

Nº 5 JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE 1988



AVGIA

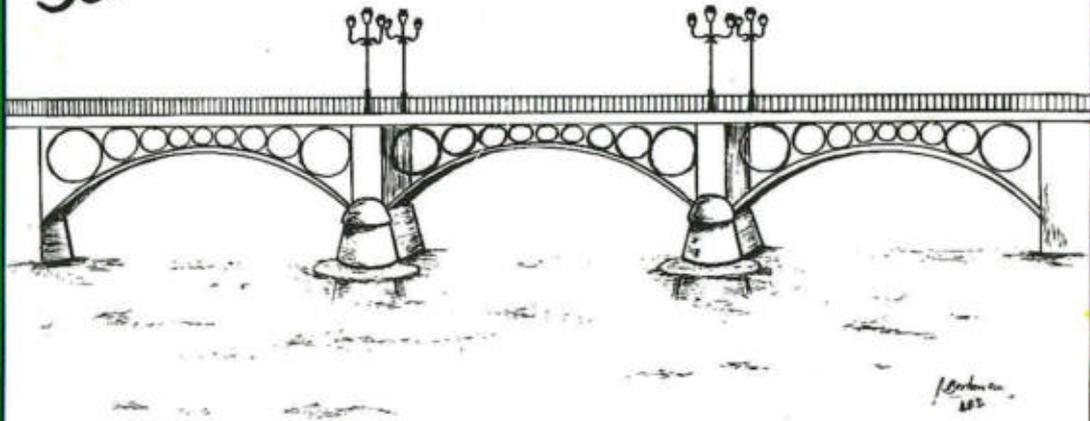
REVISTA CIENTIFICA DEL ILUSTRE COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. DE SEVILLA

HIJOS DE LA LUZ Y DE LA SOMBRA

INTRODUCCION A LA SEPSIS MENINGOCOCICA

ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA REHABILITACION CARDIACA

Sevilla, días 18 y 19 de Noviembre de 1988



II JN

II JORNADAS HISPALENSES DE NUTRICION

CELEBRACION: HOTEL MACARENA

SEDE: UNIDAD DE FORMACION CONTINUADA - HOSPITAL GENERAL
-HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO-

ORGANIZAN: UCI del HOSPITAL GENERAL
UCI del HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA y REHABILITACION } HOSPITAL UNIVERSITARIO
UNIDAD DE FORMACION CONTINUADA -H.G. } VIRGEN DEL ROCIO
SERVICIO DE DIETETICA -H.G.

COLABORA: ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ATS -D.E.- de SEVILLA

EDITORIAL

Es una cuestión de supervivencia. Aunque esta frase suene un poco trágica es un temor que compartimos muchos profesionales de Enfermería. La Enfermería está pasando por unos momentos de cambio que podemos calificar como decisivos y es en este momento en el que podemos y debemos adquirir para nuestra profesión unas señas de identidad propias que la hagan útil para la sociedad. De no ser de este modo debemos prepararnos a presenciar cómo la Enfermería desaparecerá como profesión.

Según Carl Rogers, «La sociedad no mantiene a aquellas profesiones que no les son rentables», y hoy por hoy la Enfermería no lo es. Seamos por un momento realistas y preguntémosnos: ¿Cuáles de las actividades diarias que llevamos a cabo en nuestros puestos de trabajo no pueden ser realizadas por otros estamentos con menor cualificación y más económicos?. Son pocas las actividades que podemos pensar. Y no es porque no existan sino porque a través de la educación que hemos recibido (orientación paramédica) nos es difícil distinguir entre actividades delegadas de otras propias de la Enfermería. Y es aquí donde se encuentra el gran reto de la Enfermería que ha de asumir sus funciones propias sin dejar por ello las funciones delegadas por otros estamentos, y de esta manera cada vez hacer de la Enfermería una profesión más útil a la sociedad.

Este paso ha de llevarse de manera progresiva y sin caer en el error de la ley del péndulo, es decir, no pasar bruscamente de ser todos técnicos o ser todos teóricos de la Enfermería, lo que nos puede llevar a dar realidad al adagio que dice que más vale un gramo de práctica que una tonelada de teoría.

Todos hemos visto lo que sucede en aquellos servicios donde nos hemos dedicado a la realización exclusiva de técnicas, se han colocado en nuestros puestos a técnicos que lo pueden realizar de una manera más económica aunque no mejor.

Lo que de ninguna manera podrán realizar meros técnicos es la valoración de un enfermo, su diagnóstico, la realización de un plan de cuidados y la evaluación de las actividades realizadas. Esto sólo se aprende en las Escuelas de Enfermería.

Hay que ser conscientes que nos vamos a encontrar en el camino de la implantación del proceso de atención de Enfermería con muchos obstáculos desde dentro y desde fuera de nuestra profesión. No hemos de desistir si se fracasa en muchos de estos intentos por adaptar a nuestras necesidades el tan llevado y traído P.A.E. Lo que sí es cierto, o al menos lo pensamos algunos, es que siempre será más positivo hablar de una experiencia fallida que de una teoría sin demostrar.

Y no nos engañemos, nadie va a dar a nuestra profesión unas señas de identidad. Sólo la Enfermería, si coge las riendas del cambio y asume el riesgo, podrá llevar a cabo el cambio. Si no tomamos las riendas nosotros, no hay duda, otros las tomarán en nuestro lugar.

En este cambio han de participar todos los profesionales: teóricos y prácticos, entusiastas y desengañados, jóvenes, con el aporte de nuevos conocimientos y mayores con su experiencia diaria del trabajo... Sólo de este modo la Enfermería podrá encarar el reto que les aguarda: abordar la búsqueda de aquellas señas que la hagan imprescindible y útil en la sociedad.



EDITA:

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

DIRECTOR:

José M.^a Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

Maite Brea Ruiz
José Antonio Cervera López

CONSEJO DE REDACCION:

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

DIAGRAMA

Rodolfo E. Aller

IMPRIME:

Gráficas Mirte, S.A.



DEPOSITO LEGAL:

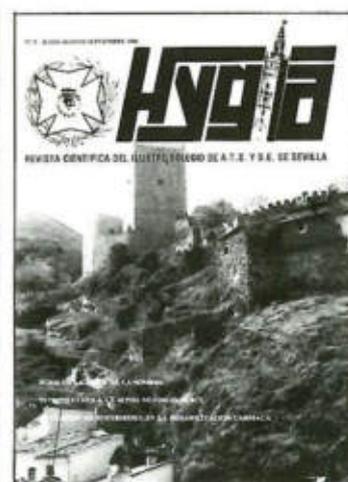
SE - 470 - 1987

Publicación autorizada por el Mi-
nisterio de Sanidad y Consumo
con referencia S.V. 88032 R.

Sumario

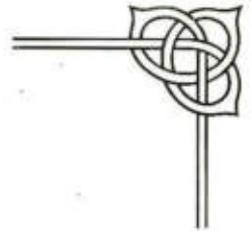
—EDITORIAL	3
—SUMARIO	4
—ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERIA	5
—TOMAR DECISIONES EN ENFERMERIA	7
—SOBRE LA CRISIS DE LA FORMACION CONTINUADA ..	9
—HIJOS DE LA LUZ Y LA SOMBRA	11
—CONCURSO FOTOGRAFICO	17
—ENFERMERIA EN LA REHABILITACION CARDIACA ...	18
—EL PRACTICANTE SEVILLANO	24
—BECAS CONCEDIDAS	25
—BECAS DE ESTUDIO	26
—SEPSIS	27
—THANATOS	32
—LENGUAJE EN ENFERMERIA	36
—CUIDADOS Y MOVILIZACION DEL ENFERMO POLITRAUMATIZADO	37
—CURSOS, JORNADAS Y CONGRESOS	42

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



EN PORTADA
Cazorla (Jaén)
Foto: Tomo

ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERIA



MARIA DOLORES CADAVAL GARCIA (D.E.)
JOSE SEDA DIESTRO (D.E.)
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

El motivo que nos impulsó a realizar este trabajo fue el de proporcionar a los compañeros conocimientos fundamentales para que la realización de un electrocardiograma no sea sólo la obtención de un trazado gráfico que a nuestros ojos se muestre incomprensible. No pretendemos que lo interprete sino que lo comprenda.

CONCEPTOS BASICOS DE ELECTROCARDIOLOGIA

La electrocardiografía se ocupa del estudio de los fenómenos eléctricos que tienen lugar durante la actividad cardíaca. Estos fenómenos pueden ser registrados mediante un aparato, el electrocardiógrafo, y el trazado obtenido recibe el nombre de electrocardiograma.

Las corrientes eléctricas producidas por el corazón se transmiten a todo el cuerpo, siendo recogidas por electrodos, que son placas de metal colocadas en la piel y que están unidas por sendos cables al galvanómetro. El conjunto de dos electrodos unidos al galvanómetro forman una derivación. De los dos electrodos de una derivación, a uno se designa como positivo, lo que quiere decir que cuando la corriente se dirige hacia él la aguja de inscripción se desplaza hacia arriba. El registro de la actividad cardíaca mediante el electrocardiógrafo da lugar a una gráfica, que se llama electrocardiograma.

En el trazado vemos, además, unas siglas y números, que corresponden a las diversas derivaciones más frecuentemente utilizadas. Cada una de ellas contempla el mismo fenómeno: la acti-

vidad eléctrica del corazón, pero desde distintos puntos de vista, lo que origina diferencias entre unas gráficas y otras. Es como si se obtuvieran varias instantáneas de un mismo objeto, pero desde distintas posiciones, lo que da lugar a «fotografías» diferentes del mismo objeto. Salvo en determinadas enfermedades, no sirve para «diagnosticar», sino que nos dan signos.

ACTIVACION CARDIACA

El impulso eléctrico generado en el nodo sinusal se transmite a las aurículas que se van activando (despolarizándose), lo que origina una diferencia de potencial que puede ser registrada, obteniéndose una deflexión lenta que recibe el nombre de ONDA «P». Al tiempo que el impulso se ha transmitido a las aurículas (CONDUCCION SINO-AURICULAR), es también conducido a los ventrículos por los haces internodales, activando el nodo A-V, el Haz de His y sus ramas y las fibras de Purkinje, hasta llegar a las células ventriculares de contracción (CONDUCCION SINO-VENTRICULAR).

El paso del impulso eléctrico por estas estructuras no produce diferencias de potencial apreciables, por lo que el electrocardiograma registra una línea isoelectrica. El estímulo que llega rápidamente a la red de Purkinje activa las fibras miocárdicas de los ventrículos, despolarizándolas, lo que origina una serie de deflexiones en el e.c.g., complejos de despolarización ventricular, que recibe el nombre de QRS.

Tras la despolarización viene la repolarización, primero de las aurículas, lo que da lugar a una onda de repolarización auricular, normalmente no visible porque queda enmascarada dentro del QRS. En los ventrículos se inicia la recuperación con la inscripción de una onda lenta, llamada onda T. **TODOS LOS FENOMENOS ELECTRICOS PRECEDEN A LOS MECANICOS.**

DERIVACIONES ELECTROCARDIOGRAFICAS

El electrocardiograma habitual registra doce derivaciones: derivaciones bipolares (DI, DII, DIII), derivaciones monopolares (AVR, AVL, AVF), derivaciones precordiales (de V1 a V6).

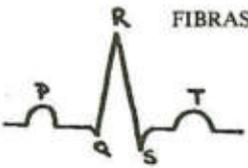
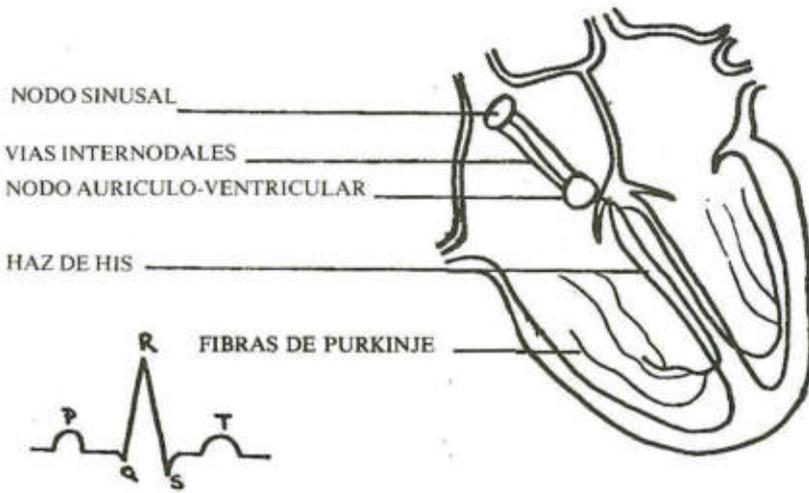
Una derivación es un conjunto de dos cables unidos al galvanómetro. Cada cable lleva en su extremo un electrodo, que no es más que una placa metálica que sirve para recoger la corriente eléctrica al colocarla en contacto con la piel. Según los puntos de la piel en que estos electrodos se sitúen obtendremos distintas derivaciones, que nos permiten registrar el mismo fenómeno eléctrico desde distintos puntos de vista.

E.C.G. NORMAL

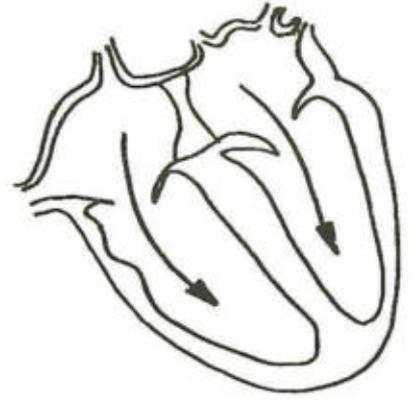
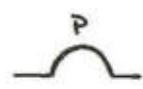
En todo E.C.G. normal, sea cual sea la derivación, encontramos una serie de inflexiones y deflexiones que a continuación vamos a pasar a describir.

ONDA «P».—Despolarización auricular: Contracción auricular.

LINEA ISOELECTRICA (PLA-



SISTOLE AURICULAR



NA) «PQ»: Conducción.

COMPLEJO «QRS».—Despolarización ventricular: Contracción ventricular.

ONDA «T».—Repolarización ven-

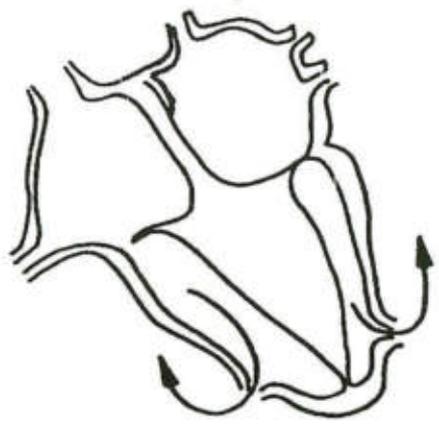
tricular: Reposo ventricular.

Recuerde siempre que al fenómeno eléctrico le sigue una respuesta mecánica que dependerá de la naturaleza del impulso, y que al obtener el electrocar-

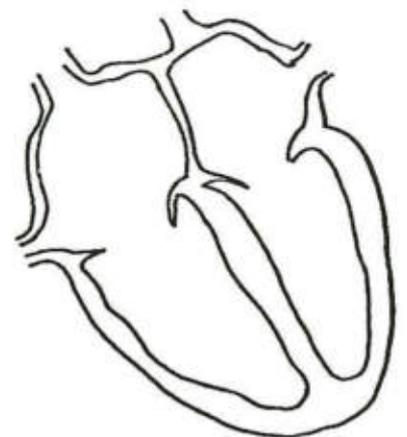
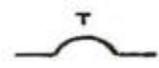
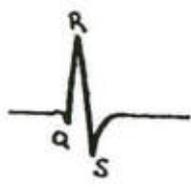
diograma registramos la actividad eléctrica del corazón que se traducirá en su funcionamiento.

Comprendiendo lo que hacemos lo haremos mejor.

SISTOLE VENTRICULAR



DIASTOLE VENTRICULAR



TOMAR DECISIONES EN ENFERMERIA

JOAQUIN LIMA RODRIGUEZ (D.E.)
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Para poder tomar decisiones es necesario tener la potestad de hacerlo. Me atreveré a afirmar que la toma de decisiones es un ejercicio no exento de dificultades para la persona que lo realiza, pues cada decisión que tomamos viene emparejada a una serie de consecuencias en relación a la misma. Consideraré la toma de decisión en el sentido de «tomar una determinación, determinar lo que hay que hacer, pronunciar un juicio».

En este sentido los profesionales de Enfermería tendremos diferentes alternativas, en función del papel que asumamos. Como sabéis, en nuestra profesión se pueden distinguir dos roles muy diferenciados. Un Rol Delegado y un Rol Específico de Enfermería.

Tradicionalmente los profesionales de Enfermería hemos asumido fundamentalmente nuestro Rol Delegado, no en vano nuestra denominación, hasta no hace mucho tiempo, de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Incluso en la actualidad nuestro trabajo diario se fundamenta, en la mayoría de los casos, al cumplimiento de las prescripciones que los profesionales de medicina realizan a los pacientes que atendemos. En la aplicación de este rol las decisiones que podemos tomar tienden a ser escasas y las que tomemos vendrán amparadas por las prescripciones médicas.

En los últimos años se viene potenciando nuestro **Rol Específico** y es en este momento cuando los Enfermeros/as estamos realmente comprometidos con la toma de decisiones. **Es en este punto donde creo que empiezan nuestras dificultades. También creo que a partir de aquí se nos abre un esperanzador futuro como profesión.**

¿En qué me apoyo para hacer estas afirmaciones?. Os responderé.

Para realizar una toma de decisión con las mayores garantías de éxito, es

necesario disponer de los conocimientos necesarios de aquellos aspectos sobre los que vamos a decidir. Desgraciadamente los profesionales de Enfermería, por la escasa formación recibida sobre aspectos de Enfermería, tenemos pocos conocimientos sobre determinadas materias propias de nuestra profesión, como puede ser la aplicación de cuidados de Enfermería, la planificación de actividades que resuelvan las alteraciones de nuestros pacientes en el ámbito asistencial que nos compete,

cabeza de la cama.

El objetivo de Enfermería que se planteó el grupo para esta alteración fue: «Durante la hospitalización mantendrá la funcionalidad articular y muscular». Rafaela tenía una historia anterior de artrosis de rodilla y además se preveía que el período de encamamiento, al que se vería sometida, sería largo.

Hasta este punto el ejercicio iba bastante fluido, pero llegó el momento



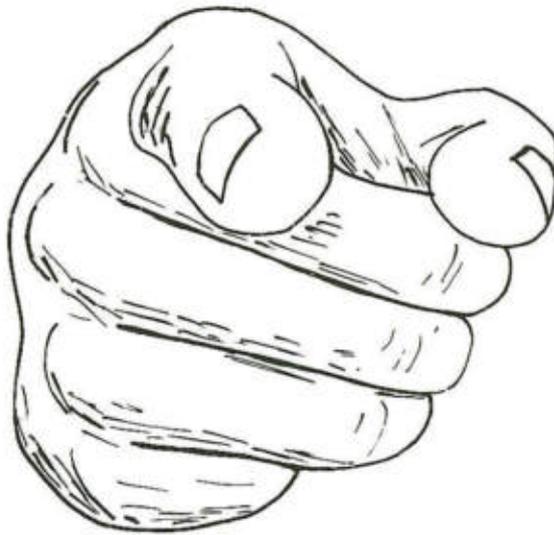
Son muchas las interrogantes que tenemos planteadas los Enfermeros

etc. Entiendo que este es uno de los grandes retos que los profesionales de Enfermería tendremos que asumir a través de la formación continuada.

Hace unas semanas realizábamos una sesión formativa en el Area donde trabajo. Hacíamos un ejercicio práctico destinado al estudio de la aplicación del P.A.E. y habíamos llegado a la conclusión de que Rafaela, la paciente sobre la que trataba el ejercicio, tenía la siguiente alteración como parte de su Diagnóstico de Enfermería: «Limitación parcial de la movilidad por tratamiento de su lesión». Rafaela estaba sometida a reposo en cama en posición decúbito supino y no podía levantar la

de decidir qué tipo de actividades tenía que planificar el grupo para Rafaela. Aquí empezaron nuestras dificultades. Entonces nos dimos cuenta de que nuestros conocimientos deben ir mejorando día a día. Reconocimos la falta de práctica que padecemos en determinar actividades de Enfermería.

A Rafaela se le planificaron ejercicios de flexiones y extensiones de miembros y movimientos laterales de cuellos. La mayoría de los allí presentes éramos conscientes de que no sabíamos cuantas sesiones de ejercicio tenía que hacer Rafaela en cada jornada, qué número de ejercicios tenía que hacer en cada sesión, qué tiempo debía



Mantente firme en tus decisiones

durar cada sesión, etc.

Creo que a partir de aquí se nos abre un esperanzador futuro como profesión.

Como os comentaba anteriormente los profesionales de Enfermería tendremos que ir aumentando progresivamente los conocimientos de aquellos aspectos sobre los que tengamos que empezar a decidir.

El futuro de Enfermería, como el de cualquier profesión debe pasar por el reconocimiento social de la misma. La sociedad reconoce a aquéllos que disponen del saber, del conocimiento.

Hace unos meses asistí como alumno a un curso de formación impartido por Carlos Carrera, una persona que está contribuyendo enormemente a la formación de los profesionales de Enfermería de este país. En una ocasión nos ponía un ejemplo que creo puede resultar enormemente ilustrativo para

este artículo y no quiero dejar de contároslo.

«En una industria productora de un determinado producto, se averió una maquinaria de la cadena de montaje que paralizó la producción. Inmediatamente se avisó al servicio de mantenimiento que tras varios días de trabajo no consiguió reparar la avería. El paro en la producción empezó a ser preocupante y la dirección de la empresa se decidió a avisar al Sr. García, un afamado mecánico que residía en una localidad cercana. Cuando llegó este señor, le trasladaron de inmediato al lugar de la avería. El señor García observó durante unos minutos la maquinaria, interior y exteriormente y por fin solicitó un martillo. Dio un golpe seco sobre un punto determinado de la maquinaria y ésta comenzó a funcionar. El director de la empresa hizo acompañar al Sr. García a su despacho y tras felicitarle, le preguntó sus hono-

rarios. El precio de la reparación, contestó el Sr. García asciende a 100.000 pesetas. El director, al que debió parecer cara la reparación, pidió al Sr. García le enviara una factura. Días más tarde llegó al director una factura en la que podía leerse:

“Desglose de los honorarios por la reparación de la maquinaria...”

Dar un golpe de martillo 100 ptas.
Por saber el lugar donde dárselo 99.900 Ptas.

Con este simpático ejemplo, quiero haceros ver cómo esta sociedad prima a aquéllos que disponen del saber. Igualmente pretendo argumentar porque creo que el futuro de nuestra profesión debe llegar a través del aumento de aquellos conocimientos que nos permitan tomar cada vez más decisiones en el ejercicio diario de nuestra profesión.



SOBRE LA CRISIS DE LA FORMACION CONTINUADA

MANUEL SILVA PEREJON, *Enfermero Supervisor*
JULIAN M^o ASEJO JIMENEZ, *Coordinador de Areas de Trabajos*
ROCIO GARCIA AGUILAR, *Enfermera Adjunta a la Subdirección*
H. U. «Virgen del Rocío» de Sevilla

La Editorial del número 4 de nuestra revista Hygia ha tocado, acertadamente, el grave problema de la Formación Continuada.

Siguiendo el hilo del problema planteado, quisiéramos hacer unas consideraciones, a sabiendas de que muchos profesionales no compartirán algunas opiniones de las que aquí se viertan.

En primer lugar, queremos dejar constancia de que la Formación Continuada de ninguna forma es responsabilidad exclusiva de las Instituciones. La Formación Continuada, a nuestro juicio, es responsabilidad y obligación de todos los profesionales, individualmente y como miembro de un colectivo que busca ser reconocido socialmente como «profesión y disciplina científica autónomas».

Quedando claro este punto, consideramos que desde la Formación Continuada hay dos objetivos a conseguir. Por un lado, la necesaria actualización constante de los conocimientos profesionales, ya que, por definición, **todo PROFESIONAL oferta al mercado laboral y a la sociedad sus CONOCIMIENTOS ACTUALIZADOS. De lo contrario, la condición de profesional se pierde, ya que no se puede considerar como tal al titulado cuyos conocimientos queden obsoletos y dejen de ser útiles a la sociedad a la que debemos servir y a la disciplina científica que queremos hacer avanzar. Este objetivo, LA ACUALIZACION CONSTANTE DE CONOCIMIENTOS, ha de ser asumido por las distintas Instituciones en aspectos concretos del trabajo diario, pero en el sentido amplio no**

nos cabe duda de que es cada enfermero el que está obligado, desde su «status» de profesional universitario, a asumirla.

Un segundo objetivo, fundamental y básico de la Formación Continuada, es el CAMBIO DE ACTITUDES. Este cambio si creemos que debe recibir su impulso principal, no solo de esa minoría activa que existe en nuestra profesión y a la que todos debemos tanto, sino de todas las Instituciones, tanto las que se dedican a ofertar atención para la salud, sean públicas o privadas, porque están obligadas a conseguir que los servicios ofertados a los usuarios sean los más humanos y eficaces disponibles, como las propias Instituciones de la Enfermería, Escuelas, Colegios, Sociedades Científicas, ya que estas Instituciones enfermeras sólo tienen entidad y vida a través de la suma y unión de sus miembros. A este respecto, nos alegra poder decir que nuestro Colegio de Enfermería de Sevilla está llevando a cabo una gran y acertada labor con su programación de actividades de Formación Continuada.

Este cambio de actitudes, en suma, urge conseguirlo a corto plazo, ya que tenemos en España decenas de miles de profesionales que se formaron y trabajan con una formación desfasada en cuanto a qué servicios debe ofrecer y qué es hoy la Enfermería, lo que produce una grave discordancia con las necesidades de la población a la que debe servir y cuidar, necesidades expresadas en la Ley General de Sanidad como representación de la voz popular y avaladas por las orientaciones de organismos tan relevantes como la

O.M.S. y el C.I.E.

El segundo objetivo de la Formación Continuada es, pues, **lograr un cambio de comportamientos y actitudes** a corto y urgente plazo de nuestro colectivo.

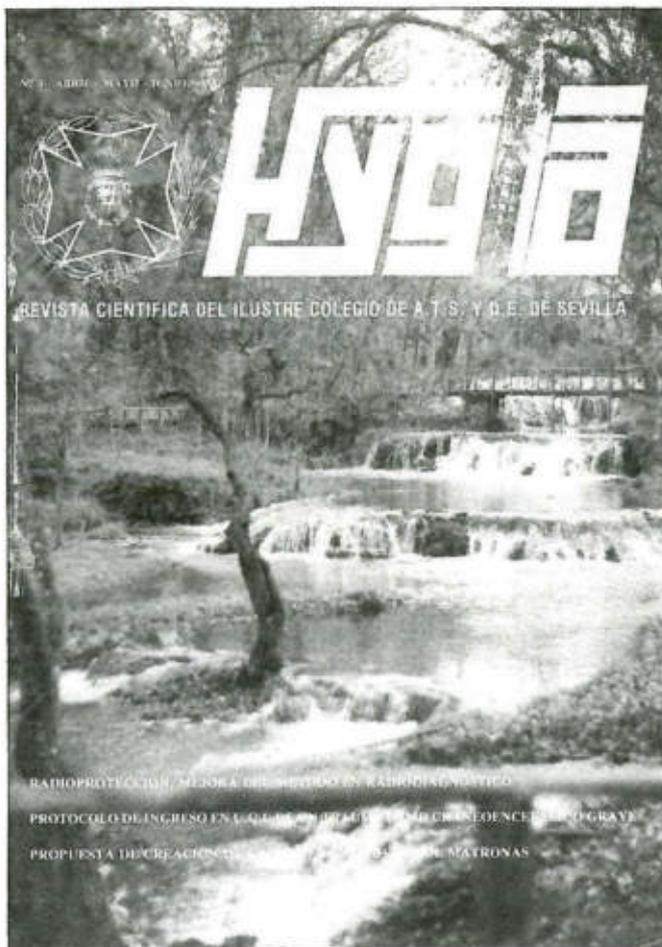
Pero, a nuestro parecer, **la Formación Continuada se encuentra lastrada por una falta de definición, lo que lleva a confundirla con la Educación Post-Básica**, dos actividades que, aunque tienen muchos puntos de contacto, a la vez están claramente diferenciadas. A nuestro juicio, la Educación Post-Básica es una estructura muy definida, enmarcada en las E.U.E. y los Departamentos de Enfermería de la Universidad, relacionada con los distintos niveles académicos y efectuada desde un enfoque amplio, como es la profundización en Areas de Conocimientos en el caso de la Licenciatura. La relación de la Educación Post-Básica con la práctica y la actividad profesional diaria, aunque indiscutible, no es puntual ni dirigida a temas a la vez diversos y concretos. Tampoco, obviamente, se orienta a satisfacer necesidades laborales concretas de Instituciones con necesidades asistenciales concretas, ni a individuos o grupos específicos que demandan una formación sobre temas específicos y concretos.

La Formación Continuada, en cambio, si se orienta hacia la satisfacción de necesidades formativas de grupos e incluso de individuos específicos, así como de las diversas instituciones. Su ámbito es, consecuentemente, laboral y aunque también cubra objetivos amplios que alcanzan a todos los pro-

fesionales como es el cambio comportamental, se dirige decididamente hacia la cobertura de las necesidades que originan las actividades concretas de cada Institución y hacia el personal que realizará esas actividades.

Como conclusión, exponemos que la Formación Continuada no debe ser en ningún modo una actividad de la exclusiva responsabilidad de las diversas Instituciones, estando los profesionales inmersos individualmente en la actualización de nuestros conocimientos, habilidades y actitudes.

En segundo lugar, **NO OLVIDEMOS QUE LA FORMACION CONTINUADA NO ES LA VIA NI PARA RELLENAR LAGUNAS EN NUESTRA FORMACION BASICA NI PARA SUPLIR UNA EDUCACION POST-BASICA DEFICIENTE O INEXISTENTE. Por último, y no por ello menos importante, seamos conscientes de que podemos y debemos exigir en nuestros Centros de trabajo y a nuestras Instituciones, como señalaba la Editorial de HYGIA citada al principio, una dotación de recursos suficientes y la realización de actividades de formación como parte de nuestro quehacer diario, pero sin olvidar que esta**



exigencia sólo tendrá fuerza cuando parta de un colectivo auténticamente profesional.

Recordemos: Los PROFESIONALES ofertan en el mercado de trabajo a la sociedad que utiliza sus servicios CONOCIMIENTOS ACTUALIZA-

DOS. ¿Qué sociedad confiaría hoy la construcción de una Central Nuclear a un físico con los conocimientos del siglo XVIII?. ¿Consideraríamos hoy los enfermeros a un constructor de Hospitales del siglo XIV como un profesional válido para diseñar los Hospitales del año 2.000?.



CURSO DE MASAJE TERAPEUTICO

Duración del Curso: 9 meses

Prácticas en grupos de 15 alumnos

Profesorado con titulación universitaria

MATRICULA ABIERTA

Información e inscripción: Práxis Escuela de Quiromasaje,
c/. Fernando IV nº 42, 2º A

Teléfono: 45 28 21, horario de 5 a 8 de la tarde.

HIJOS DE LA LUZ Y LA SOMBRA

LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

CONCEPCION JIMENEZ LOPEZ (D.E.)

Hospital General de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla

LITERATURA

Para siempre fundidos en el hijo quedamos
fundidos como anhelan nuestras ansias voraces,
en un ramo de tiempo, de sangre, los dos ramos,
en un haz de caricias, de pelo, los dos haces.

«Hijo de la luz y la sombra»

(Miguel Hernández, 1910-1942)

1. INTRODUCCION

La adolescencia constituye la etapa de la vida de mayor trascendencia en el individuo, porque es el instante en el cual toma consciencia plena de su ser y, tras un último proceso de maduración, comienza el camino de la realización humana y de la integración comunitaria por medio del amor sexual y el trabajo.

Convertirse en madre y criar niños sanos constituye un verdadero desafío, especialmente para las adolescentes que están intentando aún completar su educación, crecer ellas mismas y que frecuentemente mantienen a sus hijos sin ayuda.

Debido a su inmadurez y a su nivel educativo, la madre adolescente tiene menos recursos para promocionar su desarrollo y el de su hijo.

Si la madre es menor de 16 años, aumentan las amenazas contra su propia salud y la de su hijo. Entre las principales consecuencias médicas y sociales que acarrea una maternidad precoz, están:

- Mayor morbilidad y mortalidad en el RECIEN NACIDO.
- Una interrupción permanente de los estudios.
- Familias con un solo progenitor.
- Matrimonios en desventaja por ingresos bajos.

— Menos habilidades para el trabajo.

— Mayor índice de niños con retraso en su desarrollo físico y madurativo.

Debido a estas consecuencias, los que nos ocupamos de suministrar la asistencia sanitaria a la población debemos de desarrollar un plan estratégico de intervención que abarque unos programas de protección, fomento, prevención y desarrollo de aquellas muchachas que, por distintas circunstancias, son madres precozmente, para poder dirigir y mejorar las habilidades de la actividad maternal, así como para lograr unos mejores resultados en el desarrollo bio-psico-social de los hijos.

Por otra parte, la mujer adolescente muestra su preocupación por la sexualidad, con preguntas como: ¿Soy normal?, ¿qué es normal en una relación?, ¿cuáles son los papeles del hombre y de la mujer en una relación?..., etcétera.

Las respuestas a estas preguntas son buscadas frecuentemente por medio de la actividad sexual, debido a que el ambiente familiar y social no suelen participar demasiado en la resolución de estas cuestiones.

Para las jóvenes adolescentes, el intercambio sexual puede suponer un medio de:

- promocionar su autoestima y

sentirse crecida (más cerca de los adultos).

— medir y concretar su normalidad.

— sensación placentera de que alguien se preocupa por ella.

— forma de eludir la preocupación y la ansiedad sobre sí misma, para pensar y preocuparse por otra persona.

— poder experimentar en un terreno desconocido.

— una forma de sentirse bien ante la situación de depresión afectiva que se suele producir en la adolescencia, como respuesta a los múltiples conflictos que surgen en esta etapa.

Estas ventajas de un intercambio sexual precoz para la mentalidad infantil de la adolescente (por falta de desarrollo de su personalidad definitiva de adulta), unidas a la falta de información acerca de temas tales como:

- EDUCACION SEXUAL.
- PLANIFICACION FAMILIAR (sistemas y métodos anti-conceptivos).
- EDUCACION SANITARIA, en general.

condicionan el que un número, afortunadamente cada vez menos elevado, de mujeres de edad comprendida entre los 11 y los 18 años, se enfrenten a la difícil aventura de: *SER MADRES*.

2. CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD PRECOZ EN LA MUJER ADOLESCENTE

La maternidad en el ser humano no sólo representa un proceso biológico que aboga por el crecimiento de los organismos vivos y por el mantenimiento de sus formas específicas, sino que significa un condicionado despliegue de transformaciones biopsicosociales en la mujer que van a incidir particular-

mente en la evolución del propio embarazo, parto y puerperio.

En la mujer joven estos cambios, debidos a una maternidad temprana, se suman a la amplia gama de modificaciones somáticas, fisiológicas, sexuales y psicológicas que se producen en la adolescencia.

Ambos tipos de variaciones van a originar en la mujer una serie de consecuencias:

A) Consecuencias biológicas: A nivel biológico, se van a producir profundos cambios en la configuración corporal de la mujer, tanto a nivel interno como externo, ocasionados por un crecimiento rápido de sus estructuras orgánicas, así como al aumento de su madurez sexual y a las variaciones en sus funciones fisiológicas.

Todos estos cambios van a estar regidos, principalmente, por los sistemas nervioso y endocrino, que a nivel externo van a producir en la mujer:

— crecimiento de los órganos sexuales y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, sumado a las modificaciones propias del embarazo: crecimiento del útero, aumento del volumen de las mamas, aumento de la pigmentación de las aureolas mamarias, aumento de los trastornos digestivos (náuseas, acidez, vómitos, estreñimiento, hemorroides..., etc.), así como varices en miembros inferiores (por hiperpresión venosa) propios del embarazo en sí.

— engrosamiento y rearmonización del cuerpo femenino.

— aumento de las hormonas tiroideas, que suponen un crecimiento e irritabilidad típicos, e hiperactividad y elevación del metabolismo basal.

— aumento de hormonas Gonadotrópicas (FSH, LH), H. ováricas (ESTROGENO Y PROGESTERONA), H. de crecimiento (HCH), H. de la corteza suprarrenal (MINERAL Y GLUCOCORTICOIDES), que van a producir unos cambios en la mujer, tanto psicoemocionales, como morfológicos:

- * ensanchamiento de las caderas.
- * desarrollo del pecho.
- * engrosamiento de los brazos.
- * aparición del vello en axilas y entorno a los órganos sexuales.
- * a veces, aparición de acné.

Al quedar embarazadas, estas ca-



racterísticas van a repercutir de forma indirecta en el niño, de manera que las madres adolescentes tienen muchas posibilidades de dar a luz a un RNBP (recién nacido de bajo peso) de menos de 2.500 grs.; de hecho, el porcentaje de niños de peso igual o inferior a 1.500 grs., nacidos de madres adolescentes, duplica al de los nacidos de mujeres de 25 a 30 años.

Un bajo peso al nacer refleja un crecimiento incompleto, ya sea como resultado de la prematuridad del parto, o bien un crecimiento intrauterino anómalo, o de ambos.

Estos niños, además de tener un bajo peso, van a tener:

- posible prematuridad.
- hipotermia.
- test de Apgar bajo.
- hipoglucemia.
- palidez o cianosis.
- falta de los reflejos de succión y deglución.

B) Consecuencias en el desarrollo psico-emocional: Este rápido crecimiento fisio-anatómico está enormemente desfasado con el desarrollo mental de la adolescente y si la sociedad pide reacciones de persona adulta y descargar sobre ella responsabilidades que aún no está preparada para asumir, puede surgir un grave conflicto que repercutirá en su desarrollo psíquico posterior.

La maternidad no sólo representa un proceso biológico en el que se producen una serie de transformaciones a nivel morfológico y funcional, sino que en la mujer conlleva una crisis psicológica que durante la gestación, parto y puerperio va a estar caracterizada por unos conflictos en el desarrollo afectivo y sexual.

Problemas tales como la aparición de estados especiales de ansiedad, miedo a la muerte o a complicaciones en el parto, miedo a tener un hijo anormal, temor a ser una mala madre, a no sa-



ber educar al niño... y otros temores más, de índole supersticiosa (o tabúes), incitan en la mujer un estado psicológico conflictivo, en el transcurso del cual es muy importante el papel favorecedor y fortalecedor del entorno afectivo, familiar y cultural.

A esto podemos añadir el hecho de que el proceso natural de desarrollo de la persona no consiste sólo en la mera formación del cuerpo del adulto, sino que también se articulan las funciones y fuerzas psíquicas y entran en ella la ordenación que se designa como: **FORMACION DE LA PERSONALIDAD.**

Este desarrollo abarca la aceptación de la imagen corporal, el convencimiento o la fijación propia de la identidad y el papel sexual, el desarrollo de un sistema de valores personal, la preparación para una ciudadanía productiva, el logro de la independencia de los padres y el desarrollo de una identidad adulta.

El embarazo puede complicar o retrasar la aceptación de la imagen corporal, mientras que confirma un papel sexual femenino; además, puede estar en conflicto con su sistema de valores personal y estos sentimientos han de ser resueltos.

La maternidad precoz dificulta fre-

cuentemente la continuación de los estudios. Pueden surgir problemas para conseguir la independencia de los padres, ya que las necesidades durante el período pesan más que el ansia de independencia de la adolescente.

Sin embargo, la maternidad confiere estado de adulto y en la adolescente ocasiona el crecimiento de la persona, en todas y cada una de estas tareas de desarrollo.

En resumen, que una maternidad anticipada conlleva psicoemocionalmente una serie de repercusiones en la mujer:

- aumento de la tensión interna ante la contradicción entre la necesidad biopsíquica de intercambio sexual y los patrones éticos y morales de los padres y la sociedad.

- aumento de la ansiedad de la mujer, por duda en la identidad sexual, por miedo al embarazo, puerperio, a no saber educar al hijo, a no saber cumplir con las obligaciones que se le imponen.

- incapacidad en el logro de la identidad ocupacional.

- sobreidentificación con los adultos y por sobrecarga anticipada de obligación y responsabilidad ante el código de normas morales de la socie-

dad.

Esto se traduce en la madre adolescente en un trastorno en las pautas conductuales que ésta desarrolla con su hijo a la hora de establecer los lazos materno-filiales.

Este trastorno puede consistir desde la expresión de indiferencia hacia el niño (generalmente inducida por un sentimiento de culpa en la joven), hasta llegar a un comportamiento verdaderamente hostil, que de no ser solucionado favorablemente (con la ayuda de los profesionales de la salud y de toda la comunidad) puede acarrear serios trastornos en el desarrollo biopsicomotor del niño.

C) Consecuencias sociales: Con la maternidad precoz, la adolescente deja bruscamente de estar recluida en su mundo interior, para abrirse a la interacción heterosexual y social.

El desarrollo social de la madre joven hace que en una etapa acelerada de independenciación surja el adulto, en cuanto ser que debe actuar por sí mismo, que ha de vivir por sus propios medios (debe buscar trabajo), y que a veces debe alimentar a su propia familia.

Esta descarga de obligaciones y responsabilidades puede abrumar a la

adolescente que aún no ha establecido su propia identidad ni su independencia, que se traduce en una serie de repercusiones sociales:

C.1. *Repercusiones sobre el niño:*

Es preciso conocer que los niños aprenden aquello que viven.

El medio familiar y el ambiente que le rodean influyen desde su nacimiento su personalidad y condicionan su desarrollo psicosocial; consecuencia de este desarrollo psicosocial es el comportamiento social del niño, es decir, su conducta en relación al medio sociocultural en que vive.

No es posible aislar al niño del grupo del que forma parte. La presencia del niño tiene unos efectos en el comportamiento de las personas que están a su alrededor y el niño adopta también una conducta especial ante la presencia y el comportamiento de los demás.

Por otro lado, la correlación entre los miembros es un diálogo permanente que usa múltiples conductas, movimientos, ademanes, palabras, gritos, posturas..., etc.

Los diálogos que establece el niño, por el contrario, no son exclusivamente humanos, ya que en ellos pueden intervenir con auténtico carácter social otros seres vivos pequeños o juguetes preferidos.

La figura de la madre en este sentido, y la familia en sí, ocupan el lugar más destacado en la formación de la personalidad del niño; tal es así, que a los hijos de madres jóvenes se les atribuye el tener más problemas, menor habilidad para la lectura, coeficientes intelectuales más bajos, menor peso y tallas más bajas... Estudios recientes sugieren que tienen mayor efecto negativo sobre el desarrollo del niño los factores del entorno, como el nivel socioeconómico, el grupo étnico, los sistemas de apoyo y, sobre todo, el **factor educacional** (concebido como la falta de educación), los que originan estas consecuencias nefastas, más que la edad de las madres por sí sola; lo que ocurre es que a veces estos factores van encadenados a la escasa edad de la madre.

C.2. *Repercusiones sobre la familia:*

En esta etapa el proceso madurativo como persona es conflictivo, puesto que para identificarse consigo mismo,

con su auténtica personalidad, el adolescente necesita INDEPENDIZARSE de las estructuras sociales (familia o educadores), lo que conduce a la lucha polémica con sus padres, que hace que éste vaya rompiendo con la sociedad y que vaya entrando en una situación de soledad real.

Cuando la adolescente tiene un hijo, la estructura familiar para ella, en la que la madre posiblemente sea el único adulto del hogar, puede prolongarse durante quince años a partir del nacimiento del hijo. Además, la posibilidad de educación de los adolescentes y, como consecuencia, sus posibilidades de empleo, son menores que los de aquellas personas que posponen la maternidad hasta después de esta etapa.

Esta dificultad de encontrar un puesto de trabajo, que facilite su inserción en la sociedad y su independización del seno familiar, obligan a la madre precoz a continuar conviviendo con sus padres, en el domicilio familiar, durante un tiempo variable, lo

que condiciona una dificultad en la maduración del adolescente y en el acto de su individualidad.

Por otra parte, los padres, a menudo, tratan de ofrecerles a la madre adolescente el resultado final de su propio proceso de maduración, para evitarles un duro camino a su hija, mientras que es este camino lo que verdaderamente consolidará la personalidad de la joven y su individualización y emancipación familiar.

3. ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL EN LA PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD PRECOZ

Debemos resaltar la importancia dentro de la asistencia sanitaria de programas preventivos de salud que, dirigidos a la población adolescente, garanticen el curso de una adolescencia saludable y que por medio de la información y la educación permitan a la mujer joven una toma de decisiones acertada y oportuna, de acuerdo con sus características biopsicosociales, en



esta época de su vida.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Como dijimos al principio, en la adolescente existe la necesidad de un intercambio sexual debido a sus propias características psicossomáticas y las ventajas que en esta época supone para la adquisición de su personalidad.

Por otro lado, la importancia de una maternidad consciente y responsable, donde el hijo es deseado y esperado para integrarse en la vida de la pareja, es imprescindible para el estado psicoemocional de la madre y para lograr el nacimiento de niños sanos, así como su desarrollo armónico posterior.

La acepción de **MATERNIDAD SALUDABLE**, englobando como tal las etapas de embarazo, parto, puerperio, lactancia y demás etapas del desarrollo madurativo del niño, contemplaría de forma clara:

— la planificación del hijo, que deberá ser voluntaria y conscientemente deseado.

— la aceptación plena de la gestación y del hijo que va a nacer o ha nacido, evitándose con ello los estados de **ANGUSTIA** permanente y de posible rechazo del niño, que puede ir en detrimento de su desarrollo psicossocial y afectivo.

Una maternidad responsable es, pues, la que acepta el hecho de la procreación en beneficio de alcanzar el bienestar de los hijos.

El medio actual de conseguir una maternidad responsable es el **CONTROL DE LA NATALIDAD**, que podríamos definir como la acción individual destinada a evitar posibles emba-

razos no deseados.

Para conseguir el control de la natalidad en las mujeres adolescentes es imprescindible el desarrollo de **programas educativos** desde la pubertad e incluso antes, referentes a temas como:

- el conocimiento de su cuerpo.
- asesoramiento acerca de su papel.
- información de la función sexual y de sus consecuencias.
- información acerca de la **PLANIFICACION FAMILIAR** y de los distintos métodos anticonceptivos (de su uso, ventajas e inconvenientes).

En el desarrollo de estos temas o programas educativos deberán colaborar conjuntamente los padres, educadores, familia, profesionales de la salud... y, en definitiva, toda la comunidad, para prevenir las consecuencias nefastas de una maternidad no deseada, tanto para madre-hijo, como para el resto de las agrupaciones sociales (familia, comunidad).

Según una declaración de la O.N.U., firmada por los representantes de 30 países, en 1967:

«El derecho a decidir sobre el número e intervalo de nacimientos debe ser considerado como un derecho fundamental del hombre y un elemento indispensable de la dignidad humana, derecho que debe ser ejercido con total libertad y respeto absoluto a las creencias religiosas de cada persona.»

Si a pesar de estos programas de prevención una mujer queda embarazada en la adolescencia, será preciso establecer programas de apoyo y pro-

tección, dirigidos a alcanzar un estado de salud y fomento del desarrollo de madre e hijo.

En estos programas de protección es indudable la importancia de la **EDUCACION** a la joven madre a lo largo del embarazo, parto, puerperio y demás etapas posteriores, que le proporcionen información adecuada sobre los temas siguientes:

En la elaboración y desarrollo de estos temas educativos deberán participar activamente la familia y la sociedad (servicios de salud), mediante la información adecuada y oportuna en todas aquellas cuestiones (referentes a la madre o a su hijo) sobre los que pueda sentirse preocupada.

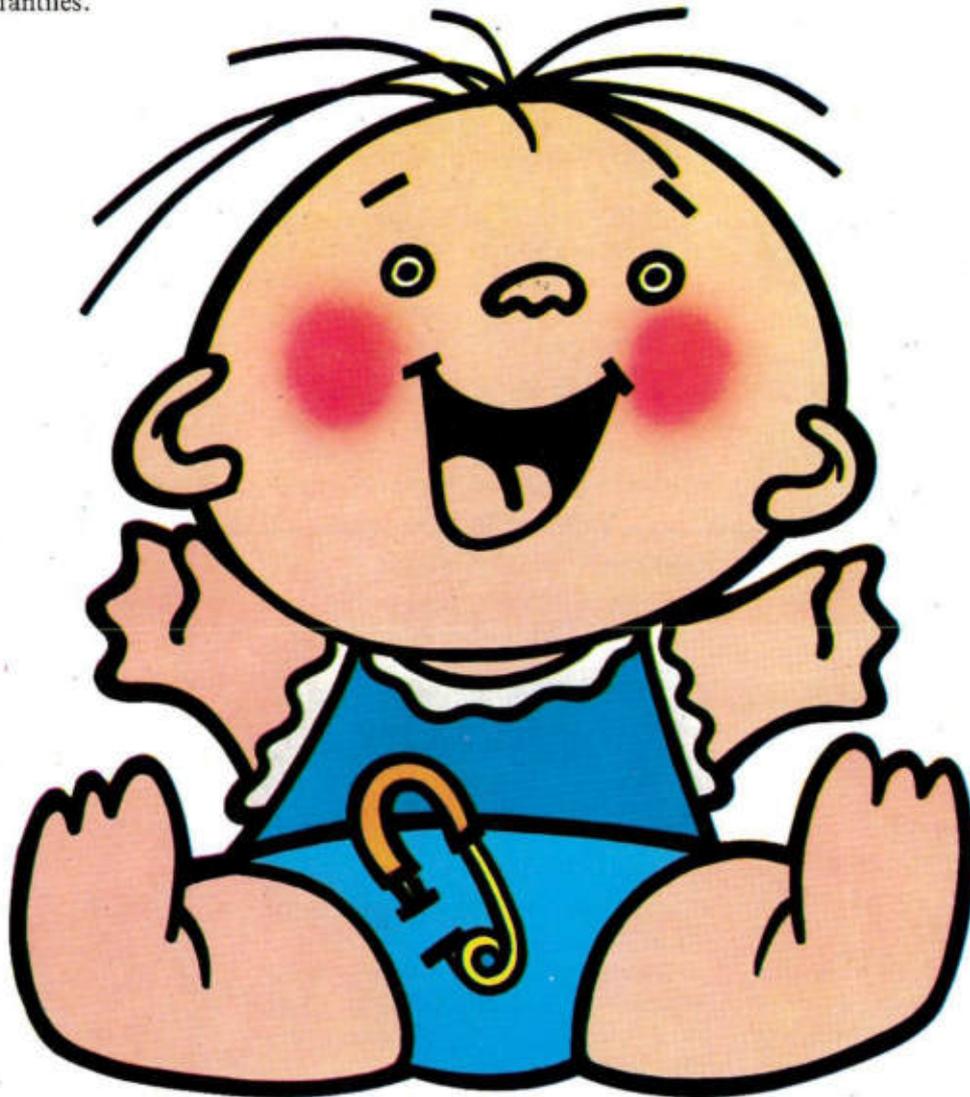
Además de la educación, dentro de la protección a la madre precoz, sería importante establecer programas de protección social que intervinieran activamente en:

- Apoyo a la madre adolescente para encontrar un lugar de trabajo o empleo digno.
- Ayudar a la joven a su independencia del domicilio familiar mediante su establecimiento en viviendas de protección estatal o social cuyo importe pueda ir abonando a lo largo del tiempo.
- Información acerca de los centros de adopción existentes en la actualidad en el caso de que la maternidad supusiera un detrimento importante para la salud biopsicosocial de la madre o, en un futuro, para el hijo.

BIBLIOGRAFIA

- Revista SER PADRES* n.º 133. Diciembre 1985. Año 11. Editorial Orbe, S. A. Barcelona, 1985. 98 págs.
- N. Adams, Bárbara.
- J. Baldwin, Patricia y colaboradores: *Clínicas de Enfermería de Norteamérica*. Ed. Interamericana. Madrid, 1984. 434 págs.
- Carrera Maciá, J. M.
- Dexeus Trias de Bes, J. M.: *Aula Abierta Salvat: Así nace un niño*. Ed. Salvat Ediciones, S. A. Barcelona, 1980. 36 ilustraciones. 63 págs.
- Lemperie, Th.
- Feline, A.: *Manual de Psiquiatría*. Ed. Toray-Masson, S. A. Barcelona. Septiembre 1979. 390 págs.
- Balash i Cortina, Joan.
- Bertrán i Sanges, J. M.
- Carreras i Matons, Joan y col.: *Consejos de Puericultura*. Ed. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguritat Social. Barcelona. Marzo 1985. 112 págs.
- B. Rosenvasser, Eliseo.
- Parrilia, Luis: *Educación Sexual*. Manual Práctico de. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. Mayo 1970. 183 págs.
- Iemoine, J. P.: *Cuadernos de la Enfermera: OBSTETRICIA*. Ed. Toray-Masson, S. A. Barcelona. Febrero 1981. 222 págs.
- Rempiern, Heine: *Tratado de Psicología Evolutiva*. Ed. Labor, S. A. Barcelona, 1977. 756 págs.
- Fugate Woods, Nancy: *Sexualidad humana*. Ed. Marín, S. A. Barcelona, 1978. 204 págs.
- Cerdá, Enrique: *Una Psicología de hoy*. Ed. Herder. Barcelona, 1978. 709 págs.
- J. Dickason, E.
- Olsen Schult, M.: *Asistencia materna e infantil*. Ed. Salvat, S. A. Barcelona, 1980. 523 págs.
- Revista NURSING de Enfermería*. Noviembre 1983.

- en la ALIMENTACION y VESTIDO de la embarazada.
 - en la HIGIENE SEXUAL y GENERAL.
1. Cuidados en el EMBARAZO...
 - controles clínicos y exámenes periódicos de la embarazada (peso, talla, crecimiento uterino).
 - preparación a la lactancia.
 2. Psicoprofilaxis y preparación al parto.
 3. Cuidados del recién nacido...
 - ALIMENTACION (lactancias materna y artificial).
 - HIGIENE del recién nacido.
 - peligro de infecciones y metabopatías en el RN.
 - controles periódicos del niño (peso, talla, perímetro encefálico y fontanelas).
 - programa de vacunaciones y calendario vacunal.
 - peligro de accidentes y enfermedades en el RN.
 4. Cuidados de la puérpera...
 - control de los loquios.
 - control de la retracción uterina.
 - higiene en el puerperio.
 - planificación familiar.
 - prevención del carcinoma ginecológico (exámenes citológicos y autoexploración de mamas).
 5. Desarrollo corporal y madurativo de la madre y el hijo...
 - control del peso y talla, periódicos.
 - actividades de ocio y recreo (deportes...).
 - estimulación sensorial del niño.
 6. Adaptación al medio familiar, guardería o escuela, del niño.
 7. Accidentes infantiles.

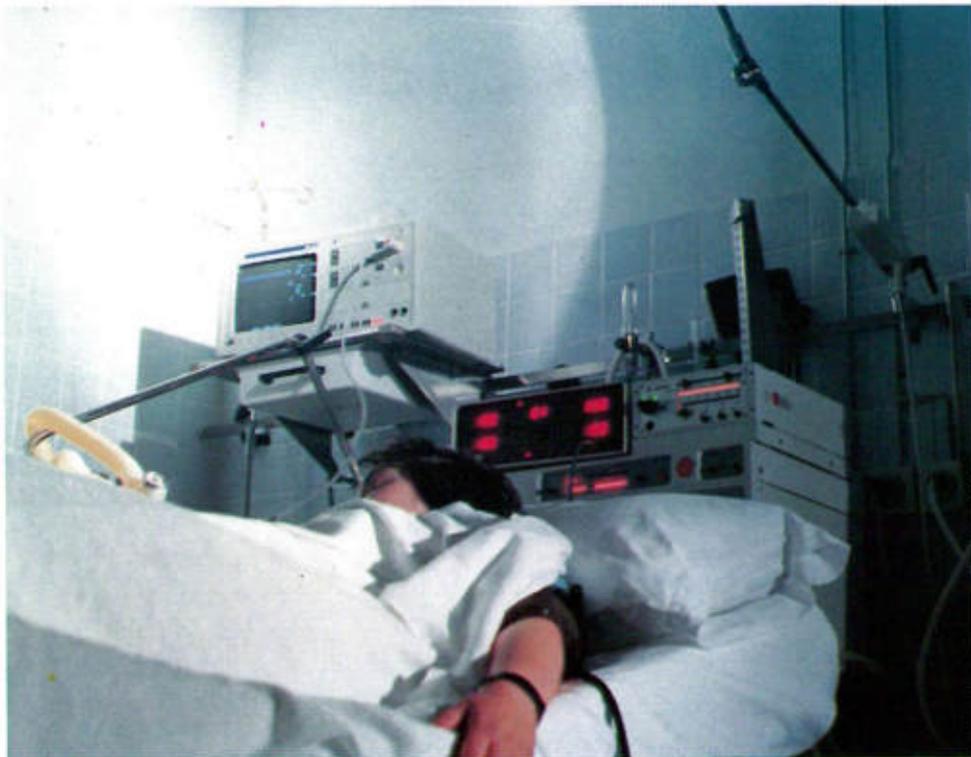


2º PREMIO

Título: *Momento crítico*

Autor: José Luis Ortega Cabaña

Máquina: PENTAX - ME - SÚPER



3º PREMIO

Título: *Controles*

Autor: José Luis Ortega Cabaña

Máquina: PENTAX - ME - SUPER

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

TEMA: MI CENTRO DE TRABAJO

El plazo de presentación finalizará el próximo 1 de Diciembre de 1988.

BASES:

Premios: 1º PREMIO: 50.000 Pts.

2º PREMIO: 25.000 Pts.

3º PREMIO: 10.000 Pts.

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

Ningún premio quedará desierto.

Cada participante sólo podrá presentar **2 fotografías como máximo**. Cada una de las cuales irán en sobre cerrado e identificadas en su reverso con el título de la composición. En sobre aparte, cerrado, irá el nombre, y el número de colegiado, máquina con la que se ha realizado la fotografía, figurando solamente en el exterior de este sobre el título de la composición, a fin de mantenerse en anonimato el nombre del autor de la misma.

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

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



ENFERMERIA EN LA REHABILITACION CARDIACA

M^º TERESA AMORES CONRADI (D.E.)

Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

La rehabilitación cardíaca es ya hoy una realidad. En la última década, hemos podido comprobar, a través de numerosos estudios publicados al respecto, cómo la rehabilitación del paciente afecto de infarto de miocardio, proporciona una expectativa de vida mucho más beneficiosa.

El programa que nosotros seguimos, va dirigido especialmente a las personas después de sufrir un infarto de miocardio, o que han sido sometidas a cirugía cardíaca.

La realidad es que estas personas se sienten desorientadas, y una serie de interrogantes comienzan a desencadenar la angustia, como son las posibilidades prácticas de su futuro inmediato. Pequeñas cuestiones como la dieta, trabajo, medicinas, diversiones, conducir, actividad sexual, bebidas alcohólicas... preocupan desde el momento que la persona sabe que tiene una enfermedad cardíaca.

Mediante la aplicación de métodos científicos, se descubrió que la movilización precoz es beneficiosa para el reajuste funcional, tanto físico como psíquico, y se propició la creación de equipos entrenados para rehabilitar, en todos los aspectos, al paciente cardíaco, y hoy es práctica común e imprescindible en todos los países desarrollados, consiguiendo con ellos altas cotas de bienestar, controlando, además, los factores que desencadenaron el accidente, previniendo así una recaída en una proporción estimable de individuos.

En el Hospital Universitario Virgen de la Macarena, dependiente de la Unidad Coronaria, se crea la Unidad de Rehabilitación Cardíaca, en septiem-

bre de 1987.

Estos programas, han de tener una cierta especificidad, y no reducirse sólo a una serie de ejercicios ligeros, sino un programa diseñado a largo plazo, para cada uno de los casos individualmente, aunque algunas actividades puedan desarrollarse conjuntamente, mediante la homologación de grupos, siguiendo así un ambiente distendido.

RECURSOS HUMANOS:

- Médico.
- Fisioterapeuta.
- ATS/DE, con amplios conocimientos de cardiología.

RECURSOS MATERIALES:

- 2 Monitores.
- Equipo de resucitación cardiopulmonar.
- Bicicleta ergométrica.
- Electrocardiógrafo con programa de ergometría y monitor de cuatro canales.
- Material de gimnasia: colchoneta, pesas...

FASES DE LA REHABILITACION:

Las fases de un programa de Rehabilitación Cardíaca son cuatro bien diferenciadas:

- 1^ª Fase hospitalaria.
- 2^ª Fase posthospitalaria.
- 3^ª Fase de convalecencia.
- 4^ª Fase de mantenimiento.

FASE 1^ª HOSPITALARIA:

Comprende desde las primeras horas del ingreso en la Unidad Coronaria, hasta el final de la estancia en el hospital. El cardiólogo director del programa, selecciona el enfermo en

función de la edad, capacidad física y complicaciones del infarto.

El médico y el ATS/DE de la Unidad de Rehabilitación explican al enfermo su proceso, posibilidades de recuperación, en la medida de lo posible, damos una información clara y específica a cada uno.

La misma información se le da a la familia directa, haciendo énfasis en la necesidad de ayuda de la familia. También les explicamos la rehabilitación en sí y su programa completo.

Durante esta etapa, el enfermo hará unos ejercicios de respiración y de miembros que son indicados por el fisioterapeuta. Mientras hace los ejercicios, el ATS/DE:

- Toma presión arterial basal.
- Toma frecuencia cardíaca basal.
- Vigila el monitor, por si hubiera algún signo de isquemia, arritmia...
- Toma de presión arterial final.
- Frecuencia cardíaca máxima alcanzada.

Estos datos son anotados en la gráfica adjunta. Los ejercicios son suaves, sobre todo pensando en que no pierdan motilidad, y se hacen dos veces al día.

Al irse de alta, el ATS/DE de Rehabilitación le da unas normas de dieta, hábito de vida, reposo, salidas, y entonces pasa a la fase 2^ª.

FASE 2^ª POSTHOSPITALARIA:

Aproximadamente la primera semana de estancia en su domicilio. Sigue las indicaciones que se le han dado al salir del hospital y comienza la fase de convalecencia.

I FASE HOSPITALARIA	INFORMACION	enferno		
	FAMILIARES			
	Posición Art.	antes	después	
	Frec. Card.	antes	después	
II FASE CONTINGENCIAL	EXERCICIOS	Frec. Card.	Vigilancia monitor	
	DIETA			
	MOVIMOS	Ejercicios	Salidas	
III FASE DE CONVALESCENCIA (Domicilio y trabajo)	SIGUE LAS INDICACIONES DADAS AL VERIFICAR LA FASE ANTERIOR			
	PRUEBAS PREVIAS	Exploración e historia Holtar Ecocardiograma Rx Tórax Analítica Ergometría a baja carga Ventriculografía isotópica		
	EXERCICIOS	Posición Art.	Antes Durante Después	
	RECUPERACION	Frec. Card.	Antes Durante Después	
	ORIENTACIONES		Vigilancia monitor	
	PRUEBAS FINALES	Holtar Ecocardiograma Rx Tórax Analítica Ergometría a plena carga		
	INDICACIONES FINALES			
	IV FASE MANTENIMIENTO (A LONGO PLAZO)	EXPLORACION ANALITICA RX TORAX ALTA		

(WATT, es la resistencia de la bicicleta).

(RPM, son las revoluciones por min.).
(PA, presión arterial, y FC, frecuencia card.).

Después permanece en decúbito supino durante 5 minutos, se le hace ECG, toma de presión arterial y frecuencia card., nuevamente 5 minutos de recuperación, y nuevo ECG, PA y FC. En los cambios de resistencia, recogemos memorias del ECG.

Valorado por el Cardiólogo y el ATS/DE los resultados de estas pruebas, si el enfermo es susceptible de seguir realizando los ejercicios, vendrá tres días por semana, para la gimnasia motorizada.

Esta gimnasia, se hace dirigida por el fisioterapeuta. El ATS/DE:

— Toma frecuencia cardíaca basal, durante y después de los ejercicios y anotación en gráfico.

— Presión arterial basal, durante y después de los ejercicios.

— Vigilancia del monitor durante todo el tiempo por si hubiese algún signo objetivo o subjetivo de isquemia, o algún tipo de arritmia, que requieran parar el ejercicio.

Los ejercicios tienen dos partes: un periodo de calentamiento de unos 15 minutos, y un periodo de bicicleta er-

FASE 3ª DE CONVALESCENCIA:

Se le efectúan diversas pruebas complementarias en la Unidad:

- ECG basal.
- Holtar: es un ECG que se grava durante 24 horas, en el domicilio del enfermo y luego se interpreta en un traductor.
- Analítica de lípidos, colesterol fraccionado y perfil bioquímico.
- Rx de tórax.
- Ecocardiograma.
- Ventriculografía isotópica.
- Ergometría de baja carga. El

protocolo de ergometría es el siguiente:

- Explicar al enfermo qué es una ergometría.
- ECG basal.
- Toma de presión arterial (supino, sentado, de pie).
- Una vez montado en la bicicleta.

TIEMPO	WATT	RPM	PA	FC
3'	0	60	»	»
3'	25	60	»	»
3'	50	60	»	»
3'	75	60	»	»
3'	100	60	»	»
3'	0	60	»	»

REHABILITACION CARDIACA

NOMBRE: T. P. T.

DIAGNOSTICO: IAM Inferior

FECHA: 4-11-87

CANA: 7

FECHA	9-11	9-11	10-11						
HORARIO	M	T	H						
FRECUENCIA	BASAL	60	65	65					
	MAX	98	100	110					
PRESION ART.	BASAL	120/75	130/80	120/80					
	FINAL	125/80	140/85	130/85					
ARRITMIAS	---	---	E.V. sin.						
OBSERVACIONES	de casa	---	---						

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS REHABILITACION CARDIACA

geométrica de 30 minutos, con resistencia creciente, según cada enfermo.

A los tres meses de hacer gimnasia, volvemos a hacer diversas exploraciones:

- Holter.
- Analítica.
- Rx de tórax.
- ECG.
- Ecocardiograma.
- Ergometría de plena carga (esto es hasta que el enfermo se canse o suba la frecuencia más de los límites permitidos, o tenga signo de isquemia).

Vistos los resultados, se le da un informe detallado, unas indicaciones de vida, ejercicios, dieta..., y pasa a la fase siguiente.

FASE 4ª DE MANTENIMIENTO:

Vendrá a la Unidad a los 6 meses y al año a revisiones. Se le hace nuevamente:

- ECG.
- Analítica.
- Rx tórax.

Y le damos el alta completa.

CONCLUSION:

Todo este conjunto de actividades, están encaminadas al logro de un mayor bienestar, capacidad funcional, reincorporación laboral, aprendizaje de ejercicios, que le lleven a conseguir una vida plena en todos los aspectos.

Hasta ahora, por el poco tiempo que llevamos, no tenemos un gran número de enfermos que hayan llegado a la 4ª fase. Son 12 los que ya están en este período de mantenimiento, a los que se les han dado el informe de final de 3ª fase, son las recomendaciones pertinentes a cada caso, de seguir los ejercicios, actividades sociales...

En la tercera fase tenemos otro grupo de 9 enfermos que hacen los ejercicios regularmente en un ambiente distendido y agradable.

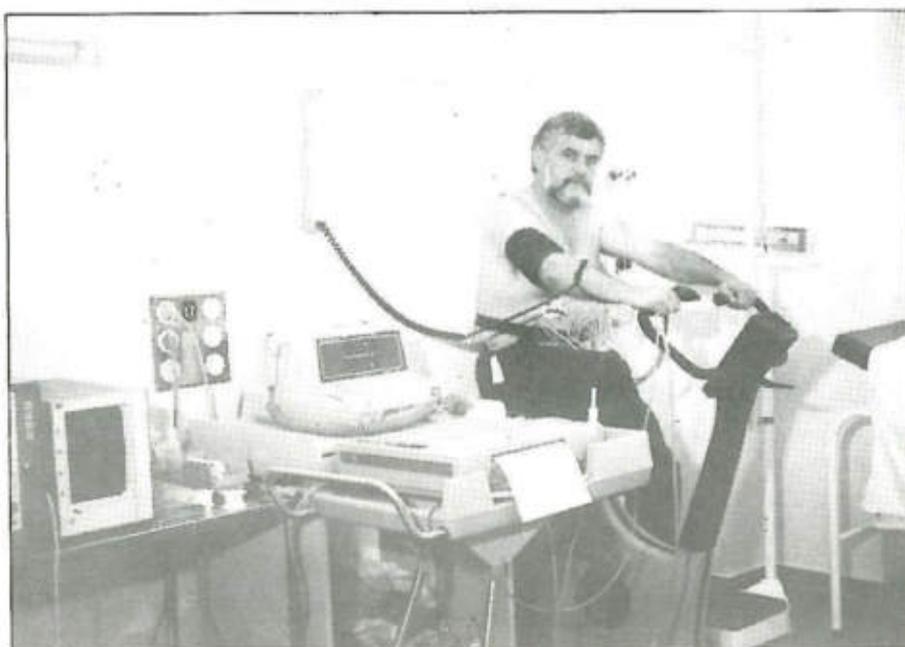
Podemos decir que el control durante todo el proceso, aunque dirigido por un cardiólogo, lo lleva el ATS/DE que está en la Unidad. Es el que sigue día a día al enfermo, vigila los monitores, toma controles, y sólo cuando advierte algo, consulta al cardiólogo. Por ello, consideramos que esta Unidad debe ser llevada por un ATS/DE, y así debemos plantearlo, como UNA CONSULTA DE ENFERMERIA.

PACIENTE _____
 Fecha _____ Sesión nº _____ Asistencia Si No
 Motivo del retraso _____
 Problemas desde la última asistencia Si No
 Especificar cuáles _____

Sigue dieta: Si No A veces _____
 Fuma: Si No Sigue tratamiento Si No
 Duración prevista del Cicloergómetro _____

	REPOSO	FIN CALENT	15 MIN.	30 MIN.
F.C.				
T.A.				
W.				
ANGOR				
ARRITM.				

Duración calentamiento _____ Duración cicloergómetro _____
 Suspensión de la sesión: Si No Motivo: _____



**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS
REHABILITACION CARDIACA — CONTROL ERGOMETRICO**

NOMBRE _____

DIRECCION _____

FECHA _____ EDAD _____ TALLA _____ PESO _____

MOTIVO DE LA ERGOMETRIA _____

TRATAMIENTO ACTUAL _____

TEST MAXIMO _____ TEST SUBMAXIMO _____

RESISTENCIA	PULSO	T.A.
0 WATT		
25 WATTS		
50 WATTS		
75 WATTS		
100 WATTS		
0 WATTS		
RECUPERACION 5'		
RECUPERACION 10'		

PARTICULARIDADES _____



**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIACOS
UNIDAD DE REHABILITACION CARDIACA
HISTORIA DE ENFERMERIA**

REGISTRO DE VALORACION DE ENFERMERIA	
DATOS DE FILIACION DEL PACIENTE	
NOMBRE _____	EDAD _____
DIRECCION _____	
TELEFONO _____	POBLACION _____
DATOS PERSONALES	
ESTADO CIVIL _____	PROFESION _____
EMPRESA _____	CATEGORIA LABORAL _____
TIPO DE TRABAJO _____	ESTUDIOS _____
MEDICO DE CABECERA _____	
MEDICO INTENSIVISTA _____	
AMBULATORIO _____	
PESO _____	TALLA _____ SUPERFICIE CORPORAL _____
DATOS FAMILIARES	
NOMBRE DEL CONYUGE _____	SANO _____
NUMERO DE HIJOS _____	V _____ H _____ SANOS _____
PADRE _____	SANO _____
MADRE _____	SANA _____
HERMANOS _____	V _____ H _____ SANOS _____

ANTECEDENTES PERSONALES	
ENFERMEDADES INFATILES _____	
ENFERMEDADES ANTERIORES _____	
INTERVENCIONES QUIRURGICAS ANTERIORES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
LIMITACIONES FISICAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUALES _____	
FECHA INFARTO ACTUAL _____	LOCALIZACION _____
INFARTOS PREVIOS _____	FECHAS _____
ANGOR POSTINFARTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OTROS _____
COMPLICACIONES _____	
UMBRAL ESFUERZO _____	ALTA HOSPITALARIA _____
DIAS DE ESTANCIA EN U.C.C. _____	HOSPITAL _____
HABITOS _____	
DIETA _____	
BEBIDAS ALCOHOLICAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EXITANTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FUMADOR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DEPORTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

PROTOCOLO DE ERGOMETRIA	
ECG BASAL	
PRESION ARTERIAL	SUPINO SENTADO DE PIE
<u>TIEMPO</u>	<u>WATTS</u>
3'	0
3'	25
3'	50
3'	75
3'	100
3'	0
5'	MONITORIZADO
5'	"
TODO EL TIEMPO ECG CON RECOGIDA DE RESISTENCIA.	
EN LOS CINCO MINUTOS PRIMEROS DE LOS SEGUNDOS CINCO MINUTOS	

EL PRACTICANTE SEVILLANO

Dos artículos de estilo humorísticos, traemos a nuestras páginas, en el número de nuestra revista. Uno de ellos aparece en el practicante sevillano en el número de Noviembre de 1930. Su autor, D. Manuel Valiente, practicante civil del aeródromo de Tablada. En el artículo se nos confiesa las aventuras y desventuras de un cubo «automático» de curaciones. El segundo artículo se trata de un verso bajo el título: «INTOXICADOS». Este artículo es del autor Villaviejo, y apareció en el Boletín del mes de Junio de 1931.

ALEJANDRO GARCIA NIETO

SECCION HUMORISTICA

Pensamientos sicofisiológicos de un cubo automático de curaciones

¡Qué triste destino el mío!, siempre con mi redonda boca abierta dispuesto a engullirme todo lo que se dignen arrojarme, y aunque me van dando de comer poco a poco voy perdiendo, poco a poco también, las grandes ilusiones antropófagas que me inculcaron al darme forma.

¡Con cuánta fruición, cuando me sueltan el pedal, cierro mis fauces e impedido que se me escape el más pequeñísimo microbio!, y comienzo mi digestión en mi blanco y redondo estómago; entonces, si me abren de nuevo, me muevo dentro del nervio óptico del que me mira, y sugestionándolo le hago arrojar afuera el nuevo alimento, que si penetrase en mi interior, por estar mi digestión mediada, me causaría las infinitas y complicadas enfermedades del estómago que existe, pues ni aún me queda la defensa de tener intestinos, que con una simple colitis estaba salvado; pero mi hipnotismo me salva, y en cuanto me indigesto, ya estoy observando las pociones de aceite de ricino que dan delante de mis narices, le hago cosquillas en la garganta al que primero se la toma y... zas, ya está en mi poder.

Con cuánta fruición y embeleso recuerdo el último momento sexual de mi vida! Mi desposorio fue breve. Qué pierna femenina tan inmensa, tan tor-

neada y tan blanquita, tuve la suerte de recibir en mi seno; qué cosquillas tan agradables me hacía, qué vaho tan sutil y tan embriagador se desprendía de ella que me tenía absorto, y me preguntaba en dónde lo había yo ya sentido otra vez; en pocos momentos, comprendí el por qué de las pasiones fulminantes.

Estando en estas disquisiciones me la arrancan de mis brazos unos hombres desaprensivos que estaban vestidos con unas batas de crudillo hasta los pies, y todavía para mayor escarnio a mi amor, dijeron de ella no sé cuantas barbaridades, que no comprendí

muy bien; hasta dijeron que cuántos charlestones tenía bailados aquella pierna y su gemela del otro lado; desde entonces estoy que no vivo, preguntándome: ¿qué sería aquéllo del charleston?, y pidiendo en el alma me traigan a la gemela para tratar de continuar mi idilio.

Y ahora les hago un ruego a ustedes, señores Médicos y Practicantes, traten cuanto antes de traerme a mi otra blanca desposada, pues la vida sin amor ya no la comprendo, o de lo contrario me niego a trabajar y os haré arrojar todo al suelo o estropeo mi resorte y no me abren ni con un petardo.

MANUEL VALIENTE

INTOXICADOS

Como el verano anterior,
¡como todos los veranos!
la leche siembra el terror
en todos los ciudadanos.

Impura, horrible, incruenta,
volver quiere a las andadas,
¡ya en Madrid ha habido ochenta
personas intoxicadas!

Y es, en verdad, lamentable
que tan preciado alimento
se convierta en miserable
causa de fallecimiento.

Por su labor homicida
que su símbolo subvierte,
hoy el licor de la vida
es el licor de la muerte.

Así, prudentes, discretos,
evitamos sus favores,
¡porque a muy pocos sujetos
les gustan esos licores!

¡Y es para desesperarse,
aún echando el caso a broma,
que no pueda uno fiarse
ni de la leche que toma!

Pura parece en el vaso,
y en él tal vez nos aceche
su veneno... ¡Qué fracaso!
¡Qué desolación! ¡Qué leche!

De su efecto criminal
—la experiencia nos lo enseña—
no es culpable el animal
a quien sin piedad se ordeña...

¡La culpa es del hombre mismo
que con mezclas detonantes,
ejercita el altruismo
matando a sus semejantes!

Por eso con mis palabras
de censura y con mis quejas,
no han de ofenderse las cabras,
las vacas, ni las ovejas.

¡Van contra el hombre antropófago
que con infundios dañinos,
manda la leche al esófago
de sus pobres convecinos!

Aquí el caso es tan corriente
que apenas da pesadumbre
ver de qué modo la gente
se intoxica por costumbre.

Y es que de varias maneras
por la verdad olvidados,
en las distintas esferas
vivimos intoxicados.

Así es que nadie se apura
por más que el tóxico ve...
la leche no estará pura,
¿pero hay algo que lo esté?

¡Mandanos pronto, Señor,
porque tu bondad se explique,
a un desintoxicador
que al fin nos desintoxique!

VILLAVIEJO

B E C A S C O N C E D I D A S

TITULO	AUTOR	CUANTIA
ESTUDIO DE LA HEPATITIS B Y DELTA EN ADICTO A DROGAS POR VIA PARENTERAL	PEREZ DE LA ROSA, LUIS	7.500 Pts.
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN ADICTOS A DROGAS POR VIA PARENTERAL	PEREZ DE LA ROSA, LUIS	15.000 Pts.
DIAGNOSTICO SEROLOGICO DE SIFILIS EN EMBARAZADAS	GARCIA RAMOS, FERNANDO	7.500 Pts.
SUTURAS, MATERIAL, ELECCION DEL MATERIAL DE SUTURAS.....	CARRASCO RICO, PEDRO IGNACIO	15.000 Pts.
NIVELES DE IgE EN ENFERMOS ADICTOS A DROGAS POR VIA PARENTERAL	PARRA PELAEZ, FERNANDO J.	15.000 Pts.
RIESGOS EN EL ÁREA QUIRURGICA: PACIENTES Y PERSONAL SANITARIO	LOPEZ BAENA, FLORA	22.500 Pts.
ATENCION DE ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO AL PACIENTE DE TRAUMATOLOGIA	ALVAREZ MARCHENA, M. DOLORES	22.500 Pts.
BANCO DE SANGRE	ARJONA HERNANDO, M. BENIGNA	12.500 Pts.
POSIC. DE PACIENTES EN INTERV. TRAUMATOLOG. Y ORTOPEDIA DEPENDIENTES VIA ABORDAJE	ARJONA HERMANDO, M. BENIGNA	22.850 Pts.
PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL LABORATORIO DE ELECTROFISIOLOGIA CARDIACA..	FERNANDEZ PEREZ, JOSE MARIA	13.050 Pts.
ENFERMERIA CIENTIFICA Y METODOS DIDACTICOS ..	CAUDRI DUQUE, MARIA JOSE	17.250 Pts.
		TOTAL: 170.650 Pts.



BECAS DE ESTUDIO

El Ilustre Colegio Oficial de ATS y DE de Sevilla convoca BECAS DE ESTUDIO para el presente año 1988, de acuerdo con lo aprobado en la Junta de Gobierno del día 21 de Abril del presente año.

El objeto de estas Becas es doble, primero premiar el esfuerzo de quienes presenten algún trabajo, comunicación, ponencia o publicación de trabajos inéditos y segundo la de obtener de los mismos un avance para la Profesión y reconocimiento de este Colegio a la labor realizada.

Todos los trabajos premiados quedarán a disposición del Colegio, que podrá hacer de ellos el uso que crea conveniente. No será premiado bajo ningún concepto la simple asistencia a unas Jornadas o Congreso.

La solicitud debe ir acompañada de una copia del trabajo por el cual es solicitada. Deberá indicarse claramente el acto a celebrar, lugar, localidad, publicación, fecha y tiempo de duración.

La petición deberá hacerse con un margen de veinte días posteriores o anteriores a la celebración o publicación del trabajo. La concesión de la Beca estará supeditada de forma inexcusable a la justificación documentada de haberse realizado o notificación de la inclusión del trabajo en el desarrollo del evento de que se trate.

Para la valoración de las Becas se crea una Comisión integrada por los tres miembros que componen la Vocalía de Formación y Especialidades. En su caso, esta Comisión podrá pedir Asesoramiento Científico a quien estime oportuno. Los trabajos premiados serán aprobados en la Junta de Gobierno posterior a la presentación de los trabajos, en su sesión ordinaria.

Serán excluidos de estas Becas los trabajos presentados por Colegiados que no se encuentren al corriente en el pago de las Cuotas Colegiales. Este punto será de aplicación a cada uno de los autores del trabajo.

Quedan excluidos de estas Becas los trabajos publicados en la Revista HYGIA, Revista Científica de este Ilustre Colegio.

Como norma general se tendrá en cuenta el Baremo que a continuación pasamos a enumerar. Quedan excluidos los trabajos realizados como consecuencia de un destino laboral retribuido en el ámbito profesional que tuviese el interesado. Igualmente quedan excluidos todos los trabajos realizados como actividad de Cursos y similares organizados por el Colegio, así mismo se establece un máximo de tres Becas por colegiado y año.

Los trabajos realizados con ocasión de Programas de Formación Continuada de los distintos Centros no serán considerados a efectos de la concesión de Becas.

BAREMOS PARA LA VALORACION DE BECAS

Contenido: de 0 a 5 puntos.
(Aplicación de Método Científico: de 0 a 1 punto).

(Estructura del trabajo: de 0 a 1 punto).

(Interés de la materia estudiada: de 0 a 3 puntos).

3 Utilidad: de 0 a 2 puntos.

Originalidad: de 0 a 2 puntos.

Presentación: de 0 a 1 punto.

Todas aquellas Becas que no alcancen un mínimo de 2,5 puntos, serán desestimadas por la Comisión.

Cada 0,1 punto obtenidos de la valoración de cada trabajo será multiplicado por 350 pesetas, que es la cantidad que la Junta de Gobierno ha estimado para el presente año, sin perjuicio de que esta cantidad se pueda aumentar o disminuir según lo estime oportuno dicha Junta.

Los trabajos que se realicen en el ámbito Regional llevarán un incremento fijo de 3.000 pesetas.

Los trabajos que se realicen en el ámbito Nacional llevarán un incremento fijo de 5.000 pesetas.

Los trabajos que se realicen en el ámbito Internacional llevarán un incremento fijo de 10.000 pesetas.

Con carácter extraordinario se establecen DOS BECAS anuales de hasta un máximo de CIENTO CINCUENTA MIL pesetas (150.000 pesetas) cada una para ampliación de estudios post-básicos de Enfermería

en España o en el Extranjero.

Para la concesión de dichas Becas se exigirá una memoria explicativa sobre actividades, presupuestos, etc., de los estudios a realizar, que será valorada por la Comisión de Becas instituida en este Colegio.

Podrán optar a estas Becas todos los que tengan previsto la realización de dichos estudios durante el presente año.

La aprobación o denegación les será comunicada a los interesados en el menor plazo posible.

Serán requisitos indispensables el justificante del Centro donde se va a realizar los estudios y el estar al corriente en el pago de las Cuotas Colegiales.

Con carácter extraordinario se establece la cantidad de 250.000 pesetas (DOSCIENAS CINCUENTA MIL PESETAS) como ayuda a la Investigación. Esta cantidad podrá ser administrada por la Comisión de Becas como lo estime oportuno. Estas Becas contribuyen a suministrar a los Colegiados la cantidad económica o los materiales necesarios para la realización de los estudios de investigación.

Para optar a esta modalidad de Becas será condición inexcusable la presentación de una memoria sobre el trabajo propuesto para la investigación. Cada mes a partir de la concesión de la Beca será necesario por parte del solicitante el comunicar oralmente y por escrito los avances del trabajo a los miembros de la Vocalía de Formación y Especialidades.

Será condición necesaria para optar a la concesión de Beca la de encontrarse al corriente en el pago de Cuotas Colegiales.

La retirada de este tipo de ayuda así como la concesión de las mismas serán concedidas por la Comisión de Becas y aprobadas por la Junta de Gobierno del Colegio en sesión ordinaria.

Las presentes normas entrarán en vigor a partir del 1 de Junio de 1988.

Sevilla, 21 de Abril de 1988.



SEPSIS

ROSA MARIA MORENO RODRIGUEZ (D.E.)
MARIA JOSE CHAMORRO DIAZ-GUIJARRO (D.E.)

Servicio de Infecciosos Pediátricos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

I. CONCEPTO E INTRODUCCION

La sepsis es una infección generalizada con participación de diferentes órganos y clínica de afectación general, existiendo o no bacteriemia.

Constituye una entidad de gran importancia por ser causa de muerte en buena parte de los afectados. El problema adquiere mayor importancia en el medio hospitalario, especialmente en las unidades que podemos denominar de alto riesgo infeccioso: cuidados intensivos, recién nacidos (sobre todo prematuros), reanimación, quemados, inmunodeprimidos, etc.

II. ETIOLOGIA

La sepsis puede ser producida por una amplia variedad de microorganismos patógenos.

Antes del empleo de antibióticos era producida fundamentalmente por gérmenes Gram-Positivos; posteriormente, el número de Gram-Positivos y Gram-Negativos ha sido similar. En los últimos años estamos asistiendo a un aumento de la sepsis en general y en particular de aquellas producidas por gérmenes Gram-Negativos, principalmente Enterobacterias.

III. FOCOS DE SEPSIS

A) Sepsis adquiridas fuera del hospital.

Los gérmenes suelen localizarse en el tracto respiratorio y urinario.

B) Sepsis intrahospitalarias.

Tracto respiratorio, urinario, catéteres y heridas quirúrgicas. En el recién nacido hay que tener en cuenta la mayor labilidad de la piel (sobre todo en prematuros), el cordón umbilical y las infecciones o la colonización de la propia madre.

IV. MECANISMOS DE PRODUCCION DE LAS SEPSIS



V. CUADRO CLINICO

Aunque la mayor parte de los signos clínicos de las sepsis son iguales sea cual sea su etiología, algunos gérmenes además de signos generales de sepsis presentan signos clínicos que pueden orientar hacia una etiología determinada. Distinguiremos, pues, los signos clínicos según la edad y los específicos de algún germen.

A. Signos clínicos según la edad.

1) En el recién nacido: lo característico es la clínica inespecífica y el carácter inicialmente insidioso. Una vez instaurado el cuadro los síntomas más destacables son:

- mal estado general
- fiebre o hipotermia
- ictericia (suele estar presente en un tercio de los casos de sepsis y es ocasionalmente el único síntoma)
- letargia
- dificultad respiratoria y apnea
- vómitos
- distensión abdominal
- hepatomegalia y menos frecuente esplenomegalia
- manifestaciones dérmicas (petequias).

Aproximadamente un tercio de los casos de sepsis en recién nacidos se acompañan de afectación meníngea y suelen observarse dos formas clínicas evolutivas:

a) Forma precoz (0-7 días): Suele ser de comienzo agudo, con predominio de distres respiratorio y shock; conlleva una alta mortalidad (20-50 %).

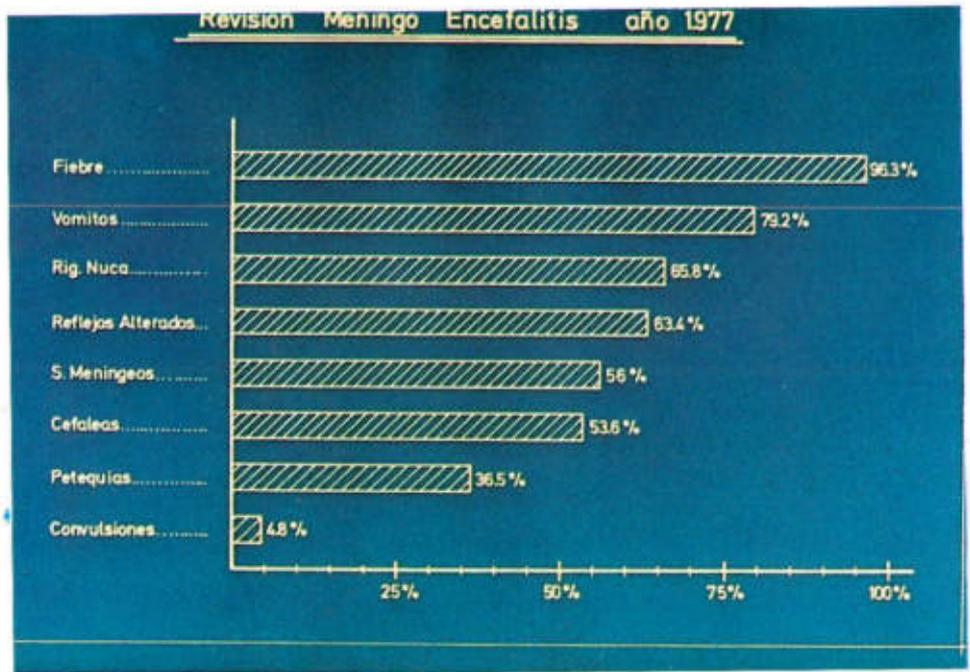
b) Forma tardía: Suele ser de comienzo más larvado y con menor predisposición al shock, siendo en cambio más frecuente la afectación meníngea. La mortalidad es menor.

2) En las edades posteriores: Lo más destacable junto al mal estado general es el aspecto séptico, caracterizado por color grisáceo o pálido terroso con cianosis acra en muchas ocasiones.

- taquipnea
- taquicardia
- síntomas gastrointestinales
- hepatoesplenomegalia
- irritabilidad o semiobnubilación.

B. Signos clínicos según el germen productor de la infección.

Junto a los signos generales de sep-

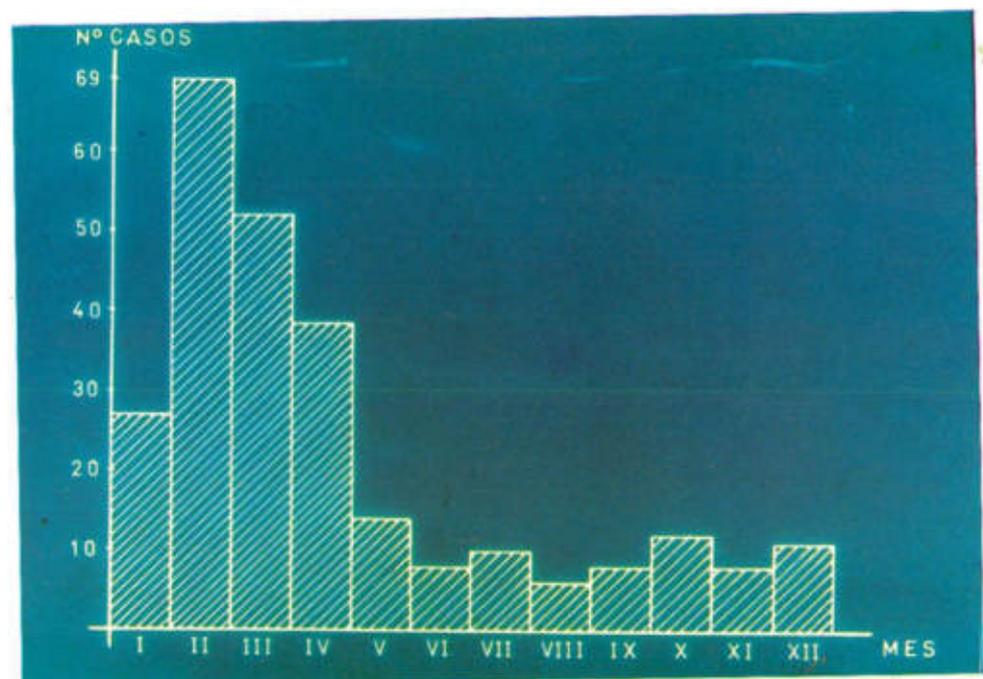


sis descritos, algunos microorganismos pueden presentar signos clínicos asociados más o menos específicos. Así podemos observar:

— en la sepsis por Salmonellas suele haber dolor abdominal, diarrea acuosa a veces con moco y sangre, y suele estar perturbado el sensorio con

somnolencia considerable.

— en la sepsis por Anaerobios las complicaciones metastásicas, ictericia y tromboflebitis son más frecuentes que en cualquier otro tipo de sepsis. Si está producida por Clostridium el cuadro es más grave, presentándose coagulopatía, hemólisis masivas y toxemias.



— en la sepsis neonatal por *Streptococos* del Grupo B la aparición de signos clínicos es precoz en las primeras 24 horas de vida, y se caracteriza por dificultad respiratoria grave y/o apnea, manifestaciones de endotoxemia severa con signos de shock semejantes a los observados en niños mayores y adultos causados por gérmenes Gram-Negativos. Se han descrito formas tardías pasada la primera semana de vida, de mejor pronóstico y con predominio de las afectaciones meníngeas frente al shock y el distress respiratorio.

— en la sepsis por *Haemophilus Influenzae* especial importancia requiere el hacer un diagnóstico diferencial rápido con la sepsis meningocócica por la bacteriología o clínica y así poder instaurar el tratamiento correcto lo antes posible, ya que tanto las complicaciones como la mortalidad son de un tanto por ciento superior al resto de las sepsis. La edad de aparición abarca desde el primer mes hasta los tres años.

VI. ALTERACIONES ANALÍTICAS

3 Las principales alteraciones analíticas como respuesta a la infección son las alteraciones hematológicas:

1º Valoración de los leucocitos.

— Fórmula leucocitaria con desviación a la izquierda, es decir, predominio de las formas jóvenes (segmentados y neutrófilos).

— Neutrófilos totales en número mayor a $7.000/\text{mm}^3$.

— Índice neutrófilos inmaduros/neutrófilos totales.

2º Trombocitopenia.

3º Anemia.

VII. TRATAMIENTO

A. Médico.

Antibioterapia específica y tratamiento de posibles complicaciones (shock, alteraciones respiratorias, anemias, CID, etc.).

B. De enfermería.

Por su frecuencia y gravedad se resaltarán a continuación los cuidados de enfermería ante una sepsis meningocócica, que en definitiva son comunes a cualquier tipo de sepsis.

SEPSIS MENINGOCOCICA

I. ETIOLOGIA

Producida por *Neisseria Meningitidis* o Meningococo. Este germen es un coco Gram-Negativo, que se puede encontrar aislado o agrupado de dos en dos (diplococo) en forma de dos granos de café enfrentados. Se encuentra rodeado por una cápsula que contiene polisacáridos debido a los cuales se distinguen nueve serotipos de meningococos. Los más importantes patológicamente son A, B (predominante en España), C e Y. Además de esto posee fofopolisacáridos, que se comportan como endotoxinas.

II. EPIDEMIOLOGIA

El meningococo se alberga en la nasofaringe de portadores sanos (aproximadamente 5 % en épocas no endémicas ni epidémicas) y se transmite de persona a persona por vía aérea. Durante épocas de epidemias o endemias la mayoría de los casos son primarios o coprimarios, habiendo muy pocos secundarios; ello indica que el contagio no suele tener lugar a partir de los enfermos, sino de los portadores sanos, por lo cual es innecesario aislar a los pacientes con infecciones meningocócicas. Los casos esporádicos o endémicos aparecen casi siempre a finales de invierno o primavera y afectan mucho más a niños menores de quince años.

III. PATOGENIA

La enfermedad ocurre cuando los gérmenes de la nasofaringe invaden el torrente circulatorio. El dolor faríngeo que estos enfermos relatan a veces se atribuye a coincidencias con faringitis estreptocócicas o víricas, tan frecuentes en las épocas en que aparecen las infecciones meningocócicas.

No se sabe por qué un germen tan virulento como el meningococo puede unas veces permanecer confinado en la nasofaringe sin originar patología y en cambio otras producir infecciones gravísimas.

Al nacer, aproximadamente el cin-



cuenta por ciento de los niños tienen anticuerpos que han recibido de la madre a través de la placenta; luego la prevalencia de los mismos va descendiendo alcanzándose la cota inferior entre los seis y veinticuatro meses. A continuación aparece un aumento lineal de anticuerpos hasta los doce años de edad.

IV. ANATOMIA PATOLOGICA Y FISIOPATOLOGIA

En la sepsis meningocócica la lesión consiste fundamentalmente en una vasculitis con infiltración y necrosis de las paredes vasculares, que se acompaña de endotelitis y trombosis. Todo ello origina isquemias localizadas y hemorragias, que a nivel de las suprarrenales da lugar al Síndrome de Waterhouse-Fridericksen que cursa con síntomas de insuficiencia suprarrenal aguda (hiponatremia, hiperpotasemia e hipoglucemia). La lesión endotelial junto con la liberación de endotoxinas meningocócicas desencadena un proceso de coagulación intravascular diseminada con consumo de factores de coagulación y hemorragias diseminadas cutáneas y viscerales. Las toxinas pueden determinar además hipotensión seguido de shock, que se observa en las sepsis meningocócicas hiperagudas.

V. CLINICA.

Suele aparecer sin pródomos o sólo con dolor de garganta y/o tos.

- aparición brusca de fiebre
- escalofríos
- dolores musculares sobre todo en región lumbar y pantorrillas
- cefalea
- vómitos
- púrpura petequeal como expresión de un proceso de CID
- alteración en el nivel de conciencia y confusión mental
- hiperestesia cutánea y muscular.

Gran parte de los síntomas se explican por la estimulación que la inflamación de las meninges produce en las raíces nerviosas, motoras y sensitivas. Todos los movimientos de la cabeza se hacen difíciles, dolorosos e imposibles por la rigidez de nuca. Las piernas están encogidas y las rodillas sólo se pueden extender estando las caderas extendidas pero no si está doblada (Kernig). La flexión pasiva de la cabeza se acom-



paña de flexión refleja de las rodillas (Brudzinski).

VI. TRATAMIENTO.

A. Médico.

1) Antibiótico. Se utiliza penicilina G Na vía intravenosa directa. El tratamiento debe prolongarse hasta tres o cinco días después de conseguida la apirexia, lo que suele equivaler a 10 ó 14 días de tratamiento.

2) Complicaciones. Las medidas comunes para el CID, shock, hemorragias, anemia, etc.

B. Cuidados de enfermería en la sepsis meningocócica.

La sepsis meningocócica es una urgencia médica y requiere rapidez de acción. Todo retraso innecesario en el diagnóstico y consiguientemente su tratamiento puede significar la diferencia entre la vida y la muerte o entre un niño con secuelas neurológicas y un niño normal.

1) Ingreso del niño en cuidados intensivos pediátrico.

2) Pesar al paciente, para dosificar líquidos y fármacos.

3) Punción lumbar: al ser una prueba de gran valor diagnóstico, su ejecución debe ser muy cuidadosa, teniendo presente ante todo una asepsia rigurosa: todo el material a utilizar será estéril. Se coloca al paciente sobre un paño estéril en posición sentada, se desinfecta muy bien con un antiséptico

potente la zona lumbar y crestas ilíacas; se inmoviliza lo mejor posible la espalda pasando el brazo del ayudante de la punción por detrás de la cabeza hacia delante donde se coge una pierna del niño; con el antebrazo del ayudante se intentará hacer una curvatura lumbar para que L3 y L4 sean más visibles.

Se observará la presión con que sale el líquido cefalorraquídeo y el color, y se recogerán muestras en dos tubos diferentes, uno para exámenes citoquímicos y otro para estudios bacteriológicos.

4) Punción venosa, que en casos graves será central para control de PVC.

5) Extracción de sangre para analítica:

— hemocultivo. Es suficiente con dos y medio c.c. en cada bote de hemocultivo, incluso menos. Se desinfectará muy bien el tapón interior de los botes dejando dos gasas empapadas de antiséptico unos minutos sobre ellos para que actúe. Procurar que no existan corrientes de aire en la habitación. Utilizar dos agujas distintas, una para cada bote, y estériles, con las que se realizará la punción.

- hemograma completo
- TP, TPT y plaquetas
- PDF (producto de degradación de la fibrina)
- EAB (equilibrio ácido-base)
- Grupo y RH
- Iones

- glucemia
- uremia
- proteínas totales
- frotis faríngeo y
- análisis general de orina.

6) Administración de tratamiento antibiótico. Debe hacerse en la dosis e intervalos programados para que alcance niveles correctos en sangre. Los Aminoglucósidos que se administren por vía intravenosa tienen que infundirse en un tiempo superior a quince minutos diluidos en suero de mantenimiento para evitar picos elevados de su concentración en sangre, ya que se ha demostrado que son los responsables fundamentales de la ototoxicidad y nefrotoxicidad.

- 7) Control de constantes vitales:
- respiración
 - pulso
 - temperatura
 - presión arterial
 - PVC.

Durante las tres primeras horas tienen que tomarse estas constantes cada quince minutos o treinta, excepto la presión venosa central que será horaria. El horario de controles se irá espaciando a medida que el cuadro evolucione favorablemente.

- 8) Monitorización del ECG.

9) Sondaje vesical con recogida de diuresis horaria en sistema cerrado.

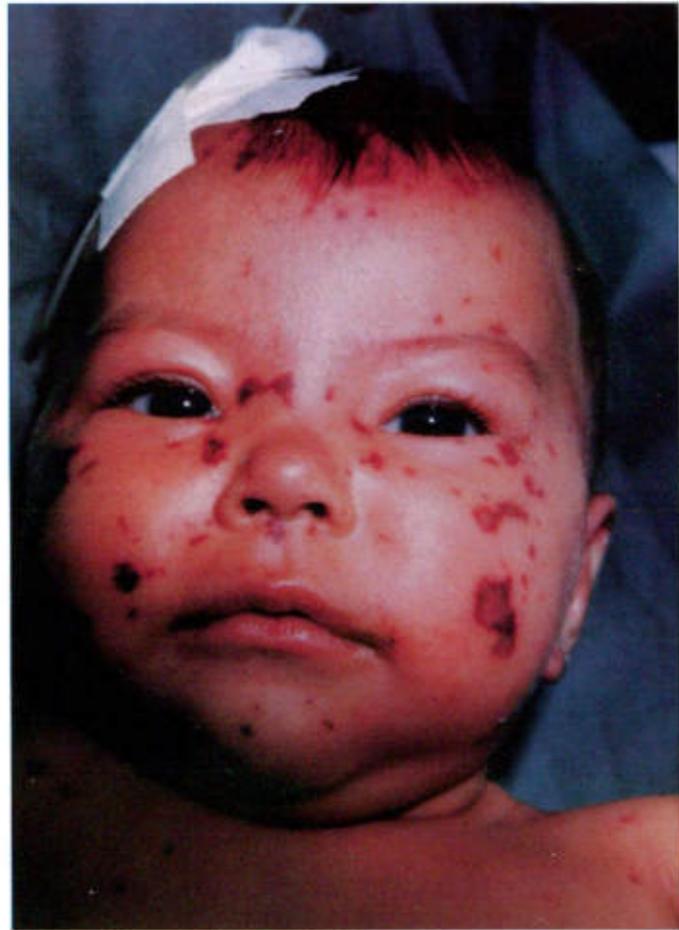
10) Sondaje nasogástrico, sobre todo si el niño está en coma o convulsionando para evitar aspiración.

11) Guardar medidas asépticas rigurosas.

12) Vigilar el nivel de conciencia y la extensión de petequias. Para ello se marcan círculos con un bolígrafo sobre la piel en diversas zonas y se cuentan el número de petequias que hay en cada círculo, repitiéndose el recuento cada 30' o 1 hora. Cualquier aumento del número de petequias, especialmente si va unido a trastornos del sensorio, es signo de mal pronóstico y debe ser comunicado de inmediato al pediatra.

13) Cuidados de la piel, evitando úlceras por decúbito y escaras. Se llevarán a cabo cambios de posición frecuentes protegiendo las zonas de roce y empleando colchones antiescaras.

14) Cuidadosa manipulación del niño, pues debido a la hiperestesia cutánea y muscular todo contacto y toda



presión especialmente de los músculos de la pantorrilla molestan mucho al paciente. De la misma forma se evitarán estímulos luminosos y ruidos creando así un ambiente relajante.

15) Vigilar estrechamente la posible aparición de complicaciones: taquipnea o cianosis, que son los primeros signos que aparecen en el pulmón de sepsis o shock.

— signos de alteración de la perfusión periférica, primero piel caliente y después frialdad y mala perfusión.

— taquicardia importante y afectación del sensorio (semiobnubilación).

— facilidad de sangrado por pinchazo, petequias u otros signos hemorrágicos en piel u órganos, que son sospecha de una CID.

16) Cuidados ante una CID. La voz de alarma con frecuencia la da el personal de enfermería responsable del niño. Los cuidados y vigilancia tienen

por objeto:

— detección precoz de la CID. En este tipo de enfermos se sospechará cuando haya aparición de petequias, hemorragia digestiva, sangre macroscópica o microscópica en heces, palidez cutánea progresiva y rápida y alargamiento de la hemorragia tras venopunción y extracción de muestras capilares.

— detección de complicaciones: shock, hemorragias y anemia.

— cuidados de la CID.

— manejo cuidadoso del niño para evitar traumas y hematomas corporales.

— comprimir las zonas de sangrado accesibles.

— vigilar estrechamente el crecimiento de petequias.

— sondaje nasogástrico y vesical cuidadoso para evitar hemorragias.

— vigilar la aparición de reacciones transfusionales.



"Cuando estoy solo no estoy solo: estoy conmigo: estar separado no es estar escindido: es ser uno mismo; a solas estoy en mi todo. Liberación no es únicamente fin de los otros y de lo otro, sino fin del yo."

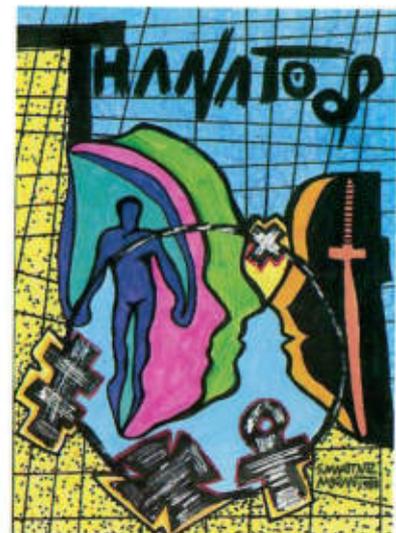
Octavio Paz

THANATOS: elemento fónico griego no impresionable de ser descompuesto por su multiforme significación y prefijar en voces compuestas, a veces, en conflicto con el también fonema heleno TELEUTE para definir la muerte, de origen natural o violenta. La ciencia natural se ha declinado por Thanatos para tratar sobre la misma, como fenómeno, causa, elemento distintivo e identificación de las posibles variantes.

Para Enfermería es un proceso inevitable dentro de la creciente complicación holística del hombre, que deduce el sentido de la mortalidad por medio de la interpretación natural como factor demográfico primario que inexcusablemente interesa a la población; en este discernimiento, thanatos, es una peroración de la vida. Vivir es arriesgarse, compromiso de inesperada dificultad por la propia antinómica existencia, desde que milenios atrás, las aguas en su retirada dieron lugar a las playas, dejando en ellas múltiples criaturas angustiadas.

Franz Kafka, en sus consideraciones sobre el pecado, el sufrimiento, la esperanza y el camino verdadero, aforismo cuarto, expresa, captado por el onirismo y la metafísica: «Muchas

THANATOS



GREGORIO MARTINEZ MORAN (D.E.)
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

sombras de los difuntos se ocupan en lamer las mareas del Río de los Muertos, porque éste viene de nosotros y aún posee el salado sabor de nuestros mares. Entonces se eriza de asco el río, coge una corriente que vaya hacia atrás y devuelve a los muertos de nuevo a la vida.»

Thanatos como cesación definitiva de las propiedades y caracteres disímiles de la síntesis de la materia viva y de la materia viva pensante, es una condición irreversible, indeclinable y fija con propensión de: OBITUS, PER VOLUNTATE y COEDES, con prebenda en el pensamiento y acto del hombre a lo largo de su existencia, en todas las sociedades, ya de cultura primitiva o superior, puesto que el fenecido abandona la sociedad, de donde su psiquismo individual era consecuencia del producto y el eco del advenimiento colectivo.

"No hay cuestiones agotadas, sino hombres agotados en las cuestiones."

Santiago Ramón y Cajal

I MORS GESTAE: La aprehensión intelectual por los anales indígenas, propone su protohistoria en el Egipto gobernado por seres divinos y después por dinastías semiheróicas. La historia, en nuestra cultura dentro del ámbito tradicional comprende el momento en que Menes funda la primera de las treinta dinastías faraónicas y la existencia de los primeros filósofos del fisicismo jónico de la escuela de Mileto, hasta las ciencias contemporáneas, se inicia el problema del principio, es de-

cir, la naturaleza de las cosas y de la formación del cosmos, para después considerar al hombre en su crucial destino que detallo sinópticamente en los siguientes parágrafos:

—**ANTIGUO EGIPTO:** Los escritores religiosos guardan el recuerdo de creencias y ritos, donde la magia era sumisa al culto de los muertos. En el Imperio Nuevo, florece una literatura funeraria, vertida en el Libro de los Muertos, mezcla de religión y misterio.

—**PERIODO COSMOLOGICO:**
— Anaximandro (escuela de Mileto), teorizó sobre la evolución humana; «El apeiron» (lo infinito) no es sólo el principio de donde han salido todas las cosas por generación, es el fin a donde todas ellas irán a parar en su corrupción.

— Parmenides (escuela de Elea), recaudó al ser en «ingenerado e imperecedero».

— Anaxagoras (eclectico), supuso «ninguna cosa nace ni perece, cada una se compone y se descompone de cosas ya existentes. Y así debiera llamarse rectamente, al nacer, reunirse y al perecer, separarse.»

— **APOLOGOS Y FABULAS HINDUES:** Fundamentadas en la transmigración de las almas a otros seres inferiores.

— **PERIODO ANTROPOLOGICO:**
— Sócrates (hijo de la comadrona Fenareta), proclamó «la muerte heroica».

— Platón escribió referente a la in-



Menhir de Luarca, Asturias.

mortalidad viendo el portador de un alma, venida al cuerpo como a una cárcel, a purgar faltas cometidas.

— LITERATURA DE UGARIT (Siria): Narra los enfrentamientos de Baal, el señor, con Mot, el Dios de la muerte, y con Yam, el príncipe del mar.

— ESCUELA POST-ARISTOTELICA: —Epicuro de Samos (epicureista), preconizó el no tener miedo a la muerte, ya que mientras vivimos, ésta no ha llegado; cuando se presenta, ya no existimos. La muerte no es terrible en sí misma, al no poder experimentarla, al igual que no podemos hallar el momento en el cual nos dormimos.

— DRUIDAS: La metempsicosis, es decir, la transmigración en la Galia y en la Bretaña, por una clase sacerdotal heredada y custodiada del ancestro céltico.

— LA REVELACION: Quintus Septimius Florens Tertullianus (apologista), crea la literatura teológica latina y la austeridad doctrinal extrema con áspera elocuencia: «La sangre de los mártires es semilla de cristianos».

— PREDOMINIO SUFI: Ibn-Roschd (Averroes), mantuvo: «el entendimiento pasivo perece en el hombre y sólo es inmortal el entendimiento agente, que al ser uno para todos los hombres, deja frustrada a la inmortalidad personal».

— LITERATURA MEDIEVAL: Enmarcada por la vital obsesión social de la muerte, son claros los ejemplos de Las Danzas de la Muerte y la obra de Jorge Manrique: «Partimos cuando nascemos, andamos mientras vivimos,

e llegamos al tiempo que fenecemos; así que cuando morimos descansamos» de Coplas a la muerte de su padre (V final).

— EL HUMANISMO: El desarrollo de las cualidades esenciales humanas, encuentra en Francesco Petrarca, con su poema alegórico Trionfi, la sujeción de la humanidad a la muerte.

— SIGLO DE ORO ESPAÑOL: Francisco de Quevedo y Villegas, es el primer poeta metafísico del barroco en cuestionar el problema de la vida, el tiempo y la muerte, en su obra en prosa de tipo místico La cuna y la sepultura.

— CONGREGACION DE LA BUENA MUERTE: Por objeto, honrar la pasión y muerte de Jesús.

— POESIA DIDACTICA: Félix María de Samaniego, con sus fábulas a la muerte, proporciona un fabulismo moral a la actividad cultural en el ambiente social.

— EL IDEALISMO: Immanuel Kant, en su segunda proposición no evidente ni demostrada, pero admitida, por principio de verdad irrefutable sobre la razón práctica, en el idealismo crítico, postuló la inmortalidad.

— EL ROMANTICISMO: Mariano José de Larra, muestra un tono individualista e independiente en la actitud pesimista absoluta; sus artículos como El día de los difuntos, lo delatan.

— EL VITALISMO: Friedrich Wilhelm Nietzsche, aseveró «Dios ha muerto, queremos que viva el superhombre».

— PSICOLOGIA PROFUNDA: Sig-

mund Freud, estructurando la personalidad, en la zona inferior, ubicó un instituto fundamental: el de la muerte.

— EL EXISTENCIALISMO: Simone de Beauvoir, concediendo la primacía al desarrollo del existir concreto, describe: «Entre los seres humanos, la superioridad no se otorga al sexo que da la vida, sino al que la destruye».

— SUPERACION DEL REALISMO Y DEL IDEALISMO: José Ortega y Gasset, identificó al ser, no en lo que ya es, en lo que aún no es, un ser que consiste en no ser.

— PSICOTERAPIA: Fritz Kunkel, acusó en la unidad suprapersonal de la vida, el miedo a la responsabilidad, arremetiendo entonces la irresponsabilidad, con aparición de la muerte espiritual.

“Nada válido puede decirse sobre el hombre sin tener en cuenta la cultura”

Santiago Genóvès

II RITUS MORTIS: El ritual funerario acompaña al homínido desde su cognición, en un conjunto de preceptos y representaciones protocolarias, basadas en la impotencia situacional rudimentaria, que por actos miméticos suplican el apoyo y la compañía de las fuerzas superiores, a instancias de entidades religiosas. El abandono del finado es en su comunidad una liberación de pujanza uncional por la filiación de éste, con incorporación a un mundo nuevo y normalmente hierático.

Los ritos de la muerte son ampliamente complejos y sujetos por la civilización, en el cumplimiento del deber social y la tenencia doctrinal, acorde al conjunto de prácticas de una confesión religiosa; implicando generalmente: Deificación de la partida definitiva (mortaja, velatorio y lamentaciones), sepultura y ceremonia. A raíz de aquí, actitudes más o menos severas y patéticas proliferan a lo largo y ancho de las regiones geográficas, yendo desde un luto, cuarentena familiar, hasta la extracción de partes corporales para reliquias. El catolicismo venera principalmente la Vera Cruz y los objetos pasionistas de Jesús. En la India se ofrecen sacrificios, mientras que en gran parte del mundo islámico, la costumbre enfoca hacia el rapado de la cabeza con untura de ceniza.

“Una creencia destruida deja en nuestro espíritu un gran vacío. No debemos

abandonar una creencia sino en el caso que podamos sustituirla con otra que creamos más próxima de la verdad".

Florentino Ameghino

III THANATOICONOGRAFIA: La construcción megalítica de prominencia funeraria, denominada dolmen, con sus ortostatos y variantes de sepulcros, galerías y cubiertas, es la ostentación iconográfica del ser racional con su inseparable muerte. Sin dispersión, los primeros frescos en tumbas y capillas funerarias familiares contenidas en las pirámides como punto culminante para el ceremonial del culto mortal y descripciones de representaciones figuradas en páginas de papiros en el Antiguo Egipto, el arraigo thanatoiconográfico, pasó a estar incluso plasmado en la rutina hogareña helenista, valga de ejemplo «La muerte de Talo», cincelado en una cratera (gran vaso donde se aligaba el agua con el vino).

Un enorme repertorio ha viajado en la fantasía y éter de los estilos, tendencias, épocas y materias plásticas, para elaborar mausoleos (el primero fue el de Mausolos, sátrapa de Caria, mandado a erigir por su hermana y esposa Artemisa II), fosas, nichos, alegorías y postrimerías, en comunión con la apetencia humana testamentaria inmortal de los mortal, porque no olvidemos que la historia es de los hechos y no de las intenciones.

La cruz es el modelo iconográfico sobresaliente por excelencia, no sólo debido al cristianismo, es al presenciar la prehistoria en función mágica, ideológica y sagrada de culturas tan diversas, cual fueron el Antiguo Egipto, Maya, Hindú, Norte de Europa y País Vasco.

La thanatoiconografía adquirió relevancia en el medievo y al ser temática principal cristiana (muchos menhires se cristianizaron al inscribirse cruces) en el símbolo de la venganza divina, desveló al hombre con ayuda de imágenes de cadáveres descarnados unas veces y otras, esqueletos vacilantes en sitios lúgubres y el cortejo del tétrico realismo con espiritualidad moralista, represiva y satírica del arte funeralista. Dada la expansión en los acontecimientos del pasado, se puede excerptar en orden cronológico y precisar la implicación crítica, a pesar de la amplitud del campo del arte mayor, medio, menor y popular, facultada a par-

tir de la periodización paleolítica, mesopotámica, helénica, ibérica, romana, aqueménida, incáica, bizantina, la mal llamada gótica, barroca, dadaísta, abstracta y vanguardista, por citar algunas épocas y parear la significación respectiva que va desde la sensibilidad de captura, la organización, la armonía interior, la ornamentación figurada, la disciplina, la osadía, el compromiso sabrado, la eternidad, la fuerza móvil, la audacia tenebrista, la liberalidad, la ruptura de los límites y la expresión incompleta.

"El rigor de Zurbarán tiene para mí algo de asfixiante o de opresivo."

Pere Gimferrer

IV MORS IN BIBLIS: Capítulo distinto ofrece en su relatividad del material básico para la construcción narrativa «TA BIBLIA», es decir, antigua designación griega de los libros santos, que representa el conjunto de libros canónicos del Antiguo (46 libros) y Nuevo Testamento (27 libros), donde se cumplía la transmisión, según fe de Israel y la Iglesia Católica, el mensaje con designio de Dios en revelación y acción de la Alianza.

La muerte, hecha más extensa en los dos testamentos en la espiritualidad, así en el comportamiento social, está en el pensamiento cinerario cristiano como castigo y salvación a la vez, dualidad transferida por escritos en hebreo, arameo y griego y por la fuente primordial de la inspiración necesaria en el desarrollo plástico de sus pasajes. *"No os haréis incisión ni tonsura entre los ojos por un muerto."*

El-Le Ha-Debarim (Deuteronomio)

V MUERTE BIOLÓGICA: Es la ruptura del desasosiego armonizado entre las entidades conservadoras y las desintegradoras actuales en el organismo, con alteración de la economía endógena y resultante por efecto final que se inició desde un principio genético.

El hombre, aún a lastrar su heroísmo y de su robustez vital, continúa siendo un biosistema, con operaciones en límites inexorables.

En los protistas inferiores (bacterias y esquizófitos), no se puede argumentar una muerte biológica, porque estos se dividen en un número variable, dando lugar a otros mismos seres vivos unicelulares, sin núcleo o núcleo no de-

finido estrictamente, al carecer de membrana nuclear.

Para diagnosticar muerte biológica de un organismo es preciso adentrarse en la clasificación filogenética hasta los individuos del género Volvox (algas clorofíceas, constituidas por células biflageladas, con cenobios en distinción del trabajo entre unidades reproductoras y vegetativas). A partir de aquí, se contemporiza en todos los organismos dos progenies celulares: Somática, la caduca en el tiempo y Germinal, la potencialmente imperecedera al transmitirse de padres a hijos.

Weissmann afirma que los seres unicelulares son en cierto modo, inmortales, si un infusorio (protozoo ciliado parásito del cuerpo humano) no muere por accidente externo, cuando llega a determinada edad y tamaño, se divide en dos partes, y así sucesivamente, sin que llegue a cadáver. Por el contrario, Guerrini, indica que «Todo individuo lleva dentro de sí, unido a todos los gérmenes hereditarios, el de su propia muerte.»

"No quiero recordar ni conocerme. Es suficiente ver esto que somos."

Fernando Pessoa

VI MUERTE PSICOLÓGICA: Luis Rosales exclamó: «Todo el que habla se examina, y por tanto, escribir es ponerse en peligro; ¡qué le vamos a hacer, es preciso arriesgarse!», colácreta sentencia para abrir un apartado difícil, con presunción integral y obligación a limitaciones esenciales por planteamientos periféricos del continuo compromiso conductual, pleno de tendencias instintivas, animadoras o rehuientes.

La psicología conceptúa al hombre en un aspecto sistemático jerarquizado, en donde un instinto no es falso ni cierto, y de él, se podrá discrepar, pero con él no es factible discutir.

La muerte psicológica, epílogo impostergable obtiene un panorama subjetivo en la actitud psíquica del que posee el acontecimiento «CURSUS MORBI», motivando un conflicto en las defensas naturales de la personalidad, en cuanto a las necesidades y al comportamiento.

Lo vivo, contiene pulsiones de ello, defensivas ante la muerte y la destrucción, a través del Eros. Las pulsiones de muerte o Thanatos, tienden a la solución de continuidad de las cosas y al

retorno del estado donde todas las tensiones son abolidas, porque el hombre es una sucesión de conjuntos, donde unos reemplazan a otros. La infancia acaba para dar entrada a la juventud y así, predestina la senectud. Cada instante muere al surgir, siendo imposible especificar en forma absoluta el mínimo espacio en que se considera separado el tiempo, al no ser una manifestación de actividad instantánea.

"En el Hoy y Mañana y Ayer junto pañales y mortaja, y he quedado presentes sucesiones de difunto."

Francisco de Quevedo y Villegas

VII MUERTE SOCIAL: Hasta la caída de la sociedad feudal y la codificación del Derecho, la muerte civil, manifestaba a la ciudadanía la equivalencia de una expresión perturbadora al quedarse el «réprobo» sin acción en las relaciones interhumanas por la perpetua privación fallada en expresa voluntad estatal y exacta conformidad con la legislación sometidora allá.

Morir desde el momento en que se nace, es decir a un sujeto «está moribundo»; argumento silogista, condicional y disyuntivo, pasador de un copioso dilema entre la literatura y filosofía existencialistas. Morir es un término predictivo por idiosincrasia, frecuentemente en los «antipóforos comentarios de pasillos» es dado con cierta asiduidad por una parte del personal sanitario, al referir con menoscabo por la rutina. «Con sólo mirarlo se sabe que se está muriendo», y otras frases análogas que yuxtaponen la concepción científica de unos profesionales vinculados con la vida, donde la

agonía en deseo vehemente no debe contemplarse bajo la fantasía de la derrotada, la obsesión, la intransigencia y la condena.

La muerte social puede definirse por ese instante en el cual las propiedades sociales más nobles del individuo empiezan a declinar en el ser condiciones operativas para quienes lo tratan y cuidan, y cuando éste, es principalmente estimado por tildes de moribundo y desahuciado, al cambiar la sociedad el radical individual en la relación vida-muerte.

Pese a constituir una temática de interés antropológico, enfermero, médico, psicológico, sociológico, etc. y a la superación de corrientes científicas próximas al idealismo y al reduccionismo dualista, se ha prestado escasa atención a la investigación empírica circunstancial y a la etnografía ¡crasa laxitud!, cuando la muerte social ha sido el eje autóctono en torno al cual el hombre ha movido su vida y de donde han visto la luz direcciones culturales y religiosas.

"Amar la vida y cuando llegue el momento saber amar la muerte."

Rabindranath Thakur Tagore

VIII EXITUS LETALIS: Unidad lingüística de dos palabras latinas con enunciado contenido y proverbial en la más importante sentencia y de total utilización en perjuicio de otra frase enunciativa completa: «EXITUS VI-TAE».

El fin mortal o el fin de la vida se puede presentar en:

MUERTE CLINICA: Quietud de la consciencia, la vigilancia y grave deterioro en las funciones vegetativas en las aportaciones que una parte ofrece al todo.

Puede, por plantear situaciones muy críticas, concluyentes en el índice al alza del «EXITUS LETALIS», guardar cierta relación en esos estados denominados «Muerte aparente» y casi nunca, llamada «Vida aparente».

MUERTE ABSOLUTA: Existencia de muerte cerebral por cese de la actividad respiratoria y cardíaca; no cuando la muerte cerebral precede a éstas, ya que puede implicar problemas deontológicos, además del temor al «SEPULTUS VIVUS», es decir, el enterrado vivo, ancestral angustia, no muy coloquiada en nuestros días, quizás, por el enmascaramiento del científicismo, pero presente desde el período indeterminado de «SAPIENTIA MORTIS», es decir, el saber de la muerte, por la vía del subconsciente que a través del intelecto.

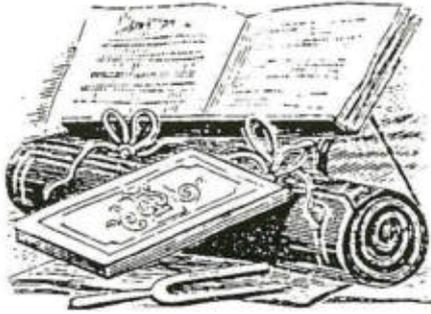
Reflexionada en el principio irreversible de la degeneración orgánica, dentro de un orden etiológico sucinto a saber: FISIOLÓGICO (más conocido como muerte natural), PATOLÓGICO (clásico CURSUS MORBI) y ACCIDENTAL, donde los 251 aproximadamente «SIGNUS MORTIS», abióticos y transformativos, coadyuvan la determinación de la muerte absoluta.

"Las enfermeras intentarán prevenir el sufrimiento innecesario"

Florence Nightingale

BIBLIOGRAFIA:

- | | | |
|---|---|--|
| — ARMAS MARCELO, J.J.: ESTADO DE COMA. PLAZA Y JANES, S.A. EDITORES. BARCELONA, 1976. | — ABORDAJE DEL INCONSCIENTE. EDITORIAL TRIEB. BUENOS AIRES. 11.723. | — EL SUICIDIO. SALVAT EDITORES, S.A. BARCELONA, 1978. |
| — CAMPBELL, CLAIRE: TRATADO DE ENFERMERIA. EDICIONES DOYMA, S.A. BARCELONA, 1984. | — KAFKA, FRANZ: MEDITACIONES. EDICIONES BUSMA, S.A. MADRID, 1984. | — ROSALES, LUIS: LUCIDEZ Y POESIA. BLANCO Y NEGRO, PRENSA ESPAÑOLA, S.A. N° 3.593. |
| — FERRATER MORA, J.: EL SER Y LA MUERTE. EDITORIAL AGUILAR. MADRID, 1962. | — KUNKEL, FRITZ: PSICOTERAPIA DEL CARACTER. EDITORIAL MARFIL, S.A. ALCOY, 1963. | — SALGADO, ENRIQUE: EL LIBRO DE LA VIDA Y LA MUERTE. EDICIONES NAUTA, S.A. BARCELONA, 1974. |
| — GENOVES, SANTIAGO: EL HOMBRE ENTRE LA GUERRA Y LA PAZ. EDITORIAL LABOR, S.A. BARCELONA, 1968. | — LAROUSSE: GRAN ENCICLOPEDIA. EDITORIAL PLANETA, S.A. BARCELONA, 1977. | — SEGATORE, LUIGI: DICCIONARIO MEDICO. EDITORIAL TEIDE. BARCELONA, 1976. |
| — GINFERRER, PERE: PINTORES EN SU AMBITO. ABC, PRENSA ESPAÑOLA, S.A. SEVILLA, 1988. N° 26.525. | — MARTI-TUSQUETS: PSIQUIATRIA SOCIAL. EDITORIAL HERDER. BARCELONA, 1976. | — SUDNOW, DAVID: LA ORGANIZACION SOCIAL DE LA MUERTE. EDITORIAL TIEMPO CONTEMPORANEO, S.A. BUENOS AIRES, 1971. |
| — GUYTON, ARTHUR C.: TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA. EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. MEXICO, 1969. | — PESSOA, FERNANDO. ABC, PRENSA ESPAÑOLA, S.A. SEVILLA, 1988 N° 26.544. | — TOFFLER, ALVIN: EL SHOCK DEL FUTURO. PLAZA Y JANES, S.A. EDITORES. BARCELONA, 1973. |
| — HARARI, ROBERTO: TEXTURA Y | — QUEVEDO, FRANCISCO DE: ANTOLOGIA POETICA. ESPASA CALPE, S.A. MADRID, 1971. | |
| | — ROJAS, ENRIQUE: ESTUDIOS SOBRE | |



LENGUAJE EN ENFERMERIA

MANUEL SILVA PEREJON, *Enfermero Supervisor*
JULIAN M^o ASENJO JIMENEZ, *Coordinador de Areas de Trabajo*
ROCIO GARCIA AGUILAR, *Enfermera Adjunta a la Subdirección*
H. U. «Virgen del Rocío» de Sevilla

EL LENGUAJE EN ENFERMERIA: CONCEPTO Y CONTEXTOS

El apreciado compañero Joaquín Lima tocó en el número 4 de esta Revista un asunto realmente peliagudo, la utilización del lenguaje en Enfermería. Sobre este particular vivimos juntos una experiencia en el «Curso-Taller sobre Diagnóstico Enfermero» celebrado en nuestro Colegio bajo la magnífica dirección de Dña. Haydée Ballesteros.

Estamos totalmente de acuerdo en que las ciencias, para profundizar en su desarrollo, deben articular su propio lenguaje científico, en tanto en cuanto este lenguaje propio dará concreción a los significados y será herramienta adecuada para la docencia, la investigación y el intercambio de conocimientos.

Ahora bien, esta confusión existente entre nosotros, los enfermeros, a la hora de utilizar determinadas expresiones, no creemos que se deba al desconocimiento del significado de los diversos conceptos que las distintas palabras encierran, sino al desconocimiento de los diferentes contextos en que pueden ser utilizadas las palabras, contextos distintos que hacen que las mismas palabras designen diferentes conceptos. Del mismo modo que las palabras, como apuntaba Joaquín Lima, no significan lo mismo en lenguaje ordinario y lenguaje científico, también dentro del lenguaje científico, en este caso de Enfermería, hay contextos distintos donde las mismas palabras, como ya hemos dicho, definen diferentes conceptos. En Enfermería el problema se agudiza si tenemos en cuenta que los contextos (teorías de Enfermería, modelos de cuidados) no están suficientemente asumidos por los enfermeros como algo que se pueda traducir en formas de trabajo cotidianos, ni se dispo-

ne en general de una información exhaustiva de estas teorías y modelos y su aplicación práctica.

En resumen, pensamos que el problema principal no está en conseguir un dominio del lenguaje entendido como el conocimiento del significado de diversas palabras, sino en conseguir la clarificación de la esencia de la Enfermería, de su función y su lugar como disciplina humanista y científica y la reducción de las distintas teorías y modelos a un número aceptable y bien definido, ya que en todas las disciplinas científicas existen diversas corrientes sobre la filosofía y las normas de actuación en relación con la disciplina científica en cuestión.

Abundando en este sentido, leamos las siguientes definiciones:

— **PALABRA:** Sonido o conjunto de sonidos articulados que expresan una idea.

— **IDEA:** Es un **CONCEPTO** formado por abstracción, que representa en nuestra mente, reducida a unidad común, una realidad existente.

— **TEORIA DE ENFERMERIA:** Es un modo de conceptualizar la esencia de la Enfermería en sí y diferenciarla de otras disciplinas.

— **CONCEPTO:** IDEA que concibe o forma el pensamiento, expresable con palabras.

— **MARCO CONCEPTUAL:** Es un modo de enfocar los propios pensamientos de un modo más específico. Cada marco conceptual se basa en una teoría, y debe incluir lo que básicamente se presume, los valores, las definiciones y los **CONCEPTOS** de la teoría apropiada para el marco conceptual.

Tenemos, pues, que los conceptos se pueden expresar mediante una sola palabra, ahora bien, la misma palabra

puede expresar distintos conceptos según el contexto en que se produzca. La palabra «intervención» evoca un concepto diferente en Enfermería y Cirugía.

Releyendo la secuencia de definiciones de **PALABRA - IDEA - CONCEPTO - TEORIA DE ENFERMERIA - MARCO CONCEPTUAL**, podremos apreciar el factor de confusión que acarrea la indefinición del contexto, y la necesidad de disponer de conceptos apropiados para cada marco conceptual y su teoría, agravándose la confusión si pensamos que, casi forzosamente, hay que utilizar las mismas palabras para designar conceptos parecidos. A la vez que los conceptos tengan puntos en común es inevitable refiriéndose a enfoques distintos de la misma disciplina.

Por lo tanto, creemos que para poder enterarnos y lograr utilizar el lenguaje con precisión, sobre todo cuando el lenguaje tiene un alto contenido teórico, debemos previamente clarificar el contexto en el que se están usando las palabras.

El lenguaje es nuestro vehículo para entendernos y comunicarnos, entendimiento y comunicación de donde debe surgir un intercambio activo y fructífero. Tengamos en cuenta siempre, a la hora de comunicarnos, la definición de **INTERCAMBIO INTELLECTUAL** del psicólogo W. Doise: «El intercambio intelectual supone un **SISTEMA COMUN** de signos y definiciones, y una conservación de las proposiciones que han sido **RECONOCIDAS** como válidas por los autores del intercambio; y supone también una **RECIPROCIDAD** y una **REVERSIBILIDAD** que permiten a los interlocutores volver de nuevo a las proposiciones reconocidas anteriormente por unos y por otros».

CUIDADOS Y MOVILIZACION DEL ENFERMO POLITRAUMATIZADO

ANTONIO ERASTO VILLAR ROJAS (D.E.)
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

CUIDADOS DE LA PERSONA

En todo enfermo lesionado hay que tener en cuenta primordialmente su condición de persona. Según cómo se atiende y se cuida a esa persona, tendrá casi más efecto sobre su recuperación que el tratamiento de sus lesiones. Darle una atención inmediata, aun cuando se piense que su problema es trivial. Hay que tener en cuenta que no estaría en Urgencias si él o su familia no pensarán que su problema es lo suficientemente serio como para necesitar los cuidados de un profesional.

CUIDADOS AL ENFERMO GRAVEMENTE TRAUMATIZADO

1) Es muy importante mantener las emociones bajo control. A la vista de una lesión importante o grotesca, una expresión de asombro o alarma puede provocar en el paciente o su familia una profunda impresión.

2) Hablar al paciente, sabiendo o no, si él puede oír o entender. Dentro de este apartado, debemos tener en cuenta los siguientes puntos:

a) No alarmarlo hablando de la importancia de sus lesiones en su presencia.

b) Utilizar en la comunicación con el enfermo, siempre que sea posible, nombres familiares. Esto lo tranquilizará y relajará, ya que supone un trato más familiar y amistoso.

c) La utilización del nombre familiar es particularmente importante en los niños. Ejemplo: Al emplear el diminutivo de su nombre en un niño que permanezca con los ojos cerrados es posible que los abra, aun cuando no pueda hablar.

d) Es fundamental en el cuidado del enfermo traumatizado tener en cuenta que el dolor y la ansiedad pueden provocar respuestas airadas, incluso en personas que ordinariamente son tranquilas y se controlan. El profesional que inicia unos cuidados con el politraumatizado ha de tomar contacto con él como persona, pues si no se hace así se corre el riesgo de que el paciente se considere atacado y, en consecuencia, reaccionará resistiéndose y mostrándose agresivo.

e) Cualquier paciente seriamente lesionado necesita desesperadamente tranquilizarse. Le acaba de ocurrir algo tremendo y, frecuentemente, no está seguro si lo que le está ocurriendo en el Hospital es menos traumático. Es muy importante explicarle lo que se le va a hacer y porqué.

f) En presencia del paciente hay que mostrarse sonriente y con tono de voz tranquilizadora. Llevar a cabo un trato correcto y cordial.

ATENCIONES CON LA FAMILIA DEL PACIENTE

Es fundamental hablar con la familia, incluso cuando no hay nada específico que decir. La familia se tranquilizará cuando nota que se hace lo posible por aliviar su ansiedad. No se debe dejar a los familiares largos períodos de tiempo en la sala de espera sin noticias del paciente.

Estos contactos con los familiares pueden ser aprovechados para inquirir datos sobre posibles enfermedades y, en caso positivo, tratamiento que sigue el paciente. Respondiendo el familiar a estas preguntas puede parecerle que está ayudando a que su familiar sea asis-

tido y esto contribuirá a su tranquilidad.

Al hablar con frecuencia se podrá ir recogiendo información sobre la situación del paciente y qué le está pasando.

Tan pronto como sea posible, habrá que dejar que los familiares vean al paciente y hablen con él. Es importante que la familia esté en condiciones anímicas de infundir tranquilidad, pues en caso contrario un alarmismo o susto sería contraproducente.

HISTORIA DE LA LESION ACTUAL

Es fundamental poseer la mayor cantidad posible de datos sobre el accidente, lo cual nos facilitará la localización de las lesiones. Para ello nos haremos las siguientes preguntas:

A) ¿QUE TIPO DE FUERZAS SE HAN EJERCIDO SOBRE EL CUERPO?

Con ello podremos obtener pistas sobre la importancia de la lesión y sugerir posibles lesiones asociadas. Ejemplo: Conociendo que el paciente se ha caído de un tejado, podremos sospechar fractura de calcáneo y posibles fracturas o aplastamiento de una o más vértebras. Si se ha caído de una moto y se golpeó la cabeza con el mentón, nos indicará un traumatismo de cabeza o cuello más probablemente que una fractura de extremidades.

B) INQUIRIR LA CAUSA DE LA LESION. Para ello debemos preguntarnos:

1. ¿Una caída? Se debe preguntar:



- ¿de qué altura cayó?
 - ¿cuál fue la causa de la caída?
 - ¿sobre qué cayó?
2. **¿Un golpe?** Se debe preguntar qué le golpeó:
- ¿un puño?
 - ¿una porra?
 - ¿se le cayó un poste?
3. **¿Accidente de tráfico?** Informarse de qué tipo de vehículo (las probabilidades de lesiones serias son mayores en coches pequeños que en grandes).
- ¿fue despedido del vehículo?
 - ¿fue atrapado debajo de él?
 - ¿dio vueltas el coche?
4. **¿Cuánta sangre ha perdido?**
5. **¿Cuáles fueron los siguientes signos o síntomas?**
- ¿confusión? ¿de qué manera se manifestaba?
 - ¿incapacidad para responder preguntas?
 - ¿actividad inapropiada?
6. **¿Ha tenido pérdida de conciencia?** Para ello hay que preguntar si fue inmediatamente después del accidente o pasado un período de tiempo, a la vez que ver el tiempo que permaneció inconsciente.

Además debemos tener en cuenta los siguientes puntos:

- Comprobar si existen paresias o parálisis, trastornos sensitivos, pares-

tesias, insensibilidad, etc.

- Comprobar la posibilidad de que hubiera trastornos visuales.

- Inquirir la posible existencia de vómitos o mareos.

- Si existe dolor, preguntar su localización e intensidad.

- Comprobar si existe palidez o cianosis.

- Comprobar los signos vitales: pulso, T.A., respiración, etc.

ASISTENCIA INMEDIATA A POLITRAUMATIZADOS.

MOVILIZACION DE ENFERMOS POLITRAUMATIZADOS

El examen y cuidados iniciales deben orientarse, en primer lugar, a salvar la vida del enfermo, y en segundo lugar, a salvar el miembro. Las lesiones óseas suelen ser las más aparentes, pero pueden no ser las que necesiten atención prioritaria, a menos que condicionen de manera importante la situación crítica del enfermo.

EVALUACION Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE RIESGO VITAL

Al ingreso del enfermo, debemos hacer las siguientes comprobaciones:

- 1) **COMPROBAR LOS PULSOS DE AMBOS LADOS**, para lo cual hay que tener en cuenta que los pulsos periféricos pueden palparse con dificultad. El carotideo puede ser difícil en pa-

cientes con cuello grueso, sin embargo los femorales serán los más fáciles y seguros. Es importante, si existe dificultad en palpar los pulsos, que otro compañero compruebe sobre la misma área.

La ausencia unilateral de pulso periférico puede indicar un espasmo o lesión de una arteria.

2) **COMPROBAR LA RESPIRACION.** Ante la presencia de un politraumatizado, con intenso traumatismo torácico, nos podremos encontrar con fracturas múltiples costales, generalmente de tres a diez costillas rotas. Ante esto, se suele producir un «Tórax paradójico» (las paredes del tórax no se mueven a la vez).

A continuación debemos estudiar los siguientes **signos y síntomas**:

a) **Movilidad paradójica** de las paredes torácicas. El lado lesionado se mueve hacia adentro en cada espiración.

b) **Respiración trabajosa y ruidosa.** Al acumular el carbónico y disminuir el oxígeno, el paciente tratará de incrementar la frecuencia y profundidad de las respiraciones.

c) **Imposibilidad de toser y de expirar.**

d) **Cianosis.**

e) **Crepitación de los extremos óseos con los movimientos respiratorios.**

Una vez llevadas a cabo todas estas comprobaciones y evaluaciones, pasaremos al tratamiento.

TRATAMIENTO: Lo llevaremos a cabo de la siguientes forma:

Inicialmente, colocaremos al paciente sobre el lado lesionado para aliviar el dolor. Lo colocaremos sobre una superficie rígida, que le sirva de férula al lado lesionado, y así en esta posición permitirá al pulmón no afectado expandirse totalmente.

El tratamiento definitivo es proporcionar al paciente respiración asistida con un respirador de volumen controlado. La presión positiva expandirá el pulmón, proporcionando una protección interna.

En caso de una herida abierta desde pulmón o cavidad pleural a superficie cutánea, el aire impulsado del tórax a través de esta herida puede colapsar el pulmón.

Es importante, en este caso, cubrir la herida con un drenaje de gases, recubierto con una gasa impregnada en vaselina. Se debe realizar inmediatamente después de una espiración, para reducir al mínimo el aire libre en el tórax.

SHOCK

El shock es el mecanismo de defensa del organismo contra una importante lesión corporal.

CAUSAS QUE PUEDEN PRODUCIRLO

- a) Importante pérdida de sangre.
- b) Dolor excesivo.
- c) Lesión del Sistema Nervioso Central.

FACTORES COADYUVANTES

- a) Ansiedad.
- b) Ausencia de cuidados en el transporte del paciente, por producir gran cantidad de dolor.

TIPO DE LESIONES QUE PUEDEN SER CAUSA DE SHOCK

a) Lesiones múltiples, en las cuales, además de las fracturas, puedan existir lesiones internas (hígado, bazo, etc.).

b) Fracturas no inmovilizadas, que pueden producir gran dolor y hemorragias.

c) Lesiones por aplastamiento que cursan con lesiones internas.

d) Atrapamiento. Si un miembro es atrapado en una máquina y la extremidad es arrastrada al interior de ésta puede producir un daño irreversible.

e) El trauma psicológico también contribuye a su aparición.

CONDUCTA A SEGUIR

a) Ante un paciente en estado de ansiedad el mejor cuidado inicial es calmarlo.

b) Comprobar el aspecto de las extremidades lesionadas con las sanas, para detectar la posibilidad de que hubiera hemorragia en los tejidos blandos. Un aumento aproximado de dos centímetros y medio en la circunferencia del muslo de un adulto puede indicar la pérdida de 250 cm. de sangre.

c) Ante el paciente que presenta una importante deformidad que haga

sospechar una fractura, se debe inmovilizar con férula antes de enviarlo a radiología o mientras se realizan pruebas complementarias.

d) Movilizar poco al enfermo y con la mayor suavidad posible. Mientras se realizan pruebas complementarias o tratamientos no definitivos se debe coger la camilla con el enfermo y no el enfermo de la camilla.

e) Conservar el calor del cuerpo. Cortar y quitar las ropas mojadas. Es muy importante no movilizar al paciente para quitarle la ropa. Envolverlo en mantas. No se le debe aplicar calor externo, pues esto favorece la dilatación de los vasos periféricos, lo cual puede provocar un descenso de la presión arterial y pérdida de líquidos por transpiración sudoral.

f) No dar líquidos por vía oral e instaurar la citada administración de líquidos por vía intravenosa.

g) No poner al enfermo en posición de Trendelenburg, pues le produciría un desplazamiento de las vísceras abdominales contra el diafragma, dificultando de esta forma la respiración. Además, si el enfermo tuviera una lesión en la cabeza, provocaría un edema intracraneal.

HERIDAS PENETRANTES CON CUERPOS EXTRAÑOS

Si el paciente tuviera un cristal, un cuchillo u otro cuerpo extraño que penetre en su cuerpo, no se debe de quitar nunca, pues produciría una hemorragia masiva.

TRAUMATISMOS CRANEALES

Los traumatismos craneales ocurren frecuentemente, junto con otras lesiones. Si el paciente puede haber sufrido un traumatismo craneal debe presuponerse una lesión seria hasta que pueda ser excluida. Para ello debemos tener en cuenta:

1) IMPEDIR LA PROGRESION DE SINTOMAS

a) Levantar la cabeza unos 30° del nivel de la cama para crear una presión venosa negativa y evitar el edema intracraneal.

b) Retirar la almohada para prevenir la congestión de las venas del cuello y/o la obstrucción de las vías aéreas.

c) Aplicar oxígeno inmediatamente. Al disminuir el nivel de oxígeno en el cerebro éste se edematiza, interrumpiendo el riego sanguíneo.

2) EXPLORACION CLINICA

a) **Signos vitales:** Una temperatura elevada puede indicar compresión del hipotálamo, a la vez que un pulso lento con una presión sanguínea elevada puede indicar que el corazón está bombeando con fuerza para perfundir un cerebro isquémico.

b) **Ojos:** Ver si las pupilas están dilatadas, isocóricas, anisocóricas o reactivas.

c) **Oído y olfato:** Comprobar si el paciente puede oír y oler. Además comprobar si tiene pérdida de L.C.R. por nariz y oído.

d) **Reflejos:** Comprobar si están conservados. Si existe o no reflejo de Babinski. Comprobar las posibles alteraciones unilaterales.

e) **Movilidad:** Comprobar la fuerza y coordinación de los dos lados. Ver si existen movimientos no intencionados. Ver si hay asimetría facial.

f) **Estado sensitivo:** Ver si responde a estímulos negativos y de qué manera responde.

g) **Lenguaje:** Comprobar si su lenguaje es vacilante, afásico, etc.

h) **Estado mental:** Para lo cual debemos tener en cuenta:

— **Nivel de conciencia,** comprobando si responde preguntas, si las respuestas son apropiadas, lentas o incoherentes.

— **Orientación,** evitando hacerle preguntas de fácil respuesta (SI-NO), para que requiera tener conciencia de lo que responde. Hacerle preguntas que le obliguen a emplear su memoria y tener conocimiento del ambiente que le rodea (nombre, dirección, etc.).

i) **Signos generalmente asociados con hipertensión craneal:**

- Dolor de cabeza.
- Necesidad de concentrarse para respirar.
- Trastornos visuales.

LESIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Debemos tomar como normativa principal en este tipo de lesiones los si-

guientes puntos:

— Tratar toda lesión en columna o cuello como si fuera una fractura, ya que el no hacerlo así podría causar una parálisis o incluso la muerte.

— Tratar todo el cuerpo como una sola pieza y mantener la columna completamente alineada.

— Evitar las torsiones o los balanceos.

— Evitar los movimientos de las extremidades, puesto que movilizan también la columna.

LESIONES EN EL AREA DEL HOMBRO

FRACTURAS LUXACIONES: La sintomatología que presenta este tipo de lesión es la siguiente:

a) Dolor localizado que aumenta con el movimiento.

b) Inflamación local.

c) Deformidad. Puede existir una protuberancia a nivel de la clavícula o una deformidad a nivel de la articulación acromio-clavicular, o bien en la articulación clavículo-humeral.

d) Posición anormal del miembro. Ejemplo: En la luxación anterior del hombro existe una deformidad (prominencia) en la cara anterior. El paciente sujeta su brazo en abducción, notándose un brazo demasiado largo y de contorno angular. Los movimientos del hombro son imposibles. El dolor muy intenso.

Tratamiento: Para este tipo de lesiones, el enfermo se encontrará confortable con el brazo en cabestrillo, adosado al tórax, hasta instaurar tratamiento definitivo, ya sea quirúrgico o bien inmovilización por vendaje simple o de yeso (ocho de guarismo, Velpeau, Yeso colgante, etc.).

Estos pacientes se han de trasladar en posición sentada, ya que en posición supina la fuerza de la gravedad empuja el brazo hacia atrás, aumentando la presión y el dolor.

LESIONES DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES

FRACTURAS DE CUELLO O DIAFISIS DEL HUMERO: La sintomatología es la siguiente:

a) Dolor que aumenta con el movimiento.



b) Edema en el lugar de la fractura.

c) Deformidad, que puede ser ligera o importante.

d) El paciente no puede mover el brazo y reacciona con intenso dolor si forzamos el movimiento.

Tratamiento: Colocar el brazo en cabestrillo y transportar al paciente en posición sentado para aliviar el dolor.

LESIONES EN EL CODO: Dentro de estas lesiones nos podemos encontrar con las luxaciones (anterior y posterior) y las fracturas localizadas in situ. Todas estas lesiones nos darán las siguientes sintomatologías:

a) Dolor agudo.

b) Imposibilidad de movilización, pues el brazo estará flexionado (luxación posterior) o en extensión (luxación anterior).

c) Deformidad.

Tratamiento: No deben palpase las zonas afectadas, pues estas lesiones son muy dolorosas. Habrá que colocar una férula en la posición en que recibimos al paciente. Cualquier movimiento que intentemos hacerle al paciente nos podría conllevar a provocar lesiones neuro-vasculares. Además, debemos comprobar con frecuencia el pulso y la temperatura de la mano para detectar la aparición de posible afectación circulatoria.

LESIONES EN ANTEBRAZO Y MUÑECA: Nos encontraremos con la siguiente sintomatología:

a) Dolor y deformidad (Ej. dorso de tenedor en el colles).

b) Crepitación de los fragmentos óseos. Al seguir con los dedos las líneas óseas, el dolor aumenta en el lugar de la fractura.

Tratamiento:

— En el caso de ser posible, reducir la fractura e inmovilizar con férula.

— En el caso de no ser posible la reducción, colocar la férula en la misma posición en que está el miembro. En las fracturas diafisarias incluir el codo en la inmovilización para evitar la prono-supinación del antebrazo.

— Estudio radiológico. Una vez diagnosticada, el tratamiento puede ser quirúrgico o inmovilización mediante yeso.

LESIONES DE LA MANO: Nos encontraremos con la siguiente sintomatología:

a) El dolor y el edema suelen ser importantes.

b) La deformidad puede ser no apreciable o, por el contrario, muy aparente.

Tratamiento:

— En las fracturas de falange, el

tratamiento definitivo puede ser una férula de aluminio digital que inmovilice el dedo, mano y muñeca.

— En fracturas que afecten a más de un dedo o se localicen en los metacarpianos o huesos del carpo se colocará férula o yeso antebraquial.

— Elevar la mano por encima de la altura del corazón para evitar el edema.

LESIONES DE LA PELVIS

Dentro de estas lesiones nos podremos encontrar con dos tipos:

1) **FRACTURA DEL ANILLO PELVICO EN UN SOLO SITIO**, que nos dará los siguientes signos:

- El desplazamiento es pequeño.
- Es posible que el paciente pueda caminar a pesar de la fractura.
- Es muy rara una lesión intrapélvica.

2) **FRACTURA DEL ANILLO PELVICO EN DOS O MAS SITIOS**, que nos dará los siguientes signos:

— Los fragmentos del anillo están desplazados, lo cual provoca frecuentemente una lesión urogenital con hemorragia y shock.

— En los traumatismos pélvicos es importante colocar una sonda uretral para localizar una posible lesión urológica (vejiga).

— El dolor y la inflamación son difusos e importantes.

— El dolor aumenta con los movimientos y la tos.

CAUSAS

A) **FRACTURAS POR COMPRESION O APLASTAMIENTO**

— Fuerzas anterolaterales producen fracturas de ambas ramas púbicas, con el segmento central empujando al interior de la pelvis.

— Fuerzas laterales producen fracturas de la pared lateral en dos sitios y desplazan la cadera dentro de la pelvis.

B) **FRACTURAS POR EFECTO BISAGRA**

— La sínfisis del pubis es forzada a separarse. Un lado de la pelvis permanece intacto, pero el otro lado tiene fracturas delante y detrás, ya que la ar-

ticulación sacroiliaca actúa como una bisagra y la sínfisis tiende a separarse.

C) **FRACTURAS POR FUERZAS VERTICALES**

— Una caída desde una cierta altura sobre una pierna produce fracturas de Ilión y Pubis de ese lado y empuja este lado de la pelvis hasta arriba.

Tratamiento:

— Colocar al paciente sobre una camilla rígida, poniendo el máximo cuidado en evitar cualquier movimiento, ya que esto aumentaría el daño pélvico.

— Evitar los movimientos de las piernas.

— Colocar al paciente en posición supina.

— No colocarlo de lado, ya que aumentaría el dolor e incluso podría agravar la lesión.

LESIONES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

Dentro de este apartado nos podremos encontrar con:

A) **LUXACION DE CADERA:** La luxación posterior es la más frecuente y generalmente es provocada por un intenso golpe sobre las rodillas flexionadas. Esta lesión está frecuentemente asociada a una fractura de la cabeza del fémur o de la diáfisis femoral.

La sintomatología que presenta es la siguiente:

— La pierna aparece acortada y en abducción, rotación medial y ligeramente flexionada.

— La cabeza femoral se puede palpar por detrás del cótilo.

— No es posible ningún movimiento.

Tratamiento: Intentaremos enderezar la pierna colocando almohadas alrededor de ella para mantenerla en posición correcta.

B) **FRACTURA DE CADERA:** Se producen con más frecuencia en personas de edad avanzada, generalmente después de una caída. En personas jóvenes sólo es posible después de un traumatismo importante.

La sintomatología es la siguiente:

— La pierna aparece acortada, rotada interno-lateralmente y ligeramente flexionada.

— Las personas jóvenes tendrán un fuerte dolor, generalmente localizado en la ingle.

— En personas de edad, el dolor puede no ser muy intenso. La fractura está generalmente impactada y el paciente puede incluso andar.

— En el caso de fractura no impactada, el paciente no puede levantar la pierna.



CURSOS - JORNADAS - CONGRESOS

II JORNADAS HISPALENSES DE NUTRICION.

Lugar: Sevilla.
 Fechas: 18-19 Noviembre 88.

ENFERMERIA EN DIETETICA Y NUTRICION.

Lugar: Alicante.
 Fechas: 27-29 Octubre 88.

OSTOMIAS, FISTULAS DIGESTIVAS Y/O CRONOLOGICAS E INCONTINENCIAS.

Lugar: Palencia.
 Fechas: 27-29 Octubre 88.
 Organizado por Direc. Enfermería Hospital Arnau Vilanova.

IX CERTAMEN DE ENFERMERIA ESPAÑOLA.

Lugar: Ciempozuelos.
 Fechas: Presentación de trabajos hasta el 4 de Febrero 1989.
 Organizado por la Escuela de Enfermería San Juan de Dios.

ENFERMERIA - SALUD - SOCIEDAD.

Lugar: Santander.
 Fechas: 1-3 Diciembre 88.
 Organizado por A.E.E.D.
 c/. San Martín de Porres, 4-3º
 28035 Madrid.

CERTAMEN NACIONAL ENFERMERIA SOBRE HISTORIA, ADMINISTRACION, ASISTENCIA, INVESTIGACION, ETC.

Lugar: Málaga.
 Fechas: Presentación de trabajos hasta el 28 de Octubre.
 Organizado por la Dirección Enfermería del Hospital Regional de Málaga.

II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA ONCOLOGICA.

Organiza la S.E.E.O.
 Valencia, 18 al 21 de Mayo 1989.
 Secretaría: Mª Dolores Soler.
 Servicio de Hematología.
 Hospital «La Fe».
 Teléfono 340 60 11 ext. 130.

La SOCIEDAD ANDALUZA DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPE- DIA, con el patrocinio de CASTRO- CERDAN, convoca su concurso anual de premios a trabajos científicos sobre la especialidad, con arreglo a las si- guientes:

BASES

* Estarán destinados a Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados de Enfermería que ejerzan dentro del ámbito de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia (Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga, Sevilla, Ceuta y Melilla).

* El trabajo versará sobre un tema libre de investigación en Traumatología u Ortopedia (clínico o experimental), y está dotado con:

1º PREMIO DE 200.000 PTS.

2º PREMIO DE 100.000 PTS.

* Los trabajos para optar a estos premios deberán enviarse a la sede de la Sociedad: Avenida de la Borbolla, 47. 41013 Sevilla, por duplicado, antes de las veinticuatro horas del día 31 de Diciembre de 1988.

Será imprescindible que vaya

IX CONGRESO SOCIEDAD ANDALUZA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA.

IV JORNADAS SOBRE ENVEJECIMIENTO DEL INSTITUTO GERONTOLOGICO ANDALUZ

Cádiz/Jerez 30 Noviembre, 1-2-3 Diciembre 1988.
 Información: Apdo. de Correos 595. CADIZ.
 Teléfonos: (956) 22 60 00 - 89 14 77

V JORNADAS DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA ENFERMERIA.

Lugar: Madrid.
 Fechas: 23-26 de Noviembre 88.
 Organizado por Hospitales de Madrid.

I JORNADAS SOBRE PSIQUIATRIA COMUNITARIA.

Lugar: Ciempozuelos-Madrid.
 Fechas: 17-18 de Noviembre 88.
 Organizado por Hnos. San Juan de Dios.

acompañado de un resumen de 10 a 20 folios, más bibliografía e iconografía, para ser publicado en la Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia.

* El jurado quedará constituido por el Presidente, Vicepresidente y Senado de la Sociedad, actuando como secretario el titular de la misma.

* Los trabajos serán juzgados y calificados con arreglo a los Estatutos en el primer mes de 1989 y dados a conocer a los autores.

* La entrega de los premios será realizada como acto público solemne en el curso de la reunión científica siguiente al fallo.

* Se remitirán bajo forma de lema y plica, de tal modo que no pueda ser identificado con anterioridad al fallo el autor o autores.

* El trabajo debe ser original y no publicado.

* Los premios podrán ser declarados desiertos si, a juicio del tribunal calificador, ningún original reúne la calidad suficiente para su concesión. En este caso, el importe del mismo no será acumulativo.

CENTRO DE ENSEÑANZA Y DIFUSION DE LA ACUPUNTURA TRADICIONAL CHINA.

Presidente de Honor: Dr. Nguyen Van Nghi.
 Director de Enseñanza: Dr. José A. Roquet.

22 OCTUBRE I CURSO BASICO DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA.

Impartido por el Maestro Dr. José L. Padilla.
 Un fin de semana al mes, sábado de 9,30 a 13 h. y de 16 a 19 h. Domingo de 9,30 a 13 h., durante 10 meses.

Curso organizado y patrocinado por IBB NOWA. (Médicos y ATS/DE).

14 NOVIEMBRE ACUPUNTURA TRADICIONAL Y TECNICAS AFINES.

Teoría y práctica básica. Licenciados en Medicina. Lunes de 18 a 22 h. (Mínimo un año académico.)

15 DE NOVIEMBRE ACUPUNTURA TRADICIONAL Y TECNICAS AFINES.

Teoría y práctica básica. Licenciados en Medicina. Martes de 9,30 a 12,30 h. (Mínimo un año académico.)

22 Y 23 OCTUBRE JORNADAS DE LASERTERAPIA.
 Impartidas por el Dr. José A. González-Díaz.

12 Y 13 NOVIEMBRE JORNADAS DE MESOTERAPIA Impartidas por el Dr. José A. González-Díaz.
 Sábado y domingo mañana. De 10 a 13 h. y de 16 a 19 h.

FECHAS Y PROGRAMA POR CONCRETAR II CONGRESO CEDATC

En el mes de noviembre, fecha a concretar, una jornada en la que se darán cita conocidos maestros de la Acupuntura, Laser, Mesoterapia, etc.

Próximamente programa de temas.

INFORMACION Y MATRICULA en C/. Roger de Lluria, 120, pral. y bjs.
 Teléfonos 207 59 50 y 207 59 22.
 Esperamos su visita.

Sevilla 88

C O N G R E S O
N A C I O N A L D E
E N F E R M E R I A
D E U R G E N C I A

Sevilla, 3, 4 y 5 de Noviembre 1988

Secretaría: Equipo de Enfermería del Area de Urgencias
del Hospital Universitario "Virgen Macarena"