

Si bien son ciertas las ventajas que tiene la alimentación enteral, todavía quedan aspectos de la propia

sonda y del enfermo que podrían generar dudas y repercutir negativamente sobre éste. Por su importancia, creemos que se deben reflejar y aclararlos:

1) Los sonidos intestinales deben oírse antes de iniciar o comenzar la nutrición enteral.

La realidad es que la ausencia de los sonidos intestinales no significa que el intestino no funcione. Lo fundamental es que tenga poder de absorción.

2) La colocación correcta de la sonda se sabe auscultando aire inyectado mediante una jeringa.

Ese sonido no confirma con certeza la correcta colocación de la sonda. No pensar además que la sonda está bien colocada si el paciente no tose o no tiene el reflejo nauseoso, porque estas alteraciones aparecen con frecuencia en enfermos con graves trastornos neurológicos.

3) La sonda pospilórica evita el riesgo de aspiración.

No es cierto, porque algunos enfermos pueden aspirar contenidos gástricos provenientes del intestino delgado. El factor de riesgo fundamental sigue siendo la disminución del estado de conciencia.

4) Se debe parar la dieta enteral si el paciente tiene diarrea.

Antes de hacerlo, hay que investigar las causas de dicha diarrea, porque en la mayoría de los casos, es debida a la administración de antibióticos, antiácidos y formas líquidas de algunos medicamentos como el paracetamol, todos ellos muy usados en los enfermos críticos.

5) Se debe interrumpir la dieta enteral si el estómago retiene una cantidad de fórmula equivalente a la administrada en más de 2 horas.

SONDAJE NASOGÁSTRICO

- **Es una técnica sencilla**
- **Tiene un bajo índice de complicaciones**
- **Es poco agresiva**
- **Requiere unos cuidados mínimos posteriores**

Ventajas del sondaje nasogástrico.

De entrada no se debe, y lo que habría que plantearse sería llevar ésa sonda hasta el intestino delgado, que no es un reservorio y por tanto no retendrá dieta.

6) No se debe administrar alimentación enteral a un paciente hiperglucémico.

Es algo totalmente falso, porque un enfermo con una alteración grave del Sistema Nervioso responde como hemos visto mediante un catabolismo tan grande que en pocos días consume rápido sus propias reservas, y privarlos de la nutrición enteral sólo le supondría un aumento del riesgo de malnutrición con todas las consecuencias que hemos visto.

Una vez rechazados estos mitos, o cuanto menos conocidos, para poder actuar en consecuencia dada las características de nuestro enfermo neurocrítico, sólo queda ya dejar reflejados los cuidados más importantes que debemos dispensar:

- Colocada la sonda, comprobar faringe y asegurarse de que la sonda no está enrollada, y comprobar con certeza la situación

del extremo de la misma. Los mejores comprobantes siguen siendo el control radiológico y el análisis del pH.

- Limpiar a diario con alcohol la piel de la nariz para asegurarse una buena fijación.
- Dejar pasar al menos 2 horas antes de empezar la infusión de la dieta, con el objetivo de que desaparezca lo máximo posible el reflejo nauseoso, aunque no olvidemos una posible abolición del mismo.
- El cabecero de la cama debe estar levantado permanentemente. Así podemos evitar regurgitaciones y disminuir más el riesgo de aspiración.
- Comprobar presencia y cantidad de jugo gástrico y a continuación comprobar velocidad de goteo.
- No administrar más cantidad de dieta que la prescrita ni a más velocidad.
- Administrar agua cuando sea preciso.
- Control glucémico a diario.

En resumen, estos serían los cuidados básicos que podemos prestar al enfermo portador de una sonda de este tipo.

Pero a pesar de ello, no debemos

olvidar los problemas con los cuales podemos encontrarnos:

- Obstrucción de la sonda
- Desplazamiento o retirada accidental de la misma
- Irritación nasofaríngea y decúbitos nasales
- Diarreas o estreñimiento
- Náuseas y vómitos

CONCLUSIONES

Hemos visto las características tan peculiares del enfermo neurocrítico, y que llegan a ser un auténtico reto para el personal de Enfermería.

Así mismo hemos querido dejar constancia de la importancia del estado nutricional para el enfermo. Sin embargo, también la nutrición adecuada del enfermo es importante para nosotros, por diferentes motivos, como son:

- El comportamiento de algunos enfermos cambia negativamente.
- Asumimos una mayor responsabilidad al tratar a enfermos cada vez más graves.

- * **Comprobar faringe. Control Rx y Ph.**
- * **Limpiar a diario la piel de la nariz.**
- * **Dejar pasar 2 horas antes de empezar a pasar la dieta.**
- * **Dejar levantado el cabecero de la cama.**
- * **Comprobar presencia y cantidad de jugo gástrico**
- * **No administrar más cantidad de la prescrita**
- * **Comprobar velocidad de goteo.**
- * **Control glucémico a diario.**

Cuidados al enfermo con sonda nasogástrica y con nutrición enteral.

- Asumimos un aumento de las cargas de trabajo traducidas en encamamientos prolongados, cuidados de sondajes, aumento de la medicación y extracciones analíticas, etc.
- Aumento de las estancias hospitalarias y reingresos.

Por último, nos gustaría dejar reflejada aquí una frase pronuncia-

da hace ya más de 2000 años, y que por sí sola establece unos plenos principios que perduran hasta nuestros días:

***Sea tu alimento, tu primer medicamento
Hipócrates***

BIBLIOGRAFÍA

- Khlurshed N, Jeejeebloy. Terapéutica actualizada en Nutrición. Ediciones CEA S.A. 1989.
- A. Esteban de la Torre, S. Ruiz Santana. Alimentación Enteral en el paciente grave.
- Escuela de Especialización Profesional en Ciencias de la Salud. Alimentación, Nutrición y Dietética para profesionales de la Enfermería. Madrid, 1992 - 1993.
- Revista Nursing. Enero 1999. Rechazar Mitos de la Nutrición Enteral. Editorial Doyma S.A.
- Ildelfonso J. Larrañaga. Dietética y Dietoterapia. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 1997.
- Laboratorios Nutricia. Recomendaciones sobre Nutrición Enteral en Enfermería.
- P. Riobó Serván. Casos clínicos en Nutrición Artificial. Abbot Laboratories S.A. 1997.
- A. Net, L. Marruecos - Sant. Traumatismo craneoencefálico grave. Editorial Springer-Verlag Ibérica.
- Juan Salvador Sanchís. Cuidados Intensivos para Enfermería. Editorial Gregori. 1982.

Características que debe poseer cualquier método estratégico de cambio utilizado para la implantación de unidades de gestión de Cuidados de Enfermería

- Fco. Javier López Narbona ¹
- Carlos Cabello Hidalgo ²
- José Enrique Herrero Fenoll ²

¹Diplomado en Enfermería. Supervisor del área de Apoyo y Calidad. Hospital Duques del Infantado. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

²Diplomados en Enfermería. Unidad de Gestión de Cuidados. Hospital Duques del Infantado. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Damos por supuesto que la mayoría de los lectores querríamos provocar un cambio en nuestro servicio, unidad u hospital, y aprovecharnos de este momento, que hemos tenido a bien en llamar OPORTUNIDAD; oportunidad para que el colectivo de Enfermería que trabaja en el Servicio Andaluz de Salud pueda tener *responsabilidad y autonomía* en las acciones de su competencia.

Estamos hablando de la nueva filosofía que promulga el II Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud y que en algunos hospitales es ya una realidad. Esto no es otra cosa que las llamadas Unidades de Gestión, ya sean Clínicas o de Enfermería.

Dentro de poco tiempo, los enfermeros podemos encontrarnos trabajando en Unidades de Gestión de Cuidados de Enfermería articuladas dentro de Unidades Clínicas o de forma independiente. Y la forma o método de pasar de la realidad actual a este nuevo modelo de organización puede ser muy diferente, dependiendo fundamentalmente de la unidad en cuestión y del grupo humano de profesionales enfermeros que van a participar en el cambio.

*En este punto decir que es muy importante la **prescripción de las dificultades...** ...Constituye siempre una **premisa para superarlas.***

Pero sea cual sea el método, todos deberían cumplir una serie de características que proporcionarían una elevada probabilidad de éxito.

Veamos cuales son estas características comunes:

1.- Que sea un método de trabajo aceptado por los profesionales:

Este nuevo modelo de organización debe ser el resultado del consenso de todos los profesionales que están trabajando en la unidad. Este es el primer paso hacia la *aceptación*, no ya de los integrantes del colectivo de enfermería del propio servicio, sino además del resto de profesionales enfermeros que trabajan en el hospital y sobre todo de la totalidad del equipo interdisciplinar que dedica su esfuerzo y atención al Ciudadano.



II Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud.

A) Para el profesional de Enfermería:

- No debe suponer un aumento de la carga asistencial
- Además, los registros que se utilicen deben ser de fácil manejo y cumplimentación. Estos formatos son el resultado del consenso de todos los profesionales de la unidad.
- Este cambio debe caracterizarse por una implantación progresiva



Los registros utilizados son de fácil manejo y cumplimentación.

que permita la adaptación de "todos"

B) A otros profesionales:

- No le supondrá cambios radicales en la dinámica asistencial.
- No debe suponer sentimientos de pérdidas. En este sistema, a veces nos encontramos que si algún colectivo gana algo (poder de organizarse, reconocimiento, promoción...) esto significa de forma directa e inmediata que otro colectivo perderá en estos valores. Con esta estrategia partimos de una filosofía bien distinta; aquí ganamos todos y, sobre todo, el ciudadano.
- El nuevo sistema de organización y sus registros correspondientes no deben dificultar la labor de los demás profesionales.

2.- Debe ser un sistema de reconocimiento profesional

- Este sistema debe permitir un reconocimiento social de la labor profesional. El sistema se caracteriza por contar con una *cartera de servicios* bien definida, donde el usuario identifica la labor que realiza el profesional de Enfermería. La publicación, en todos los sentidos, del servicio que presta el colectivo enfermero a los ciudadanos es la mejor herramienta de "marke-

ting" y, por ende, de reconocimiento social

- A su vez, este sistema debe permitir un reconocimiento profesional dentro del equipo interdisciplinar. La cartera de servicios no va dirigida únicamente al usuario, sino que otros profesionales como son el colectivo médico pueden ser clientes de los servicios enfermeros.

Por ello, esta cartera de servicios, donde se describe no solamente las acciones que oferta Enfermería sino la calidad de las mismas, sirve de herramienta de reconocimiento profesional en el propio seno del equipo interdisciplinar.

- El sistema debe contar con herramientas de incentivación. Esta será:

- a) **Económica:** Su efecto es inmediato, pero tiene menos duración en el tiempo. Así y todo es imprescindible.
- b) **Formación:** Ésta, bien dirigida, contribuye a la mejora de la cartera de servicios y a la propia satisfacción profesional.
- c) **Mejora del entorno laboral:** Pasamos gran parte de nuestras vidas trabajando en un entorno que además de ser estresante por la labor directa con el ser humano, que emana emociones frecuentemente de dolor y tristeza, se hace aún más difícil por las condiciones del ecosistema donde se produce nuestra acción de cuidar. Aspectos tan básicos como la luminosidad, la renovación del aire, un asiento cómodo e incluso el color de las paredes no son tenidos muy en cuenta, siendo agentes estresantes del día a día. A ello, hay que sumarle la no



Las unidades de gestión de cuidados suponen un reconocimiento dentro del equipo interdisciplinar.

correspondencia entre las necesidades de nuestros pacientes y los recursos de los que disponemos. Por tanto, sobra decir que la contemplación de mejoras en este aspecto son una fuerte incentivación para el profesional.

d) Reconocimiento dentro del ámbito profesional:

El respeto y el reconocimiento de la labor profesional por el propio equipo interdisciplinar es uno de los elementos que supone mayor incentivación.

Este modo de incentivación se caracteriza por tener un efecto continuo en la labor diaria del

profesional. Los cargos intermedios y los Jefes Clínicos son los elementos catalizadores que pueden hacer posible este efecto "simbiótico" dentro del equipo de trabajo.

- e) **Reconocimiento social:** En este apartado juega un papel muy importante los medios de comunicación.

La administración sanitaria puede a través de estos medios incidir en la población para que ésta tenga una imagen adecuada y positiva de los profesionales que trabajan en la sanidad.

*Estos cinco apartados
redundan directamente
en el
GRADO DE
SATISFACCIÓN
PROFESIONAL.*

3.- Entre sus cualidades más destacada están el ser flexible, dinámico y objetivo.

Flexible: porque lo ideal es que se vaya modificando con el tiempo y con la participación de todos.

Dinámico: por que debe dar respuestas y soluciones lo más rápido posible a las críticas constructivas del propio colectivo.

Y objetivo: por que debe ser ajeno al momento político, económico e incluso personal que viva la unidad.

Debe de estar patente en todo momento el "**SENTIDO COMÚN**".

4.- Este nuevo sistema debe permitir la definición del producto enfermero.

Es el paso previo para poder cuantificar la labor enfermera. Aunque en algunos momentos de nuestra evolución como profesión, ha existido miedo por que se midiera en base a tiempos la actividad enfermera (miedo al fantasma del recorte en los recursos enfermeros si se realizaban estas mediciones), hoy día no es concebible perseguir el reconocimiento de nuestro trabajo si este no tiene una correspondencia económica. Si continuamos siendo parte de un presupuesto que se asigna según el diagnóstico médico, sin estar perfectamente



Las unidades de Gestión de Cuidados de Enfermería, son ya, una realidad en el Hospital Duques del Infantado.

identificado; es decir, somos costes al igual que el material fungible o el correspondiente a las pruebas diagnósticas o al capítulo de farmacia, podemos sufrir indiscriminadamente recortes; en cambio, si como bien hemos explicado, definimos nuestra cartera de servicios, la ofertamos a nuestros clientes (médicos y ciudadanos), establecemos los mínimos de calidad y hacemos la difusión que corresponde para que seamos identificados con esa cartera de servicios, solamente nos queda asignarle a nuestro producto enfermo su correspondiente coste. En este momento, se nos valorará y probablemente, ese día, todos nos daremos cuenta que hacemos mucho y de calidad, y lo más importante...por tan poco dinero.

5.- Sirva como instrumento de contabilidad analítica.

En esta misma línea en la que estamos, el modelo de organización nueva debe estar sustentado en un sistema de imputación de costes. Si hemos conseguido que nuestra cartera de servicios, además de esta configurada con el listado y la descripción de las acciones que ofertamos, tenga su correspondiente económico; en el día a día, en nuestra labor asistencial debemos contar con un sistema que sea a la vez un instrumento de contabilidad analítica, es decir, que de forma sencilla y si es posible informatizada, nuestras acciones puedan ser contabilizadas, ya sea esta en base a niveles de dependencia, a planes de cuidados estandarizados o según cualquier otro mode-

lo, pero que goce de las características de:

- Validez y fiabilidad.
- Y sobretodo sencillez.

6.- Sea a su vez un sistema de control de calidad.

Hemos hablado sobre una cartera de servicios en la cual también está incluida como oferta la calidad de los mismos; por tanto, el

propio sistema debe permitir garantizar la calidad de las acciones que ofertamos.

Nuestra experiencia, nos ha demostrado que tanto la gestión de la calidad como la calidad de la gestión son la mejor herramienta para mejorar. Empezar por sistemas que colaboren con el control de la Calidad (nosotros nos hemos basado en los llamados "Círculos de Calidad" y vamos orientados hacia un Programa Global de Mejora Continua de la Calidad. Para finalizar, dos ideas que se nos

antojan fundamentales. Sea cual sea el modelo de organización nuevo, no nos olvidemos que para cambiar

- No debemos ir contra corriente
- No debe sonar a lo de siempre.

Si no tenemos presente estos dos últimos ítems, tenemos todas las papeletas para fracasar.

BIBLIOGRAFÍA

ALFONSO J. A. PLAN ESTRATÉGICO DEL S.A.S. ¡HACIA UN NUEVO HORIZONTE! SESIONES PARA LA SALUD. 1º CUATRIMESTRE 1.998. Nº 20.

ÁLVAREZ J. GARCÍA AA, MARTÍNEZ G, MORENO T. UNIDADES DE ENFERMERÍA: DESARROLLO Y VIABILIDAD. HYGIA Nº 39, AÑO XI, 2º CUATRIMESTRE 1.998.

HERNÁNDEZ RM. LA MEDICIÓN DEL PRODUCTO ENFERMERO. ENFERMERÍA CLÍNICA MAYO-JUNIO 1.995. VOLÚMEN 5, NÚMERO 3.

BEER M, EISENSTAT RA, SPECTOR B. ¿CÓMO MENTALIZAR HACIA LA EFICACIA AL PERSONAL DE LA EMPRESA? HARVARD-DEUSTO BUSINESS REVIEW, 4º TRIMESTRE 1.991; 78-89.

Educación Sexual y Transmisores de la Información

■ Ramón Cárdenas García

Diplomado en Enfermería. Unidad de Hospitalización. Hospital San Sebastián. (Écija). Sevilla

RESUMEN

La sexualidad es un carácter innato del hombre, la cual posee caracteres aprendidos. Son estos aspectos aprendidos los que se comunican de una generación a otra, gracias a los diferentes COMUNICADORES.

El principal objetivo de esta investigación descriptiva es:

"El conocimiento de los medios y vías de comunicación sobre sexualidad y que tipos de información se ofrece para responder las incógnitas que se plantean sobre el tema".

Para ello se eligió una muestra de 190 adolescentes pertenecientes al Instituto Sagrada Familia de Écija para responder a un cuestionario de 14 preguntas. Con los resultados obtenidos del análisis del cuestionario se pudieron obtener los siguientes datos o conclusiones:

"Los comunicadores que transmiten la mayor parte de la información sobre sexualidad no son los más preparados, siendo el personal especializado los que ocupan el último lugar en la transmisión de la información sexual".

PALABRAS CLAVES

ADOLESCENTE, VÍAS DE INFORMACIÓN, SEXUALIDAD, COMUNICADORES, EDUCACIÓN.

- Describir la importancia del tema para la audiencia.
- Conseguir la participación de la audiencia.

Algunos de los objetivos a conseguir cuando se quiere transmitir información o conocimiento.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las funciones propias de la Enfermería nos encontramos con la Educación Sanitaria, el cual es un tema e instrumento que aplica todo enfermero/a a su trabajo diario. El término Educación Sanitaria ha sufrido cambios en su definición a través de los años, según un autor u otro hay diferentes definiciones, pero todas tienen en común "**la adquisición de hábitos de vida saludables**". Al hablar de Educación Sanitaria, englobamos todos los temas Salud-Enfermedad que pueden afectar al individuo. Como uno de los componentes de la Educación Sanitaria nos encontramos con la Educación Sexual.

La sexualidad es un carácter innato de toda persona humana que condiciona el arquetipo general del hombre, por su estrecha rela-

ción con los demás factores: sociales, culturales, psicológicos, etc...

A la hora de adquirir hábitos de vida saludables la **comunicación** es el factor principal para transmitir los conocimientos. Ésta y sus diferentes vías han acompañado al hombre desde sus orígenes hasta la actualidad, utilizándose multitud de medios desde los ruidos onomatopéyicos del hombre primitivo hasta el empleo hoy en día de la informática (E-mail). Este avance comunicativo ha permitido que los pueblos y las culturas se desarrollen, obteniendo el individuo los conocimientos que le permiten evolucionar y adaptarse al medio que le rodea.

En la actualidad, existen infinidad de referencias bibliográficas y trabajos científicos sobre Educación Sexual y los cuales tratan de muy diferentes temas: conducta sexual,

aspectos psicológicos, anticonceptivos, planificación, parto, puerperio, etc..., pero existen menos referencias sobre la forma y manera de obtener la información y si son éstas las vías de información más adecuadas y preparadas.

3.1 JUSTIFICACIÓN

Lo que intentamos conocer con esta investigación son las fuentes de información de las que el adolescente obtiene los conocimientos sobre Sexualidad e indagar sobre el nivel de conocimiento y satisfacción que tiene sobre el tema, así como los inconvenientes y factores positivos de cada informador.

La elección de una muestra adolescente es por la importancia que tiene la Sexualidad en esta etapa de la vida, ya que son estas edades donde se plantea las múltiples incógnitas, intentando el adolescente buscar las respuestas y soluciones a sus preguntas, acudiendo a los diferentes comunicadores para obtener la información necesaria.

Son estos **comunicadores**, los encargados de transmitir la información: Según el tipo de fuente de comunicación la información será: más o menos completa, con más o menos veracidad, con más o menos confidencialidad, dependiendo todo esto del informador utilizado. Son estos aspectos los que se intentan reflejar en esta encuesta "La calidad de la información obtenida, el medio que la transmitió, la característica de cada medio, los aspectos por los que los adolescentes consultan a un medio y no a otro, la accesibilidad de las fuentes de información, los aspectos negativos y positivos de los comunicadores, las barreras en la comunicación, etc...".

Por lo tanto para determinar todos estos aspectos, es la adolescencia la etapa más favorable, porque aún se tiene la información reciente del medio que la ofreció, siendo

- Utilizar un lenguaje claro para exponer un argumento.
- Utilizar pruebas verbales y visuales para respaldar el argumento.
- Ampliar el argumento con un incidente o anécdota.
- Desarrollar una transición lógica hacia el siguiente argumento.

Metodología necesaria para una buena comunicación.

ésta la característica fundamental a la hora de realizar este trabajo.

3.2 OBJETIVOS

- 1.- Conocer las principales vías de información e informadores sobre Sexualidad.
- 2.- Identificar factores positivos y negativos de cada informador.
- 3.- Nivel de conocimientos sobre Sexualidad.
- 4.- Nivel de satisfacción sobre los conocimientos que posee el adolescente.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio de carácter muestral, descriptivo y transversal. A la hora de seleccionar la muestra se utilizó la población adolescente perteneciente a un Instituto de Formación Profesional y Bachillerato de la localidad de Écija "Instituto Sagrada Familia".

Esta muestra se compone de 190 adolescente representativos de todos los cursos del Instituto, y en las que sus edades están comprendidas entre 15 y 24 años. La elección de esta población muestral, estuvo motivada por el fácil acceso (debido a que los podíamos localizar en horario de clase, por lo tan-

to es más fácil a la hora de distribuir la encuesta), por la representatividad de edades y su nivel de conocimientos (debemos pensar que el grupo de adolescente académicos conocen más sobre el tema, que el resto de la población adolescente, por lo que a la hora de realizar la encuesta la respuesta serán más completas que la de los restantes grupos).

El método utilizado para conocer datos se realizó a través de una encuesta o cuestionario; la cual integraba preguntas tipo test (para facilitar la respuesta a los encuestados) y preguntas tipo desarrollo (para no influir y no dar pistas en sus respuestas). En otro tipo de preguntas lo que se les pedía era que ordenasen de mayor a menor información las respuestas, especificando siempre varios apartados de libre opción ("**Otros**"), para que las respuestas no estuvieran condicionadas. A la hora de contestar a ciertas preguntas se utilizó la siguiente escala (**Muy buena, Buena, Regular, Mala, Muy mala**), para que el cuestionado especifique más en su respuesta y se le facilite así su tarea al utilizar una escala de satisfacción muy sencilla. La encuesta se compone de 14 preguntas siendo ésta de carácter anónima e individual, en la que se indica al encuestado que en la parte superior del cues-

tionario indique edad, sexo y curso académico (esto es necesario para elegir la determinada población muestral).

Antes de la realización de la encuesta, se pidieron los permisos oportunos y necesarios al Centro Escolar Sagrada Familia. La encuesta se realizó en el aula de cada alumno/a dando tiempo ilimitado para responder a todas las preguntas y explicando con anterioridad que estas preguntas serían utilizadas en un estudio descriptivo y que por lo tanto éstas debían contestarse con la máxima sinceridad e individualidad.

Conclusión

- Resumir los argumentos.
- Exponer una conclusión que atraiga la atención de la audiencia.

La educación sanitaria debe siempre terminar con una serie de acuerdos a modo de Conclusión.

RESULTADOS

A la hora de expresar los resultados se han utilizado diferentes representaciones estadísticas, diagramas de barras, diagramas de frecuencias, etc...

Los resultados de la muestra son los que detallamos a continuación:

5.1.- A la cuestión planteada: *¿Si te gustaría saber más sobre sexualidad?*

El **100 %** de los encuestados respondió afirmativamente.

5.2.- Para recibir *información sobre alguna duda en concreto:*

Los adolescentes para que le respondan sobre alguna duda en concreto consultan a los siguientes medios:

- El 36'3% de los encuestados consultan a sus Amigos.
- El 30% consulta a los Profesionales Sanitarios.
- El 16'3% consultan a sus Padres.
- El 6'3% consulta Bibliografía.
- El 5'2% consulta Campañas Informativas.

- El 3'1% consultan a Medios de Comunicación.
- El 2'6% consultan en Escuelas o Centros Educativos.

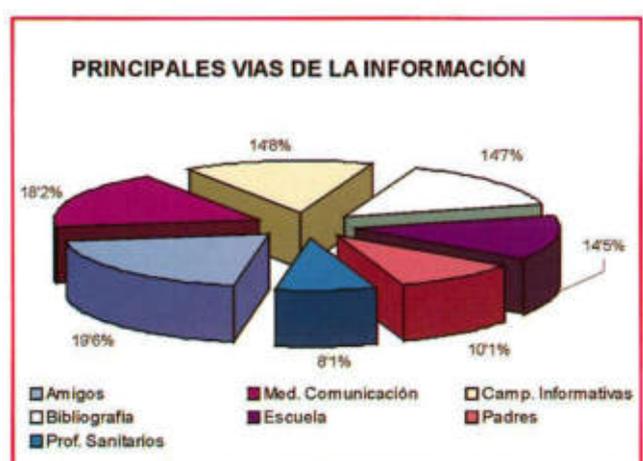
5.3. Uno de los objetivos planteados es conocer las principales vías de información e informadores, de los que el adolescente obtiene la información, los encuestados contestaron lo siguiente:

Los adolescentes opinan que la mayor parte de la Educación Sexual que poseen proviene de la obtenida por:

GRÁFICO 1



GRÁFICO 2



- El 19'6% recibe su información de sus Amigos.
- El 18'2% la recibe de los Medios de Comunicación.
- El 14'8% la obtiene de las Campañas Informativas.
- El 14'7% la recibe de la Bibliografía.
- El 14'5% la recibe de la Escuela.
- El 10'1% la recibe de los Padres.
- El 8'1% la recibe de Profesionales Sanitarios.

- do por sus Padres.
- Un 14% le gustaría ser informado en su Escuela.
- Un 16% le gustaría que le informarán las Campañas Informativas.
- Un 12% le gustaría ser informado por sus Amigos.
- Un 9% le gustaría obtener la información acudiendo a la Bibliografía.
- Un 9% le gustaría ser informado por Medios de Comunicación.

- El 16'9% cree que son los Medios de Comunicación.
- El 16'1% opina que son los libros especializados en la materia.
- El 14'5% opina que son las Campañas Informativas.
- El 12'9% opina que es la Escuela el medio más accesible.
- El 10'4% cree que el medio más accesible son los Profesionales Sanitarios.
- El 9'2% opina que son los Padres.

5.4. A la interrogante de, ¿Cuál es el medio que le gustaría que le informará?

Los adolescentes le gustaría ser informados por los siguientes medios:

- Un 22% le gustaría que le informasen Profesionales Sanitarios.
- Un 18% le gustaría ser informa-

5.5. En este apartado, lo que se valora es la accesibilidad de estas vías de información:

Los adolescentes encuestados observan que los Medios más accesibles son:

- El 20% opina que los Amigos son el medio más accesible.

5.6 El adolescente evalúa la información recibida de los siguientes comunicadores como:

En esta Tabla se hace referencia al tipo de información que los adolescentes poseen de los distintos medios de comunicación evaluán-

GRÁFICO 3

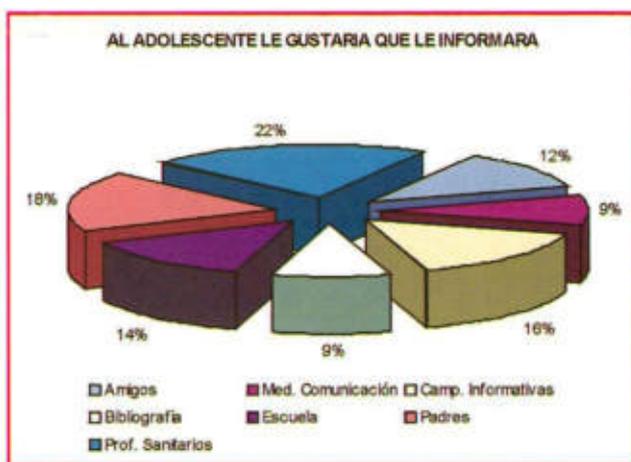
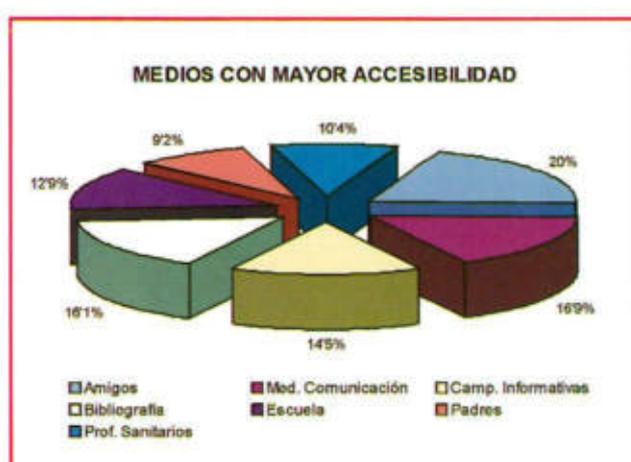


GRÁFICO 4



EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

| | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA | MUY MALA |
|-------------------|-----------|-------|---------|------|----------|
| PADRES | 20 | 43 | 56 | 46 | 25 |
| AMIGOS | 41 | 74 | 64 | 9 | 1 |
| PROF. SANITARIOS | 60 | 43 | 54 | 22 | 11 |
| ESCUELA | 13 | 76 | 65 | 22 | 11 |
| MED. COMUNICACIÓN | 23 | 74 | 60 | 27 | 6 |
| BIBLIOGRAFÍA | 31 | 49 | 71 | 30 | 4 |
| CAM. INFORMATIVAS | 49 | 69 | 44 | 19 | 9 |

dose ésta, en una escala que va desde Muy Buena a Muy Mala. Se puede destacar, que la mayoría de los encuestados opina que la información recibida de los Profesionales Sanitarios es Muy Buena, mientras que 46 y 25 de los 190 encuestados consideran la información recibida de sus Padres como Mala y Muy Mala respectivamente. También como dato a

reseñar se observa que la información procedente de los Amigos está bien valorada por los encuestados (sólo 9 y 1 la consideran Mala y Muy Mala).

5.7 El adolescente evalúa la información que posee sobre los distintos temas (se utiliza la escala Muy Buena, Buena, Regular, Mala, Muy Mala):

Gráficamente se representa por el Gráfico 5.

En esta Tabla destacamos la información que posee el adolescente sobre temas concretos, observando que la información que tiene sobre Anticonceptivos y Ciclo Menstrual es Muy Buena y Buena, siendo sobre los Servicios de Planificación Familiar los que menos información poseen (Mala 65 y Muy Mala 38).

INFORMACIÓN SOBRE TEMAS CONCRETOS

CALIFICACIÓN

| | MUY BUENA | BUENA | REGULAR | MALA | MUY MALA |
|------------------------------|-----------|-------|---------|------|----------|
| Anticonceptivos | 52 | 82 | 42 | 10 | 4 |
| Embarazo y parto | 42 | 76 | 59 | 10 | 3 |
| ETS | 19 | 76 | 59 | 10 | 3 |
| Masturbación | 42 | 54 | 59 | 22 | 13 |
| Ciclo Menstrual | 74 | 48 | 43 | 13 | 12 |
| Aborto | 23 | 57 | 66 | 34 | 10 |
| Serv. Planificación familiar | 11 | 30 | 46 | 65 | 38 |

GRÁFICO 5

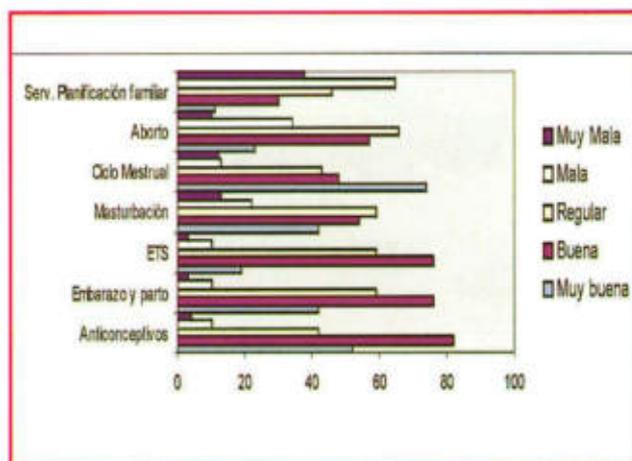
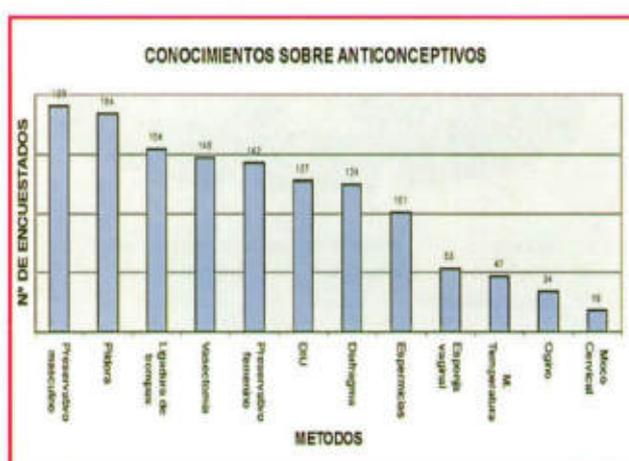


GRÁFICO 6



5.8 Para investigar el nivel de conocimientos de los adolescentes, le proponemos un tema de Educación Sexual (anticonceptivos) para que puedan especificar más, y nosotros valorar mejor sobre los conocimientos que poseen. A la cuestión ¿Señalar todos los méto-

dos anticonceptivos que conoces? Ellos responden (Gráfico 6).

El Preservativo Masculino y la Píldora son los anticonceptivos más conocidos por la población adolescente, siendo los métodos anticonceptivos naturales los menos

conocidos (destacando el desconocimiento que se tiene sobre el Método del Moco Cervical).

5.9. Los adolescentes encuestados identifican como factores negativos y positivos los siguientes:

5.9.1. Factores negativos:

- Padres: Vergüenza, tabú, falta de comunicación, temor, incompreensión
- Profesionales Sanitarios: Distantes, no fáciles de encontrar, palabra técnicas, poca dedicación sobre el tema, siempre están ocupados.
- Bibliografía: Impersonales, gasto económico, no dan respuesta a tus preguntas, difícil de encontrar.
- Campañas informativas: Poca información, siempre lo mismo, poco personales y escasas.
- Escuela: Vergüenza, poca claridad, información generalizada, siempre los mismos temas, no preparados, no son concretos.
- Medio de comunicación: Demasiada información pero no de calidad, anecdóticos y no especializados.

5.9.2. Factores positivos:

- Padres: Buenos consejos, mayor experiencia.
- Amigos: Accesibles, confianza
- Profesionales sanitarios: Especializados, conocen sobre todos los temas.
- Medios de comunicación: Novedades, fácil acceso y más fácil aprendizaje.
- Campañas informativas: Esquemáticas, de fácil definición y uso de palabras no técnicas.
- Bibliografía: Definiciones concretas, personal y fiable.
- Escuela: Cercano y fácil de preguntar.

5.10 El nivel de satisfacción de la población encuestada:

- Muy Buena: 13
- Buena: 106
- Regular: 67
- Muy Mala: 4

La satisfacción que tienen los adolescentes sobre sus conocimientos de Sexualidad es en líneas generales Buena, siendo una muy pequeña proporción Muy Mala.

GRÁFICO 7



CONCLUSIONES

6.1 La mayor parte de la información que poseen los adolescentes proviene de medios no especializados ni preparados como son los amigos y los medios de comunicación. Estas dos vías de información son los principales medios que informan al joven sobre las incógnitas que le plantea la sexualidad, siendo los medios especializados, como los profesionales sanitarios los que se encuentran en el último lugar del escalafón como informadores (de Educación Sexual). Esto se puede deber a que también se encuentran en el último lugar de la accesibilidad y a que dentro de los factores negativos se encuentran opiniones como:

- Falta de preocupación por el tema.
- Siempre están ocupados.
- "Palabras técnicas".

Pero no todo el problema de la falta de comunicación radica en los profesionales sanitarios, sino que también se señala como factor negativo la vergüenza que el joven tiene a la hora de acudir a ellos (factor interno del propio adolescente).

6.2 De los COMUNICADORES de los cuales al adolescente le gustaría obtener la información son: los profesionales sanitarios en primer lugar, seguidos de padres y por último lugar los Medios de Comunicación, pero la información que ellos poseen proviene de: Amigos en primer lugar, en segundo lugar Medios de Comunicación y en último lugar los Profesionales Sanitarios. Observamos la paradoja que existe entre los medios utilizados para obtener la información (principales vías de información) y las preferencias que el adolescente tiene. Sólo el 8'1% de los jóvenes reciben la información de los Profesionales Sanitarios y, sin embargo, al 22% de estos mismos jóvenes le gustaría recibirla de los Profesionales Sanitarios.

6.3 Respecto al nivel de conocimientos sobre los distintos temas que se les propone:

- Los que mejor se conocen o mejor valorados son Anticonceptivos/ Embarazo y parto/ Ciclo menstrual
- Los temas peor valorados: Aborto y el que menos conocen son Los Servicios de Planificación Familiar.

6.4 El nivel de satisfacción sobre conocimientos de Educación Sexual de la mayoría de los encuestados es **BUENA** (106 de los encuestados opinan así), y una pequeña parte la interpretan entre **REGULAR** y **MALA** (67 y 4 respectivamente).

6.5 Respecto a la Accesibilidad: Los más accesibles son Amigos y

Medios de Comunicación, siendo los menos Padres y Profesionales Sanitarios.

AGRADECIMIENTOS

A D. Juan Jesús Rodríguez Caro (Diplomado en Graduado Social) y al Subdirector y alumnos del Insti-

tuto Sagrada Familia de Écija (Sevilla) por el interés y apoyo prestados a esta investigación, y una especial mención al Hospital San Sebastián (Écija) y sobre todo al Director de Enfermería D. José Manuel López.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Enfermería Maternal (Master en Enfermería). Control de la Fertilidad. M. ESPUÑA, Masson. Pág. 73-93.
- 2.- El País: Lunes 24 de Octubre de 1.994. Conocer los métodos anticonceptivos no evita los embarazos entre los jóvenes. MARGARITA DELGADO (Centro de Investigación Sociológicas)
- 3.- Conducta Sexual y Contracepción en adolescentes escolarizados de la Zonas Básicas de Salud de Alora. BOXO CIFUENTES. Revista MEDIFAM (1.995 de Marzo y Abril).
- 4.- Interés de los adolescentes extremeños por la Educación Sexual. FAJARDO UTRILLA. Revista Rol-Enfermería. (1.996 Diciembre).
- 5.- El Mundo: Casi el 15% de los adolescentes no suele utilizar métodos anticonceptivos. (Lunes 6 de Abril de 1.998)
- 6.- Enfermería Comunitaria. (Master de Enfermería). Educación Sanitaria. P. ISLA, C. LÓPEZ y C. CAJA. Masson 1.995 (Pág. 185-190).
- 7.- Enfermería Comunitaria. (Master de Enfermería). Educación Sanitaria. P. ISLA, C. LÓPEZ y C. CAJA. Masson 1.997 (Pág. 195-204)

Estructura y componentes de los Artículos científicos

■ José Seda Diestro

Diplomado en Enfermería. Unidad de Apoyo a la investigación. Colegio de Enfermería. Sevilla.

RESUMEN

En este último artículo de la serie se considerarán la estructura y, fundamentalmente, los distintos componentes de los tres artículos detallados con anterioridad. Preliminares, cuerpo y finales de estos documentos se explicarán con detalle, destacando sus coincidencias y aspectos diferenciados.

PALABRAS CLAVE: Preliminares, Cuerpo, Finales, Artículo Científico, Revista.

INTRODUCCIÓN

Recordemos que los tipos de artículos susceptibles de ser publicados en revistas científicas son tres; a saber: Artículo Científico Original, Artículo de Revisión y Artículo de Caso Clínico. El primero de ellos aporta información "original", de primera mano, que es resultado de una investigación. El Artículo de Revisión como su nombre indica, pasa revista a la información científica disponible sobre un tema en particular, estructurándola y haciendo un breve resumen/comentario

sobre la misma. En el último de ellos, el Artículo de Caso Clínico, encontramos información descriptiva sobre algún procedimiento en particular o caso relevante que puede alumbrar algún aspecto de la realidad práctica susceptible de ser investigado con posterioridad. Como podemos apreciar cada artículo aporta diferente tipo de información. Asimismo, cada artículo posee diferente estructura, si bien todos comparten la misma base: Preliminares, Cuerpo y Finales.

En el presente artículo pasaremos revista a todos y cada uno de los constituyentes de los artí-

culos científicos, centrándonos en su objetivo, recomendaciones de estilo y errores más frecuentes.

EXPOSICIÓN DEL TEMA

EL TÍTULO

Es la etiqueta que deberá identificar claramente y de manera concisa la información que se le va a suministrar al lector. Inevitablemente encabeza el artículo. El título debe ser suficientemente indicativo del tema tratado, conciso, directo, exacto y atractivo (que no efectista).

Debe proporcionar al lector la información mínima para decidir si procede a su lectura o por el contrario desecha la información contenida en él. Resulta obvio que no disponemos del tiempo suficiente para leer toda la documentación científica que cae en nuestras manos, ni toda la información científica nos es del mismo interés. Un buen título es de suma importancia, ya que además de lo expuesto con anterioridad, éste proporciona información que se utiliza para los sistemas informatizados de almacenamiento de datos.

En la redacción del título debemos utilizar las palabras adecuadas en el orden correcto, es decir debemos ser respetuosos semántica y sintácticamente. Deben emplearse los términos adecuados sin dar lugar a errores de interpretación.

En cuanto a la estructura, esta difiere si pretendemos ofrecer información sobre efectos o descriptivas. En la información sobre efectos, la estructura del título debe ser causa-efecto o bien efecto-causa, estructura que se conoce como X causa de Y o Y como efecto (función) de X, respectivamente. En cuanto a la información de tipo descriptivo los títulos informan al lector acerca de sujetos que se estudian y de características de los sujetos bajo estudio, siendo necesario indicar ambos aspectos.

En cuanto al número de palabras, se deben de incluir el menor número posible de ellas

evitando el uso innecesario de sustantivos, artículos y preposiciones. De 12 a 15 palabras son suficientes para la inmensa mayoría de los títulos, ya que los títulos demasiado largos no son más significados que los cortos, pues suelen contener palabras superfluas e inútiles. Los títulos demasiado cortos (telegráficos), tampoco son aceptables ya que suelen resultar crípticos, enigmáticos o incompletos. El título deberá ser una frase completa y afirmativa, evitándose el fraccionamiento y el estilo interrogatorio.

Para finalizar, señalar brevemente algunos errores que se suelen cometer en la elaboración de títulos: uso de términos ambiguos, títulos partidos, uso de títulos y/o subtítulos efectistas, exceso de preposiciones y artículos, errores de sobreexplicación (declaración o exposición repetitiva de un concepto que se da por supuesto): "Estudio sobre", "Nuestra experiencia de", "Resultados de un estudio sobre", "Resultados de la investigación de", "A propósito de"...

LOS AUTORES

¿Quiénes son los autores de un artículo científico?

Todo aquel que halla hecho una contribución intelectual sustancial a la investigación o elaboración del artículo, esté en condiciones de presentar el trabajo y defender las críticas en reuniones de profesionales y asumir responsabilidad pública del contenido total del artículo.

¿Quiénes no son autores de un artículo científico?

Aquellas personas con una conexión escasa y circunstancial con el contenido y el proceso de la investigación o elaboración del artículo. Autoridades, directores, jefes de servicios o departamentos que han autorizado y patrocinado el estudio, personas que proporcionaron alguna ayuda técnica, etc. A este último grupo de personas se les puede mencionar en la sección de "Agradecimientos".

¿Cuál es el orden de aparición de los nombres de los autores?

No existe una regla de obligado cumplimiento, si bien existe cierto consenso en la comunidad científica internacional. El primer nombre corresponderá al autor principal, luego los demás autores en orden decreciente de importancia de la contribución. A veces es difícil determinar cual es el autor más relevante. En estos casos puede resolverse el orden de autoría mediante sorteo o mediante votación entre los miembros del equipo, impidiéndose la votación a uno mismo. En ningún caso debe ordenarse por orden jerárquico, "mujeres y niños primero...", orden alfabético, etc. Se explicitará el nombre completo, sin abreviaturas ni diminutivos, y titulación académica.

Autoría Injustificada, Autoría Incompleta y Autoría irresponsable.

La **autoría injustificada** consiste en dar rango de autor a una persona que no debiera de aparecer como tal. Superiores jerárquicos, patrocinadores, etc., no son autores por el simple hecho de "mandar" o "pagar". Se considera transgresión ética.

La **autoría incompleta** consiste en negarle crédito de autor a una persona que está en condiciones de serlo. Además de una transgresión a la ética de la publicación constituye una injusticia.

La combinación de autoría injustificada y autoría incompleta se denomina **autoría irresponsable**, uno de los abusos de carácter ético que se producen en el campo de la publicación.

Resumen de las Normas Emitidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (CIERM):

Para concederle a alguien el crédito de autor hay que basarse únicamente en su contribución esencial en: a) la concepción y el diseño del estudio, o el análisis y la interpretación de los datos; b) la redacción del artículo o la revisión crítica de una parte importante de su contenido intelectual; c) la aprobación final de la versión que será publicada. Estos requisitos deben cumplirse siempre.

En un artículo de autor corporativo (colectivo) se debe especificar quiénes son las personas principales que responden del

documento; a las demás personas que colaboraron en el trabajo se les debe conceder un reconocimiento por separado. Los directores de revistas podrán solicitar a los autores que justifiquen la asignación de la autoría.

¿Cuáles son los errores más frecuentes?

Entre ellos se destacan los siguientes: incluir un número desproporcionadamente alto de autores (autoría múltiple), no respetar el criterio de magnitud de la contribución al decidir el orden de aparición de los autores, usar iniciales en lugar de nombres completos de los autores, incluir grados académicos o posiciones jerárquicas de la burocracia institucional y no incluir la dirección postal completa del autor principal.

LA INSTITUCIÓN

Este apartado tiene por objetivos identificar la institución donde se llevo a cabo el estudio y permitir el intercambio de información entre Instituciones. Nombre dirección, código postal y demás direcciones de contacto, incluyendo correo electrónico, faxes o teléfonos si los hubiere, deberán aparecer inexcusablemente

Inexactitud en las direcciones, Omisión de direcciones postales, teléfono...etc., y ausencia injustificada de la Institución son los errores más frecuentemente observados. No siempre es necesario explicar la institución dónde se llevó a cabo la

investigación, revisión documental o caso clínico.

El Resumen y las Palabras Clave

El Resumen, junto con el título y los autores es la parte del artículo que se incluye en los sistemas de información bibliográfica. Es una entidad independiente, autónoma y autoexplicativa que recoge de forma abreviada todo lo desarrollado en el artículo de origen. Debe ser inteligible, completo, exacto, objetivo y conciso, debe dar datos concretos y generalizaciones pertinentes. Un buen resumen debe replicar, de manera abreviada, la estructura del artículo en cuestión. Su extensión no debe ser superior a las 150 a 300 palabras.

En ningún caso pueden faltar: los objetivos (o hipótesis) principales del estudio, los métodos empleados, incluyendo el tiempo, el lugar, los sujetos de la investigación u observación y la intervención efectuada, los resultados (hallazgos) principales con los valores numéricos precisos, las conclusiones principales con sus límites de validez y los alcances del estudio. De manera estructurada el resumen debe expresar objetivos, diseño, contexto, sujetos, intervenciones, resultados principales y conclusiones.

En cuanto al estilo del resumen debe emplear el pasado verbal (tiempo pretérito), excepto en frases concluyentes, ya que relata un estudio realizado, excluir abreviaturas no explicadas, refe-

rencias bibliográficas, tablas y gráficos, e informaciones que no estén en el texto.

Los errores más frecuentes observados son: omitir elementos importantes, destacar asuntos insignificantes, incluir conclusiones no mencionadas en el texto del artículo, carecer de secuencia lógica, no ser auto-explicativo, autónomo...

Las Palabras Clave tienen por objeto representar las entradas (descriptores) para los sistemas de almacenamiento y recuperación de información. Deben ser "claves" de detección del artículo en los sistemas de almacenamiento de información. Se deben de incluir un mínimo de tres palabras y un máximo de diez, siendo seis su número óptimo.

Los errores más usualmente encontrados son: seleccionar palabras que no son "clave", abuso en el número de palabras seleccionadas, uso de términos ambiguos o inespecíficos como por ejemplo: determinación, estudio, efectos...

Título, Autores, Institución, Resumen y Palabras Clave, constituyen los PRELIMINARES de todo Artículo Científico. Si bien existen diferencias entre los preliminares de los distintos tipos de artículos, éstas suelen ser mínimas y se refieren fundamentalmente a la estructura del resumen. Dicha estructura replica la del artículo de origen. Pasemos a considerar el Cuerpo de los artículos científicos.

La Introducción.

El cuerpo del artículo científico original se inicia con la introducción. Como su nombre indica es la puerta de entrada al contenido del artículo propiamente dicho. En la introducción encontramos expuesto "sobre qué" tema vamos a encontrar información y "por qué" se trata ese tema en particular. Como algún autor indica "la introducción sirve de transición del mundo del autor al mundo del lector para que lea el artículo con atención y reflexión". El contenido de la introducción en el Artículo Científico Original, replica exactamente la Fase Conceptual del proceso de investigación científica. En los artículos de revisión y casos clínicos se limita a exponer, brevemente, el "qué" y el "por qué" de la exposición del tema.

La estructura interna de la introducción debe contener cuatro puntos esenciales que son: a) los antecedentes de interés sobre el tema a tratar o investigar, b) el estado actual de la cuestión, c) insertar la exposición o investigación en su marco teórico correspondiente y d) la exposición de la hipótesis de trabajo u objetivo del artículo.

Los antecedentes de interés sobre el tema a tratar se exponen de manera breve, mencionando los trabajos más interesantes y conexionando en orden lógico unos con otros. Las referencias no deben incluir resultados numéricos ni

detalles secundarios ya que éstos pueden desviar la atención del lector hacia aspectos tangenciales del tema a tratar. La Introducción debe incitar al lector a seguir leyendo, con una organización adecuada de ideas, un todo directo y sincero, evitando ser efectista o exagerado. Se debe evitar distraer la atención del lector con aspectos tangenciales o secundarios.

Como faltas más frecuentes podemos mencionar: inexactitud en la identificación del problema general, ausencia de marco teórico de referencia conceptual, insuficiencia de respaldo bibliográfico (sin duda la más común y más grave de ellas), exposición de objetivos demasiado generales, vagos o ambiguos y formulación incorrecta de hipótesis.

MATERIAL Y MÉTODO

Este apartado es exclusivo del Artículo Científico Original, replicando de manera rigurosa la Fase de Planificación y Diseño del proceso de investigación científica. Puede aparecer con distintos encabezamientos además del aquí empleado como son: "sujetos y métodos", "pacientes y métodos", "materiales y técnicas", "métodos", "diseño y métodos". Es, sin duda, el apartado donde se encuentran la mayoría de errores que invalidan la publicación del artículo científico original. En este apartado se detalla cómo, dónde y cuándo se llevó a cabo la investigación. El con-

tenido de "material y métodos" deberá incluir los apartados correspondientes a diseño, sujetos, intervención, instrumentos y procedimientos. Claridad, concisión y orden son características esenciales en el estilo de este apartado. Deben emplearse frases cortas, directas y sencillas para facilitar el procesamiento de información compleja. El tiempo a emplear será el pasado pues se trata de narrar lo ya acontecido.

En cuanto a los errores más comunes en la elaboración de este apartado encontramos: población objeto de estudio no definida, ausencia de explicitación del diseño de la investigación, falta de orden lógico en la argumentación, frases demasiado largas, materiales mal o incluso no especificados, metodología empleada mal explicitada o ausente, falta de especificación de los procedimientos seguidos...

Los Resultados.

Tras ejecutar precisamente el diseño de la investigación, obtenemos una serie de datos que es preciso ordenar mediante tablas y describir mediante índices de centralización, dispersión y gráficos adecuados. Todo esto lo podemos encontrar en el apartado "resultados" del Artículo Científico Original. Dicho apartado se corresponde, en parte, con la Fase Analítica del proceso de investigación científica.

Este apartado describe, en parte, todo aquello que se encontró

en la investigación. Las tablas estadísticas nos ofrecen los datos ordenados. Estos son expuestos, de manera resumida, por las estadísticas descriptivas, tanto aquellas medidas de tendencia central como aquellas otras de dispersión. Para finalizar se acompañan representaciones gráficas de los resultados que nos ofrecerán, con una simple ojeada, una descripción intuitiva de los datos obtenidos. En este apartado se prefiere la letra al número, siendo las tablas y los gráficos auxiliares del texto. El texto debe ser claro, preciso y limitarse a lo estrictamente necesario, ya que una exposición prolongada y sobreinterpretativa de los resultados sólo conduce a la confusión. Si queremos adjuntar en nuestro artículo las salidas de algún programa de análisis estadístico, éstas deberán exponerse en el apartado "anexo", nunca en el apartado "resultados".

Como faltas más frecuentes cabe destacar: sostener que los datos "probaron", "verificaron", "confirmaron", o "demostraron" que la hipótesis era correcta, incluir información no pertinente a los objetivos del estudio, interpretar los resultados, secuencia ilógica de exposición, tablas, gráficos, índices, escasos, excesivos o inapropiados.

La Exposición del Tema.

En el Artículo de Revisión la recopilación y selección de artículos científicos originales para informar sobre los avances de

un determinado tema en particular, se exponen en este apartado. Es, por lo tanto, el apartado "Exposición del Tema" exclusivo del Artículo de Revisión. Este apartado tiene un orden en su exposición que suele ser cronológico o bien parcelado por temas. Todas las afirmaciones mantenidas en el artículo deberán estar rigurosamente referenciadas por orden de aparición, no existiendo en ningún caso comentarios ajenos a lo encontrado en los documentos originales. En la exposición del tema se trata de exponer la evidencia científica de algún tema en particular de manera ordenada, no de comentar los resultados ni dar nuestra visión sobre algún aspecto en particular.

La exposición deberá ser exhaustiva, rigurosa y ordenada, evitando abrumar al lector con excesiva información que sólo conducirá al abandono de la lectura del artículo.

Como errores frecuentemente observados podemos citar los comentarios a los hallazgos, no referenciar las afirmaciones mantenidas, escasez de referencias para un artículo de revisión, sesgos en la elección de información...

La Observación Clínica.

En el artículo de Casos Clínicos la Observación Clínica junto a la Introducción y Discusión constituyen el Cuerpo del artículo. En ella se expone de manera ordenada, exhaustiva, objetiva, fiel y minuciosa, la observación de lo acontecido

durante algún evento o procedimiento. Se deberá evitar el sesgo del autor y el impulso de comentar o dar significación causal a lo observado, ya que la información aportada por este tipo de artículos es fundamentalmente heurística, de génesis de conocimiento para, con posterioridad, contrastarse empíricamente.

El estilo deberá ser impersonal evitando los comentarios superfluos. La descripción de la observación clínica deberá ser lo más neutral posible por parte del autor, evitando dar explicaciones que este tipo de artículos no está legitimado a ofrecer.

El error con diferencia más común consiste en que a partir de una actuación puntual sobre algún tema en particular (caso clínico) se pretende dar explicaciones de causa-efecto o correlación sobre aspectos de la realidad descrita. También hay quien intenta a partir de este tipo de información defender la validez de la actuación o procedimiento para todos aquellos casos que guarden relación. La capacidad de generalizar resultados sólo la puede proporcionar investigaciones rigurosas.

La Discusión.

Este apartado lo encontramos en el Artículo Científico Original y en el Artículo de Casos Clínicos, siendo muy parecidos aunque no exactamente iguales. Este apartado tiene por objetivo dar significación a los resultados obtenidos. Se deben comentar

los hallazgos más relevantes analizándolos de manera prudente. Se trata pues de exponer con claridad a) qué se ha obtenido en la investigación o nuestro proceder, b) que ocurre en casos similares, c) concordancias y discordancias con casos o investigaciones relacionadas, d) destacar aportaciones novedosas de la investigación o proceder y e) sugerencias de actuación e investigación.

Este apartado permite a los autores reflexionar sobre los hallazgos, exponer implicaciones teóricas y prácticas y hacer recomendaciones sobre nuevas formas de investigación. Aunque existe cierto campo de subjetividad deben evitarse afirmaciones rotundas, triunfalistas e inferencias imprudentes.

Errores que deben evitarse son: no comentar todos los resultados importantes, no interpretar cada resultado en término de la hipótesis original, interpretaciones no congruentes con los resultados, generalizaciones excesivas...

Las Conclusiones.

Este apartado forma parte del Artículo Científico Original y el Artículo de Revisión, constituyendo la Fase Interpretativa del documento. Concluir significa derivar consecuencias o resoluciones después de una adecuada exposición. Es el fin de nuestra investigación o revisión de algún asunto de interés científico.

En cuanto a su estructura y

contenidos ésta varía dependiendo de si se trata de un Artículo Original o de Revisión. En el Original se trata de exponer con claridad y sencillez: a) la significación de nuestros resultados, b) su relación con el marco conceptual considerado, c) concordancias y disonancias con otras investigaciones, d) potencias y limitaciones de nuestra investigación, y d) posibles vías de continuación de las investigaciones sobre el tema considerado. En cuanto al Artículo de Revisión, este apartado consistirá en un breve resumen que expondrá: a) qué existe publicado sobre el tema en cuestión, b) qué áreas no están suficientemente estudiadas, c) si existen anomalías destacables entre investigaciones, d) consensos ampliamente compartidos sobre algún aspecto en particular y e) posibles vías de continuación de los descubrimientos e investigaciones.

En cuanto a las faltas más frecuentes, estas consisten en: carecer de conclusiones, las conclusiones no se justifican por cuanto no se apoyan en los hallazgos del estudio, las conclusiones no concuerdan con los objetivos e hipótesis, las conclusiones no se entienden, su estilo es poco claro, oscuro, ampuloso, farragoso...

Las Referencias Bibliográficas.

Las Referencias Bibliográficas permiten al lector conocer trabajos anteriormente publicados de interés sobre la cuestión. Sobre estos artículos de interés relacio-

nados se basa conceptualmente todo el desarrollo posterior del artículo. Unas referencias adecuadas hacen fiable al artículo, dan credibilidad a su contenido. En el Artículo Original las referencias suelen encontrarse principalmente en capítulo de "Introducción" (primera revisión bibliográfica) y en el capítulo de "Discusión" (segunda revisión bibliográfica). En cuanto al Artículo de Revisión éstas suelen encontrarse en la Introducción y en la Exposición del Tema, siendo el número de referencias mucho mayor que en los otros dos tipos de artículos.

El "Comité Internacional de Revistas Médicas" ha ido imponiendo, el uso de la modalidad de "Orden de Mención". Este consiste en que a cada referencia se le otorga un número consecutivo según su orden de aparición en el texto (sistema también llamado "Sistema Vancouver").

Aunque cada revista tiene sus propias normas la mayoría se atiene a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, versión 1.993.

El estilo de orden de mención (o numérico) (Sistema Vancouver).

Libros y monografías:

Apellido del autor(es) (ó editores, compiladores, etc.), inicial(es) del nombre. Título con subtítulo si lo hay. Mención de edición. Lugar: entidad, editorial y año.

Ejemplo: Belle d, ed. *Lives in stress: women and depression*. Beverly Hills: Sage, 1.982.

Capítulo de un libro:

Apellido del autor(es) del capítulo, inicial(es) del nombre del autor(es) del capítulo. Título del capítulo. En: Apellido del autor(es) del libro, iniciales del nombre del autor(es) del libro. Título del libro. Mención de edición. Lugar de publicación: entidad, editorial y año. Cuando proceda, se agregarán los números del volumen y páginas consultadas, serie a que pertenece y número que le corresponde en la serie.

Ejemplo: De Olega Usategui JI, de Manuel Keenoy E. *Sistema de Salud y Atención Primaria*. En: Martín Zurro A., Cano Pérez JF. *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta*. Segunda edición. Barcelona: Ediciones Doyma, 1.982-28.

Artículo de revista:

Apellido del autor(es), Inicial(es) del nombre del autor. Título del artículo. Título de la revista. Año; vol: (nº), páginas.

Ejemplo: Mckween RE. *Resuscitation of the newborn*. Clin. Obstet. Gynecol. 1.987; 30(3): 611-20.

Como faltas frecuentes puede encontrarse que en ocasiones no se presentan referencias, las referencias no son pertinentes, se citan equivocadamente, resultan demasiado exiguas, las referencias son muy escasas,

resultan obsoletas, incompletas, se incluyen como referencias documentos no aceptables para la comunidad científica...

Los Agradecimientos.

"En un lugar adecuado del artículo... se podrán incluir una o varias declaraciones especificando: a) las colaboraciones de personas que merezcan reconocimiento pero que no justifican su aparición como autor, como puede ser el apoyo general de un jefe de departamento; b) los agradecimientos a la ayuda técnica; c) los agradecimientos al apoyo económico y material, especificando la naturaleza del apoyo; y d) las relaciones que pudieran plantear un conflicto de intereses. Deberá nombrarse a aquellas personas que hayan prestado su ayuda intelectual al trabajo pero cuyas contribuciones no justifiquen la autoría y se describirá la contribución llevada a cabo, por ejemplo, "asesoría científica", "revisión crítica del proyecto de investigación"... Estas personas deberán haber expresado su consentimiento para ser mencionadas".

Encontrar en este apartado a verdaderos autores, no agradecer las ayudas recibidas y reconocer autores aquellos que en realidad no cumplen con los requisitos, son errores de gravedad que deberán evitarse.

Los Anexos.

Los anexos tienen como finalidad complementar o ilustrar el desarrollo del artículo. Es raro en la actualidad encontrarlos debido a la escasez de espacio

en las revistas. Pueden contener tablas, gráficos, cuestionarios... demasiado extensos para incluirlos en el texto. Cada apéndice conserva el estilo original, debiendo llevar un título descriptivo, identificativo de su contenido. Se debe evitar la inclusión de anexos innecesarios.

Con los anexos finaliza el presente artículo, que cierra esta serie de tres que trataron sobre aspectos básicos en escritura científica.

FIN DE LA SERIE Y AGRADECIMIENTOS

Agradeciendo su lectura y deseando que les sean de utilidad,

les espero en estas páginas como autores de artículos científicos, ya que es responsabilidad de todos cimentar la base científica de nuestra profesión. Quisiera, por último, agradecer a todos los miembros que componen la revista Hygia el trato recibido y la oportunidad que me han ofrecido de publicar en ella.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- POLIT, D; HUNGLER. "INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD". EDITORIAL INTERAMERICANA MCGRAW-HILL. MÉXICO. CUARTA EDICIÓN 1.994.
- 2.- POLGAR, S; THOMAS, S. "INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD". EDITORIAL ALHAMBRA LONGMAN. MADRID. SEGUNDA EDICIÓN 1.993.
- 3.- NOTTER, L. E.; HOTT, J. R. "PRINCIPIOS DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA". EDITORIAL DOYMA. BARCELONA 1.992.
- 4.- KOZIER, ERB Y OLVIERI. "ENFERMERÍA FUNDAMENTAL. CONCEPTOS, PROCESOS Y PRÁCTICAS". CUARTA EDICIÓN. EDITORIAL INTERAMERICANA MCGRAW-HILL.
- 5.- BOBENRIETH ASTETE, MANUEL ALEJANDRO. EL ARTÍCULO CIENTÍFICO ORIGINAL. ESTRUCTURA ESTILO Y LECTURA. EDITA ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA, GRANADA 1.994.
- 6.- FREIXAS, LAURA. TALLER DE NARRATIVA. EDITORIAL ANAYA, MADRID, 1.999.
- 7.- MORALES J.F, ET AL. PSICOLOGÍA SOCIAL. EDITORIAL INTERAMERICANA-MACGRAW-HILL. PRIMERA EDICIÓN, MADRID, 1.994.
- 8.- UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC, AND CULTURAL ORGANIZATION. EN ORIGEN: BIBLIOGRAPHY OF PUBLICATIONS DESIGNED TO RAISE THE STANDARD OF SCIENTIFIC LITERATURE. PARÍS; UNESCO, 1.993.
- 9.- 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).
- 10.- RAMÓN Y CAJAL, S. REGLAS Y CONSEJOS SOBRE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. EDITORIAL ESPASA CALPE. MADRID. 1.991.
- 11.- MARTÍNEZ DE SOUSA, J. DUDAS Y ERRORES DEL LENGUAJE. EDITORIAL PARANINFO.

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

XVII 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

BASES

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- DOTACIÓN:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar; TRESCIENTAS MIL PESETAS (300.000) para el trabajo premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL 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 encuadernados. 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. Ramón y Cajal, nº 10 (41006 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XVII 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 los pliegos, de la procedencia o autores de los mismos.
- PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XVII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo. Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2001. 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 2001.



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERIA
DE SEVILLA

PREMIOS 2000

- 1º Premio D. Jesús Mº Guevara Sáenz (Jaén)**
- 2º Premio Dª Luisa Vilaginés Giner (Barcelona)**
- 3º Premio Dº Jesús Milán Carmona (Palma de Mallorca)**

Patrocina

