

Nº 6 - OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE 1988



Hygieia

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

DIETETICA Y ALIMENTACION PARENTERAL

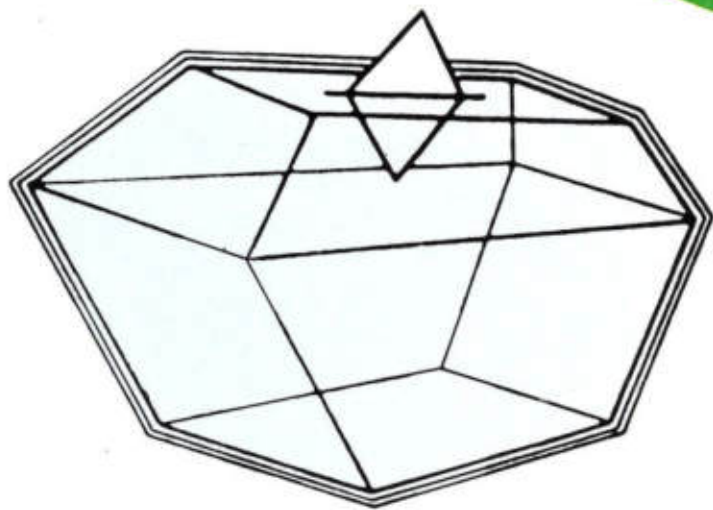
IMPLANTACION DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA EN LABORATORIOS

ENFERMERIA. UNA PROFESION QUE LA SOCIEDAD TIENE QUE VALORAR



Con Tu Voto

DECIDES



*¡VEN A **VOTAR** POR TU PROFESION!*

¡QUE NO ELIJAN POR TI!

EDITORIAL

1989: POR UNA ENFERMERIA MAS DIGNA Y COHESIONADA

Cuando el sexto número de nuestra Revista Institucional HYGIA vea la luz, el 1989 seguro que tendrá consumido casi un mes de su calendario. Estaremos, pues, ante un nuevo año que, sin duda alguna, pondrá a prueba los resortes del sistema sanitario en relación con la Enfermería profesional.

Acabó el 88 y latente quedó, casi como flotando, el conflicto provocado por un Plan de Estudios que, excepto en el Consejo de Universidades, sólo propició repulsas, rechazos y manifestaciones contrarias en los distintos sectores de la Enfermería y, si nos apuran, de la Sanidad entera. Pero la pelota sigue en el aire, por usar términos deportivos, y los cientos de miles de profesionales A.T.S./D.E. no deben, no deberíamos, dar por concluso el «encuentro» porque es mucho lo que está en juego para dejarlo todo al albor de otras decisiones con otros intérpretes.

Por lo que respecta a Sevilla y a nuestro colectivo más cercano, algo muy importante se fraguó en el discurrir de los últimos meses al hilo del esencial punto que comentamos: pocas veces la Enfermería sevillana se encontró más cohesionada, unida y predispuesta que en la actualidad. Cierro es que siempre habrán —y hasta deben existir— voces discrepantes en un colectivo que arroja a casi 6.000 seres humanos. Pero la grandeza del actual espíritu profesional es que los disonantes lo han sido, y son, por querer ir más lejos, más rápido y más tajantemente en lo que supone la defensa de nuestros sagrados intereses como profesionales de la Sanidad. Pocas veces ha podido constatar-se este fenómeno como también pocas veces ha podido reflejarse dicho estado en los medios de comunicación, con una presencia casi «A FAVOR» de una Sanidad mejor y más factible de la mano de los A.T.S./D.E.

Por todo ello, y como prólogo a esta Revista HYGIA de marcado carácter técnico-científico, saludemos el año 89 bajando al terreno de las realidades para aguardar un calendario seguro que preñado de problemas. Pero, frente a ello, desde la confianza de unos A.T.S./D.E. sevillanos más unidos que nunca en pos de la definitiva dignificación profesional. Pero, ¡jojo!: que nunca será ni suficiente, ni definitiva...

Maite Brea Ruiz



EDITA:

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

DIRECTOR:

José M^º Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA:

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

OCTUBRE
NOVIEMBRE
DICIEMBRE

6

—EDITORIAL	3
—SUMARIO	4
—ATENCION DE ENFERMERIA EN LA FRACTURA DE CADERA	5
—ATENCION DE ENFERMERIA ANTE UN PROCESO DE ANESTESIA LOCAL	10
—RADIOGRAPHY NEWS	13
—NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS DIABETICOS SOBRE SU ENFERMEDAD	17
—CONCURSO FOTOGRAFICO	23
—NUTRICION PARENTERAL EN PACIENTES HEMATOLOGICOS	25
—NUEVAS TECNICAS DE REPRODUCCION HUMANAS ..	30
—EL PRACTICANTE SEVILLANO	34
—ENFERMERIA: UNA PROFESION QUE LA SOCIEDAD TIENE QUE VALORAR	37
—ANALISIS CLINICOS	39
—ENFERMERIA ANTE LOS DESEQUILIBRIOS HIDROELECTROLITICOS	47
—CONGRESO DE URGENCIAS	53
—III JORNADAS DE SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION SANITARIA	54
—UN BASTON DE EBANO	56
—PREMIOS NOBEL DE MEDICINA	57
—II JORNADAS DE NUTRICION	58
—BECAS CONCEDIDAS	59
—BECAS DE ESTUDIO	60
—CURSOS, JORNADAS Y CONGRESOS	61

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.



Cazorla

Autor: A. García Nieto

ATENCION DE ENFERMERIA EN LA FRACTURA DE CADERA

Srta. JUANA PAREDES DE LA BARRERA (A.T.S./D.U.E.)

Servicio de Traumatología del Hospital Clínico de Sevilla

INTRODUCCION

Hemos elegido este tema: fractura de cadera, por la incidencia que ésta tiene en nuestra Unidad de Traumatología. La mayoría de los pacientes corresponden a la tercera edad, y junto a su enfermedad presentan, frecuentemente, un problema social, ya que gran número de ellos viven solos y en una situación de higiene y alimentación que dejan mucho que desear.

En bastantes ocasiones nos ingresan deshidratados y desnutridos, bien por su soledad, otras veces por su dejadez e incluso, en otras, por carecer de medios económicos para subsistir.

No son solos los problemas de carencias materiales, sino que a veces también influyen aquellos problemas de contenido afectivo-social y de soledad.

OBJETIVO GENERAL

Llevar a cabo un Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) en una paciente imaginaria, que pudo estar ingresada en nuestra Unidad de Traumatología, y en cuya aplicación y asistencia debemos priorizar las necesidades y las circunstancias determinadas de la paciente.

OBJETIVO ESPECIFICO

- * Evitar las complicaciones.
- * Darle una estancia cómoda y agradable, dentro de lo posible.
- * Disminuir su período de hospitalización.
- * Que la paciente pueda integrarse de nuevo en la sociedad.

Pasemos entonces a recordar de una manera superficial lo que entendemos como fractura y, concretamente, fractura de cadera, los mecanismos de

acción, al igual que sus complicaciones.

Se denomina fractura a toda solución de continuidad que se origina en un hueso.

Para que se produzca tal fractura en un individuo sano es necesario que haya un traumatismo previo: directo o indirecto, toda vez que en determinadas ocasiones o circunstancias este requisito no se cumple, y es por lo que entonces se les denominan fracturas patológicas. Nos estamos refiriendo a su estado de salud.

Las fracturas de cadera tienen gran importancia por dos motivos esenciales:

1º Porque ponen en peligro el pronóstico vital de ese paciente, dada su avanzada edad, ya que son los más frecuentes. Actualmente la mortalidad ha descendido bastante debido a los avances de las técnicas, que son menos traumáticas e incruentas. Sin embargo, podemos adelantar que tienen un mayor índice de incidencia en la mujer que en el hombre, debido a la osteoporosis que en aquéllas se presentan motivada por la menopausia.

2º Porque amenazan en cualquier edad el pronóstico funcional de la cadera.

Los mecanismos de producción pueden ser directos e indirectos, como anteriormente hemos citado:

* Entendemos como mecanismos directos aquellos cuando el traumatismo es recibido directamente sobre la zona afectada: cadera.

* Los indirectos serán aquellos que se localizan en otra zona distinta, la rodilla por ejemplo, y que por compresión repercute en otra zona distinta, en este caso la cadera.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La existencia del antecedente traumático, la edad del paciente y la posición característica del miembro afectado son los elementos orientativos, observándose:

- * Acortamiento del miembro en rotación externa y aducción.
- * Dolor.
- * Impotencia funcional.
- * Hematoma tardío.

COMPLICACIONES VITALES

Son complicaciones precoces en relación con la vejez del paciente, relacionado principalmente por su posición en decúbito, ya que el tratamiento quirúrgico está dirigido esencialmente a movilizarlos lo más pronto posible.

Estas complicaciones pueden ser:

- * Respiratorias: infecciones, edema agudo de pulmón...
- * Urinarias: junto a la incontinencia o retención de orina, también las infecciones.
- * Cardiovasculares: infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, etc...
- * Tromboembólicas: flebitis, con la amenaza que supone la embolia pulmonar.
- * Por último, la aparición de escaras y la amenaza de la caquexis, junto a la atrofia muscular.

Todas estas complicaciones deberán de preverse por medio de un tratamiento precoz y unos cuidados de Enfermería constantes.

DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE: Carmen García Pérez
SERVICIO: Traumatología

EDAD: 65 años

SEXO: Mujer.

ANAMNESIS

a) Antecedentes mórbidos previos al ingreso:

- * Hipertensión arterial, controlada con dieta específica.

- * Diabetes Mellitus: insulín dependiente.

- * Retinopatía diabética.

b) Motivos del ingreso:

El día 1º de enero de 1987 ingresa en nuestra Unidad de Traumatología la paciente Carmen García Pérez procedente del Servicio de Urgencia. Dicha paciente había sufrido una caída casual en su domicilio, presentando en el miembro inferior derecho importancia funcional, con deformidad, acortamiento y rotación externa del mismo.

La paciente trae, junto a su Historia Clínica, analítica de urgencia, E.K.G. y Rx. de cadera y tórax.

Tiene ya colocada una tracción.

DIAGNOSTICO MEDICO

- * Fractura pertrocanterea miembro derecho.

TRATAMIENTO MEDICO

- * Tracción de 5 Kg.
- * Analgésicos si dolor.
- * Antiinflamatorios, cada 8 horas.
- * Anticoagulante, cada 12 horas.
- * Controles de glucemia, glucosuria y cetonuria.

- * Insulina, según pauta, cada 6 horas.

- * Dieta de 1.700 calorías, hiposódica.

OBSERVACIONES

Carmen García Pérez ingresa en Unidad de Traumatología presentando las alteraciones descritas anteriormente por fractura pertrocanterea miembro derecho.

- * Temperatura: 36° C.
- * Presión arterial: 170/90, que se controla con una dieta hiposódica.
- * Pulso: 80 p/m.
- * Respiración: 26 r/m.

El aspecto de la piel es de haber estado aseado e hidratado, aunque pre-

senta algo enrojecida la zona del sacro. La paciente es de complexión obesa.

Tiene disminuida la visión debido a una retinopatía diabética producida por su Diabetes Mellitus que padece desde hace 10 años, compensada con tratamiento insulínico y una dieta de 1.700 calorías. Nos comunica que necesita ayuda para comer. Tiene puesta una prótesis dental completa.

El estado emocional, aunque colabora, está triste y asustada, comentándonos que está preocupada porque no sabe si podrá andar como antes, toda vez que ella vive sola con una hermana, mayor que ella.

Después de haber entrevistado a la paciente, como resultado de esta valoración, pasamos al Diagnóstico de Enfermería: identificación y alteración que existe en las satisfacciones de dichas necesidades.

Estos problemas prioritarios, junto con el grado de conciencia, la edad de la paciente y el grado de incapacidad, requieren intervención inmediata, aquellos problemas que amenazan su vida.

También merecen prioridad los problemas potenciales, que son los que amenazarían la seguridad de la paciente y al ser previstos dejan de ser un riesgo.

No hay que dejar de considerar aquellos problemas que, sin constituir un riesgo grave para la paciente, la mantengan muy molesta y angustiada.

Vista así la situación, estaremos dando una Enfermería que consideramos para la paciente con sus gustos, inquietudes y ansiedades.

Ante esta paciente, creemos que los problemas o diagnósticos de Enfermería son los siguientes:

- * Seguridad psicológica.
- * Problema real de bienestar.
- * Incapacidad parcial para la higiene.
- * Problema potencial de la piel respecto a la inmovilización: úlcera por presión.
- * Incapacidad fecal potencial.
- * Problema potencial de la función respiratoria.
- * Problema potencial de tromboembolismo.

(I). PROBLEMA REAL DE BIEN-ESTAR RESPECTO AL DOLOR

PROBLEMAS

- Alteraciones cardio-respiratorias.
- Estado de ansiedad.
- Alteración el patrón de sueño.

OBJETIVOS

- Reducir el dolor.
- Mejorar la movilidad.
- Aumentar la calidad y cantidad de descanso.

ACTIVIDADES

- Explicar la causa del dolor.
- Utilización de mantas o almohadas para la parte dolorida.
- Favorecer la relajación con masajes en el miembro opuesto al fracturado.
- Programación regular en la administración de analgésicos.

EDUCACION

- Enseñar técnicas de relajación.
- Enseñar técnicas de distracción.

(II). INCAPACIDAD PARCIAL PARA ALIMENTARSE

PROBLEMAS

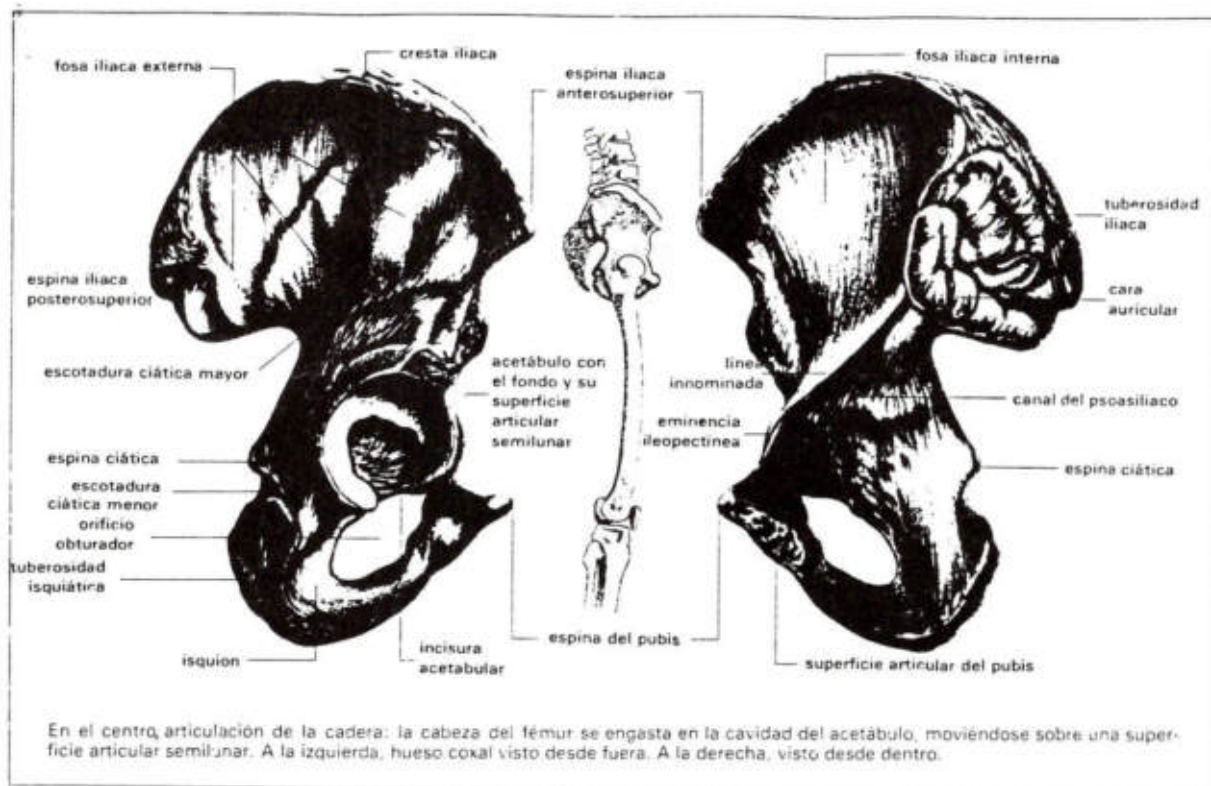
- Deficiencia nutricional.
- Dependencia.
- Aprendizaje.

OBJETIVOS

- Ingesta diaria: 1.700 calorías.
- Ingesta: 750 c.c. de líquidos por su hipertensión.
- Que la paciente realice su autocuidado en la alimentación con el nivel de independencia previsto.

ACTIVIDADES

- Ayudar a la paciente hasta que sea capaz de comer sola.
- Proporcionarle la dieta prescrita, repartida en cinco tomas, durante el día. Se realizará previamente los controles de glucemia y pautas de insulina.
- Cortarle los alimentos en trozos pequeños, para facilitarle la masticación.



— Llenarle el vaso hasta la mitad para que no se le derrame el contenido.

OBSERVACIONES

— Valorar cuándo está preparada para el autocuidado.

— Ver si las enseñanzas las aprende.

EDUCACION

— Enseñarle algunos métodos de comidas, como el utilizar el dedo para determinar el nivel del líquido en el vaso y, también, cómo disponer los alimentos de una forma específica.

— Explicarle la importancia de su dieta.

II). INCAPACIDAD PARCIAL PARA LA HIGIENE

— Debido a la deficiencia visual y a la inmovilización.

— Requiere la actuación de Enfermería.

PROBLEMAS O NECESIDADES

- Bienestar.
- Dependencia.
- Higiene.

OBJETIVOS

— Ojos, nariz, boca, cabello y piel

se encuentren limpios.

- Ausencia de olor corporal.
- El aliento no sea desagradable.
- Que pueda realizar ella misma su higiene.

ACTIVIDADES

— Proporcionarle todo el equipo y material necesarios, como es una palangana, toalla, jabón, etc..., y ponerlo a su alcance.

— Ayudarle en la higiene de aquellas zonas donde ella no alcance.

— El aseo y secado de los pies: secado y el corte de uñas en un diabético, catalogado como de máxima importancia.

— Limpieza de su prótesis dental y el lavado bucal con un antiséptico.

OBSERVACIONES

— Ver cuándo está preparada para su autocuidado.

EDUCACION

— Explicarle la importancia que tiene la higiene y, sobre todo, en el diabético.

(IV). PROBLEMA POTENCIAL DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

(Respecto a la inmovilización)

PROBLEMAS

- Alteración del bienestar.
- Ulceras por presión.

OBJETIVOS

— Conseguir la participación de la paciente en la prevención de las úlceras por presión.

— Que comprenda los fundamentos racionales de las actuaciones.

ACTIVIDADES

— Realizar cambios posturales que alivien las zonas más vulnerables, cada dos horas.

— La frecuencia de estos cambios deberá aumentarse si se observa que su zona enrojecida no desaparece con lo prescrito, es decir, cada dos horas.

— Mantener la cama tan plana como sea posible para así reducir la presión sobre los tejidos.

— Colocación de un «Mullipell», para que la piel evite los pliegues y roces de la sábana.

— Masaje sobre la zona enrojecida.

— Vigilancia y protección de los talones con medios apropiados: goma-espuma, roscos...

(V). INCAPACIDAD FECAL POTENCIAL

(Trastorno en la eliminación intestinal)

La paciente nos anuncia que suele tener deposiciones secas y duras, con una frecuencia, aproximada, de dos veces a la semana.

PROBLEMAS

- Estreñimiento.
- Bienestar.
- Dependencia.

OBJETIVOS

— Que la eliminación intestinal se efectúe con una frecuencia normal.

ACTIVIDADES

— Dieta equilibrada con abundantes frutas y verduras. También zumos naturales, sin azúcar. Adecuándola siempre a su dieta: 1.700 calorías.

— Adecuar la ingesta de líquidos establecida. Recomendando la ingestión de un vaso de agua templada media hora antes del desayuno, pudiendo actuar como estímulo para la evacuación intestinal.

— Ayudarle a colocarse la cuña y, si es necesario, elevarle la cama hasta una posición de Fowler elevada.

— En caso necesario administraremos un enema, anotándolo posteriormente si ha sido eficaz, igualmente el color, su consistencia y la cantidad.

(VI). PROBLEMA POTENCIAL DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA

(En relación con la inmovilidad)

PROBLEMAS

- De seguridad física.

OBJETIVOS

— Que la paciente realice los ejercicios de respiración profunda, por ejemplo, los suspiros.

— Lograr la máxima función pulmonar.

— Evitar las complicaciones pulmonares.

ACTIVIDADES

— Animarle a que respire profundamente y haga ejercicios controlados, para que tosa frecuentemente durante el día.

— Variar la posición de la cama, cambiando gradualmente la posición

horizontal y la vertical del tórax.

EDUCACION

— Explicarle la importancia de los ejercicios respiratorios.

(VII). PROBLEMA POTENCIAL DEL TROMBO

(En el caso de que en esta paciente no exista síntoma real de trombo)

PROBLEMAS

- Seguridad física.

OBJETIVOS

— No se producirán signos ni síntomas de formación de trombo.

— Si se produjesen, serán reconocidos con rapidez como un problema real y tratarlo de forma apropiada.

ACTIVIDADES

- Cambios posturales frecuentes.
- Correcta ingesta de líquidos.
- Desaconsejar prendas ajustadas.

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

— Ver y observar si se presenta inflamación.

— Posible aumento del tamaño de la pantorrilla.

— Comprobar si tiene hipersensibilidad.

NOTA IMPORTANTE

- Vigilar la hematología.

Un hematocrito elevado sugiere la deshidratación y la hemoconcentración de las células hace que la persona sea muy susceptible a la formación de trombos.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

PRE-OPERATORIA

— El día anterior a la intervención se le pondrá un enema para evitar posibles molestias en el post-operatorio.

— La paciente será informada sobre el pre y post-operatorio.

— Se quedará en ayuna desde la media noche del día anterior a la intervención.

— La misma mañana de su intervención se realizará el cambio de ropa de cama y el aseo personal.

- Retirada de su prótesis dental.
- Controles de glucemia y administrar la pauta de insulina prescrita.
- Poner pre-medicación media hora antes de su marcha al quirófano.

SEGURIDAD PSICOLOGICA

PROBLEMAS

- * Sentimiento de soledad y desamparo.

OBJETIVOS

* Que disminuya su estado de ansiedad.

* Conseguir la adaptación en medio hospitalario.

ACTIVIDADES

* Darle una información adecuada, asegurándole que se recuperará.

* Demostrarle afecto.

* Procurar su interrelación, tanto con el personal sanitario como con sus compañeras de habitación.

POST-OPERATORIO

La paciente nos llega a su habitación, procedente de «Sala de Despertar», sin ningún tipo de narcosis.

Tiene colocada una sonda uretral, nº 16. Drenaje aspirativo, comprobándole que éste funcione correctamente, al igual que la mencionada sonda sea permeable.

La presión arterial es de 160/80; pulso y la respiración son normales.

* Tratamiento quirúrgico: Tal como Ender.

* Tratamiento médico:

- Sueroterapia.
- Antibióticos I.V.
- Antiinflamatorios I.V.
- Analgésico, cada 6 horas.
- Anticoagulante, cada 12 horas.
- Continuar igual sus controles de glucemia y pauta de insulina.

DETECCIONES DE PROBLEMAS DE ENFERMERIA

POST-OPERATORIO

Durante las siguientes 48 horas, los problemas de Enfermería seguirán siendo los mismos:

- Problema real de bienestar.

- Incapacidad parcial para alimentarse.
- Incapacidad parcial para la higiene.
- Problema potencial de la integridad de la piel.
- Problema potencial de eliminación intestinal.
- Problema potencial de la función respiratoria.
- Problema potencial de tromboembolismo.

ACTIVIDADES

A las 24 horas se le retira la sonda rectal tras haberla pinzado cada 3 horas. Retirar la sueroterapia.

A las 48 horas se le retira el drenaje espirativo y se comienza a movilizar a la paciente progresivamente, ayudándola primero a sentarse en la cama, antes de ponerse de pie.

Sentarla en un sillón durante un par de días, hasta conseguir la deambulación, bien con unos bastones canadienses o con el andador, para que ella vaya cogiendo seguridad en el paso.

La herida operatoria se revisará diariamente y se realizará una limpieza de la misma con antiséptico y cubrir con el apósito. La retirada de puntos será al octavo o noveno día.

Se le pasa a una dosis diaria de «Insulatar», con controles diarios de glucemia.

Una vez que la paciente ha comenzado a deambular, los problemas potenciales de Enfermería desaparecerán y se le da prioridad a su situación afectivo-social y educacional.

OBJETIVOS

- * Disminuir la sensación de aislamiento.
- * Integración en la asociación de diabéticos y actividades socio-culturales de los grupos de jubilados.

ACTIVIDADES

- * Exponer el problema al Asistente Social.

* Darle información de los centros de «Tercera Edad».

EVALUACION

La evaluación es un paso más del Proceso de Atención de Enfermería, toda vez que si no evaluamos nuestras actividades no hay retro-alimentación (bio-feedback) y, por tanto, no podemos mantenerlas si éstas no son efectivas.

En el caso que nos ocupa, hemos comprobado los siguientes resultados:

* Respecto al problema real de bienestar, con relación al dolor, éste está disminuido y la administración de analgésicos se le está espaciando. La paciente duerme con normalidad y está más relajada.

* Colabora en su higiene y su aspecto está cuidado. La paciente se encuentra cómoda.

* Respecto a la piel, ha desaparecido la zona enrojecida del sacro.

* Está adquiriendo buena deambulación, de manera progresiva.

* Mediante nuestras actividades hemos conseguido una buena eliminación.

* Motivado por los ejercicios realizados de forma adecuada (fisioterapia respiratoria), no se han detectado complicaciones pulmonares.

* Se ha controlado su hematología, no habiéndose presentado problemas tromboembólicos.

* La paciente está tranquila, sonríe, colabora, participa y se ha adaptado bastante bien al ambiente hospitalario.

* Se le está preparando su alta hospitalaria.

INFORME DE ENFERMERIA

ENFERMERA: Juana Paredes de la Barrera (A.T.S./D.U.E.)

ESPECIALIDAD: Unidad de Traumatología

CENTRO: Hospital Clínico. Sevilla



FILIPPO

— Mamá, si quieres hacer algo por mí, ponte de cocinera en esta clínica.

SRTA. ENFERMERA: Tercer Nivel
CENTRO DE SALUD: Pino Montano
Sevilla

Carmen García Pérez, de 65 años de edad, ha sido dada de alta de esta Unidad, en la cual ingresó el día 1º de enero tras haber sufrido un traumatismo y como consecuencia del cual ha sido intervenida quirúrgicamente de una fractura petrocantérea.

Presenta una disminución visual como consecuencia de una retinopatía diabética, con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus (insulina dependiente).

Durante su estancia en este Centro se le han aplicado los cuidados de Enfermería pertinentes, los cuales han evolucionado favorablemente.

Recomendamos y creemos oportuno el seguimiento de su rehabilitación del miembro inferior derecho, hasta su total restablecimiento.

Vigilancia de las posibles complicaciones que puedan originarse de su hipertensión. Toma de tensión de las mismas en el período establecido en ese Centro.

Continuar con la educación y asesoramiento de su diabetes y su recomendable dieta.

Para completar cualquier duda que os pueda presentar la paciente, rogamos que nos comuniquéis a nuestro Servicio.

BIBLIOGRAFIA

- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. Lynda J. Carpenito.
- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

- Campbel.
- REVISTA «ROL» DE ENFERMERIA. Ediciones «ROL».

- ENFERMERIA CIENTIFICA.
- CUIDADOS DE ENFERMERIA. Du-Gas.

ATENCION DE ENFERMERIA ANTE EL PROCESO DE UNA ANESTESIA LOCAL

M^a DOLORES ALVAREZ MARCHENA (D.U.E.)

H. U. Virgen del Rocío de Sevilla

RESUMEN

Con el presente trabajo, intentamos destacar los beneficios del uso de la anestesia local, para cierto tipo de intervenciones leves o bien en pacientes con problemas de riesgo (cardiorrespiratorios, mentales y otros), así como los cuidados y contraindicaciones a tener en cuenta al aplicarla.

Ante la perspectiva de una intervención quirúrgica, el paciente se encuentra en un lógico estado de tensión e inquietud. Es importante que el personal sanitario que lo atiende le brinde el apoyo moral que necesita y le proporcione la información que requiera, de forma tranquila y alentadora. La amabilidad en el trato será uno de los factores que favorecerán la relajación anterior a la operación y la pronta recuperación en el postoperatorio.

Las preferencias por la anestesia local están condicionadas por el tipo de intervención quirúrgica, por duración de la misma y por el estado general del paciente (estado cardiorrespiratorio, mental, etc.). Si de la evaluación preoperatoria surge la posibilidad de practicar una anestesia local con pleno éxito, esto se prefiere porque:

- La técnica es simple y el equipo requerido es mínimo y económico.
- Los fármacos no son inflamables.
- En general hay menos efectos adversos: náuseas, vómitos, interacciones medicamentosas, entre otros.
- En general se disminuye el sangrado.
- Las técnicas son menos invasivas y menos comprometidas (se evita la agitación respiratoria).
- No hay polución del ambiente quirúrgico (gases, vapores).

- Permite al paciente su alimentación a corto plazo.

Las aplicaciones más comunes se relacionan con:

- Cirugía menor de urgencia.
- Heridas incisas, accidentes que afectan a los miembros que no son penetrantes y requieren sutura.

ANESTESICOS LOCALES

Son sustancias que aplicadas no sistemáticamente producen una interrupción de la conducción nerviosa fundamentalmente a nivel de la vía aferente transmisora del dolor.

El anestésico local actúa siempre que se administre en la concentración, en el lugar y con la técnica adecuados.

Para anestesia local por infiltración es suficiente una solución concentrada al 0,5%.

Para anestesia por conducción (bloqueo nervioso) lo mejor es emplearla al 1%. Una concentración del 2% no debe emplearse salvo raras excepciones.

COADYUVANTES

Adrenalina. La adición de adrenalina a una solución de anestésico local conduce a una vasoconstricción local. Esta disminuye la absorción del anestésico local y propaga por lo tanto la duración del efecto con lo que se obtiene una relativa disminución de la toxicidad.

Las dosis vienen en proporción 1:200.000. Los odontólogos la utilizan al 1:80.000.

Hay que tener cuidado de no inyectarla en vena.

Hialuronidasa. Acelera el efecto de

la anestesia y disminuye la duración del efecto.

CLASES DE ANESTESICOS LOCALES

NOVOCAIN (procaína)

Toxicidad (procaína = 1):1

Potencia analgésica (procaína = 1):1

Dosis límite admitida:

500 mg. sin adrenalina

1.000 mg. con adrenalina

Tiempo de latencia: 5-10 min.

Duración del efecto:

hasta 45 min. sin adrenalina

más de 60 min. con adrenalina

Inconvenientes: Posibilidad de reacción alérgica de cierta importancia.

PANTOCAINA (tetracaína)

Toxicidad (procaína = 1): 10 (!)

Potencia analgésica (procaína = 1) 10 (!)

Dosis límite aceptada: 20 mg. con adrenalina o sin ella.

Tiempo de latencia: 10 min.

Duración del efecto: 1-2,30 horas.

Contraindicaciones: Miastenia grave, baja la tasa de colinesterasa plasmática.

Precauciones: En pacientes sensibles a los anestésicos locales.

Efectos secundarios: Hipersensibilidad. Excitación o depresión.

XYLOCAIN (lidocaína)

Toxicidad (procaína = 1):2

Potencia analgésica (procaína = 1):4

Dosis límite aceptada:

200 mg. sin adrenalina

500 mg. con adrenalina

Tiempo de latencia: Menos de 2 min.

Duración del efecto: Desde 1 a varias horas.

Contraindicaciones: Cuando alcanza en plasma niveles superiores a mgrs./ml. puede ser tóxico.

Interacciones: Potencia la toxicidad de otros anestésicos locales.



- Material que se debe utilizar para la anestesia local

Efectos secundarios: Vasodilatación.

SCANDICAINA (mepivacain)

Toxicidad (procaina = 1):2

Potencia analgésica (procaina = 1):4

Dosis límite aceptada:

300 mg. sin adrenalina

500 mg. con adrenalina

Tiempo de latencia: Menos de 2 min.

Duración del efecto: Desde 1 a varias horas.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad.

Efectos secundarios: Reacciones alérgicas. Náuseas.

Precauciones: No usar en anestesia raquídea, ni en espacio subaracnoideo.

SVEDOCAIN (bupivacaina): Ha sido el fármaco preferido como anestésico de larga duración para realizar las técnicas de bloqueos de los nervios y de las técnicas en las proximidades de la médula, sobre todo para el tratamiento del dolor.

Duración del efecto:

sin adrenalina: hasta 5 horas

con adrenalina: hasta 15 horas

Contraindicaciones: Gestación. Niños menores de 12 años. Pacientes diabéticos, hipertensos, cardiovasculares, hipertiroides, epilépticos.

Precaución: Potencia los efectos tóxicos de otros anestésicos locales.

Efectos secundarios: Hipotensión, temblores, taquicardia, bradicardia, vómitos.

XILONEST (prilocaina)

Toxicidad (procaina = 1):2

Potencia analgésica (procaina = 1): 4

Dosis límite aceptada: 600 mgrs.

Tiempo de latencia: menos de 2 min.

Duración del efecto: desde 1 a varias horas.

HOSTOCAINA

Toxicidad (procaina = 1):2

Potencia analgésica (procaina = 1): 4

Dosis límite aceptada: todavía no se ha establecido.

Tiempo de latencia: menos de 2 min.

Duración del efecto: desde 1 a varias horas.

Contraindicaciones: Miastenia grave.

Precauciones: Enfermos de corazón, diabéticos.

Efectos secundarios: náuseas, excitación. Intoxicación por dosificación excesiva o absorción rápida, produciendo una depresión cardiovascular y del S.N.C.

ANESTESICOS DE USO TOPICO

GINGICAIN SPRAY (tetracaina + benzalconio).

Se puede utilizar para anestesiar el lugar donde vamos a inyectar otro anestésico.

Contraindicaciones: Miastenia grave. Baja las concentraciones de colinesterasa en plasma.

Precauciones: Evitar la penetración en el ojo. Si se produjera, instilar aceite de parafina puro.

Dosis: Pulverizar sobre la zona a anestesiar una o dos dosis.

CLORURO DE ETILO

Es muy volátil e inflamable, no manejar cerca del fuego.

Efectos secundarios: Retarda la cicatrización y a veces daña los tejidos.

Posología: Romper el capilar y dirigir el chorro en dirección a la herida que deseamos anestesiar. La ampolla se debe mantener a unos 30 cm. de distancia de la herida durante 15-20 segundos. La piel toma un aspecto blanco y duro.

LIDOCAINA 10%

Cada pulverización 10 mgrs.

Tiempo de latencia: 2 a 5 minutos.

Duración del efecto: aproximadamente 1 hora.

Dosis máxima: 200 mgrs. aproximadamente 3 mgrs./kg. No se debe utilizar en menores de 6 años.

TECNICA DE LA ANESTESIA LOCAL:

Cuando no disponemos de personal asistente para ayudarnos, se recomienda proceder de la siguiente manera:

1) Colocaremos una mesa auxiliar cubierta con campo estéril, en la cual pondremos:

- Ampollas de anestésico local.
- Jeringas.
- Agujas intramusculares.
- Portaagujas.
- Pinzas de trabajo con dientes y sin dientes.
- Sutura con aguja incorporada.
- Gasas.
- Guantes de goma.
- Mosquitos para hemostasia.
- Campos estériles.
- Corticoides.

2) Colocar un aparato para medir la presión arterial.

3) Podemos tener preparado cerca de nosotros un equipo de emergencia o un aparato para ventilar con oxígeno por si hubiera alguna reacción a la anestesia.

4) Colocación del paciente.

5) Revisión y limpieza de la piel donde pensamos aplicar la inyección.

6) Desinfección de las manos. Colocación de los guantes de goma.

7) Es recomendable cubrir con un paño, de ojo perforado, la zona donde se plantea inyectar. Sin embargo, cuando se emplea una técnica impecable, esto es absolutamente necesario.

8) Realizar la anestesia.

9) Desinfectar y cubrir definitivamente el campo operatorio.

TECNICA DE LA INYECCION

Además, de producir un habón cutáneo, es necesario antes de inyectar un anestésico local en un tejido, realizar la prueba de la aspiración. Esta consiste fundamentalmente en hacer varias aspiraciones de forma que la aguja sea girada sobre su eje completamente una vez. Es un excelente proceder advertir al paciente cuando se espera que perciba un estímulo doloroso.

La inyección debe realizarse, salvo excepciones, no demasiado deprisa, pero de una sola vez y con delicadeza.

Cuando se practica una anestesia por infiltración profunda es necesario efectuar previamente una anestesia por infiltración superficial de las zonas que van a ser atravesadas. Esto puede hacerse inyectando una pequeña cantidad de anestésico continuamente mientras se avanza con la aguja.

ANESTESIA INTRADERMICA (habón cutáneo).

Consiste en la interrupción de la actividad de las terminaciones nerviosas por una infiltración intradérmica directa del anestésico con una aguja muy fina.

ANESTESIA POR INFILTRACION

Consiste en la inyección de la solución del anestésico local en las terminaciones nerviosas o en las vías de conducción terminales que discurren por los tejidos subcutáneos.

ANESTESIA SUPERFICIAL

Consiste en llevar una solución local, la mayoría de las veces una solución concentrada a la superficie de la mucosa de determinados territorios (nariz, boca, oído medio, tráquea, epiglotis, etc.).

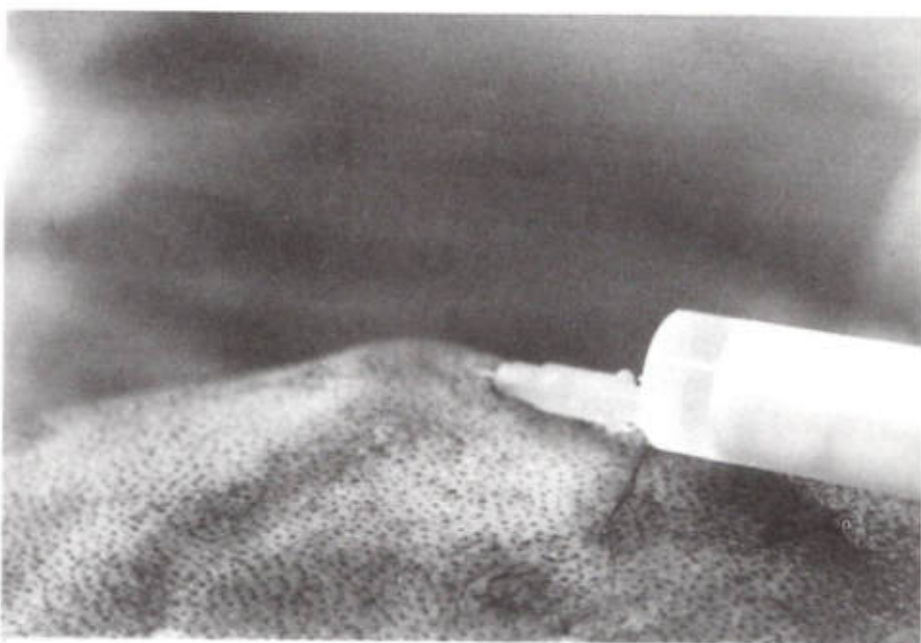
Hay que tener en cuenta con este tipo de anestesia, pues la velocidad de absorción es muy rápida, y puede llegar a compararse como si fuera una inyección intravenosa.

CONTRAINDICACIONES

— Intervenciones quirúrgicas de pacientes aprensivos. El trauma emocional que experimentan estos individuos bajo los efectos de la anestesia local puede ser dañino.

— Sujetos que piden que los duerman, rara vez reaccionan adecuadamente con anestesia local.

— Para ciertos tipos de operacio-



Habón cutáneo

nes, por ejemplo, mastectomía radial, la anestesia local es poco práctica por el número de inyecciones y la cantidad de anestésico necesario.

POSICION EN LA MESA DE OPERACIONES

La posición en que se coloque al paciente en la mesa de operación va a depender de donde se encuentre la herida que se vaya a suturar, así, como el estado físico del paciente. Debemos de tener en consideración los siguientes factores:

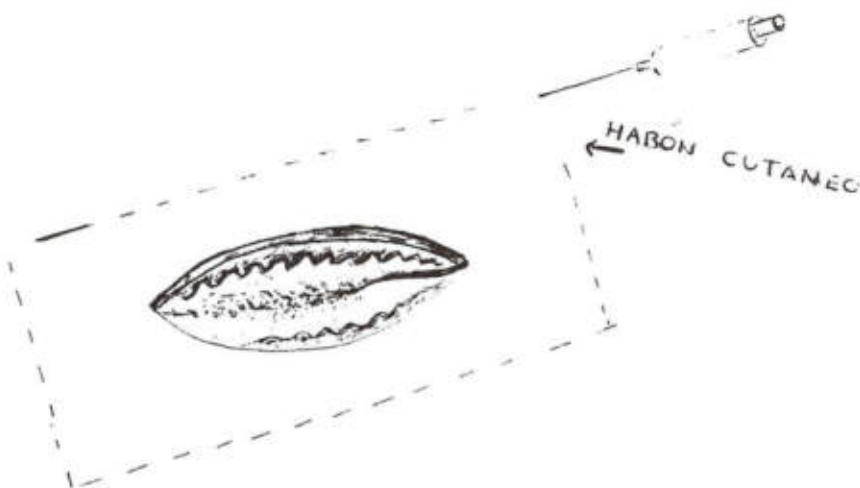
1. El paciente debe estar en la posición más cómoda posible, despierto o dormido.
2. El campo de la herida estará

descubierto en forma adecuada.

3. La circulación no será obstruida por posición inadecuada o presión inadvertida en alguna parte.

4. La respiración del paciente no sufrirá alteraciones como resultado de la presión de los brazos o de la ropa del paciente sobre el tórax y el cuello.

5. Se protegerán los nervios de presión inconveniente. La posición de brazos, manos, piernas, etc., pueden causar lesiones graves o parálisis. Los retenes para los hombros (hombreras) deben estar bien acolchonadas para impedir lesiones nerviosas irreparables, especialmente cuando es necesaria la posición de Trendelenburg.



Rectángulo aconsejable para anestesia local de una herida

Radiography News

The only newspaper exclusively for Radiographers

JULY 1989



Edwina Currie meets Society reps

Edwina Currie, Minister of Health, met representatives of the Society of Radiographers at the House of Commons on 12 July 1989. The meeting was held in the presence of the Minister's official biographer, Sir John Grieve. The Minister discussed the current state of the NHS and the role of radiographers in the future of the service.



Edwina Currie with Society representatives.

Minister's letter to the Society

Dear Sirs,
I am pleased to inform you that I have received your letter of 12 July 1989 regarding the proposed changes to the registration of radiographers. I have given this matter careful consideration and I am sure that the Society's views will be taken into account in the final decision. I am also pleased to hear that you are planning to continue your efforts to improve the standards of the profession. I am sure that the Society's efforts will be rewarded in the future.



A
BETTER IMAGE
STARTS WITH
OMNIPAQUE.



Inside:

5: The radiographer's role in the future of the NHS
10-12: The radiographer's role in the future of the NHS
18: The radiographer's role in the future of the NHS
20: The radiographer's role in the future of the NHS

RESEÑA:

Entre las relaciones exteriores que desde el seno de la F.E.A.E.R., se están realizando, recibimos una invitación por parte del Colegio de Radiógrafos Ingleses para asistir a su Conferencia Anual que se celebró en la ciudad escocesa de Glasgow, a la que asistieron el Presidente y Vicepresidente de la F.E.A.E.R., D. Manuel Zambrano Bono y D. Antonio Muñoz Vinuesa.

INTRODUCCION

Glasgow es considerada como la principal ciudad escocesa en todos sus órdenes. Muchas de las principales atracciones de Escocia se encuentran en esta ciudad, cuya principal atracción es la aclamada internacionalmente Colección Burrell de arte.

Pasados ya los rasgos propios de su época de comienzo de la industrialización, ha sido maravillosamente reconstruida para revelarse como la más magna ciudad victoriana de Europa. Es el corazón cultural de Escocia durante las 52 semanas del año. Hogar de la Opera Escocesa, el Ballet Escocés, la Orquesta Nacional Escocesa y la Orquesta Sinfónica de la BBC de Escocia. Ciudad para los amantes de la música, el teatro, las tiendas, los restaurantes, etc.

Glasgow ha sido designada Ciudad Cultural Europea para 1990. Anecdóticamente es la ciudad inventora del golf, del fútbol y, por tanto, ciudad mecenas deportivamente hablando, donde se puede encontrar una mezcla

de espectáculos, tanto culturales como deportivos. Tradicional en ella es el whisky y el sonido de sus gaitas escocesas, con su campeón mundial el Strabdyde pipe band.

Los amantes de la naturaleza pueden gozar con el esplendor del sanatorio del Pájaro de Lchwinnock o el camino de Kelvin, que sigue las riberas del río Clyde, que conduce hacia la muralla romana del norte de Glasgow.

CONGRESO

La conferencia anual inglesa se celebró en el Exhibicion Center, Palacio de Congresos de la ciudad, en el que estaban inscritos 1.500 congresistas y donde había más de 10.000 metros cuadrados de stands de equipamientos y productos radiográficos.

La primera impresión fue aplastante cuando vimos el gran número de casas comerciales que movía estos radiógrafos, pero pudimos salir algo de nuestro asombro cuando comprobamos que el Congreso anual es conjuntamente de Médicos Radiólogos y Téc-

nicos Radiógrafos. Es decir dura una semana, en la que los cuatro primeros días son para los Médicos y los tres últimos para los Radiógrafos. En la carpeta de congresistas vienen dos programas, uno conjunto de Radiólogos y Radiógrafos y otro sólo de Radiógrafos.

Los actos científicos se inauguraron el día 26, a las 10 A.M., con la ceremonia de apertura por parte de la Presidente del Colegio de Radiógrafos, el Presidente de Médicos Radiólogos y el Alcalde de la ciudad entre otros.

Las sesiones científicas, que tenían en general un alto nivel, presentaban todas un apartado que era Cuidados al Paciente. Estas sesiones se daban en tres salas, una principal y dos más pequeñas, en horarios de 9,30 a 12,30, pasando luego a visitar la exposición y almuerzo de 12,30 a 14,30, en que seguían las sesiones hasta las 16,30 que finalizaban. El tercer día se clausuró el Congreso al mediodía.

ACTOS SOCIALES

Día 25 anterior al Congreso, recepción a las 19 horas en el Hotel Hospitality Inn con cena fría y disco-baile hasta la 1 hora.

Día 26, a las 19,30, cena de gala, con charlas protocolarias, música y bailes típicos escoceses hasta la 1 hora.

Día 27, a las 19,30, visita al Ayuntamiento, recepción, lunch y música de violines. A las 21,30, disco-baile en el Hotel Albany.

ORGANISMO

Su organización, como he dicho antes, es el College of Radiographers, que está unido con el Sindicato de Radiógrafos, formando una sola organización, antes dividida y con la problemática de dos organizaciones en una.

Actualmente hay 12.000 Radiógrafos para una población de 60 millones de habitantes. La colegiación no es obligatoria y el 90 % están colegiados. Para obtener el título de Radiógrafos, que solamente puede otorgar el Colegio de Radiógrafos, es necesario Bachiller Superior y tres años de estudios de Radiógrafos.

El Radiógrafo recién terminado nunca trabaja solo en un servicio de RX, sino acompañado de otros con más tiempo de experiencia. Tienen opción, una vez en posesión del título de Radiógrafo, de optar a 10 grados de superintendencias, que son por concurso abierto y con su examen correspondiente. Entre estos grados de superintendencias están las de Sup. de Grupo, de un Servicio de RX, Jefe de Hospital, de Distrito, etc. Entre sus funciones están: la manipulación y manejo de todos los aparatos de RX, tratamiento y aplicaciones de radiofármacos e informar ecografías ginecológicas entre otras.

Tienen 35 horas semanales de trabajo, 5 semanas de vacaciones al año más los festivos correspondientes del calendario.

Sus sueldos oscilan entre:

Radiógrafo recién terminado: 7.330 libras (158.000 pesetas) + 8 % subida.

Superintendente 10: 17.610 libras (37.900 pesetas) + 8 % subida.



Profesor: 18.950 libras (40.800 pesetas) + 8 % subida.

Una vez terminada la carrera puede optar a:

- Diploma en imágenes de Radionucleidos.
- Ultrasonidos Médicos.
- Diploma Superior.
- Diploma de Profesor.
- Certificado de Protección Radiológica.
- Certificado de Instructor Clínico.

Los profesores son del Colegio de Radiógrafos y les pagan los Hospitales en donde están ubicadas las Escuelas. El profesorado sólo se dedica a la enseñanza y solamente algunos son tutores clínicos.

No son universitarios, al no impartirse la enseñanza en las Universidades, no siendo reconocido el título por éstas, pero sí por la Administración. Solamente en Dublín hay un curso experimental en la Universidad, meta a la que ellos quieren aspirar para todo el país.

Una vez ingresen en la Universidad no habrá distinciones entre el profesorado anterior y el universitario, haciéndose en ese caso cargo de las remuneraciones del profesorado la Universidad.

Tienen programadas ya las dos siguientes conferencias anuales. El Colegio de Radiógrafos publica dos revistas para sus colegiados, una estrictamente científica bimensual y otra con las no-

ticias en general del Colegio de Radiógrafos incluyendo una extensa bolsa de trabajo.

PLANES DE ESTUDIOS

Consta de 13 secciones para los tres años, que son:

- Física, con un mínimo de 150 horas.
- Cuidados al Paciente y Prácticas de Hospital, mínimo 70 horas.
- Anatomía, Psicología y Patología, mínimo 150 horas.
- Equipamiento y Diagnóstico Radiográfico, mínimo 100 horas.
- Proceso de Radiografía, Fotografía e Imagen, mínimo 90 horas.
- Radiografía Técnica, mínimo de 300 horas.
- Radioterapia Física y Equipamiento, mínimo 100 horas.
- Principios de Radioterapia y Oncología, mínimo 90 horas.
- Radioterapia Técnica, mínimo 150 horas.
- Referencia de libros sugeridos.
- Clasificación general.
- Recomendaciones a los alumnos.
- Diplomaturas Superiores.

Me gustaría incidir sobre el apartado segundo, sobre Cuidados al Paciente y Prácticas de Hospital. Es curioso que en nuestro país todavía por algunos sectores se cree que trabajar en un servicio de RX es apretar solamente un botón. También es curioso que los Radiógrafos ingleses, que es una carrera

de Enfermería, le den tanta importancia a los Cuidados al Paciente y a la Enfermería, teniendo un apartado íntegro de Enfermería dentro de sus planes de estudios, que traducido literalmente del resumen de planes de estudio es el siguiente:

CUIDADOS DEL PACIENTE Y PRACTICAS DE HOSPITAL

FINES

Hay dos objetivos principales:

1º Posibilitar al Radiógrafo para proporcionar con seguridad las necesidades y bienestar del paciente.

2º Hacer del Radiógrafo un miembro eficiente del Equipo Hospitalario.

OBJETIVOS

El estudiante deberá estar capacitado para mostrar oral y gráficamente lo siguiente:

1º Mostrar varios de los procedimientos para el Cuidado del Paciente en las situaciones listadas en las páginas siguientes.

2º Un conocimiento de las cualidades personales que contribuyen a una óptima relación de trabajo en el Equipo Hospitalario, así como con los pacientes y sus familiares.

3º Un conocimiento de las causas de infección y las implicaciones prácticas para los procedimientos hospitalarios.

4º Un conocimiento de los principios de trabajo, de los accesorios de enfermería de uso común.

5º Un conocimiento de los principios de clasificación, custodia y administración de fármacos, particularmente en relación con el uso en el departamento o a los pacientes bajo investigación o tratamiento.

6º Conocimiento del diseño departamental y de los requerimientos organizativos necesarios para el funcionamiento práctico del departamento.

7º Suficiente conocimiento de la administración de trabajo del Hospital para mostrar al Radiógrafo cómo integrarse en el Equipo Hospitalario.

8º Un entendimiento claro de las responsabilidades éticas y legales de la profesión.

Es importante que los aspectos prácticos sean enfatizados. Algunas secciones serán mejor enseñadas en la teoría que en la práctica, mientras que otras serán aprendidas mejor con el tiempo y la experiencia práctica.

ENFERMERIA

Cuidado general del paciente:

Primer contacto con los pacientes en los Departamentos de RX.

Observaciones generales de los pacientes en orden a entender los indicios significativos y síntomas notados y tomar acciones apropiadas.

Temperatura, pulso, respiración y presión sanguínea. Valores normales y métodos de toma y archivo de los mismos; anormalidades clínicas comunes que conduzcan a cambios psicológicos.

Las razones para métodos y significación de las investigaciones clínicas de rutina, cuadro total sanguíneo, líquido cerebro-espinal, biopsias.

La administración de recipientes de cama, urinales, bolsas de vómitos y botes de esputos.

En Cuidados del Paciente, la situación de observación, para dar un entendimiento general de la función del Equipo Hospitalario completo y sus Cuidados al Paciente de 24 horas (Servicio de Urgencias). Cuando es posible ver algún procedimiento especial del transporte en las urgencias.

Cuidados del Paciente en las urgencias:

Suministrar los principios generales de primera ayuda, como es recomendado por la Cruz Roja y la Brigada Ambulante de San Juan, y tomar acciones apropiadas en las situaciones generales y en las emergencias específicas que puedan ocurrir en el Hospital y en el Departamento.

Psicología del Paciente Enfermo:

Capacitar para que los estudiantes puedan apreciar el comportamiento de los pacientes. Se recomienda que esto no deberá ser enseñado por un Psicólogo, sino preferiblemente por un Radiógrafo experimentado.

Un consejo general práctico debería ser dado observando el manejo de niños, ancianos, imposibilitados, pacientes potencialmente violentos y pacientes en estado terminal.

Consideración especial debería ser dada para aproximarse a la comunicación y cuidados en general con los familiares de los pacientes.

APTITUD PROFESIONAL DEL RADIOGRAFO

Apariencia e higiene personal; comportamiento hacia el Equipo y los compañeros; maneras con los pacientes y familiares.

Aceptación de responsabilidades por el Cuidado del Paciente.

HIGIENE, INFECCION Y PRINCIPIOS DE ASEPSIA

Causas de la infección, su proceso, métodos de expansión e implicaciones prácticas.

Procedimientos a ser adoptados cuando nos dirijamos a pacientes que sufran de enfermedades infecciosas.

Higiene básica relativa al Equipo, pacientes y entorno.

Consideraciones de situaciones específicas tales como teatro de operaciones, áreas de operaciones menor, unidad de cuidados intensivos y otras áreas donde sean requeribles precauciones generales de higiene.

FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO

Central de suministros estériles, incluyendo conocimiento de métodos de esterilización; una visita a este departamento debería ser concertada.

El objetivo de esta sección debería ser dado de manera que el estudiante captara la situación en conjunto para la posterior administración de inyectables intravenosos y contrastes estériles.

CUIDADOS DEL PACIENTE

— Observación y Cuidados del Paciente inconsciente.

— Cuidados inmediatos postoperatorios.

— Cuidados del Paciente antes, durante y después del diagnóstico y/o procedimientos radioterápicos antes y después de la anestesia.

— Con una traqueotomía, colestomía, diabetes melitus, fuentes radiactivas in situ, diálisis, etc.

— Durante la cateterización o intubación.

— Durante el enema y procedimientos de observación del colon.

— En preparación general abdominal.

ACCESORIOS DE ENFERMERIA

— Identificación, cuidado y uso del equipo e instrumentos de uso general en el Departamento.

— Uso, cuidado y funcionamiento de los aparatos de succión (aspiradores).

— Administración de oxígeno.

MOVIMIENTO Y ELEVACION

Procedimiento relativo al movimiento del paciente, habilidades de variación postural en y fuera de sillas, mesas, camas y el cuidado y seguridad del paciente durante estos procedimientos.

Métodos correctos y peligrosos de elevación y maniobras de pacientes.

Esta maniobra debe ser considerada desde el punto de vista del que se eleva y del elevado.

FARMACOS

— Métodos de administración.

— Reacciones a los fármacos, reacciones alérgicas especialmente en conexión con el uso de agentes de contraste radiológicos.

— Reconocimiento de estas reacciones y acciones apropiadas a ser tomadas.

— Consideración de varias categorías de fármacos y las regulaciones relativas a su uso y almacenaje.

PRACTICAS DE HOSPITAL

El radiógrafo en el Equipo Hospitalario:

— Estructuras principales administrativas del Servicio de Salud.

— Equipo Hospitalario y organización.

— El radiógrafo y organizaciones radiográficas profesionales.

DISEÑO DE LOS DEPARTAMENTOS DE RADIODIAGNOSTICOS Y RADIOTERAPIA

Consideración de los aspectos de

sus diseños que afecten al Cuidado del Paciente.

Facilidades y factores de seguridad a ser incluidos.

ORGANIZACION DE LOS DEPARTAMENTOS DE RADIODIAGNOSTICO Y RADIOTERAPIA

— Requisitos del Equipo para el funcionamiento práctico del Departamento para su trabajo normal y principales incidencias.

— Sistema de anotaciones.

— Archivos relativos a los pacientes y Departamento de Estadísticas, incluyendo manejo de datos por computadoras.

— Toma y mantenimiento de stoks relativos al Cuidado del Paciente.

— Uso económico de las reservas.

CONSIDERACIONES MEDICO-LEGALES

— Consideraciones éticas; responsabilidades y relaciones legales.

— Acción apropiada en el caso de accidentes a pacientes o al Equipo en el Hospital.

— Etica Médica relativa a la naturaleza confidencial de la información de los pacientes.

— Legislación de Seguridad.

• • •

INTERNATIONAL SOCIETY OF RADIOGRAPHERS AND RADIOLOGICAL TECHNICIANS

Aprovechando nuestra visita a

Glasgow nos entrevistamos con el Tesorero de la Organización Internacional de Radiógrafos y Radiólogos Técnicos, Sr. Jordan, que a su vez es el Secretario del Colegio de Radiógrafos de Inglaterra, para recabar información sobre esta organización y sus fines.

A esta Organización Internacional pertenecen actualmente los siguientes países: Canadá, Dinamarca, Francia, Kenya, Corea, Indonesia, Japón, México, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, Filipinas, Singapur, Sud Africa, España, Sudán, Suiza, Taiwan, República de China, Túnez, Uganda, Reino Unido y Yugoslavia.

Por España está representada la Asociación de Técnicos Radiólogos y según su información no podía pertenecer nada más que una organización por país.

Esto es totalmente incierto, pues hay países, como Dinamarca, Finlandia y Noruega, que tienen dos Asociaciones, una de Técnicos y otra de Enfermería Radiológica, en la que un año están representadas las dos por el delegado de Técnicos y al siguiente por la de Enfermería.

Los fines son exclusivamente organizar los Congresos Internacionales y relacionarse entre los miembros de las distintas naciones.

No está reconocida por la OMS ni tiene carácter consultivo en ningún organismo internacional. Entre sus miembros hay una total disparidad de planes de estudio y formación, habiendo países prácticamente sin ninguna.

En el mes de julio de 1989 será el 9º Congreso Internacional en París.





Nivel de conocimientos de los diabéticos sobre su enfermedad

MANUEL LOPEZ MORALES
JOSE LUIS IGLESIAS GUTIERREZ
INMACULADA RIVERA
JOSE MANUEL SANTOS LOZANO
ANGEL TOCINO FERRERA

Centro de Salud Torreblanca

INTRODUCCION

La tradicional falta de formación de los profesionales en cuanto a Educación par la Salud y la poca participación de los pacientes en su proceso curativo han hecho de los diabéticos un colectivo de pacientes de muy alto riesgo para determinadas complicaciones.

La educación diabetológica, hoy día, es la mejor arma terapéutica frente a estas complicaciones.

Dada la eficacia demostrada de la autorresponsabilización del propio paciente en su tratamiento y el cambio de metodología de trabajo en los Centros de Salud, vemos cómo florecen en nuestro ámbito continuas experiencias sobre educación diabetológica.

En nuestro Centro de Salud, Torreblanca, como paso previo a un vasto programa de Educación a diabéticos en grupos, realizamos en octubre de 1987 un estudio a través de una encuesta para determinar el nivel de conocimientos de nuestra población diabética y conocer otros aspectos sobre su tratamiento actual y circunstancias que pudieren condicionar su salud.

DESCRIPCION DE LA POBLACION

Torreblanca es un barrio marginal de Sevilla, uno de los más deprimidos de toda España.

El 55% de la población es analfabeta o no tiene ningún estudio (en la totalidad de la población sevillana este parámetro es de un 38,23%).

Los titulados superiores son sólo el 0,16% (en Sevilla el 3,51%).

El desempleo se sitúa en el 47,86% (en Sevilla, 30,82%).

La razón de dependencia es de 58,25% (en Sevilla es de 53,69%).

La población con incapacidad es de 1,33% (en Sevilla, el 1,03%).

La tasa de natalidad es de 18,4% (12,2% en Sevilla).

El grado de envejecimiento es de 6,56 (en Sevilla es de 10,39).

El censo oficial contabiliza 25.854 habitantes (pirámide de edad en el gráfico nº 1).

La población diabética diagnosticada es de 548, lo que determina un aprehalencia de 2,12%, similar a la de los países industrializados. Su distribución respecto al sexo es de 70,4% para las mujeres y de 29,6% para los varones.

En octubre de 1987, un grupo de Educadores en Diabetes, miembros del Equipo del Centro de Salud de Torreblanca realizó un estudio epidemiológico sobre la Diabetes en este barrio.

METODOLOGIA

Citados por correo todos los diabéticos conocidos en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Torreblanca se personaron en el Centro 369 (el 67,5%). De ellos, 111 varones (el 30%) y 258 mujeres (el 70%).

Se les sometió a una entrevista individual en la que se les leía las preguntas contenidas en cuestionario del anexo I. Si no era entendida la pregunta o manifestaba duda el encuestado, se le repetía de nuevo la lectura. Siempre sin matización alguna ni gestilutación por parte del encuestador para no influir de ninguna forma en la respuesta.

RECURSOS

Además de la infraestructura física del Centro de Salud, el material de ofi-

cina necesario (fotocopias, etc.) participaron como investigadores dos médicos de familia, dos enfermeros de Atención Primaria y un médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

ANALISIS DE LOS DATOS

La edad media los encuestados es de $61,9 \pm 10,77$ años. Con un rango de 10 a 86 años.

El tiempo medio de diagnóstico de Diabetes es $7,32 \pm 6,57$ años. Rango de 0,08 a 40 años.

El nivel de instrucción se sitúa así:

- Analfabetos: 43%.
- Sin estudios: 51%.
- Estudios Primarios: 5,7%.
- Más estudios: 0,3%.

La ocupación de los diabéticos encuestados es la siguiente:

- Jubilados: 13%.
- Pensionista por invalidez: 13%.
- Trabajador activo: 11%.
- Trabajador en paro: 3,5%.
- Ama de casa: 59%.
- Estudiante: 0,5%.

El tratamiento médico que realizan era:

- Insulina: 19,2% (71).
- Hipoglucemiantes Orales (H.O.): 62,4% (230).
- Dieta sólo: 18,4% (68).

De los 71 pacientes tratados con insulina, 44 (el 62%) se la ponen ellos mismos.

De todos los diabéticos encuestados, 59 (16%) realizaban la autodeterminación de glucemia por punción capilar y lectura a través de tira reactiva.

Relacionando entre los tratados con insulina sus capacidades de autoinyección y de autodeterminación de glucemia vemos que (ver cuadro I):

Cuadro n.º I

DIABETICOS TRATADOS CON INSULINA

Autodeterminación de glucemia

	SI	NO
SI	23	20
NO	1	27

Autoinyección

Pregunta n.º 2:

—Se pueden sacar muelas siendo diabético... (V)

Aciertos: 24,3%. Tres de cada cuatro diabéticos no saben que pueden sacar piezas dentarias. ¿No repercutirá esto en su higiene bucal y las complicaciones de su déficit?. ¿No es esta opinión frecuentemente potenciada por los propios odontólogos?.

Cuadro n.º II

— 23, el 32,4% se inyecta y mide glucemia.

— 27, el 38% no se inyecta ni se mide glucemia.

— 20, el 28% sí se inyecta pero no mide su glucemia.

— 1, 1,5%, no se inyecta pero sí se mide glucemia.

Relacionando el tipo de tratamiento con el nivel de conocimientos demostrado en el cuestionario, vemos que (cuadro II):

1) Entre los tratados con insulina, son una proporción aproximada de 2/1 los que aciertan más del 50% de las preguntas respecto a los que no llegan a este porcentaje.

2) Entre los tratados con Hipoglucemiantes Orales la proporción es de 1/1.

3) Entre los tratados sólo con dieta la relación se invierte a un aproximado 1/2.

La asociación entre el nivel de instrucción y el nivel de respuestas correctas del cuestionario se ofrece en cuadro III:

— El no analfabeto presenta un nivel de respuesta igual o superior al 50% con respecto al analfabeto de 1,3/1.

— La relación entre mujer que acierta la mitad o más de las preguntas y el hombre en las mismas circunstancias es de 1/1,2.

— El 53,1% de las mujeres encuestadas son analfabetas.

— El 21,6% de los hombres encuestados son analfabetos.

La distribución general de los encuestados respecto a su nivel de respuesta correcta queda de la siguiente forma: (ver gráfico II)

0 respuestas correctas: 1 encuestado

		Respuestas acertadas		Total
		< 50	≥ 50	
Tipo de Tratamiento	Insulina	22	49	
	Hipoglucemia Oral	112	118	230
	Dieta	46	22	68
	Total	180	189	369

1	«	«	1	«
2	«	«	3	«
3	«	«	11	«
4	«	«	8	«
5	«	«	19	«
6	«	«	28	«
7	«	«	32	«
8	«	«	32	«
9	«	«	41	«
10	«	«	54	«
11	«	«	40	«
12	«	«	38	«
13	«	«	22	«
14	«	«	14	«
15	«	«	7	«
16	«	«	8	«
17	«	«	5	«
18	«	«	3	«
19	«	«	2	«
20	«	«	0	«

ANALISIS DEL CUESTIONARIO (Gráfico III)**Pregunta n.º 1:**

—Es normal tener azúcar en orina...(F)

Aciertos: 43%. Más de la mitad de los diabéticos consideran normal su azúcar en la orina. ¿Será porque se han acostumbrado a tenerla permanentemente y no se les ha instruido sobre la relación entre glucosuria y glucemia?.

Pregunta n.º 3:

—Las heridas del diabético curan antes que las de los no diabéticos... (F)

Aciertos: 81,8%. Una de las preguntas de mayor índice de acierto. Probablemente por experiencia propia.

Pregunta n.º 4:

—El azúcar afecta a la circulación de la sangre... (V)

Aciertos: 67,4%. Esta respuesta merece igual comentario que la anterior. Pensemos además que la edad y pluriopatología de la mayoría de los diabéticos encuestados agrava esta complicación de la diabetes.

Pregunta n.º 5:

—Cuando tiene una «bajada» de azúcar debe ponerse la insulina... (F)

Aciertos: 41,1%. Tres de cada cinco diabéticos no parece saber la relación entre el efecto de la insulina y el nivel de glucosa en sangre.

Pregunta n.º 6:

—Las pastillas para el azúcar deben tomarse media hora después de las comidas... (F)

Aciertos: 53,1%. Casi la mitad de los

		Respuestas correctas		Total
		< 50%	≥ 50%	
ANALFABETOS	V	34 (39%)	53 (61%)	24
	H	54 (45%)	66 (55%)	138
	Total	88 (43%)	119 (57%)	162
NO ANALFABETOS	V	12 (50%)	12 (50%)	87
	H	80 (58%)	58 (42%)	120
	Total	92 (57%)	70 (43%)	207

Cuadro n.º III

ZONA BASICA DE SALUD TORREBLANCA

HOMBRES

MUJERES

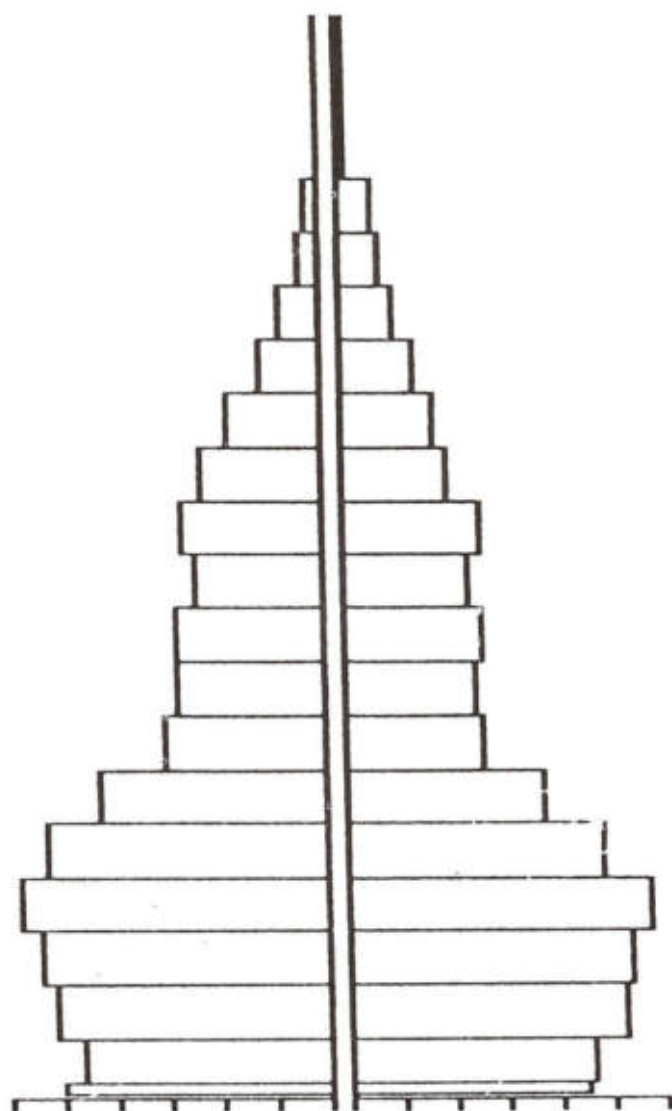


Gráfico I

diabéticos no sabe cómo han de tomarse los Hipoglucemiantes Orales.

Pregunta n.º 7:

—Cuando Ud. esté enfermo y no tenga ganas de comer no deberá ponerse la insulina... (F)

Aciertos: 22,2%. Cuatro de cada cinco suspendería el tratamiento insulínico en momentos en que quizá le sea más necesario. Asocia la insulina más a la comida que al funcionamiento general del organismo humano.

Pregunta n.º 8:

—¿Es correcta la siguiente comida para un diabético? 1.º plato: macarrones. 2.º plato: tortilla de patatas. 3.º plato: pastel... (F)

Aciertos: 95,1%. Pregunta más acertada de todas, pero dada la facilidad de la misma, lo más sorprendente es que 18 encuestados no sepan que no pueden tomar dulces.

Pregunta n.º 9:

—El diabético debe comer sólo dos veces al día... (F)

Aciertos: 54,2%. Casi la mitad desconoce el régimen horario de ingestas o confunde cantidad con frecuencia.

Pregunta n.º 10:

—La alimentación del diabético es muy sosa porque no puede tomar especias ni condimentos, ya que éstos suben el azúcar... (F)

Aciertos: 4,8%. Casi la totalidad vive su dieta como un suplicio. Desconocen el nulo efecto de los condimentos sobre la glucemia. ¿No influirá esta condición en los tantos fracasos de las dietas que se ponen a los diabéticos?. Es la pregunta más errada del cuestionario.

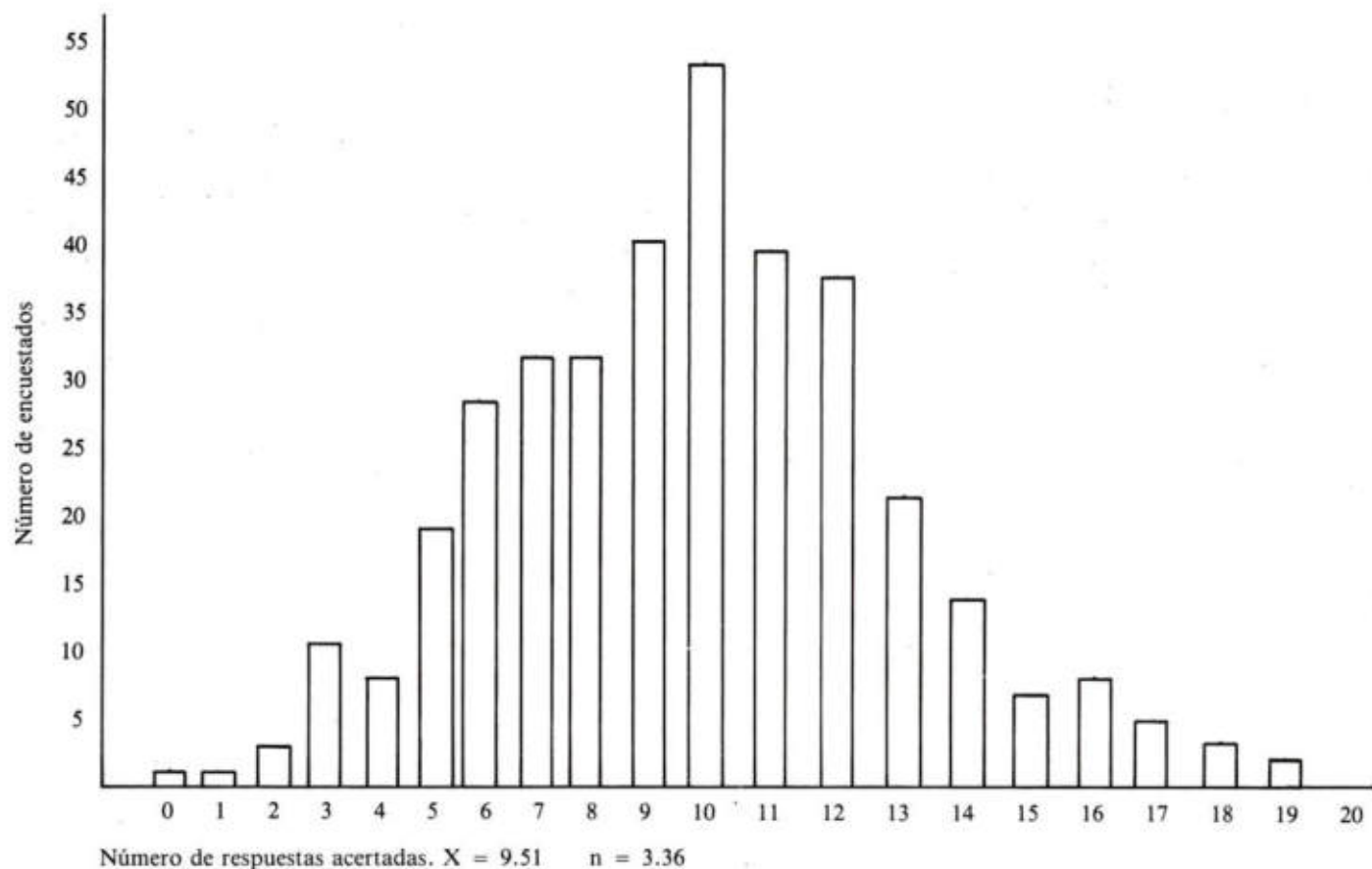


Gráfico n° II

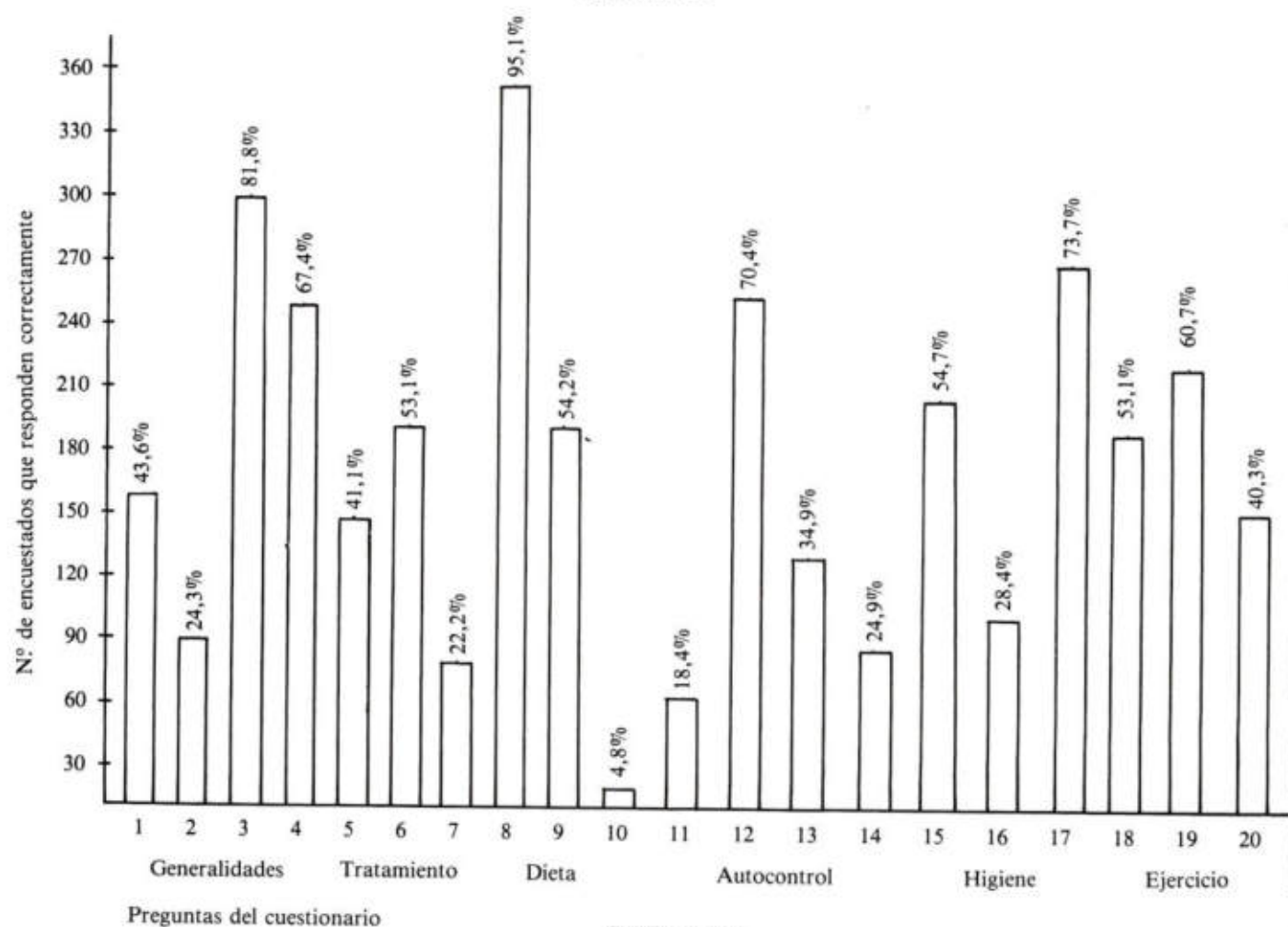


Gráfico n° III

Pregunta n.º 11:

—Cuando el azúcar está baja hay que tomar mucha agua... (F)

Aciertos: 18,4%. 4 de cada 5 confunden las medidas a tomar ante una hiperglucemia con las pertinentes a la hipoglucemia, o bien desconocen ambas.

Pregunta n.º 12:

—¿Es normal tener 200 mgr. de azúcar, es decir, 2 gr.?... (F)

Aciertos: 70,4%. El 30% no identifica el nivel de 200 mgr./dl. de glucemia como anormal.

Pregunta n.º 13:

—Si antes de comer tiene Vd. 110 mgr. de azúcar, aproximadamente un gramo, ¿puede comer igual que siempre?... (V)

Aciertos: 34,9%. Casi el 70% desconoce las cifras normales de glucemia.

Pregunta n.º 14:

—Si le dan sudores, mareos, dolor de cabeza, nerviosismo, temblor... ¿Cómo está el azúcar?... (Baja)

Aciertos: 24,9%. Tres de cada cuatro no reconocen los síntomas de una hipoglucemia.

Pregunta n.º 15:

—La higiene de la boca y los pies del diabético no necesitan ningún cuidado especial... (F)

Aciertos: 54,7%. Casi la mitad no le presta especial atención a la boca y pies por desconocimiento.

Pregunta n.º 16:

—Es mejor cortarse las uñas redondeadas que rectas... (F)

Aciertos: 28,4%. Más del 70% no sabe cómo ha de cortarse las uñas.

Pregunta n.º 17:

—Los zapatos apretados son mejor para Vd... (F)

Aciertos: 73,7%. Uno de cada cuatro desconoce los requisitos de un correcto calzado.

Preguntas n.º 18, 19 y 20:

—El ejercicio sube el azúcar... (F)

Aciertos: 53,1%.

—Un diabético puede realizar deporte... (V)

Aciertos: 60,7%.



—Al hacer ejercicio necesita menos insulina (V)

Aciertos: 40,3%.

La mitad de los encuestados desconoce el efecto del ejercicio sobre su glucemia, su relación con la función insulínica y el efecto beneficioso para su estado de salud.

CONSIDERACIONES FINALES

1. El nivel de conocimientos en general de los diabéticos sobre su enfermedad es muy deficiente.

2. Es obligación del Equipo de Salud evitar que esta situación permanezca y debe afrontar el reto de la educación diabetológica para estos pacientes.



ANEXO I

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS PARA DIABETICOS

Táchese lo que no proceda

I. GENERALIDADES

- | | | | |
|---|---|---|-------|
| 1. Es normal tener azúcar en la orina | V | F | No sé |
| 2. Se pueden sacar muelas siendo diabético | V | F | No sé |
| 3. Las heridas del diabético curan antes que las de los no diabéticos | V | F | No sé |
| 4. El azúcar afecta a la circulación de la sangre | V | F | No sé |

II. TRATAMIENTO

- | | | | |
|--|---|---|-------|
| 5. Cuando tiene una «bajada» de azúcar debe ponerse la insulina | V | F | No sé |
| 6. Las pastillas para el azúcar deben tomarse media hora después de las comidas | V | F | No sé |
| 7. Cuando Vd. esté enfermo y no tenga ganas de comer no deberá ponerse la insulina | V | F | No sé |

III. DIETA

- | | | | |
|--|---|---|-------|
| 8. ¿Es correcta la siguiente comida para un diabético?:
1º plato: macarrones. 2º plato: tortilla de patatas. 3º plato: pastel | V | F | No sé |
| 9. El diabético debe comer sólo dos veces al día | V | F | No sé |
| 10. La alimentación del diabético es muy sosa, porque no pueden tomar especies ni condimentos ya que éstos suben el azúcar | V | F | No sé |

IV. AUTOCONTROL

- | | | | |
|--|---|---|-------|
| 11. Cuando el azúcar está baja hay que tomar mucha agua | V | F | No sé |
| 12. ¿Es normal tener 200 mgr. de azúcar, es decir, 2 gr. | V | F | No sé |
| 13. Si antes de comer tiene Vd. 110 mgr. de azúcar, es decir, 1 gr. aproximadamente, ¿puede comer igual que siempre? | V | F | No sé |
| 14. Si le dan sudores, mareos, dolor de cabeza, nerviosismo, temblor... ¿cómo está el azúcar? ...ALTA BAJA | | | No sé |

V. HIGIENE

- | | | | |
|---|---|---|-------|
| 15. La higiene de la boca y los pies del diabético no necesitan ningún cuidado especial | V | F | No sé |
| 16. Es mejor cortarse las uñas redondeadas que rectas | V | F | No sé |
| 17. Los zapatos apretados son mejor para Vd. | V | F | No sé |

VI. EJERCICIO

- | | | | |
|--|---|---|-------|
| 18. El ejercicio sube el azúcar | V | F | No sé |
| 19. Un diabético puede realizar deporte | V | F | No sé |
| 20. Al hacer ejercicio necesita menos insulina | V | F | No sé |

1. ¿Estaría Vd. dispuesto a asistir a algunas reuniones en el Centro de Salud para charlas sobre su diabetes?

SI NO ¿PORQUÉ?

2. ¿Se autocontrola? (autodeterminación de glucemia)

SI NO

3. ¿Se pincha Vd. la insulina?

SI NO

4. Fecha del diagnóstico de diabetes:

5. Edad:

6. Sexo:

7. Tipo de tratamiento: Dieta ☐ A.D.O. ☐ Insulina ☐

8. Nivel de instrucción: 1. No sabe leer ni escribir

2. Sin estudios

3. Enseñanza primaria

4. Más estudios

9. Actividad ocupacional: 1. Jubilado

2. Pensionista por invalidez

3. Ama de casa

4. Profesión:

a) activo
b) parado

10. Médico de cabecera:

11. Nombre:

12. N° de Historia:

Fecha:

Encuestador:



1^{er} PREMIO

Título: *Espera angustiada*

Autor: José Luis Sálu Guerrero

Col. n.º 5544

Máquina: ZENIT - 12xP

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

TEMA: MI CIUDAD

El plazo de presentación finalizará el próximo 15 de Febrero de 1989.

BASES:

Premios: 1^{er} PREMIO: 50.000 Pts.

2^{er} PREMIO: 25.000 Pts.

3^{er} 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. Ca-

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

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

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

2º PREMIO

Título: *Contrastes
en nuestro
medio*

Autor: María José
Sánchez Fernández

Col. nº 9489

Máquina: PRAKTICA-
B-C1



3.º PREMIO

Título: *Vigilia*

Autor: Manuel
Gimón López

Col. nº 8442

Máquina: YASHIKA-
FX3 SUPER 2000

NUTRICION PARENTERAL EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS

M^ª CINTA CASTAÑO VAZQUEZ
JOSE M^ª JIMENEZ AGUADO
ISABEL RODRIGUEZ CARMONA
M^ª CARMEN FARIZA ANICETO

Hospital General del Hospital Universitario Virgen del Rocío



Paciente con nutrición parenteral

A.—INTRODUCCION: NUTRICION Y CANCER

El cáncer puede actuar sobre el estado nutricional del paciente a través de una o más de las vías siguientes:

1.—Efecto sistémico del cáncer.

La anorexia suele presentarse como un síntoma de la enfermedad neoplásica en un gran número de pacientes. Ello conduce a una pérdida de peso provocada por una ingesta inadecuada.

Otro aspecto del enfermo neoplásico es que a la vez que disminuye el apetito, se incrementa el metabolismo energético, aumentando pues las necesidades calóricas.

El estado caquético se presenta, pues, a consecuencia de:

- Ingesta por la anorexia.
- Necesidades energéticas.

2.—Efecto local del cáncer.

Son diversas, según la localización del tumor.

3.—Efecto de la terapia antineoplásica.

3.1.—*Cirugía*. Un estado nutricional deficiente unido al trauma quirúrgico conduce a un cuadro catabólico severo y menos posibilidades de éxito.

3.2.—*Radioterapia*. Puede inducir a una variedad de graves efectos en el estado nutricional.

3.3.—*Quimioterapia*. Produce una serie de alteraciones: anorexia, náuseas, etc. El resultado es una pérdida de peso y un debilitamiento general que puede llegar a impedir la continuación del tratamiento.

Consecuentemente, la posibilidad de efectuar una terapia adecuada cancerígena, ya sea mediante cirugía, radio y/o quimioterapia, necesita de un aceptable estado nutricional del paciente que podemos conseguir con una dieta adecuada o en otros casos con una alimentación parenteral.

B.—ALIMENTACION PARENTERAL

I. DEFINICION

Es el aporte por vía intravenosa de todas las sustancias nutritivas (P. inmediatos, vitaminas, minerales y oligoelementos), en cantidades suficientes y equilibradas que permiten cubrir las necesidades metabólicas del paciente.

II. TIPOS DE A.P.

- 1.—Según su composición.
 - total
 - parcial
- 2.—Según vía de administración.
 - periférica
 - central
- 3.—Según tipo de A.P. realizada.
 - exclusiva
 - complementaria.

III. INDICACIONES

Se adopta en los pacientes hematólogicos en los siguientes casos:

1.—Leucemia mieloide aguda, de forma preventiva por estar sometido a un tratamiento de quimioterapia prolongado.

2.—Leucemia linfoblástica, por necesidad de aportes nutritivos extraordinarios (desnutrición).

IV. VIAS DE ADMINISTRACION

1.—Vía periférica.

1.1.—Ventajas.

— Menor riesgo de alteraciones metabólicas (hiper e hipoglucemia) debidas al cambio de ritmo de la perfusión.

- Más económica.
- Técnica sencilla.
- Mayor comodidad del paciente.

1.2.—Inconvenientes.

— Escasa duración: flebitis.

— Mayor facilidad de reacciones locales por extravasación de líquidos.

2.—Vía central.

2.1.—Ventajas.

— Mayor duración.

— Se pueden usar soluciones hiperosmolares.

2.2.—Inconvenientes.

— Mayor dificultad técnica.

— Mayor peligro de infección.

— Necesidad de mantener un flujo constante.

V. FUENTES CALORICAS

1.—Hidratos de carbono.

1.1.—Glucosa.

Es la fuente calórica más asequible, barata y fisiológica.

1 gr. de glucosa = 4 kcal.

Las calorías aportadas en forma de

H. de C. debe ser del 60-70 % del aporte calórico total.

Una ventaja de este H. de C. es que puede controlarse su presencia en el organismo mediante la vigilancia de la glucemia y glucosuria.

Las soluciones glucosadas que se administran en A.P. son hipertónicas (10, 20, 30, 40 y 50 %) para poder obtener energía, debiendo administrarse por vía central y a un ritmo no superior a 1/2 gr./kg./hora, para evitar glucosurias positivas.

1.2.—Otros.

— Fluctosa. Tiene el inconveniente que se metaboliza rápidamente produciendo un acúmulo de ácido láctico y pirúvico, lo cual produce acidosis láctica. Su uso se limita a casos muy concretos.

— Maltosa. No se utiliza, pues el 20-30 % se elimina por el riñón.

2.—Lípidos.

Deben constituir del 35-45 % del aporte calórico total.

2.1.—Ventajas.

— Alto poder calórico en pequeño volumen 9 kcal/gr.

— Aporte de ácidos grasos esenciales: A. linoleico, linolénico y araquicónico, necesarios para la síntesis de las prostaglandinas. La deficiencia de los mismos produce alopecia, hepatomegalia y dermatitis escamosa.

— Puede administrarse por vía periférica gracias a su baja osmolaridad (280-330 mOsm/l).

— Puede administrarse siempre a una velocidad superior a 1 gr./kg./1 h.

— Si la administración de A.P. se realiza mezclando todos los componentes, la osmolaridad en 1/4 ó 1/3.

2.2.—Inconvenientes.

— Intolerancia absoluta o relativa a las grasas (sepsis a gram —, hepatopatías, etc.).

— Posibilidad de alergia a los fosfolípidos de yema de huevo.

— No debe administrarse a enfermos con pancreatitis.

— Administrar con precaución en casos de trastornos de la coagulación, anemia e hiperbilirrubinemia.

3.—Proteínas.

Se administran en forma de aminoácidos con el fin de mantener la sín-

tesis de proteínas estructurales, no como fuente calórica.

4.—Electrolitos.

No se conocen las necesidades exactas y dependen de múltiples factores, como pérdidas por drenaje, I. renal o hepática, etc.

VII. DIETAS DE A.P.

La composición de la A.P. tiene unas líneas básicas, pero se van a modificar atendiendo al estado nutricional y metabólico del individuo.

La instauración y retirada ha de ser progresiva.

VI. NECESIDADES ENERGETICAS Y ELEMENTALES

ELEMENTOS	DOSIS/KGR/DIA (adultos)
Energía	60-120 kcal
H ₂ O	80-120 cc. o más
H. de carbono	3,5-7 gr.
Aminoácidos	Día 1º 1 gr. Día 2º 1,5 gr. Dosis máxima: 2,5 gr.
Grasas	Día 1º 1 gr. Día 2º 1,5 gr. Dosis máxima: 2,5 gr.
ClNa	3-4 mq.
Gluconato cálcico	2 cc.
Clk	1-2 mq.
Magnesio	0,3-0,5 cc.
Polivitaminas	
Zn	200 mq.
Cr	0,15-0,2 mq.
Y	5-15 mq.
Cu	20 mq.
Mn	2-10 mq.
Vit. K	10 mg/semana
A. Fólico	5 mg/2 días
Vit. B ₁₂	1 mg/semana

Se deben aportar Na, K, Ca, Mg y fosfatos.

5.—Vitaminas y oligoelementos.

6.—Agua.

En líneas generales:

Día 1º Se aporta 1/3 de los requerimientos de energía. No grasas.

Día 2º Se aporta 2/3 de los requerimientos de energía. Se empieza a introducir grasas.

Día 3º Se aporta 3/3 de los requerimientos de energía. Se introduce la totalidad de las grasas que el sujeto necesita.

VIII. MATERIAL PARA VENOCLISIS

NUTRITIVOS

O.B.S.

Freamine 8,5 %

Intralipid 10-20 %

Sulmetin simple 15 %

— Catéteres adecuados.

IX. CUIDADOS DE ENFERMERIA

1.—Valoración del estado nutricional del paciente.

Puede ser necesario el estudio de diversos parámetros antropométricos y analíticos: peso habitual, peso ideal, pliegue cutáneo, perímetro del brazo, sexo, grasa cutánea del tríceps, estado inmunitario, relación talla-peso, altura, albúmina plasmática, transferrina, potasio corporal total, aminoácidos plasmáticos, creatinina y balance nitrogenado. Si bien tenemos que tener en cuenta que muchas veces el aspecto físico y el peso son suficientemente expresivos.

Disminuciones de peso o de otros valores antropométricos del:

— 10 % indican desnutrición ligera.

— 10-40 % indican desnutrición moderada.

— 40 % indican desnutrición intensa y grave. Gran mortalidad.

2.—Antes de la colocación del catéter se informa al paciente de todo el proceso.

3.—Una vez iniciada la perfusión.

— Comprobar si los datos de la bolsa de nutrición parenteral son correctos: nombre y apellidos del enfermo, núm. de habitación y cama, fecha, componentes nutritivos adecuados, así como la protección correcta de la luz.

— Colocación de la bolsa de A.P. a temperatura ambiente. En caso de una no administración inmediata, conservarla en frigorífico a una temperatura 4-8° C no más de tres días.

— Cura diaria del punto de inserción: gasa estéril y betadine, observando posibles signos de complicaciones: derrame, afectación cutánea, acodamiento del catéter, etc.

— Cambio diario del sistema de perfusión con máxima asepsia.

— Evitar las manipulaciones excesivas protegiendo las conexiones con gasas impregnadas de betadine.

— Usar las menos conexiones posibles.

— Control de la posición del catéter mediante radiografía para evitar posible neumotórax, hidrotórax o hemotórax.

— Cambio del catéter ante sospecha de infección y toma de muestra para microbiología.

— No emplear la vía para extracción de sangre, administración de medicación o transfusiones sanguíneas.

— Control de constantes vitales y diuresis cada 4-6 horas anotadas en gráfica especial.

— Realizar balance hídrico diario.

— Peso diario a la misma hora y en iguales circunstancias, no debiendo sobrepasar los 500 gr. de diferencia.

— Controles diarios: G.U.I., gases venosos e iones en orina.

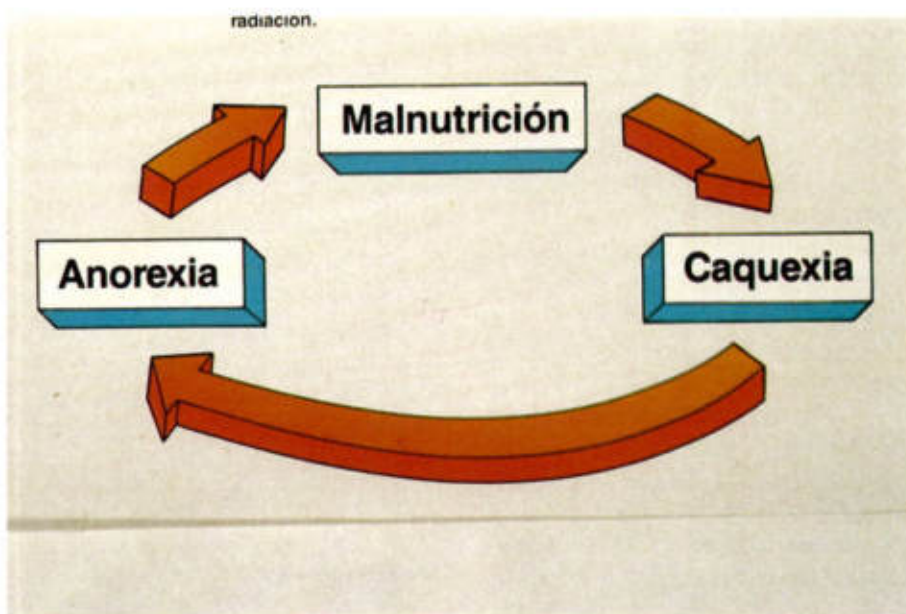
— Material estéril: paños, gasas, guantes, mascarilla, jeringas de 5, 10, 20 c.c., agujas i. m., material de cura.

— Antiséptico yodado.

— Anestésico local: scandicain.

— Material de fijación: esparadrapo.

— Sistema de nutrición preparada.



Círculo de desnutrición



Material necesario para punción venosa



- Controles semanales: proteínas, creatinina, Mg, Ca, P, pruebas hepáticas.

- Utilización de suero glucosado 10 % en los siguientes casos:

- = Si finaliza la perfusión de A.P. antes del horario previsto.

- = Ante la interrupción de la A.P. durante al menos dos horas.

Todo ello para prevenir la hiperglucemia de rebote.

- Controlar la correcta velocidad de perfusión observando posibles signos de hiper o hipoglucemia.

- Mantener la permeabilidad e integridad del sistema.

- Mantener una relación terapéutica enfermera-paciente.

- Si existe una inmovilidad del paciente, se realizarán ejercicios activos y/o pasivos de las extremidades para conservar los músculos en un tono adecuado, así como cambios posturales.

En nuestro servicio de Hematología se suele utilizar el catéter de Hickman (doble vía) por sus importantes ventajas.

X. COMPLICACIONES

1.—Quirúrgicas.

Debidas al catéter en sí y/o a la técnica quirúrgica empleada:

- Trombosis venosas.
- Mal posición o desplazamiento del catéter. Arritmias.
- Infección local.
- Accidentes por punción percutánea: hemotórax, neumotórax, lesión del plexo braquial, hemopericardio.
- Perforación venosa.
- Isquemia por canalización arterial.

2.—Metabólicas.

Debidas al aporte de principios inmediatos, agua, electrolitos, vitaminas

y oligoelementos, bien porque el aporte se realice por defecto o por exceso o bien debido a una patología existente.

3.—Infecciosas.

En algunos casos pueden conducir a la muerte del paciente. La infección puede ser local o generalizada (sepsis). Los gérmenes más usuales en producir septicemias en enfermos sometidos a A.P. son: Cándidas, Albicans, klebsiella, E. coli, proteus, pseudomonas, estafilococo dorado coagulasa positivo.

La sepsis puede deberse al catéter en sí o a las soluciones nutritivas. Estas son un excelente medio cultivo para los gérmenes debido a su contenido en nitrógeno. Además de su osmolaridad predispone la formación de flebitis con riesgo de infección.

Los factores que predisponen a la sepsis por catéter son:

- El material del cual esté compuesto el catéter.

- El calibre excesivo del catéter en relación a la luz del vaso.

- La duración del catéter.

- La excesiva manipulación del catéter y conexiones.

- La movilidad del catéter por mala fijación.

- La proximidad de la herida quirúrgica para la entrada del catéter y de la vena.

- La multiplicidad de conexiones.

- El lugar de inserción del catéter en la piel no debe ocluirse con un apósito permanente, pues facilita la humedad local y con ella el desarrollo, especialmente de cándidas.

C. DIETETICA

I.—DEFINICION

Es la ciencia que estudia los regímenes alimenticios y, por tanto, se preocupa de indicar las necesidades nutricionales de cada individuo, así como la forma de utilización de los alimentos para que conserven el máximo de sus cualidades.

II.—CLASIFICACION

Los enfermos hematológicos necesitan una dieta equilibrada que aporte todos los P.I., vit., etc., que puede ser modificada atendiendo a múltiples fac-

tores. Entre ellas tenemos:

- D. normal.
- D. hiposódica o sin sal, indicada en enfermos en tratamiento con corticoides, obesos.
- D. diabética, indicada en enfermos tratados con corticoides para controlar el nivel de glucemia.
- D. hiperprotéica, por el bajo estado nutricional.
- D. blanda.
- D. protección gástrica.
- D. sin grasas.
- D. triturada de masticación.

III.—A. COMPLEMENTARIA

Se emplea para cubrir las deficiencias nutritivas que el paciente no consigue con una dieta normal debido, fundamentalmente, a la anorexia por el tratamiento citostático. Para ello se utilizan preparados especiales.

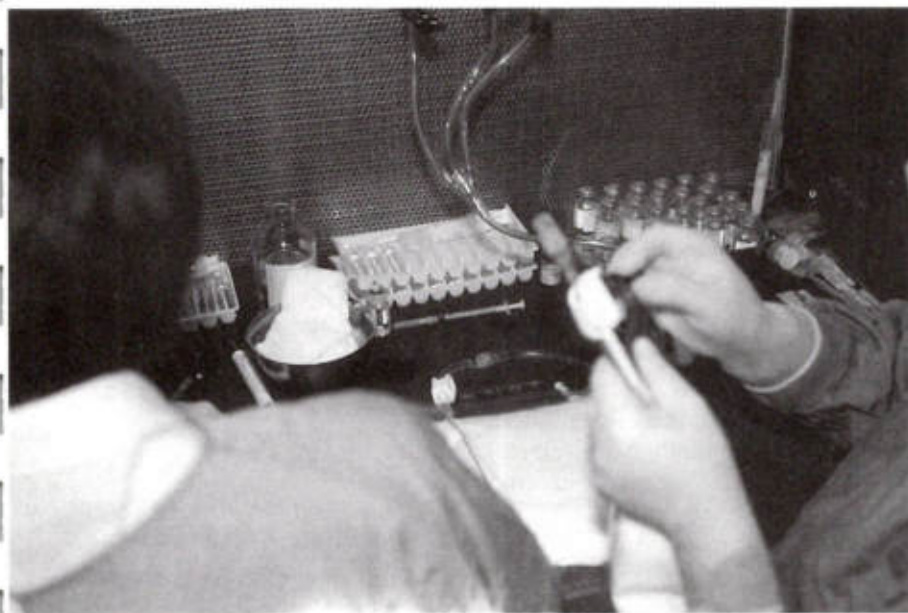
Es importante señalar la importan-

cia de la ingesta de abundantes líquidos (al menos dos litros/24 horas) para depurar el riñón. Deben ser preferentemente no ácidos, al menos en el período de tratamiento con citostáticos, al fin de alcalinizar la orina, ya que éstos favorecen la formación de cristales de ácido úrico y por tanto la aparición de cálculos.

IV.—PREPARACION Y PRESENTACION

Hemos de tener en cuenta que estos pacientes tienen un cuadro de anorexia muy marcado, por lo que es aconsejable:

- Buena presentación de los alimentos para estimular su apetito.
- Alimentos herméticamente cerrados desde cocina.
- Dieta variada y en poca cantidad.
- Abundantes líquidos no ácidos administrados en zumos.



Preparación en Farmacia de la bolsa de nutrición parenteral

V.—DIETA DE LOS ENFERMOS AISLADOS

1.—A. prohibidos:

— Ensalada, fruta fresca o productos lácteos (con algunas excepciones).

2.—Alimentos permitidos:

— Alimentos cocinados en olla a presión.

— Alimentos enlatados, siempre que sean abiertos en la habitación y consumidos al momento sin almacenar (flan, yogourt, etc.).

— Leche hervida inmediatamente antes de ingerir y llevada tapada.

— Queso en porciones, debiéndose consumir la porción abierta inmediatamente.

— Bebidas enlatadas, siempre que sean latas pequeñas, de consumo rápido, sin almacenamiento (como agua, zumos, coca-cola, etc.).

— El pan fresco debe ser tostado antes de su ingestión o biscotes.

— El agua debe ser estéril (al menos hervida y guardada tapada), para beber y para la higiene dental. El hielo debe prepararse también de este agua.

D. CONCLUSIONES

- 1.—La malnutrición en los pacientes hematológicos es un hecho frecuente.
- 2.—La terapia oncológica puede empeorar el estado de malnutrición.
- 3.—La terapia nutricional en pacientes hematológicos mejora el estado inmunológico y nutritivo.
- 4.—Un buen conocimiento por parte del equipo sanitario de las indicaciones, cuidados, riesgos y complicaciones de la alimentación parenteral puede llevar a favorecer una respuesta positiva al tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">— BRUNNER, L. S., SUDDARTH, D. S.: Manual de enfermería médico-quirúrgica. Tomo 4. Interamericana. 4.ª edición. Madrid, 1985.— SITGES CREUS, A.: Manual de | <ul style="list-style-type: none">la enfermera. Tomo 1, 3.ª edición. Ed. Toray. Barcelona, 1976.— HABADOR SANCHIS, J.: Cuidados intensivos. Ed. Gregorial. Valencia, 1979.— Nutrición, Revista de enfermería | <ul style="list-style-type: none">ROL, 1987, n.º 109.— Alimentación y cáncer, Revista de enfermería ROL, 1986, n.º 93.— SMITH, GIPS: Enfermería médico-quirúrgica, 2.ª edición. Ed. Interamericana, 1979. |
|---|---|---|

NUEVAS TECNICAS DE REPRODUCCION HUMANAS

M^º DEL CARMEN FERNANDEZ ZAMUDIO
Vocal Matrona del Colegio de A.T.S./D.E.

Probablemente, el tema de más actualidad en el campo de la Bioética, sea el de las nuevas técnicas reproductoras humanas.

Ya han nacido en el mundo dos mil quinientos niños concebidos mediante fecundación in vitro y son muchísimos más los engendrados mediante inseminación artificial.

En España como en otros países se han creado comisiones para estudiar estos temas con vistas a llegar a unos cauces legales en que contemplen estas situaciones nuevas.

La Comisión Parlamentaria Española, fue creada en 1985 y su primer presidente fue D. Marcelo Palacios, del grupo parlamentario socialista. También la componen un miembro por cada grupo parlamentario.

Los distintos grupos parlamentarios escogieron una serie de personas consideradas expertas en estos temas, especialmente de las siguientes áreas: Biología, Ginecología, Derecho y Ética, llegando a reunirse hasta un total de 36 especialistas que tomaron parte en una serie de reuniones de la Comisión Parlamentaria.

INTRODUCCION AL CONSEJO GENETICO

La constitución del hombre es heredada y esto significa que:

1º Por una parte está predispuesto a padecer las mismas enfermedades que sus progenitores.

2º Y por otra es capaz de producir esas mismas enfermedades en sus descendientes.

Basándose en esto muchos trastornos clínicos y metabólicos se han visto de siempre con clásica tendencia a ser heredadas y hasta se les ha llegado a

aplicar el calificativo de **TRASTORNOS GENETICOS**, sin contar con más amparo que el del enfoque clásico de la Genética, ciencia que hasta entonces no tenía para sustentarse más que dos pilares (grandes pero no con ciencia suficiente para darle un mínimo de credibilidad).

Estos pilares eran:

1. EL ANALISIS ESTADISTICO DE GRUPOS AFINES DE POBLACION.

2. ESTUDIO METICULOSO DE ARBOLES GENEALOGICOS.

Sin embargo en los últimos decenios se ha llegado a la identificación más directa de las enfermedades hereditarias al descubrir anomalías cromosómicas en células en desarrollo.

Ello obligaba a tener que utilizar una nueva arma y por tanto a saber manejarlas, esta era la **TECNICA CITOGENETICA** de los cromosomas en células en desarrollo.

Esta técnica se utilizó por primera vez en 1916 por un biólogo que relacionó cambios morfológicos de un tipo especial de moscas con cambios estructurales en sus cromosomas.

En los mamíferos en general y en el hombre en particular esta técnica encontró su mayor dificultad a la hora de separar los cromosomas y estudiarlos aisladamente, esto creó desmoralización en los investigadores.

Pero en 1949 cuando se publicó que Barr había encontrado una agrupación de cromatina en el núcleo de las neuronas de las gatas que no se encontraban en la de los gatos, los investigadores volvieron a tomar aliento, a esta agrupación de cromatina se le llamó **cromatina sexual** o cuerpo de Barr.

Esta técnica no empezó a pisar firma hasta que se consiguió:

1º Cultivo en plazo breve de células, lo cual brinda imágenes mitóticas en división activa.

2º Disponer de un fármaco que nos permitiera aplicarlo a aquel cultivo celular y que fuera capaz de detener la mitosis o división celular en la fase que a nosotros nos interesaba, es decir, cuando los cromosomas ya estuvieran constituidos y antes de que se pegaran unos a otros formando el **huso** y fuera imposible separarlos, condensarlo y ténirlo. Este fármaco fue la colquicina o colcemid.

EN BUSCA DEL CONSEJO GENETICO

¿Qué es la genética?

Los caracteres de los descendientes se parecen a los de sus progenitores.

A este hecho se le llama herencia biológica y a la ciencia que se encarga de su estudio se le llama genética.

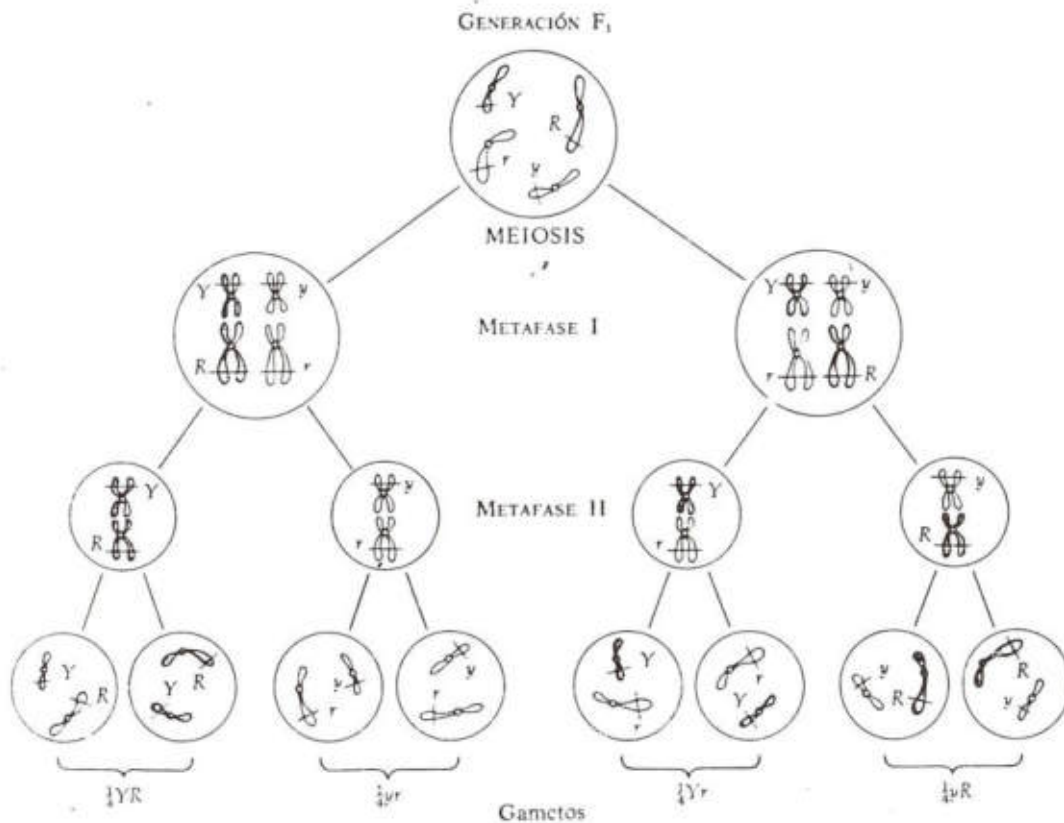
El material genético está formado por los cromosomas.

¿Y cómo pasa los cromosomas del progenitor a sus descendientes?

Pues en el caso de la reproducción asexual lo hacen por simple mitosis, es decir, la célula madre se divide en dos células hijas con características idénticas a su progenitora.

¿Y qué son los gametos?

Los gametos son las células reproductoras masculinas y femeninas después de haber sido sometidas a un proceso de maduración que consiste en invertirlas en células de dotación cromosómica haploide, es decir la mitad de la progenitora, a estos procesos se les llama **OVOGENESIS** o **ESPERMATO-**



GENESIS, no es más que una forma especial de división celular que llamamos meiosis.

un óvulo

46 cromosomas
(célula diploide)

1ª Etapa de la meiosis en la que se reduce el número de cromosomas a la mitad, 23 cromosomas (células haploides).

ovocitos

2ª Etapa de la meiosis, ya está división es normal, el resultado es que las células hijas de éstas van a seguir teniendo lógicamente 23 cromosomas, igual que la predecesora.

Luego nos encontramos con cuatro células llamadas ovocitos con 22 cromosomas autosómicos y un cromosoma sexual que en este caso por ser un óvulo siempre sería X.

Con la espermatogénesis y el proceso va a ser idéntico y el resultado será cuatro espermatoцитos con 23 cromosomas, 22 de ellos autosómicos y 1 cromosoma sexual que en el caso del varón puede ser X ó Y.

Ahora es el momento de que un espermatoцитo se una con un ovocito y tenga lugar la FECUNDACION y en este momento quedará ya determinado

el sexo del futuro hijo, todo va a depender del cromosoma sexual que aporte el espermatoцитo, veamos gráficamente.

OVOCITO (siempre con 22 autosomas + 1 cromosoma X)

Si se une a espermatoцитo con 22 autosomas + 1 cromosoma X = 1 con 22 autosomas + 1 cromosoma Y = 2

el cigoto n° 1 tendrá 22 cromosomas autosómicos de la madre + 22 cromosomas autosómicos del padre, es decir, 44 autosomas, y por otra parte un cromosoma sexual X del padre y otro X de la madre, luego el par de cromosomas sexuales (par 23) será XX, por lo que la neonata será hembra.

El cigoto n° 2 tendrá 22 cromosomas autosómicos de la madre + 22 cromosomas del padre = 44.

1 cromosoma X de la madre + 1 cromosoma Y del padre, luego el par sexual de cromosomas, el par 23 será XY.

Y el neonato será niño.

Pero ¿qué son los cromosomas?

Pues no son más que cadenas de

A.D.N. que llevan una información al A.R.N. que sintetizará proteínas y éstas directamente actuando como enzimas van a ser las responsables de la morfología y fisiología del cuerpo del descendiente.

Formando las cadenas de A.D.N. de los cromosomas se encuentran unos grupos especiales de átomos que reciben el nombre de GEN. El gen es la unidad de material genético o hereditario y cada uno de ellos es responsable de un carácter.

— Genotipo es el conjunto de genes diferentes que tiene un individuo.

— Fenotipo es el conjunto de caracteres que se manifiestan.

— Cariotipo es el conjunto de los caracteres de un individuo (tamaño, número, forma, etc.).

— Cariograma es su representación gráfica.

Gracias a la aplicación de estas técnicas en 1965 ya se conocía el cariotipo numial de los mamíferos con 46 cromosomas.

Poco después se haría una observación que marcaría época dentro de la Genética: un trastorno clínico, el mongolismo, guardaba a menudo relación con alteraciones cromosómicas suscep-

tibles de ser descubiertas (trisomía del par 21).

En breve tiempo se descubrirían aberraciones cromosómicas en gran variedad, muchas de ellas anomalías sexuales como son:

— EL SÍNDROME DE KLINEFELTER (el par 23 es XXY en lugar de XY).

— EL SÍNDROME DE TURNER (el par 23 es XO en lugar de XX).

A pesar de estas observaciones cromosómicas con las técnicas citogenéticas mencionadas hay muchos trastornos hereditarios plenamente improbados en los que no se ha podido descubrir ninguna aberración cromosómica y ello quizás sea debido a que la alteración genética esté a nivel del gen o posiblemente a nivel de las moléculas de D.N.A. que lo constituyen, y que se escapan de las técnicas para su estudio de las que hoy disponemos, por citar un ejemplo dentro de estos tenemos la HEMOFILIA.

LA FECUNDACION IN VITRO

La idea de poder conseguir una fecundación extracorpórea lo más parecida posible a la fisiológica, es una hipótesis que está en la mente del hombre desde hace tiempo, como lo demuestran los experimentos realizados con conejos a principios del siglo pasado.

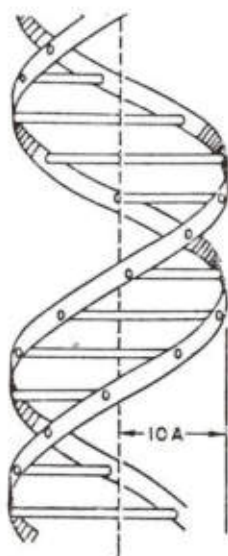
La necesidad de hacer realidad este hecho surgió ante la importancia en la que nos encontrábamos en los casos de obstrucción tubárica o ante la ausencia tubárica.

La imposibilidad de que esta hipótesis pudiera realizarse surgía del desconocimiento existente en la secuencia natural de acontecimientos que tienen lugar durante la fecundación y los primeros estadios del desarrollo embrionario.

La historia reciente de estos procedimientos está ligada a dos científicos británicos Steptoe y Edwards, ginecólogo y biólogo respectivamente.

Los dos empiezan a trabajar conjuntamente en 1967.

Uno se encarga de estudiar por medio de LAPAROSCOPIA todas las modificaciones del aparato genital interno femenino tanto en un ciclo normal, como en condiciones patológicas.



Molécula de D.N.A.

El biólogo encamina sus estudios hacia el análisis del líquido tubárico y del líquido folicular, como recordaremos en el ovario de todos los mamíferos están los folículos de GRAAF, que son unas vesículas esféricas que contienen en su interior un óvulo en desarrollo y líquido (el líquido folicular).

Con el estudio de estos líquidos el biólogo consiguió crear un medio para que las divisiones normales del cigoto (célula formada de la unión del gameto masculino y femenino) tuvieran lugar. Una vez que ya esto fue posible todo fue coser y cantar. El virtuoso laparoscopista cogía el folículo de GRAAF, se ponía en contacto con los espermatozoides en unas condiciones adecuadas y se iba siguiendo con microscopio las sucesivas divisiones celulares del cigoto y formarse el embrión que en un momento determinado sería colocado intraútero por vía vaginal.

En 1978, diez años más tarde, se consiguió el primer embarazo y nació la niña Louise Brown.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS DE LA FECUNDACION «IN VITRO»

Estudiaremos los principales aspectos y formas en que se realiza esta técnica:

1º Fecundación in vitro dentro de un matrimonio estéril (el llamado caso simple).

A este caso se le denomina caso simple porque se realiza dentro de esos límites concretos.

— Se recurre al F.I.V. como solución terapéutica.

— Por parte de una pareja casada infértil.

— Utilizando gametos (óvulos y espermatozoides) de los propios cónyuges.

— E implantando todos los embriones en el útero de la esposa.

Los reparos bioéticos que se hacen de forma expresa y directa la F.I.V. en el caso simple pueden reunirse en tres:

a) Que es una práctica contraria al orden natural.

b) Que no respeta la calidad humana de los gametos y del embrión.

c) Que deteriora la relación conyugal ya que separa el aspecto procreativo del aspecto unitivo de la relación sexual.

Estas tres objeciones carecen de validez, y ya han sido superadas porque:

La primera es una postura antiprogresiva de la historia humana y exagerada argumentación deontológica.

La segunda sirve para que, de acuerdo, se limite el número de gametos que se van a fecundar y se cuide mucho del uso y conservación que se haga de ellos. Lo de conceder a cada gameto aisladamente la dignidad de persona, parece que es extrapolar indebidamente las cosas.

Con respecto a la tercera creemos que sobrevaloramos la unión temporal y cronométrica de un coito frente a la unidad permanente de más valor humano.

Solucionadas estas tres objeciones surgen otras tres:

a) La posibilidad de riesgos para el nasciturus.

b) El rechazo en la implantación y la consiguiente pérdida de embriones fecundados.

c) El equilibrio entre el derecho al hijo y otros bienes (individuales, familiares, sociales). Es decir, las consecuencias que esta práctica pueda traer consigo.

En la actualidad se dan las condiciones adecuadas para mantener en los límites bioéticos esas objeciones, por lo que:

«La voluntad de una pareja estéril

de tener un hijo fruto de los mismos por medio de F.I.V. y los intentos realizados por los biólogos para responder a sus deseos no está desaprobado por la Bioética. Siempre que permanezca atento a los potenciales peligros, especialmente en el ámbito sociocultural y se proteja el respeto a la humanidad y a la calidad de las relaciones paternales y conyugales».

2º La F.I.V. CON GAMETOS DONADOS. En estos casos la Bioética mantiene la misma postura que en el caso de la inseminación artificial donante I.A.D.

3º La F.I.V. FUERA DEL MATRIMONIO. La Bioética considera que el «hijo es un valor en sí y no un bien útil» y únicamente el matrimonio garantiza la coherencia ética de la procreación.

Así que claramente dice NO en: Los estados de soltería, viudez, separación, divorcio, en los casos de parejas heterosexuales no casadas y por supuesto en los casos de parejas homosexuales.

Y aunque el matrimonio no garantiza totalmente la calidad del ambiente al que el hijo tiene derecho, no se conoce otro tipo de relación capaz de reemplazarlo.

MANIPULACION SOBRE EMBRIONES

Durante las dos primeras semanas que transcurren entre la fecundación y la anidación en el endometrio se le denomina al nuevo ser preembrión, y la ciencia considera que aún no puede concedérsele el carácter de humano plenamente dicho, porque aún no tiene individualidad. Y sin que esté genéticamente previsto durante este estadio puede dividirse y dar lugar a dos gemelos idénticos monocigóticos, o lo que es peor y afortunadamente excepcional en la especie humana, unirse a otros embriones distintos (incluso de diferente sexo), formando un único ser que poseerá características genéticas distintas.

Al mismo tiempo trabajos científicos demuestran que es muy elevado el número de interrupciones espontáneas del desarrollo embrionario en las citadas dos semanas. Frecuentemente se dan cifras de abortos espontáneos de hasta un 50-70%. Y además parece que

en esta elevada mortandad que ocurre antes de que se implante el huevo es debida a anomalías en los embriones, y si la naturaleza actúa con tanta prodigalidad en esas etapas primeras del desarrollo embrionario, la ciencia no debe empeñarse en implantarlos.

Todas estas consideraciones son las que se hacen para atribuir al embrión de menos de catorce días, un status diferente y menor al nuevo ser después de implantado en el endometrio.

Y ante esta situación se justifica la experimentación con incipientes embriones, anómalos o sobrantes que no van a ser transferidos para F.I.V. y con la finalidad de hacer materapia genética.

Es una realidad biológica, que estos embriones puestos en condiciones normales podrían dar una vida humana.

La Bioética dice que al ser humano existente desde el momento de la concepción debe aplicársele la regulación del Código de Helsinki:

«La preocupación por los intereses del sujeto debe prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad» (Declaración de Helsinki 1975-1-4).

INSEMINACION ARTIFICIAL

Es la introducción en el aparato reproductor femenino de semen para conseguir una concepción. Esto técnicamente es de una gran simpleza, aunque los porcentajes de éxito son pobres.

Un profesor inglés Sims, a mitad del siglo pasado, aportaba una experiencia de 55 casos de inseminaciones, obteniendo sólo un caso de embarazo.

Este bajo porcentaje de éxitos, junto con la aparición de nuevas técnicas más perfeccionadas, ha hecho que la inseminación artificial no haya llegado a gozar nunca de una gran difusión.

Hay dos tipos de inseminación artificial, según que el semen que se utilice sea del propio marido o bien de otro hombre, denominándoseles:

— Inseminación artificial conyugal (IAC)

— Inseminación artificial de dados o donante (IAD).

La inseminación artificial donante I.A.D. está indicada en:

1º Esterilidad masculina de etiología no tratable como es la zoospermia consecuente a la radioterapia o al uso de quimioterapia.

Siempre será estrictamente necesario en otros casos un estudio andrológico del hombre, porque puede haber espermatozoides incapaces de una inseminación artificial intrauterina, y si podrían ser capaces de una fecundación in vitro.

Constituye una contraindicación absoluta cualquier negativa del marido a que se le estudie a él, lo más completamente posible para valorar cualquier tipo de posibilidad con sus espermatozoides de baja calidad, y desde luego nunca deberá hacerse ante la más mínima alteración psíquica o psiquiátrica del marido como respuesta a que su mujer vaya a ser inseminada.

VALORACION BIOETICA DE LA INSEMINACION ARTIFICIAL

Como ante cualquier técnica la Bioética debe atender a lo que es la propia técnica pero también al uso que se haga de ella, a los fines para los que se utiliza y a las consecuencias que su utilización pueda traer consigo.

Vamos a considerar varios cabos:

1º Inseminación artificial conyugal I.A.C. al servicio de la superación de deficiencias naturales que impiden la procreación, es decir, como un procedimiento terapéutico y hecha por un personal competente y con las garantías debidas, merece una **valoración bioética positiva** porque a través de ella se realiza uno de los valores centrales del matrimonio y de la vida humana, como es la procreación, que de otra forma quedaría sin realizar en ese matrimonio. Y nosotros no estamos más que extralimitando nuestra voluntad para dar un hijo a quienes la naturaleza se lo negó.

2º Inseminación artificial de una mujer viuda con semen de su marido difunto.

La maternidad no debe concebirse prioritariamente como medio de satisfacer el deseo de una mujer, sino que debe prevalecer el **derecho del niño** a nacer en condiciones humanas y humanizadoras.

El nacimiento de un hijo póstumo, o el de un hijo de una madre soltera es la aceptación de una realidad.

EL PRACTICANTE GIGANO



Para el número de nuestra Revista, hemos seleccionado un artículo publicado en la Revista de Medicina y Cirugía Auxiliar del mes de Marzo de 1957. Su autor es D.C. OLIAS SANCHEZ, el escrito nos relata una situación verídica sobre «Intrusismo Profesional». Después de la lectura del mismo, concluimos, en la sapiencia del refranero español, «zapatero a tus zapatos».

«ER CERTIFICAO»

Por C. OLIAS SANCHEZ

El anecdotario de los Practicantes suele contener acontecimientos de interés que merece la pena recordar y dar a conocer entre compañeros. Este que voy a referir es absolutamente verídico, y en su relato quiero atenerme fielmente a lo sucedido, y no desvirtuar los hechos con alguna sugerencia imaginativa, pues con ello haría traición a uno de los recuerdos de mis comienzos profesionales que más grabados quedaron en mi memoria.

Ocurrió ello en una villa nortea, puerto marítimo de carga y pesca, de cuyo nombre guardo un emotivo e imperecedero recuerdo, pues allí nacieron mis hijos y allí empecé el ejercicio de mi vida profesional como Practicante titular (hoy A.P.D.) y de asistencia al Hospital y Casa de Socorro de la localidad.

Tenía yo mi vivienda en la planta baja de dicho Hospital, desde donde hacía mi servicio de guardia para lesionados de urgencia, de los que abundaban los sábados, domingos y lunes, por este día de mercado ganadero en la villa, y en cuyos tratos y «roblas» los acuerdos no siempre eran unánimes, terminando en este caso los litigantes en el «taller» de reparaciones físicas.

Llamaron una tarde a la «puerta del Practicante», que lo era de calle, y al abrir, apareció ante ella una «apuesta figura» de hombre, cuya descripción nos ahorramos por economizar espa-

cio, bastando sólo con decir que el sujeto tenía una traza inconfundible de gitano, y es conveniente advertir que, colgada del antebrazo izquierdo, portaba una majestuosa y respetable caya-da o garrota.

—¿Er zeñó Platicante?...— preguntó.

—Sí, señor. ¿Qué desea?— le dije-ron.

—Pues quería verle pa un azunto de interés.

—Dígame para qué y le avisaré.

—Pues... quería verle, ¿zabe usted?, pa hablarle.

Yo oía el pequeño diálogo desde una habitación cercana, y el gitano, quizá presumiéndolo, hablaba fuerte, como para que yo le oyera. Salí y lo encontré a distancia prudencial, respetuoso y comedido.

—¿Qué desea?...— le dije.

—Ez usted er zeñó Platicante, ¿verdá?

—Sí, señor; ¿qué desea?

—Pues, mire usted, hablá con usted.

—Diga usted lo que quiere.

—Zi usted me permite...

No se sabía si pedía permiso para entrar o para hablar, pero podía conjeturarse que su deseo era meterse, a lo que yo me mostraba muy reacio.

—Con permizo de usted...— volvió a insistir, con nueva insinuación para meterse.

Como el diálogo se prolongaba, y la gente de la calle se quedaba mirando, hube de apremiar:

—Dígame qué es lo que quiere o cierro la puerta.

—Hombre... Ezcuche usted a un hombre..., que cuando habla un hombre ze le ezcucha...

—Si ya escucho y no dice usted nada...

—Azí, en la calle...

No hubo más remedio que abrirle el paso, pues lo contrario hubiera supuesto ya desatención o grosería por mi parte.

—Pase usted— le dije.

Entró despacioso y solemne, y en tono confidencial y misterio dijo:

—Mire usted...

—Ya miro, ya.

—Pues ezcuche usted...

—Si también escucho.

—Zi, zeñó; yo sé que usted ez un Platicante mu güeno...

—Regular nada más.

—Cazi como un meico...

—Como un Practicante; pero sir casi.

—Zi zabré yo que usted zabe mucho.

—Pues sabe usted más que yo.

—Usted aquí ez el amo...

—De los muebles, sí— dije, mirando a los cuatro trastos. El se rió con risa de mula; es decir, enseñando los dientes. Volví a conminarle para que dijese lo que quería, y poniéndose un poco serio dijo:

—Pues mire usted... Yo tengo a mi mare un poco malita y quería que usted viniese a verla.

—Para eso avise usted al Médico.

—No, zeñó; al meico, no.

—Pues es al que se llama en estos casos.

—Yo quería que usted viesse a mi mare, porque usted zabe bien...

—Parece como si usted me hubiera probado.

—Zi lo zabe to er mundo.

—Bueno —le dije—. Usted se ha equivocado. Yo soy un Practicante, y no puedo visitar enfermos. Así es que llame al Médico que quiera.

—No, zeñó; de meicos ná. ¿Ze quiere usted callá? Zi no hacen más que purgarle a uno...

(No puedo por menos de dedicar un recuerdo histórico a lo que entonces era base de la terapéutica: el agua de Carabaña, el aceite de ricino y aún la jalapa.)

—Haga lo que quiera; pero yo no puedo ni tengo por qué visitar enfermos. Lo «mío» es cumplimentar los tratamientos que mande el Médico: Así es que...

—Pues yo dezearía que viniese usted conmigo, «pagándole lo que zea».

—Así, menos; de modo que no se canse usted, ni perdamos el tiempo.

El «tío» me rodeaba, me envolvía

en su palabrería fácil y rápida, y como sospechando en mí un posible temor, me ofrecía confianza...

—Zi no le va a pazá a usté na, zeñó...

Sabía explotar en su favor todas las posibles debilidades humanas: el halago, el interés y, por último, la hombría.

—¡No pensará usted que tengo miedo! —dije un poco idiotamente.

—Hombre; no, zeñó... ¡Qué va!...

Pero en mi concepto algo quedaba latente en el pensamiento del «gachó» de la cayada. Mi familia se impacientaba, y había que decidir: o marchar o echarle a la calle. Así es que, con súbita determinación, quizá con demasiada arrogancia, y como aquél que dijo «Vamos a la horca, amigo»; yo profetice:

—¡Amigo, vamos a ver a su madre!...

Mientras yo me ponía la ropa de calle salió mi mujer a recomendar al «calé» que no me entretuviera mucho. El, correcto y caballero a su modo, tranquilizó a mi esposa, y continuó con su verborrea habitual, acentuando la «sabiencia» mía. Dijo que mi trabajo sería «remunerado», que yendo con él no me podía pasar «na». Esto me sentaba a mí como un par de sinapismos de los de entonces. Y, efectivamente, como con un sinapismo amostazado y aún cantaridado en cada pan-torrilla, eché a andar...

La visita a la enferma fue rapidísima. Renunció a describir el lugar, el ambiente y el cuadro que a mi vista se ofreció. Una vieja, más bien un pergamino agónico, en un rincón, en el suelo, tapada con harapos sucios... Apartó éstos un poco el gitano, y sin dar tiempo casi ni a verla, volvió a cubrirla rápido. Salimos a la calle, y...

—¿Qué le paeze a usté?...

—Decía usted que estaba «un poco malita»; pero si nos descuidamos un poco...

—Zi, zi...

—No creo que salga de esta noche.

—Ya; ya me paezía a mí...

—Si quiere usted darla algo...

—No, no; ¿pa qué?...

—No sé para qué hemos venido...

—Güeno, güeno; dígame usté que le debo.

—¿Se quiere usted callar?... Eso no es nada.

—¿Cómo que nada?... Usté me dice lo que le debo ahora mismo...

—Eso no merece la pena. Con que... ¡Adiós!

—Usté ha hecho un trabajo, y tié usté que cobrarlo... ¡Pues no faltaba más!

No se andaba el «andobal» con remilgos, y afirmaba siempre. Me cortaba el paso; me hostigaba; me desafiaba... Otra vez la porfía; otra vez la tensión de nervios. Sonaba unas monedas en el bolsillo del chaleco. Distraídamente me fijé en la cadena del reloj, que iba de un bolsillo a otro pendiendo del centro un dije. Acoquinado y queriendo terminar, dije:

—¡Cinco pesetas!...

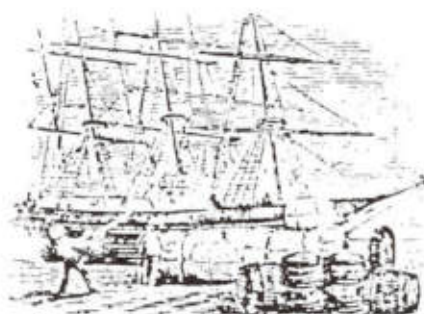
El gitano sacó una moneda de cinco pesetas, el clásico duro de entonces, y la dejó en mi mano abierta.

—Tome usté sus cinco pezetes... Y ¡vaya usté con Dios!

Dió media vuelta y se marchó. Yo salí andando medio mareado y aturrido. El duro en el bolsillo me incomodaba. Me parecía el testimonio de cargo, el producto inicuo de mi acto de intrusismo. Entré en un estanco y lo gasté en tabaco. Quería quemarlo, pues despertaba en mí remordimientos de conciencia por mi intromisión en cercano ajeno.

Llegué a casa. No cené. Me dió fiebre. Pasé la noche intranquilo e insomne. Se me representaba la habitación de los gitanos semiderruida, en un cuadro de desorden, de aquelarre, de niños y mayores en promiscuidad, de reflejos de llamas vivas, de humo, de olor a hoguera de leña verde, de pingos, de miseria, de parásitos... En el rincón, la anciana agonizante, exahusta de vida, imagen de la Parca, que sólo inspiraba una palabra: ¡Consumción!... Daba la luz para ahuyentar este recuerdo espeluznante y fumaba sin cesar... Por cada pitillo me parecía que había quitado un pedazo de pan a aquellos seres de vida infrahumana...

Ya en la mañana clara, la luz, el sol, la alegría de vivir, despejaron mi imaginación atribulada, tranquilizando un poco mis nervios, aunque no mi espíritu, ni menos mi conciencia... El trabajo, la obligación diaria, el trato con personas sociables, cultas, afectivas, hicieron que me pareciese aquella mañana más alegre y más cordial, y mi misión humilde más augusta, considerándome más digno de ocupar un puesto en la sociedad. Referí lo ocurrido a los Médicos, y lo que yo creía que les iba a impresionar dramáticamente,



despertó en ellos las risas, las bromas y chanzas, enseñoreándose regocijadamente de mi inocencia y de mi «novatada». Después, la vida me ha causado muchas lastimosas heridas morales; pero nada me ha parecido de un escarnio y de una ironía tan profunda y deprimente como esta lastimación primordial de mi sentido del ridículo...

Lo acontecido no termina aquí. Y si bien se dice que nunca segundas partes fueron buenas, en este caso fueron peores. A la misma hora del día anterior se presentó otra vez el gitano ante mi puerta. Le conocí en cuanto llamó. A través de la puerta adiviné su figura altanera. Yo mismo abrí, y salí a la calle un tanto apercebido y un poco desafiante. Jayanamente, con descaro, le pregunté:

—¿Qué pasa?

El, humilde y cabizbajo, replicó:

—Ya zabe usté. Como usté decía... Mi madre ze riurió.

Amainé un poco mi altanería, y con marcada indiferencia, al mismo tiempo que despidiéndole, dije:

—Sí, sí; no podía por menos que ocurrir... Pues lo siento mucho, amigo.

El, sencillamente, con una naturalidad tan natural, que parecía fingida, me espetó:

—Vengo a por er certificaio.

No he recibido en mi vida una puñalada; pero debe de ser una cosa parecida a esto.

—A ver, a ver, ¿qué dice usted?...

—Que vengo a por er certificaio pa enterrar a mi madre.

Yo le miraba irresoluto, estupefacto. El se rascaba la cabeza, se atusaba el bigote, escupía de lado por un colmillo y daba golpecitos en las piedras con su «suplemento» o garrota.

—«Eso» tiene uste que ir a que se lo dé el Médico.

—Pues usté fué el que azistió a la enferma.

—Porque usted se empeñó en llevarme casi a la fuerza.

—Zi; pero usted bien que se guardó las cinco pezetas.

Segunda puñalada, ésta al chaleco. Pensé que la tercera sería ya fatal para mí, y un poco «amistosamente», poniéndole «en razón», le dije:

—Mire; vaya usted «de mi parte» a casa del Médico (le di el nombre), y él se lo dará.

—No, zeñó; usted ez quien azistió a la enferma, y usted me tié que dar er certificaio...

La gente se paraba en la calle, escuchando las palabras y las expresiones firmes y rotundas del gitano, riéndose con algunas frases que acaso tuvieran gracia; pero que a mí me encoraban y sumergían en un caos de confusión y desaire. No sabía qué camino tomar, si el de la violencia o el de la sumisión. Si yo hubiera tenido la más mínima calidad constitucional de esquizofrénico, en esta ocasión lo hubiera demostrado, y en un arrebato, en una obcecación... ¡zás! Se acabó el gitano... Pero no. Mi falta absoluta de predisposición al crimen. Mi afición a hacer consideraciones antes de tomar determinaciones graves, me hicieron considerar que un «pero usted bien sabe que ze guardó las cinco pezetas», por muy recalcado y con mucho retintín que se dijera, no es motivo suficiente para decidirse al homicidio. Además de que instintivamente, aprecié que el «calé» me podía dar fácil respuesta con su «cayada», y bien manejada, acaso sirviera para no dejarse «homicidear» así como así.

Por eso, filosóficamente me metí en casa, mientras el «cañi», más filosóficamente todavía, seguía en la acera de enfrente con su palabrería chusqueante, arremolinando al público, curioso y malsano, que se regocijaba con invectivas del «faraón».

—¿Qué zabrá creio er Platicantillo eze? Y toavía ze las da de zaber. Zi presume como zi fuera un meico. Zeñó, zi vino a vizitá a mi mare, ¿por qué no me ha de dar er certificaio?... Za creio que ez arguien porque coze las cabezas como si fueran esteras o jalmas de pollinos... Bien zupo guardarze las cinco pezetas... Pa ezo zi que e dotor de verdá... ¡No, zi no me voy de aquí hasta que me dé es certificaio pa enterrar a mi madre!...

Estas mentalidades inferiores tienen mucho infantilismo y, por tanto, son egoístas. En sus tratos y cambala-

ches con los «payos» desarrollan una agudeza de ingenio desmesurada, siempre a base de mendacidad capciosa, hasta agotar, como la hiena, por embarullamiento. Sin embargo, las inteligencias de más solera a las víctimas de sus engaños y trapacerías, y base cultural, en el orden moral ambiente, guardamos un remanso, un caudal subjetivo de recursos mentales que la razón desconoce y que brotan de improviso, como una chispa de luz, que nos salva en la oscuridad de las situaciones más confusas, saltando en forma de frase oportuna, a lo cual solemos decir: «dar en el clavo», en el punto vital, en el «flaco» de cada uno. El gitano tenía su punto flaco, que yo, inconscientemente, descubrí, aunque tarde, y al tocarlo acusó rápido su vulnerabilidad. ¿Cómo no se me ocurrió a mí en un principio?

Cuando yo salía de casa para ir al Médico «mio» para pedirle el certificaio de mis pecados, aún a trueque de sus risas a mi costa, al pasar frente al «andobal» *huérfano de madre*, se me ocurrió decir:

—Espere usted un poco —y añadió

una voz que me salió del subconsciente—. «Que ahora le va a traer «er certificaio» la Guardia Civil»...

Fue el talismán, el Eureka, el abracadabra mágico, porque el gitano echó a correr en dirección contraria a la mía, y con las manos altas, haciendo señas negativas, desapareció sin volver la cabeza, como el que huye de una maldición...

Después supe que había llegado al Registro Civil con un certificado médico de defunción de su madre, en el que se había gastado el «parné», porque, según dijo:

—Malos mengues me trajelen antes que consentir que a mi mare la entieren con un certificaio de la Guardia Civil...

* * *

Así ocurrió este sucedido, que le aconteció a un Practicante viejo cuando era joven, y que dedica el autor y protagonista, con cariño profesional, a los compañeros jóvenes, por lo que les pueda servir de lección, y a los viejos, para que se regocijen recordando las muchas «gitanadas» que la vida les haya reparado a todos y a cada uno.



ENFERMERIA: UNA PROFESION QUE LA SOCIEDAD TIENE QUE VALORAR

ANTONIO NAVARRO CARMONA (A.T.S./D.E.)
Hospital Infantil de Sevilla

«— Mira, chico, yo no puedo soportar a los niños. Ya sé que está de moda hacer muchos aspavientos cuando se trata de vosotros..., ¡pero eso no me gusta conmigo!. No me gustan los niños en absoluto. Para mí no son más que unos estúpidos llorones y unos pesados que lo destrozan todo, manchan los libros de mermelada y les rasgan las páginas, y a los que les importa un pimiento que los mayores tengan también sus preocupaciones y sus problemas»...

—°—

Como habréis podido comprobar se trata de un pasaje del libro —La historia interminable, de Michael Ende—. ¡Ojalá fuese al revés!, es decir, que estas afirmaciones del libro de fantasía fuese sólo lo que hay en la realidad y lo que en la realidad hay fuese sólo la fantasía de un libro. Que sólo fuese fantasía: el negocio que la sociedad monta entorno al niño, la falta de respeto de los mayores para con los pequeños, los malos tratos y las malas formas, la marginación, el vicio, el aborto, la falsedad, el desprecio, el mercado de niños, la negación de sus derechos (o es que el niño de 8 ó 9 años no tiene derecho a seguir siendo atendido por su pediatra en vez de obligársele a consultar al médico general). Como digo, ojalá sólo hubiese en la realidad esas palabras que el viejo bibliotecario dice de los niños en el libro, porque, son palabras sinceras dirigidas a los pequeños pero sin olvidar que ante todo son personas. Además deja el deber al interlocutor de poder defenderse.

Hecha esta introducción que nos tiene bien a todos porque en algún momento de nuestra vida hemos entrado en contacto con el mundo de los niños,



y puesto que de niños se trata, pasamos a la materia que nos ocupa y que no es otra que terminar de contaros cómo finalizó la historia de nuestro amigo José Antonio. Para quienes no le conozcan les remito a los n.ºs. 2 y 4 de la revista HYGIA.

Hace ya tiempo que no tengo noticias tuyas, desde el día 21 de abril del 88 en que me enviaron razón de que José Antonio vive ya en su casa nueva. Ya no tiene humedad ni mal higiénico social en su hábitat.

Ahora vive en la barriada de la Fontanilla, c/ Ebro, bloque 4, n.º 4, piso 3.º D en Utrera. Es un piso cedido por el Ayuntamiento del pueblo cuyo Sr. Alcalde creyó en nuestra profesión. Por ello le doy públicamente las gracias a este Sr., sin el que no hubiese sido posible alcanzar el objetivo principal del programa de trabajo de enfermería en el caso de este niño.

Sólo se trata de comunicaros que conseguí el objetivo establecido; por lo

que este artículo es muy escueto. Escueto pero a la vez importante, porque haber podido terminar este trabajo ha significado un reconocimiento social de nuestra profesión. Un ayuntamiento ha comprendido nuestra labor y ha confiado en el papel serio, responsable, comprometido y activo que enfermería tiene en la sociedad actual. Estoy convencido que han ayudado, no porque desde una revista profesional se les haya pedido. Sé positivamente que les ha costado mucho, pero que lo han hecho porque han tomado en serio las razones que sobre la base de la salud del niño cardiópata se exponían en los artículos.

Ha sido una labor lenta y dura, pero piano-piano (como dicen los italianos) con mucha dosis de poquito a poco pero sin descanso, fe, ilusión y trabajo se consigue todo. Sin embargo el fruto no ha sido lento en llegar. Desde que se planteó el trabajo hasta abril del 88 transcurrieron 11 meses que aunque parecen muchos en realidad no son



tantos dada la embergadura del objetivo planteado.

También tengo que decir que tienen mucha razón los ayuntamientos, cuando se quejan de que la sanidad del país les pide mucho y les da muy pocos medios. Señores de la administración: si además de ahorrar a costa de las espaldas de los sanitarios no facultativos, escucharan ustedes lo que continuamente les estamos diciendo —demostrado incluso con trabajos—

sobre planificación, profilaxis, atención integral, programas de trabajos... ahorrarian más y podrían ustedes dar algo más a los ayuntamientos y de paso, también habría para pagar más dignamente a los sanitarios antes mencionados.

Aunque para mí finalizó la historia de José Antonio, en realidad —como recordaréis de los primeros artículos— aún queda pendiente del trabajo programado el tema de planificación fa-

miliar. Es curioso las dificultades que encuentran unas mujeres para hacerse las ligaduras de trompas (bloqueo tubárico en palabras técnicas) y paralelamente, la facilidad con que otras abortan con la etiqueta de la terapéutica. Así de insignificante y absurdo es el ser humano.

Para terminar, no sé si este trabajo ha demostrado o no de lo que somos capaces y si ha dejado ver o no las causas que impiden desarrollar plenamente la labor de enfermería. De todo ello saco las siguientes conclusiones:

1º La sociedad tiene que asumir la parte de responsabilidad que le corresponde en el tema de salud y trabajar duramente cuando profesionales de enfermería requieran de su actuación.

2º Enfermería de calidad no sólo hay que pretender hacerla en los hospitales, donde quiera que hay un enfermero-a debe haber calidad. Por ello, se haga donde se haga, la calidad requiere un número de profesionales adecuados. La ley del mínimo personal, el ir siempre corriendo, el estar siempre agobiados de trabajo, el no poder participar ni organizar programas de investigación, la ausencia de incentivos, todo eso y otras cosas más no permiten calidad en enfermería.

3º No está claro aún que los modelos de historia de enfermería que están circulando actualmente, sirvan para algo —porque son incompletos y confusos y porque además pocos profesionales los rellenan— pero bueno, es lo único que tenemos y por algo habrá que empezar.

4º Si está claro en cambio en qué consiste un programa de cuidado o de actuación de enfermería (Revista HYGIA nº 2 artículo de José Antonio).

5º NADA MAS SENCILLO que programar unos cuidados: un papel en blanco, un lápiz, observar, descubrir el problema, pensar cómo podemos solucionarlo, llevar a la práctica el pensamiento, valorar al cabo de unos días, exigir nuestro derecho a trabajar como Dios manda.

NOTA: Os incluyo una foto actual de José Antonio para que le conozcáis y una foto de su nueva vivienda, así como un esquema de uno de los derechos negados a los niños de edades comprendidas entre 6 y 9 años.



ANALISIS CLINICOS

LUIS MIGUEL GONZALEZ FLORES

Supervisor del Area de Laboratorios del Hospital Universitario Virgen Macarena

INTRODUCCION

Una de las mayores controversias con las que, tradicionalmente, nos hemos enfrentado los profesionales de Enfermería que prestamos nuestros servicios en las áreas de Análisis Clínicos, ha venido dada por la idea que amplios sectores de nuestra propia profesión y de múltiples sectores ajenos a ella han venido manteniendo y mantienen sobre la inaplicación de los postulados y principios básicos de la Enfermería a estas áreas de la atención sanitaria.

Asimismo, ha sido objeto de permanente búsqueda el nexo de unión por nuestra parte que nos permitiese objetivar que la Enfermería de Laboratorios tiene una acción propia y diferenciadora con relación a la acción puramente técnica que en los Laboratorios puede realizarse y que se incardina con estos postulados específicos de la Enfermería.

En este intento hemos venido trabajando, desde hace tiempo, en nuestro centro y a él le hemos dedicado una atención preferente que, basándose en un estudio y análisis de las realidades específicas, las cuales acontecen en el campo de la atención de salud de los Laboratorios, nos permitiese llegar a una serie de actuaciones concretas en las que intentaríamos evidenciar que es posible una atención de Enfermería diferenciada en los Laboratorios; que es posible un rol de Enfermería en estas unidades y que la presencia de profesionales de Enfermería en las mismas, lejos de ser algo innecesario, es un factor que puede contribuir a mejorar la calidad asistencial a los usuarios, tanto

desde el punto de vista de las metodologías analíticas, como desde el punto de vista de la atención sanitaria ya que, en todo momento, el usuario va a encontrar a unos profesionales que no solamente se ocupan de él como un elemento parcializado al que ha de efectuársele una serie de pruebas complementarias analíticas, sino como una persona que recibe una atención personalizada, en la misma línea de actuación que luego puede encontrarse en cualquier servicio o unidad asistencial; e incluso, merced a esta atención, es posible la detección de situaciones no evidenciables, a veces, que pueden ser importantes para este proceso de atención integral.

Conscientes de que es preciso que, de una vez por todas, los profesionales de Enfermería que prestamos nuestros servicios en las unidades de Análisis Clínicos, dejemos de afirmar que nuestra presencia en los mismos es necesaria y beneficiosa para la atención de salud de los pacientes y usuarios, todo ello basándonos en ideas, muy respetables pero escasamente contrastadas y, lo que es aún peor, olvidando a veces que los principios de tales afirmaciones deben tener como base y sustento los principios fundamentales y específicos de nuestra profesión de Enfermería, es por lo que decidimos iniciar una serie de estudios que nos llevasen a encontrar estos nexos de unión que nosotros estamos convencidos existen entre la Enfermería y una parte importante y fundamental de la acción que ha de ejecutarse en las unidades de Análisis Clínicos.

Con este fin, iniciamos un proceso de estudio y análisis de las unidades de nuestros Laboratorios en la idea de detectar aquellas en las cuales se producían interacciones enfermera/o-paciente y por tal causa los profesionales de Enfermería mantenían un contacto directo con los pacientes y usuarios que precisaban efectuarse algún tipo de procedimiento relacionado con el laboratorio clínico. Estas interacciones nos permitirían ir perfilando acciones concretas de Enfermería orientadas al campo específico de nuestras unidades.

De este estudio y haciendo mención expresa a nuestra concreta realidad, se obtuvo el siguiente resultado:

AREAS DE INTERACCION ENFERMERIA-PACIENTE/ USUARIO

- 1º Consultas de extracciones extra-hospitalarias.
- 2º Consultas de sobrecargas orales de glucosa.
- 3º Consultas para el estudio inmunohematológico de gestantes.
- 4º Consultas de inmunobioquímica.
- 5º Cámara de donantes.
- 6º Consultas para el control de enfermos con tratamientos anticoagulantes.
- 7º Consultas de hematología oncológica.
- 8º Consultas de microbiología.

Del resto de las unidades de nuestros Laboratorios en las cuales se producía una interacción más relativizada de los pacientes/usuarios, con relación al personal de Enfermería, preferimos derivar su estudio y análisis para fases posteriores, dado que en ellas la problemática es distinta y no se hacía aconsejable mezclar situaciones diferentes hasta no ir alcanzando objetivos a partir de los inicialmente propuestos.

Perfiladas estas áreas concretas de acción, estimamos conveniente el seleccionar una de ellas que nos sirviese como «unidad piloto» y utilizarla como marco de referencia para el resto de las unidades descritas, una vez se generalizara el proyecto de actuación y las acciones que deseábamos emprender.

Por tal motivo y por ser la unidad más asequible en su momento para la realización del proyecto, todo ello dado por el tipo de sistema organizativo que esta unidad tenía, así como por el tipo de pacientes y usuarios, recursos materiales y humanos, etc., todo lo cual nos facilitaba inicialmente nuestra labor, elegimos como unidad piloto la consulta donde se realizan las curvas de sobrecargas orales de glucosa, dentro del Departamento de Bioquímica del área de Laboratorios.

Una vez seleccionada nuestra unidad de estudio, procedimos al establecimiento de las características propias de la unidad, así como la de los pacientes y usuarios que a ella acudían. De esta forma, pudimos apreciar cómo:

1º Cada paciente y/o usuario establecía un contacto previo a la ejecución del procedimiento (cita previa) varios días antes del mismo. Esto nos iba a permitir que desde ese mismo instante el personal de Enfermería adscrito a esta consulta pudiese instaurar un plan de cuidados orientados a la adecuada preparación de estos pacientes y usuarios, en las modernas líneas de actuación que se dictan para la realización de las curvas de sobrecargas orales de glucosa, por parte de los organismos nacionales e internacionales que se ocupan del tema.

Con todo ello se conseguía, además, que el paciente y/o usuario tomase conciencia de la importancia de su grado de participación en el proceso y al profesional de Enfermería que mantenía este primer contacto le permitía

el poder seleccionar aquellos casos que, por la problemática o situaciones especiales inicialmente detectadas, fuese factible a posteriori de realizarles el protocolo de historia de Enfermería (dado que en esta fase inicial y por imperativos derivados de los recursos humanos limitados de que disponemos, es materialmente imposible el poderse lo realizar a todos los pacientes y/o usuarios).

2º Los pacientes y/o usuarios de esta unidad han de permanecer, por imperativos derivados del procedimiento que ha de realizárseles, por un espacio de tiempo no inferior a las dos horas (incluso hasta tres, según los casos). Este prolongado espacio de tiempo con nosotros nos iba a permitir efectuar, sin ningún tipo de problemas, la recogida de datos necesaria que se reflejaba en los protocolos de Enfermería que conformarían la historia de Enfermería, siempre en aquellos casos seleccionados para tal fin.

3º Una particularidad más de estos pacientes y/o usuarios es aquella por la cual, muchos de ellos, han de acudir a nuestras consultas en más de una ocasión, bien porque sea necesario efectuárseles controles periódicos de sus procesos puntuales (como es el caso de las gestantes), bien por la necesidad de tener que evaluar y controlar periódicamente otro tipo de procesos más orgánicamente instaurados (como es el supuesto de las alteraciones hidro-

carbonadas, etc.). Todo ello nos iba a permitir el poder estudiar una evolución programada y un adecuado proceso de atención de Enfermería.

4º La última característica digna de mención es aquella por la cual sabemos que esta unidad está llevada y orientada en exclusividad por el personal de Enfermería, siendo nosotros los que establecemos los protocolos de actuación y los procedimientos y actuaciones a ejecutar en todo momento; todo lo cual nos permitía unos márgenes de operatividad mayor que en otras unidades del área de Laboratorios.

Tomando, pues, como base de actuación todas estas características reseñadas, se elaboró un anteproyecto de trabajo y con él se llegó al establecimiento de una serie de acciones que tenían como fin la consecución de los objetivos inicialmente propuestos tras la puesta en marcha del proceso.

Las fases del mismo serían las siguientes:

- 1º La protocolización de la acción de Enfermería.
- 2º La protocolización de la información al usuario.
- 3º La elaboración de la documentación a incluir en la Historia de Enfermería.
- 4º La implantación gradual del proyecto.
- 5º Las evaluaciones periódicas sobre la marcha del mismo.



6º Las modificaciones de las desviaciones detectadas en las evaluaciones.

7º La redacción de un proyecto definitivo.

8º La implantación sistemática del proyecto en la unidad piloto y la implantación del mismo al resto de las unidades inicialmente propuestas, con las modificaciones a que hubiese lugar, derivadas de sus características específicas.

ACCIONES EMPRENDIDAS PARA LA CONSECUENCIA DE LOS OBJETIVOS

La primera acción que emprendimos fue la de realizar la protocolización de las actuaciones de Enfermería. De esta forma se establecieron los procedimientos de trabajo que debían realizar los miembros de la división de Enfermería que, bien de manera permanente, bien de forma ocasional (por circunstancias derivadas de permisos, vacaciones, bajas, etc.), han de prestar sus servicios en esta unidad. Con ello intentamos garantizar que, independientemente de la persona que realizaba los procedimientos de Enfermería, estos iban a seguir la línea trazada en el proyecto sin sufrir desviaciones.

La segunda acción emprendida fue la de establecer los protocolos de información a los pacientes y usuarios siguiendo, como ya se ha indicado, las recomendaciones nacionales e internacionales que al respecto existen para este tipo de procedimientos y que nosotros adaptamos a la particular idiosincrasia de la población que atendemos y a su nivel medio de comprensión. Estos modelos informativos tienen un contenido que se orienta a resaltar el papel preponderante que para la correcta realización de las sobrecargas orales de glucosa tienen, tanto el propio paciente, como el personal de Enfermería encargado de la realización práctica del procedimiento.

En tercer lugar se procedió a la elaboración de un primer proyecto de protocolos de Enfermería que conformasen la propia «Historia de Enfermería» de los usuarios y/o pacientes.

En este primer documento se recopilan una serie de datos personales necesarios para la valoración de Enfermería; una serie de datos clínicos con este mismo fin, así como una valoración

que la persona encargada de realizar el procedimiento efectuaba sobre las necesidades fisiológicas y psicológicas de los pacientes y/o usuarios y su grado de alteración (en la segunda fase fueron incluidas las necesidades sociales que se evidenciaron como muy necesarias de incluir en estos documentos).

Se incluían, asimismo, observaciones y elementos especialmente significativos para la atención de Enfermería (tales como la conducta que la persona observaba durante la entrevista) y se finalizaba con un diagnóstico de Enfermería que en su primera fase no fue incluido y se sumó posteriormente una vez que el personal tomó más conciencia de la forma de realizarlos.

A todo esto se sumaron los datos técnicos relacionados con la realización del procedimiento analítico, de forma que en aquellos casos en los cuales el paciente volvía en otra ocasión a la consulta, ya se disponían de una serie de elementos de valoración que nos permitía orientar nuestra actuación en un determinado sentido, bien técnico, bien de otro tipo que se relacionase con factores de ansiedad, temor, etc.

Como se ha indicado con anterioridad, no ha sido al total de la población atendida la que se le ha sometido este proceso específico de la realización de los protocolos para la Historia de Enfermería y sí en aquellos casos que los profesionales que han desarrollado el

trabajo estimaron como más adecuado para ello, en virtud de las necesidades detectadas y de las particulares situaciones que detectaron en determinados pacientes.

Es preciso indicar que, con todo ello, la consulta pasó a denominarse «Consulta de Enfermería» a fin de resaltar el sentido específico de la acción que en ella se desarrollaba.

Para los casos realizados en los cuales el paciente y/o usuario presentaba estas situaciones anteriormente descritas y acudían en más de una ocasión a esta consulta, el personal de Enfermería realizaba un plan de cuidados basado en el proceso de atención de Enfermería y que le permitía organizar adecuadamente el proceso, bien de forma inmediata, bien a posteriori para el supuesto de que el paciente acudiese en otra ocasión a la consulta.

Hay que reseñar que en todo este proceso seguido se establecieron diversas sesiones de trabajo con el personal de Enfermería de estas consultas, a fin de que todo ello se realizase con su necesaria e imprescindible aceptación y participación, y a fin de que fuese indicando las desviaciones o problemáticas surgidas a lo largo del tiempo en que ha durado el proceso inicial y sucesivo.

Con todo ello, en el mes de septiembre del año 1987 se comenzaron a realizar las primeras historias y con diversos altibajos derivados de la siem-





pre especial situación que Enfermería ha de sufrir en nuestros centros de trabajo, se ha venido realizando de manera ininterrumpida hasta el presente mes en el que se ha iniciado el proceso de evaluación global de este período y se han establecido una serie de acciones en coordinación con la Dirección de Enfermería de nuestro centro, destinadas a incardinar esta documentación en el proceso general que se viene siguiendo en el mismo y siguiendo las pautas que dicta esta Dirección de Enfermería para la documentación y protocolos de nuestra división.

De esta línea de trabajo se ha desprendido la elaboración de unos protocolos para la confección de la Historia de Enfermería que van a ser implantados de manera gradual en el resto de las unidades que anteriormente relacionamos. Estos protocolos, confeccionados en base al inicialmente redactado, tienen como misión en su idea unificadora la de que todo el personal de nuestra área utilice el mismo modelo de registros con las diferencias propias de cada uno de ellos.

Estamos, pues, en la fase de desarrollo y ampliación de nuestro proyecto, que va a prolongarse a lo largo del

presente ejercicio y suponemos que el próximo, con objeto de ir perfilando para un futuro las acciones a ejecutar en el resto de las unidades de nuestros Laboratorios.

EVALUACION DE LOS RESULTADOS

Tras todo lo anteriormente expuesto podemos afirmar que:

1º Se ha conseguido la implantación sistemática de registros de Enfermería en una unidad de Laboratorios y la elaboración de un proyecto de Historia de Enfermería para la misma, todo lo cual nos ha permitido ir aplicando de manera paulatina los postulados específicos de la Enfermería a estas áreas de la atención de salud.

2º Con esta actuación de Enfermería hemos podido constatar que se ha obtenido una elevación del nivel de calidad asistencial, tanto a niveles humanos, como desde el punto de vista que se relaciona con la metodología de Laboratorios y, de esta forma, hemos podido constatar cómo se han superado muchos de los tradicionales problemas que de manera habitual se nos presentaban en esta unidad objeto de nuestro estudio y que hacían referencia

a la deficiente preparación de los pacientes y/o usuarios, la cual redundaba en resultados anormales en las sobrecargas, con el consiguiente riesgo e inconvenientes para los mismos, así como para nuestro trabajo cotidiano, toda vez que a la inmensa mayoría de estos pacientes se les indicaba nuevas realizaciones de sobrecargas que eran innecesarias.

De igual forma, ha podido constatare una disminución en los fenómenos de rechazo a las sobrecargas (vómitos), que igualmente eran frecuentes y causa de repeticiones y molestias para los enfermos.

En la actualidad, la mayor parte de estas situaciones se han obviado y se ha logrado una aceptación adecuada de estas personas a los procedimientos que se les ejecutan y un cambio cualitativo de actitudes al sentirse atendidas, informadas y mostrándosele un interés hacia su persona y sus problemas y/o necesidades que ha permitido la obtención de una serie de datos y actuaciones específicas de Enfermería que entendemos de gran interés.

3º La implantación de estos protocolos y su plasmación en el documento de Historia de Enfermería ha permitido, como valor primordial para nosotros, el demostrar que es posible una acción de Enfermería en Laboratorios y la aplicación de muchos de sus postulados específicos, sin entrar a valorar las lógicas reservas que pueda mantenerse a este respecto, pero creemos que es éste el camino y en él estamos decididos a continuar hasta que nos sea posible.

4º Un dato que nos merece la pena resaltar es aquel por el cual hemos observado un cambio cualitativo en las disposiciones del personal de Enfermería de nuestras unidades, al considerar que es posible la acción de Enfermería dentro de las mismas. Con ello se ha evidenciado una predisposición a la colaboración en estas acciones que nos parece de gran interés a la hora de levantar la ilusión de nuestro personal, veces bastante decaída por la problemática que de todos nos es conocida.

5º Por último, con estas actuaciones creemos se ha reforzado, al menos en nuestra concreta realidad, las argumentaciones y disposiciones propicias para considerar que existe una Enfermería en Laboratorios que puede

debe desempeñar un rol específico y propio en la prestación de los servicios de salud; ello sin olvidar que este rol puede y debe ampliarse a otras zonas de estas áreas mediante un proceso de estudio e investigación en el cual nosotros debemos incidir con especial fuerza e ilusión.

A MANERA DE CONCLUSION

Finaliza aquí nuestra comunicación sobre lo que es una experiencia y un intento de encontrar lo que, en un principio, denominábamos como nexo de unión entre la Enfermería como ciencia y su acepción concretizada al campo de los análisis clínicos.

Somos conscientes de que pueden existir muchas lagunas en nuestro trabajo y que las cosas en otras realidades concretas no son tan nítidas como las aquí expuestas, pero confiamos que con un esfuerzo positivo por parte de todos y una sistemática rigurosa de estudio e investigación en todas las posibilidades que nuestro trabajo nos ofrece, podremos ir encontrando día a día ese lugar «bajo el sol» de nuestro sistema de salud, en el que los profesionales de Enfermería de los Laboratorios queramos integrarnos porque pensamos que nuestra labor es positiva y beneficiosa para el mismo y, muy especialmente, para aquellos que son los verdaderos objetos de nuestra existencia como profesión: los seres humanos en su más completa y amplia acepción.

Y para finalizar, sólo traer a colación un conocido pensamiento de Niko Kazanstky que dice:

«Cuando deseamos algo apasionadamente, lo creamos; aquello que aún no hemos conseguido es porque no lo hemos intentado».

EVALUACION

Tras un año de puesta en marcha del proceso para la implantación de la Historia de Enfermería en el área de Laboratorios, los resultados obtenidos nos permiten evidenciar que:

1º Se ha conseguido la implantación sistemática de registros de Enfermería en una unidad de Laboratorios y la elaboración de un proyecto de Historia de Enfermería en estas unidades que permitirá la aplicación de los postulados específicos de la Enfermería a estas

áreas de la atención de salud.

- 2º Con esta actuación de Enfermería se ha obtenido una elevación del nivel de calidad asistencial, tanto a niveles humanos como desde el punto de vista que se relaciona con la metodología de Laboratorios.
- 3º Se ha podido evidenciar que es posible la aplicación de los principios fundamentales de Enfermería a un área tan específica y especialmente significativa como es el área de Laboratorios.
- 4º Con todo ello se ha logrado crear una conciencia en el personal de Enfermería de nuestras unidades de que es posible encontrar las razones de ser de la Enfermería de Laboratorios, sin perder con ello los principios filosóficos y asistenciales básicos de nuestra profesión.
- 5º Con estas actuaciones se ha reforzado la argumentación y disposiciones propicias a considerar que la Enfermería de Laboratorio puede

de y debe desempeñar un rol importante en la prestación de los servicios de salud.

NUESTRO AGRADECIMIENTO

A todos los profesionales de Enfermería del área de Laboratorios del Hospital Universitario «Virgen Macarena» de Sevilla, que con su trabajo y esfuerzo, a pesar de las muchas dificultades existentes en el camino, van marcando una senda de ilusiones e incentivos que nos hace más grata y llevadera nuestra labor.

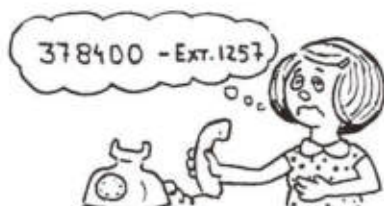
A las distintas Direcciones del Hospital Universitario «Virgen Macarena» de Sevilla y, muy especialmente, a la Dirección de Enfermería por su inestimable ayuda en defensa de la Enfermería de Laboratorios y el apoyo y ayuda en la realización de nuestros trabajos.

A todos los profesionales de Enfermería que prestan su callada y abnegada labor en los departamentos y servicios de Análisis Clínicos, en la esperanza de que el futuro les depare esa justicia que esperan y que entre todos tenemos que esforzarnos por lograr.



¿QUE HACER SI SE ENCUENTRA ENFERMO/A?

SI TIENE ALGUNA DUDA, LLAMENOS Y LE
ACLARAREMOS TODO CUANTO DESEE SABER.



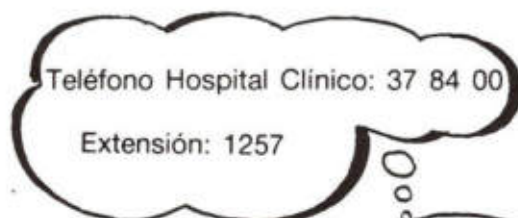
Si está padeciendo alguna enfermedad activa (gripe, resfriado) o trastornos gastrointestinales (vómitos, diarrea) NO DEBE HACERSE LA PRUEBA, llámenos y le cambiaremos la cita.

¡ATENCIÓN!

NO TOME MEDICAMENTOS (ni siquiera ASPIRINA) EL DIA QUE TENGA QUE HACERSE LA CURVA.



SI ESTUVIESE BAJO TRATAMIENTO MEDICO IMPOSIBLE DE ABANDONAR, **¡INFORMENOS!**



ANEXOS Y DIAPOSITIVAS

**DATOS OBTENIDOS DE LA VALORACION DE LAS
HISTORIAS DE ENFERMERIA REALIZADAS EN LA
CONSULTA DE SOBRECARGAS ORALES DE GLUCO-
SA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL
AREA DE LABORATORIOS**

HISTORIAS REALIZADAS: 137

EDADES:

Menos de 18 años:	7,8%
Entre 19 y 30 años:	60,8%
Entre 31 y 40 años:	16,7%
Mayores de 40 años:	14,7%

SEXO:

Hombres:	4,9%
Mujeres:	95,1%

NUMERO DE HIJOS:

No tienen:	36,6%
1 hijo:	28,7%
2 hijos:	13,9%
3 hijos:	5,9%
4 hijos:	2,9%
5 o más:	5,1%
NS/NC:	6,9%

NIVEL DE SALUD:

Bueno:	69,3%
Regular:	8,9%
Malo:	2 %
NS/NC:	19,8%

PROCEDENCIA:

Capital:	29,4%
Provincia:	70,6%

OCUPACION:

Amas de casa:	59,8%
Profesionales:	3,4%
NS/NC:	5,8%

**DEPARTAMENTO DE
PROCEDENCIA:**

Tocoginecología: 59,8%
Ambulatorios: 17,6%
Otros servicios: 1,8%
NS/NC: 1 %

**MOTIVOS DEL ENVIO A LA
CONSULTA DE ENFERMERIA:**

Sospecha de diabetes
gestacional: 28,4%
Sospecha diabetes:
Por gestación: 15,7%
Abortos: 41,2%
NS/NC: 8,8%
3,9%

CURVAS ANTERIORES:

No: 49 %
Si: 47 %
NS/NC: 4 %

**DETECCION DE NECESIDADES
DE ENFERMERIA:**

Si: 19,8%
No: 16,8%
No consta: 63,4%

**TIPO DE NECESIDADES
DETECTADAS:**

Fisiológicas:

a) Alteraciones de la movilidad: 20 % (4% del total)
b) Alter. de la oxigenación: 15 % (3% del total)
Alter. del estado sensorial: 15 % (3% del total)
c) Alter. de la locomoción: 10 % (2% del total)
e) Alter. del Aparato Digestivo: 35 % (7% del total)
Alter. del Sistema Nervioso: 25 % (5% del total)
Alter. Ap. Cardio-Circulator.: 30 % (6% del total)
h) Alter. del desarrollo psicológ.: 10 % (2% del total)
Alter. actividad reposo/sueño: 60 % (12% del total)

Psicológicas:

Alteradas: 45 % (9% del total)

**AREA DE LABORATORIOS
CONSULTAS DE ENFERMERIA**

CONSULTA DE:

HOJA DE VALORACION INICIAL DEL PACIENTE

FECHA: _____/_____/_____

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: V H Estado civil: _____

Nº hijos: _____ Varones: _____ Hembras: _____ Nivel de salud: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____

Ocupación/Profesión: _____

Nivel de instrucción:

- ☐ Básico
☐ Medio
☐ Superior

Otras actividades (ocio, recreación, aficiones, etc.): _____

Otros datos y/u observaciones: _____

2. DATOS CLINICOS

Departamento/Servicio de procedencia: _____

Diagnóstico médico: _____

Médico que formula la petición de consulta: _____

Causas que la motivan: _____

Nº Hª Médica: _____ Nº Hª Enfermería: _____ Nº Asegurado/a: _____

Otros datos no especificados: _____

3. VALORACION DE ENFERMERIA

NECESIDADES FISIOLÓGICAS:

a) Alteraciones de la movilidad: SI NO _____

b) Alteraciones de la oxigenación: SI NO _____

c) Alteraciones del estado sensorial: SI NO _____

d) Alteraciones en la locomoción: SI NO _____

e) Alteraciones del Aparato Digestivo: SI NO _____

f) Alteraciones del Sistema Nervioso: SI NO _____

g) Alteraciones del Sistema Cardio-Circulatorio: SI NO _____

h) Alteraciones del Sistema Inmunológico: SI NO _____

i) Alteraciones en la actividad reposo/sueño: SI NO _____

j) Otras alteraciones: _____

NECESIDADES PSICOLÓGICAS:

a) Alteraciones en el desarrollo psicológico: SI NO _____

b) Alteraciones en relación con su estado actual: SI NO _____

c) Alteraciones en las relaciones interpersonales: SI NO _____

d) Alteraciones en su relación con el medio ambiente hospitalario:
SI NO _____

e) Nivel de seguridad y/o autosuficiencia:
☐ Es plenamente autónomo/a.
☐ Precisa algún tipo de ayuda (indicar): _____
☐ Es plenamente dependiente (causas): _____

f) Conducta durante la entrevista (expresión verbal y no verbal): _____

NECESIDADES SOCIALES:

- a) Alteraciones en el régimen de vida: SI NO _____
- b) Alteraciones en el entorno laboral: SI NO _____
- c) Alteraciones en el entorno social: SI NO _____
- d) Alteraciones en las actividades de ocio y recreación:
SI NO _____
- e) Alteraciones de otras necesidades sociales: _____

4. DIAGNOSTICO/S DE ENFERMERIA:

5. OBSERVACIONES DE ENFERMERIA:

ENFERMERA/O QUE REALIZA LA VALORACION INICIAL:
D./D^a: _____

FIRMA:

AREA DE LABORATORIOS CONSULTAS DE ENFERMERIA

CONSULTA DE: _____

H^a DE ENFERMERIA N^o: _____

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____

FECHA PROBLEMA NECESIDADES

ACTIVIDADES EVALUACION

AREA DE LABORATORIOS CONSULTAS DE ENFERMERIA

CONSULTA DE: _____

HOJA DE EVOLUCION DEL PACIENTE

CONSULTA: ☐ INICIAL
☐ SUCESIVA
☐ POST-CLINICA

FECHA: ____/____/____
H^a DE ENFERMERIA N^o: _____

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____

DATOS QUE SE RELACIONAN CON EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

PROCEDIMIENTO SOLICITADO: _____

TIEMPO DE REALIZACION: _____

HORA DE COMIENZO: _____ HORA DE FINALIZACION: _____

RESULTADOS ANALITICOS DE LAS CURVAS DE SOBRECARGA REALIZADAS AL PACIENTE

FECHA BASAL 30' 60' 90' 120' 180'

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA: _____

UNIDADES DE CONTACTO DIRECTO ENFERMERIA-USUARIOS

- 1^o CONSULTAS DE EXTRACCIONES EXTRAHOSPITALARIAS.
- 2^o CONSULTA DE SOBRECARGAS ORALES DE GLUCOSA.
- 3^o CONSULTAS PARA EL ESTUDIO INMUNOHEMATOLOGICO DE GESTANTES.
- 4^o CONSULTAS DE INMUNOBIOQUIMICA.
- 5^o CAMARA DE DONANTES.
- 6^o CONSULTAS PARA EL CONTROL DE ANTICOAGULANTES.
- 7^o CONSULTAS DE HEMATOLOGIA ONCOLOGICA.
- 8^o CONSULTAS DE MICROBIOLOGIA.

FASES DEL PROCESO

- 1^o ESTUDIO Y ANALISIS DE LAS UNIDADES DEL AREA DE LABORATORIOS. IDENTIFICACION DE AQUELLAS DONDE PRODUCE UNA INTERACCION ENFERMERIA-PACIENTE.
- 2^o SELECCION DE UNA UNIDAD PILOTO.
- 3^o ESTUDIO DE LAS CARACTERISTICAS DE LA UNIDAD Y DE LOS PACIENTES QUE A ELLA ACUDEN.
- 4^o ELABORACION DEL ANTEPROYECTO DE TRABAJO.
- 5^o PUESTA EN MARCHA DEL PROCESO.

PUESTA EN MARCHA DEL PROCESO

- 1^o PROTOCOLIZACION DE LA ACCION DE ENFERMERIA.
- 2^o PROTOCOLIZACION DE LA INFORMACION AL USUARIO.
- 3^o ELABORACION DEL ANTEPROYECTO PARA LA DOCUMENTACION A INCLUIR EN LA HISTORIA DE ENFERMERIA.
- 4^o IMPLANTACION GRADUAL DEL PROCESO.
- 5^o EVALUACIONES PERIODICAS SOBRE LA MARCHA DEL MISMO.
- 6^o MODIFICACIONES DE LAS DESVIACIONES DETECTADAS EN LAS EVALUACIONES PARCIALES.
- 7^o REDACCION DEL PROYECTO DEFINITIVO.
- 8^o IMPLANTACION SISTEMATICA DEL PROYECTO Y AMPLIACION DEL MISMO AL RESTO DE LAS UNIDADES INICIALMENTE ESTUDIADAS, INCLUYENDOSE LAS MODIFICACIONES DERIVADAS DE SU PROPIA IDIOSINCRASIA.

COMUNICACION PRESENTADA AL VII CONGRESO NACIONAL DE A.T.S.-D.E. ESPECIALISTAS EN ANALISIS CLINICOS, CELEBRADO EN MADRID LOS DIAS 4, 5, 6, Y 7 DE MAYO DE 1988.

ENFERMERIA ANTE LOS DESEQUILIBRIOS HIDROELECTROLITICOS

NARCISO JIMENEZ-VERDIER MARTIN (D.U.E.)

Centro Periférico de Diálisis «Puerta de Córdoba»

INTRODUCCION

Sabemos que el organismo humano está formado por un 60% de agua en el hombre y un 50% en la mujer; agua que lleva inmersa una serie de iones tanto positivos como negativos imprescindibles para la vida del organismo y cuya cantidad y proporciones están reguladas por un mecanismo de homeostasis.

A nivel extracelular tenemos los cationes sodio, potasio, calcio y magnesio y los aniones cloro, bicarbonato, fosfato, sulfato, ácidos orgánicos y proteínas. A nivel intracelular tenemos en primer lugar, en cuanto a cuantía se refiere, el potasio seguido del magnesio; el cloro y el sodio casi no aparecen, pero tienen un papel primordial en la fijación de agua extracelular, además de determinar, en forma de sal común, la presión osmótica.

Tenemos también consciencia de que son muchos los trastornos y enfermedades que pueden alterar este equilibrio electrolítico; pero sin entrar en la fisiología o fisiopatología responsable de estas alteraciones, sí que hay una serie de datos que Enfermería debe detectar precozmente dependiendo del estado patológico del paciente, del tratamiento terapéutico o régimen que pudieran conllevar algún riesgo de desequilibrio para registrar toda observación pertinente que sugiera la aparición de un desequilibrio para luego, y en concordancia con los criterios médicos, poder aplicar unos cuidados de Enfermería según las pautas de actuación prefijadas.

Enfermería para ello deberá prestar una atención exhaustiva a parámetros como:

- Valoración respiratoria.
- Valoración de la función renal:

mediante mediciones de la ingesta y excreción y análisis de orina.

- Control de las constantes vitales.
- Pesaje periódico del paciente.
- Vigilar datos de laboratorio.
- Aconsejar la dieta de acuerdo con las prescripciones médicas.
- Cuidar de un correcto cumplimiento del tratamiento.

DESEQUILIBRIOS DEL VOLUMEN LIQUIDO CORPORAL

Nos centramos en una serie de signos fácilmente detectables por el Diplomado en Enfermería que son:

Estado de la piel y las mucosas

Una piel fría y pegajosa indica un déficit de sodio y paso del líquido plasmático al espacio intersticial.

Cuando hay un déficit de volumen líquido las mucosas están secas y pegajosas y la lengua aparece roja, seca y rugosa.

Toma de la T.A.

La toma de la T.A. nos será de gran utilidad y, en caso de encontrar valores anormales, habrá que verificarla en ambos brazos, tanto en decúbito como en posición ortostática; así vemos que cuando hay una disminución del líquido plasmático una hiponatremia o una hipo o hiperpotasemia grave obtendremos cifras bajas de T.A.; mientras que una hipomagnesemia o un aumento del volumen líquido nos dará una hipertensión.

El Pulso

Hay que ver no sólo la frecuencia sino también el volumen, la regulari-

dad y la fuerza durante al menos 30 segundos ya que en un periodo inferior de tiempo podría no mostrar irregularidades.

Valoración:

- Pulso amplio y fuerte: exceso de volumen sanguíneo, paso de líquido intersticial al plasma.
- Pulso débil, irregular y rápido: déficit grave de potasio.
- Pulso rápido, filiforme y débil: déficit de sodio, paso del líquido plasmático al espacio intersticial.
- Aumento de la frecuencia: exceso de sodio y déficit de magnesio.

Toma de la Temperatura

Si tenemos en cuenta los factores que puedan influir en la obtención de este parámetro como el ingerir alimentos fríos o calientes, respirar por la boca, sudor en la zona..., una toma correcta de la temperatura nos puede ayudar a un diagnóstico precoz. Así podemos diagnosticar un déficit del volumen líquido y deplección de sodio si apreciamos un descenso y un exceso de sodio (pérdida excesiva de agua) cuando vemos que asciende la misma.

También el tacto nos ofrece unos datos de gran valor diagnóstico en este sentido, así si al tocar las extremidades las notamos frías significará paso de agua del plasma al espacio intersticial, deplección de calcio y déficit del volumen líquido.

La Respiración

Esta es una constante que nos indica cualquier cambio del pH. Para reconocer cualquier alteración hay que ver la frecuencia, la amplitud y la regularidad. El volumen ventilatorio se observa fácilmente ya que para aumentar la capacidad del tórax se utilizan todos



Toma de la temperatura

los músculos respiratorios accesorios.

Una alcalosis metabólica grave hace que disminuya la frecuencia, la amplitud y además la respiración se ve interrumpida por períodos de apnea de 5 a 30 segundos para retener el dióxido de carbono.

La acidosis metabólica, por el contrario, producirá un aumento de la frecuencia, que puede llegar hasta 50 respiraciones por minuto.

Otros signos diagnósticos serán:

Cortedad de aliento en ausencia de enfermedad cardiopulmonar, indicaría un exceso de volumen líquido. Si esta se produce por ejercicio significaría una leve acidosis metabólica.

Sed de aire significa paso de líquido del espacio intersticial al plasma.

Estertores húmedos significarían un exceso de volumen líquido y nos harían estar alertas ante un posible E.A.P.

Ruidos respiratorios nos indican un déficit de calcio.

Significados de la fonación, umbral de fatiga, aspecto de la cara y alteraciones musculares y sensitivas.

Son estos signos fácilmente obser-

vables y que deben ser objeto de nuestra atención, serían:

Vemos que al paciente le resulta difícil pronunciar las palabras sin antes humedecerse la boca, que tiene un estado de excitación, fatiga y sed; puede ello significar un aumento de sodio y déficit de volumen líquido.

Aprensión y aturdimiento. Déficit de sodio y/o paso de líquido plasmático al espacio intersticial.

Irritabilidad, aprensión, inquietud externa y estupor. Exceso de potasio.

Charla desordenada, errática e incoordinada; carfología, fatiga, anorexia, trastornos de la función mental; contracciones, calambres, reflejos disminuidos, problemas digestivos, cardíacos en estados más graves. Déficit de potasio.

Desorientación, alucinaciones (sobre todo auditivas y visuales), carfología, pérdida de consciencia y convulsiones. Déficit de magnesio.

Pérdida de consciencia, estupor, desorientación. Se da en desequilibrios del pH.

Electrocardiografía

Los iones potasio, calcio, magne-

sio, sodio e hidrógeno afectan la irritabilidad neuromuscular; un déficit o exceso puede alterar las concentraciones cardíacas de los mismos. El potasio modifica la conducción de los impulsos así como la contractibilidad muscular.

Su déficit puede producir arritmias y paro cardíaco; su exceso deprime el músculo cardíaco.

Como el calcio es antagonista del potasio, los efectos sobre el corazón son casi opuestos; y lo mismo ocurre con el sodio, ya que también es antagonista del potasio.

También los cambios ácido-base afectan en la actividad cardíaca.

El ECG refleja la suma de todos los efectos iónicos sobre el miocardio.

Generalmente la única información de que dispone el médico que va a interpretar el ECG son las notas de Enfermería, que deben suministrar toda la información posible, y es por ello por lo que Enfermería debe mentalizarse de la necesidad de entender los trazados electrocardiográficos.

ALTERACIONES DE ELECTROLITOS

EFFECTOS SOBRE EL E.C.G.

Déficit de K:

- Ondas T bajas, redondeadas y prolongadas.
- Intervalo Q-T alargado.
- Segmento S-T deprimido.
- Aparición de ondas U.
- Ondas T negativas.
- Bloqueo auriculoventricular.
- Taquicardia paroxística.
- Flutter auricular.
- Fibrilación auricular.

Exceso de K:

- Ondas T elevadas y en cúspide.
- Depresión del segmento S-T.
- Ensanchamiento del complejo QRS.
- Aumento del intervalo P-R y Q-T.
- Desaparición de la onda P.
- Bloqueo cardíaco.

Déficit de Ca:

- Alargamiento del intervalo Q-T.
- Onda T normal.

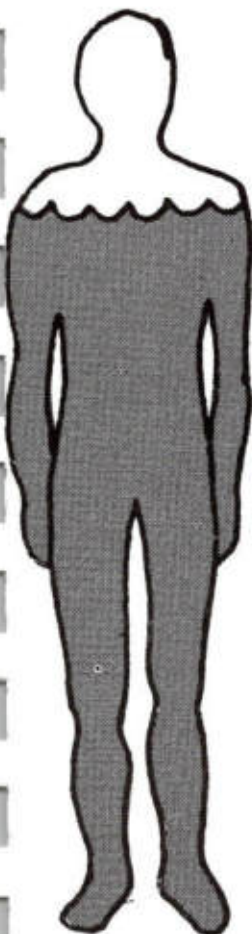
Exceso de Ca:

- Acertamiento del intervalo Q-T (no es diagnóstico).

ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO ACIDO-BASE

El medio interno de todo animal se mantiene constante para la concentración del catión hidrógeno que es el que determina el grado de acidez y se mide por el pH. En el ser humano, la acidez normal (pH entre 7,3 y 7,4) equivale a una concentración de iones hidrógeno muy inferior a la de sodio, potasio y cloro pero cualquier valor de éste que haga exceder el pH de estos límites puede tener graves consecuencias. A la vez las ingestas diarias de hidrogeniones representan un exceso permanente para el organismo, por lo que existen mecanismos reguladores del pH que abarcan las funciones respiratorias y renal y los sistemas tampones.

En el líquido extracelular los reguladores de la concentración de hidrogeniones son el sistema bicarbonato-dióxido de carbono y las proteínas plasmáticas. En el interior de las células, los sistemas tampones están formados por las proteínas celulares, los fosfatos y los carbonatos.



Agua en el cuerpo	45 litros
Líquido intracelular	30 litros
Líquido extracelular	15 litros
Fluido tisular	12 litros
Plasma	3 litros

SUBDIVISION DE LOS FLUIDOS EN EL CUERPO

El anión bicarbonato se encuentra en importantes concentraciones en el líquido extracelular y en equilibrio con el ácido carbónico, que a su vez está estrechamente relacionado con el dióxido de carbono, regulado constantemente por la ventilación pulmonar. Las relaciones de aumento y descenso en las concentraciones de los dos elementos componentes del sistema amortiguador, se expresan según la ecuación de Henderson-Hasselbach:

$$\text{pH} = \text{pK} + \log \frac{\text{HCO}_3^-}{\text{CO}_2 \text{ disuelto}}$$

El organismo, a través de dos vías de regulación independientes entre sí, modifica cada componente de ésta ecuación.

Por medio de los pulmones es regulada la cantidad de anhídrido carbónico que es sintetizada por el organismo con la consiguiente liberación de iones hidrógeno, y que forma con el ión bicarbonato el sistema tampón más importante. El riñón, por su parte, contribuye al mantenimiento del equilibrio ácido-base mediante el ahorro de las sustancias tampón, que se realiza de varias formas: a) por secreción tubular de hidrogeniones e intercambio de éstos con bases en el filtrado; b) por formación y secreción tubular de amoniaco; c) mediante conversión del fosfato alcalino en fosfato ácido; d) conversión del bicarbonato sódico en agua y en anhídrido carbónico.

Acidosis metabólica (pH inferior a 7,35)

Se debe a un déficit de bicarbonato básico y suele deberse a:

- administración de solución salina isotónica
- inanición
- trastornos en los que se metabolizan grasas y proteínas
- pérdida excesiva de líquido intersticial

Síntomas:

- disnea
- debilidad muscular
- desorientación
- estupor, que puede llegar al coma

Analítica:

- pH de la orina inferior a 6
- pH plasmático inferior a 7,35
- iones bicarbonato en plasma inferior a 25 meq/l en adultos o 20 meq/l

en niños.

Alcalosis metabólica (pH superior a 7,45).

Se debe a una pérdida excesiva de líquidos de secreción gástrica o a una ingestión excesiva de bicarbonato sódico.

Síntomas:

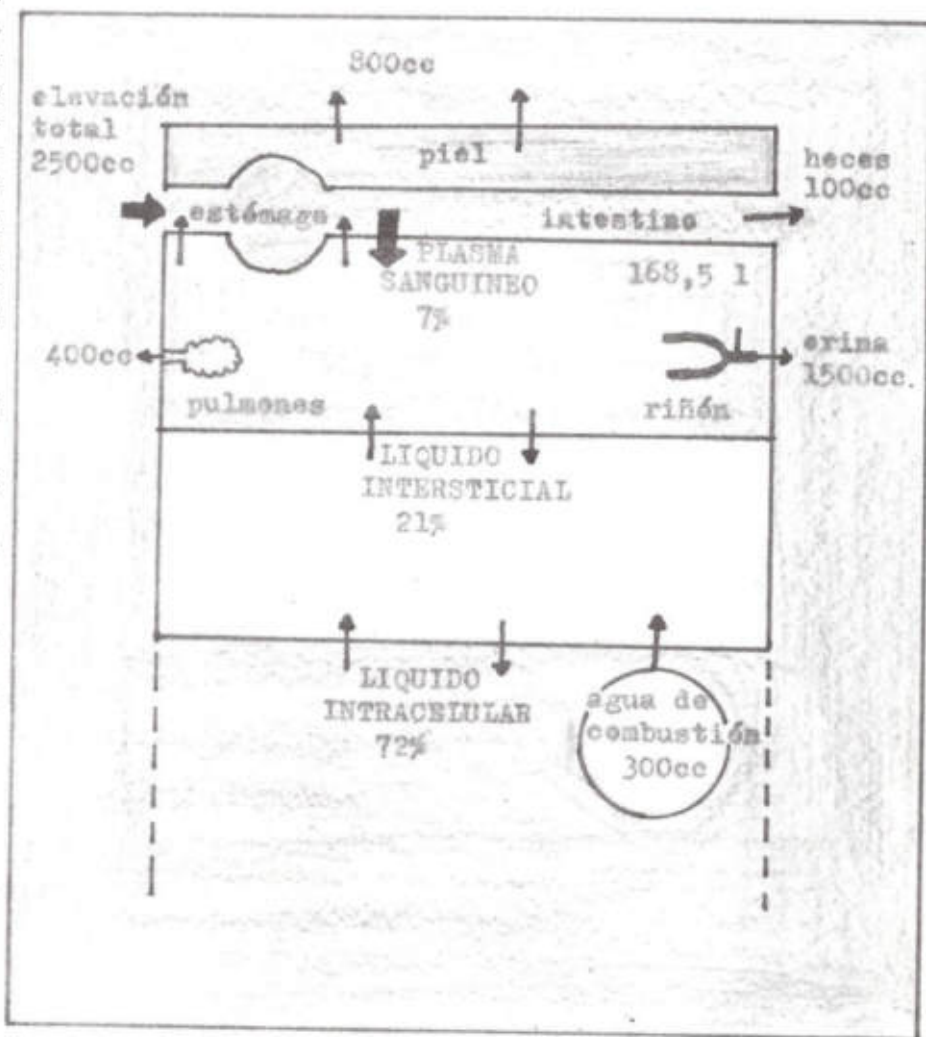
- respiración lenta y superficial
- pulso irregular

— descompensación o dilatación cardíaca

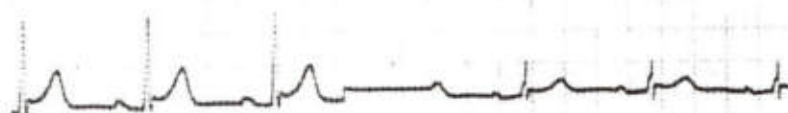
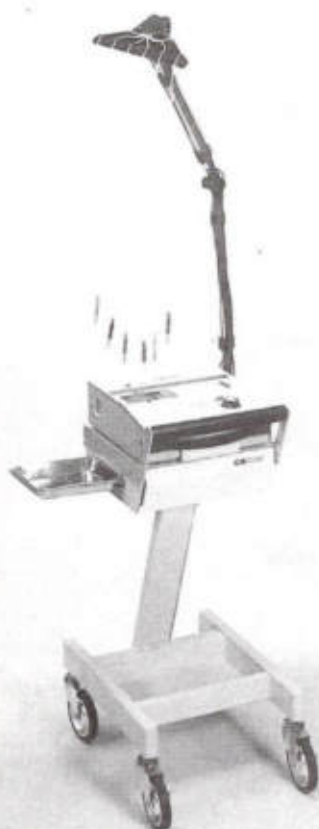
- hipertonia muscular
- tetania, convulsiones
- desorientación, delirio

Analítica:

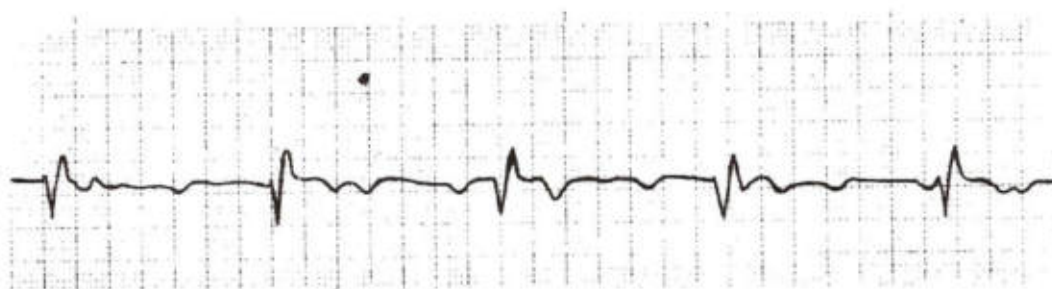
- pH de la orina mayor que 7
- pH plasmático mayor que 7,45
- bicarbonato plasmático mayor que 29 meq/l en adultos o 27 meq/l en niños.



El intercambio de agua y de los elementos disueltos en ella se produce por difusión, filtración, ósmosis y transporte activo.



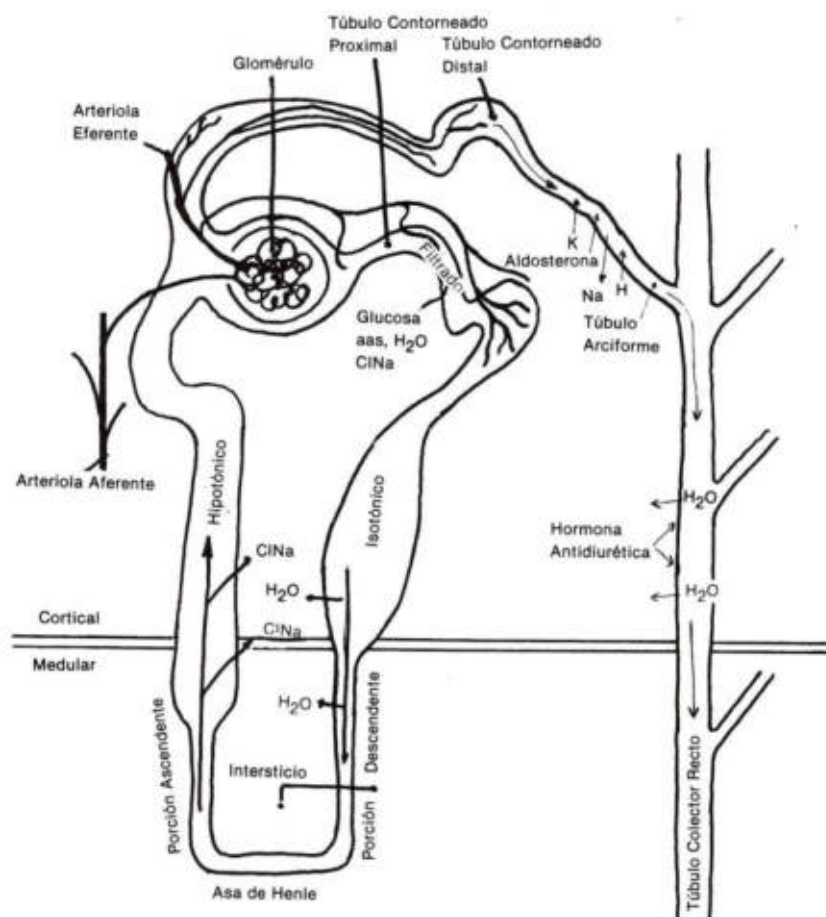
RITMO SINUSAL (derivaciones II y III)



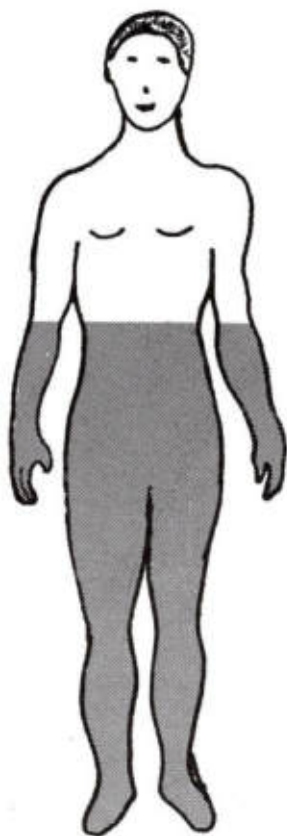
BLOQUEO CARDIACO COMPLETO (grade 3)



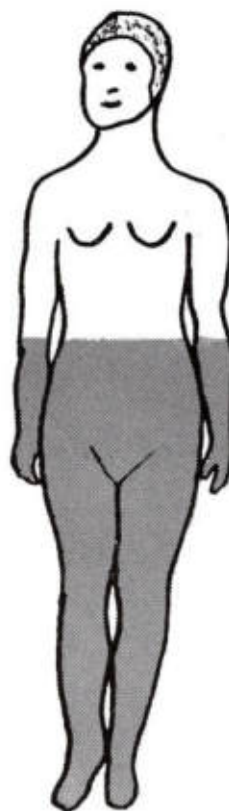
FIBRILACION AURICULAR



NEFRONA: UNIDAD FISIOLÓGICA DEL RIÑÓN



HOMBRE 60%



MUJER 50%

PORCENTAJE DE AGUA EN AMBOS SEXOS

CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIA

Otro gran paso adelante

Se celebró en Sevilla, y en el Hospital Universitario Virgen Macarena, el II Congreso a nivel Nacional de Enfermería de Urgencia. Inicialmente estaba previsto acudieran alrededor de doscientos profesionales de toda la nación, pero a la hora de la verdad, la cifra subió hasta los 549 inscritos que confesaba el Presidente del Comité Organizador, D. Aurelio Castilla Garrido. A juicio de los responsables del Congreso «bien puede afirmarse que la respuesta y demanda de nuestros profesionales de Enfermería es merecedora de todos los elogios. Nuestro colectivo explícitamente dedicado a las Urgencias ha demostrado su interés por estar al día, por conocer las últimas técnicas para así redundar en una mejor atención al paciente».

En un alto entre Conferencias, dialogábamos con el citado Presidente, D. Aurelio Castilla Garrido, y parte de la «cabeza visible» del Congreso, los Sres. D. José Moguer Martín, Director de Enfermería del Hospital Universitario Virgen Macarena, D. Francisco García Castellano, Secretario del Congreso, D. Domingo Muñoz Arteaga, responsable de la Tesorería y D. Alejandro García Nieto, profesional del mismo Centro y Vocal en el Colegio de A.T.S. y D.E. de Sevilla.

Con un presupuesto admitido por el Tesorero de 8.500.000 de pesetas «del que se van a cubrir gastos porque aquí no se buscan beneficios como fácilmente se entiende», esos 549 profesionales llegados de España y Portugal dedicaron los días 3, 4 y 5 del mes de noviembre a recopilar, actualizar e investigar en todo lo relacionado con la Enfermería de Urgencias.

El Presidente admitía que «organizar el Congreso ha llevado un año de trabajo cuya satisfacción es ver la can-

tidad de compañeros que se dieron cita en Sevilla, pero había que hablar, siquiera someramente, sobre el hoy del profesional dedicado a las urgencias». Nuestros interlocutores eran claros al afirmar que «si en un primer momento, se llega a esa demarcación hospitalaria casi por azar, los que duramos en urgencias es por simple cuestión de vocación. Aquí no se busca ganar más dinero, eso por descontado que no».

Cuando pregunto cuál es la mayor problemática del profesional dedicado a las urgencias, todos coinciden en señalar que «la manifestación es nuestro mayor enemigo». Y agrega D. José Moguer Martín, Director de Enfermería en el Universitario Virgen Macarena: «En este Centro, por citar un ejemplo, vemos cada 24 horas un total de 525 urgencias. Y se cubren con 54 D.E. Se trata, simplemente, de que la masificación no tiene fácil solución ni a medio ni corto plazo. Es un problema hasta de espacio físico el que se padece. Y, por supuesto, nuestro colectivo lo padece por partida doble: de un lado el enfermo; de otro, el familiar que, angustiado, no comprende los problemas que tenemos».

La cuestión del familiar es algo que preocupa, y mucho, al profesional de urgencias por cuanto «no es bien comprendida la dificultad en la que trabajamos. Es incuestionable que el D.E. recibe todas las quejas cuando no debería ser así. ¿La solución?. Es muy difícil porque escapa a nuestras funciones y es más bien un problema de política sanitaria».

Desde un punto de vista técnico el II Congreso Nacional de Enfermería hizo incapié en avances tecnológicos y de aplicación conforme recogieron las diferentes ponencias, algunas de las cuales respondieron a los siguientes

enunciados:

— «Tendencias actuales de Enfermería de Urgencia. Registros e historias de Enfermería».

— «Control de calidad del Registro de Enfermería de Urgencia».

— «Desarrollo de las funciones de Enfermería en la Sección de Traumatología y Cirugía Plástica».

— Urgencias en Atención Primaria y Atención Continuada».

— «Análisis general de la situación de urgencias».

Fueron tres días donde se compaginó el estudio y la profundización, con el esparcimiento para quienes conocían poco, o nada, la ciudad de Sevilla. Medio millar de profesionales de Enfermería reunidos desde todos los rincones de España avanzaron en un campo siempre de actualidad como son las urgencias en los Centros Sanitarios. El equipo de Enfermería del Área de Urgencias y su Dirección de Enfermería del Hospital Universitario «Virgen Macarena» de Sevilla llevaron a la práctica este II Congreso cuyo comité de Honor estuvo presidido por S.A.R. el Príncipe D. Felipe de Borbón y Grecia.



III^{as} Jornadas de salud pública y administración sanitaria.

Como en años anteriores, se celebró en Granada las terceras jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria en los días 10, 11 y 12 de noviembre.

Los cuales nos llevaron al incomparable marco de la Alhambra donde se encuentra el ya restaurado auditorium Manuel de Falla y muy cercano el Carmen de los Mártires de notable belleza que nos envuelve en aquella lejana y embriagante época árabe.

Haciendo un poco de historia en lo que respecta a la Escuela de Salud Pública, el 2 de mayo de 1985 el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía autoriza la creación de la Escuela. Desde entonces ésta ha elaborado una serie de cursos largos e intermedios con el objetivo de mejorar año tras año su calidad y experiencia. Este año se ha incluido una novedad que son los Seminarios y Talleres de corta duración con el fin de profundizar en las distintas áreas.

Esta Escuela también mantiene cursos internacionales como el de Epidemiología del Envejecimiento y las Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria que se celebran anualmente.

Actualmente están en marcha otros proyectos presentados a la convocatoria del F.I.S. de la Seguridad Social: «Ayudas a la Investigación para de esta forma obtener la financiación necesaria».

El papel fundamental de la E.A.S.P. es contribuir al desarrollo sanitario de Andalucía y España a través de diversas actividades como docencia, investigación y asesoría y promoción sanitaria, las cuales están enfocadas

hacia el estudio de las ciencias de la salud y mejorar los diversos niveles de administración de los servicios de salud.

En ella observamos un aire innovador en cuanto al abordaje pedagógico y pretende que todos tengamos oportunidad de adquirir conocimientos e influir en la realidad sanitaria mejorando su calidad. Esto conlleva a una relación entre docencia y actividades de investigación y promoción de salud.

En las Jornadas de este año se han marcado los siguientes objetivos:

a) Analizar el proceso administrativo y la gestión en el terreno del Área de Salud.

b) Contribuir al desarrollo de la Administración de los servicios sanitarios recalcando la integración del nivel primario y especializado en el nivel local.

c) Estimular la interrelación entre los servicios sanitarios y la comunidad desde una perspectiva de promoción de salud.

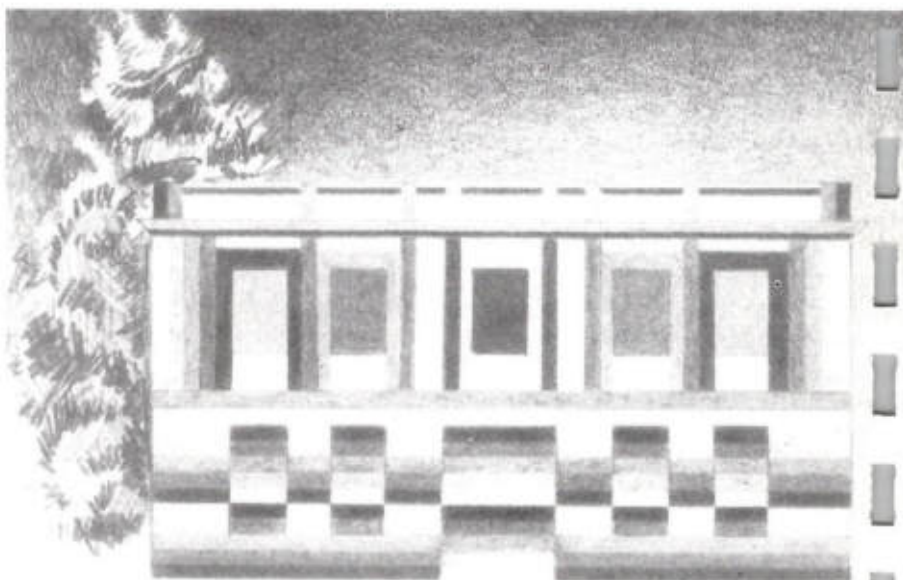
Dichos objetivos se han intentado plasmar en las distintas ponencias, exponiendo en ellas sus experiencias, éxitos y errores a tener en cuenta en la puesta en marcha de los servicios de Salud.

Sería muy largo hablar de todas ellas, pero hay que destacar la que más atractivo despertó entre los congresistas que fue el «Plan Sanitario de la Región '92», la cual fue desarrollada por el ponente D. Joaquín Camprubi.

Heremos una breve síntesis de dicha ponencia:

a. Metodología

Elaborar una serie de prioridades con una singular planificación ya que



no se pueden ofertar unos servicios deficientes a sus visitantes, dada la falta de estructura sanitaria existente, por otra parte no se sabe el número de personas a atender por lo que esta singularidad le da al plan de la Expo un carácter experimental en la que se introducirán metodologías y aplicación de tecnologías punteras, en esta planificación como en su desarrollo y ejecución colaborarán con las instituciones sanitarias, el Ayuntamiento, Cruz Roja, S.A.S. y Colegio Oficial de Médicos.

Entorno

La Expo'92 se desarrollará en Sevilla el lunes después de Semana Santa, coincidiendo por tanto con la tradicional Feria de Abril, Rocio, y época estival, lo cual afectará negativamente al funcionamiento de las instituciones sanitarias de la ciudad, finalizando en octubre.

En la estructura de morbi-mortalidad se destaca el predominio de enfermedades cardiovasculares, tumores, enfermedades del aparato digestivo y aparato locomotor, accidentes, etc.

Por otro lado hay que destacar que en Sevilla se atienden 7.840 urgencias en hospitales del S.A.S. de los cuales un 68,7% acuden por iniciativa propia y el 74,3% son altas sin observación lo que implica que existe un consumo excesivo y desviado de estos servicios.

También hay que destacar las infraestructuras de abastecimiento de aguas y alimentos así como de saneamientos de aguas residuales y tratamiento de residuos, lo cual nos lleva a la puesta en marcha de fuertes inversiones.

Objetivos

Se dividen en tres fases y el plan tiene que cubrir todas ellas:

- 1.) Establecer medidas preventivas para evitar riesgos que puedan generarse.
- 2.) Prestar asistencia sanitaria urgente en caso de enfermedad o accidente.
- 3.) Impedir el deterioro de las condiciones sanitarias del entorno.

Plan de actividades

Para ello se desplazarán en el recinto de la Cartuja unos servicios sanita-

rios que den cabida a la demanda de sus visitantes y dependiendo de la infraestructura de Sevilla.

Para ello se llevarán a cabo una serie de programas:

- Programa de Higiene Alimentaria y Control Medio Ambiental.
- Programa de Asistencia Sanitaria
 - Servicio de medicina de empresas.
 - Asistencia Sanitaria de carácter urgente, según la demanda.
 - Evacuación a hospitales de referencia y seguimiento.
 - Asistencia Social a los pacientes y familiares.
 - Ante una catástrofe los servicios sanitarios pondrán en marcha un dispositivo de evacuación en colaboración con Protección Civil.
- Programa de Información y Comunicaciones.
 - Información sanitaria a los trabajadores y participantes de la Expo'92 y la población residente en Sevilla.
 - Comunicaciones dentro del recinto y con los servicios sanitarios del exterior.

La infraestructura sanitaria

Va dotada con el siguiente dispositivo:

— Un Centro Asistencial Principal, dotado de varias salas de curas y observación, con tecnología adecuada para prestar asistencia sanitaria urgente. Estará enclavado en los edificios de servicios y funcionará las 24 horas.

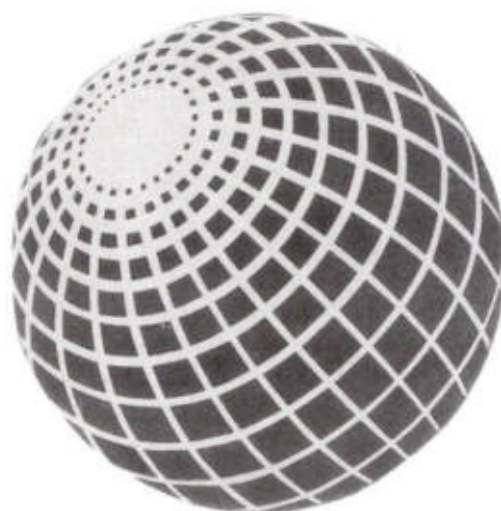
— Cinco centros asistenciales secundarios, que se distribuirán por todo el recinto debidamente señalizados y localizados en las siguientes zonas: Anfiteatro, Palenque, Parque de Atracciones, Zona de Lagos y Zona Sur.

— En caso necesario se habilitarán consultas en equipos móviles o en los quioscos multiservicios.

En la actualidad se han iniciado conversaciones con las instituciones sanitarias, públicas y privadas, de la ciudad para concretar el tipo de colaboración que se establecerá en 1992.

Conclusión de las Jornadas

Dentro de la estrategia global de salud para el año 2000 las III Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria se centra en una serie de metas, como por ejemplo la 29 que persigue que los sistemas de Atención Primaria de todos los Estados miembros deberían de estar basados en la cooperación y el trabajo en equipo.



SEVILLA



«El sufrimiento del deprimido es terrible, no comparable al de ninguna otra enfermedad». J.A. Vallejo Nájera.

En el bar del centro de trabajo, en el control de enfermería, en cualquier lugar, hemos escuchado el relato del dolor que padeció alguien, tal día, a causa de un cálculo renal, luxación o fractura. Comprendemos cómo se sentiría, puesto que todos hemos padecido dolor alguna vez, con más o menos intensidad, con igual o distinto origen. Pero, ¿conocemos el dolor psíquico? ¿Podemos entender el sufrimiento de un deprimido? Seguramente sólo lo pueda entender otro deprimido.

Según la O.M.S., en el mundo se producen 2.000 suicidios diarios, de los cuales 800 son debidos a enfermedades depresivas. Pero ¿porqué se suicidan?: sencillamente porque no lo pueden soportar.

Puede que en su centro de trabajo o en su propia casa halla un enfermo depresivo, ayúdalo, pero ayúdalo de una forma razonada, sabiendo lo que hace y con base científica. Así le ayudará más y mejor.

Alguna vez, un amigo, familiar, conocido, paciente, nos ha comentado que no se siente igual, que cada día es rutina, que se le fueron las ilusiones. Parece tan igual, razona bien, pero ha cambiado. ¿Qué le pasa?: algo pero no sabe explicarlo. «Si me preguntase a mí mismo que mal tengo, no sabría responderme, por mucho tiempo que lo pensase» (Lope de Vega 1610). Buscamos afanosamente algo que le halla conducido a ese estado, que le halla hundido en ese sótano oscuro de sufrimiento. Pero la búsqueda en la mayoría de los casos es innecesaria. El «moti-

UN BASTON DE EBANO

JOSE SEDA DIESTRO (D.E.)

Hospital Universitario Virgen Macarena

vo» en casi todos los casos ha desencadenado la enfermedad y en circunstancias normales sería solucionable para el enfermo. Pero durante la enfermedad el depresivo es impermeable a cualquier razonamiento sobre el tema. Sus defensas psicológicas son tan escasas que no puede.

No le repita machaconamente la excesiva magnitud de su sufrimiento en relación con el problema. Mas que calmarlo lo que hará será agobiarlo y excitarlo aún más. La insistencia consoladora es contraproducente y acabará por desesperarlo.

Lo que nunca necesita un deprimido son enfados ni reproches. No lo olvide nunca, aguante lo que usted pueda y no se enfade jamás con el deprimido. No le eche en cara nada que pueda afectarle. Los sentimientos de culpa y de indignidad ya los tiene demasiado a flor de piel para que usted los abone. Procure tranquilidad, sosiego, atiéndalo y sugiérale sin agobiarlo, razonando sus orientaciones.

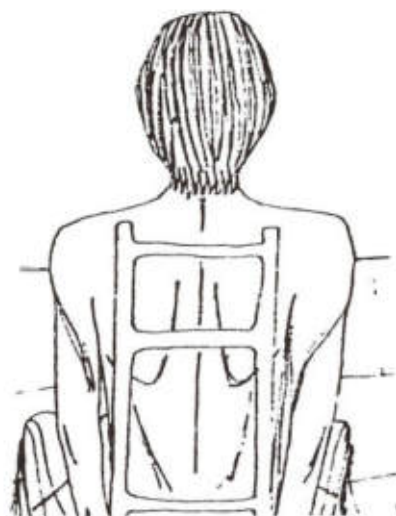
No lo obligue jamás a realizar algo, sugiérale; no está en condiciones de cumplir con nada ni con nadie. No cometa el error de animarle a viajar. Lo primero que coloca el depresivo en la maleta es su depresión. La llevará consigo. Su capacidad de disfrute está abolida. Acompañelo y oriéntelo en esos temas cotidianos que nosotros superamos con facilidad y que para él son un mundo.

Procúrele estabilidad, hágale comprender que la sensación de tragedia inminente es sólo fruto de su enfermedad, que pasado un tiempo volverá a recuperar el equilibrio perdido, y que todo volverá a ser igual aunque algunas cosas hallan cambiado. Volverá a ver con los mismos ojos de antes.

No le insista nada, comprende todo

con tan solo decirselo una vez.

Mientras pasa la tormenta, esté con él, muéstrole **CARIÑO E INTERÉS**, que aunque parezca que no lo agradece, le guardará cuando sane un trozo de lo mejor de él. No lo sobreproteja, no sea su paraguas en un día de sol, sea como el bastón que levanta y ayuda a caminar al anciano. Sea su bastón de ébano.



PREMIOS NOBEL DE MEDICINA

1901
EMIL ADOLF
VON BEHRING

Emil Adolf von Behring nació en Hansdorf, Prusia, el 15 de marzo de 1854. Inicia los estudios médicos, en 1874, en el Friedrich-Wilhelm Institute de Berlín; en este centro médico militar se graduó en 1878, año —curioso es reseñarlo— que puede considerarse como fundacional de la Bacteriología, pues en él hicieron sustanciales aportaciones a este campo del saber biológico Koch, Pasteur y Sédillot. Pronto se orientó Behring a las investigaciones de laboratorio, lo que le indujo a participar en un curso de técnicas bacteriológicas dado por Falk, antiguo discípulo de Koch, en Wiesbaden (1886). En 1887 es designado para continuar sus investigaciones en el Instituto de Farmacología de la Universidad de Bonn; en 1889 consigue vincularse al servicio que regentaba Koch en el Instituto de Higiene de la Universidad berlinesa, y al siguiente año acompaña a Koch al nuevo Instituto de Enfermedades Infecciosas. En 1894 es nombrado titular de la cátedra de Higiene en la Universidad de Halle, y un año después ostenta el mismo cargo en la Universidad de Marburgo. La muerte puso fin a la existencia histórica de Behring el 31 de marzo de 1917; acababa de cumplir los sesenta y tres años.

De su dilatada labor como investigador, de los trabajos en que dio a conocer los frutos de aquella dedicación suya, interesa recordar aquí solamente los que le hicieron merecedor del primer Premio Nobel de Fisiología y Medicina; en el título de la concesión se precisa que el galardón se otorga a su labor sobre seroterapia y en especial por la utilización de sus hallazgos en la lucha contra la difteria. Los testimonios de aquella contribución figuran en comunicaciones, en parte firmadas con Shibasaburo Kitasato, editadas en el *Deutsche Medicinische Wochenschrift*; en esta revista, en 1890, aparecen los artículos «Ueber das Zustandekommen der Diphtherie-Immunität und der Tetanus-Immunität bei Thieren»

(16 - 1113-14) y «Untersuchungen über das Zustandekommen der Diphtherie-Immunität bei Thieren» (16: 1145-48); en la misma publicación, tres años más tarde da a conocer Behring su trabajo «Die Behandlung der Diphtherie mit Diphtherieheilserum» (19: 543-47; 20: 645-46), y en fecha ulterior el estudio «Ueber ein neues Diphtherieschutzmittel» (39: 873-76; 40: 1139; 1913/14). Dos años después de la primera publicación de Behring, la firmada con Kitasato, aparecieron en la revista *Zeitschrift fuer Hygiene und Infektionskrankheiten* otros dos trabajos suyos sobre el tema, el segundo firmado también por Wernicke.

La trascendental contribución de Behring ha de situarse, para su comprensión histórica, en la línea de hallazgos que da comienzo con el descubrimiento del bacilo de la difteria por Klebs y que confirmó Löffler (1884). La obtención de la toxina diftérica por Pierre-Paul-Émile Roux y Alexander-Émile-Jean Yersin, del Instituto Pasteur, tuvo lugar en 1888. Entre la obra de estos investigadores y la de Behring y Kitasato se intercalan los estudios de Carlo Fraenkel, colaborador de Koch, sobre el comportamiento de los cultivos del bacilo diftérico. Paralelamente a estas investigaciones de Fraenkel, Behring, con la colaboración inicial de

Kitasato, lleva a término las experiencias con inyecciones en animales de dosis no letales de toxina tetánica que le permiten descubrir en el suero de animales así tratados la presencia de una propiedad capaz de neutralizar la toxina tetánica; esta cualidad antitóxica es rápidamente confirmada por Behring, repitiendo sus primeras experiencias, ahora con toxina diftérica.

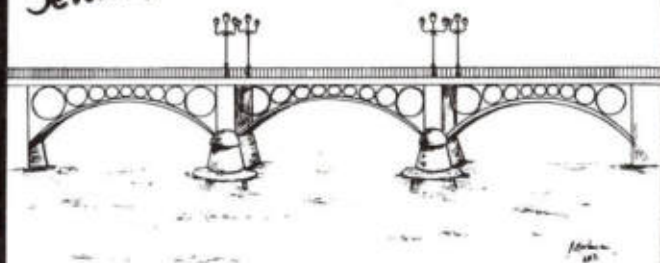
La doctrina de la inmunidad, iniciada en los descubrimientos de la fagocitosis (Metchnikoff, 1884) y del poder bactericida de la sangre y la presencia en ésta de «alexinas» (Hans Buchner, 1889), cobra resonancia, significado médico de excepcional valor, gracias precisamente a la obtención del «suero antidiftérico» por Behring, que permite la inmunización masiva contra tan grave dolencia. Los hallazgos de laboratorio, las ulteriores comprobaciones clínicas, vienen a mostrar cómo en el suero de animales hechos inmunes con la técnica ideada por Behring existen determinadas sustancias, los llamados «anticuerpos», capaces de oponerse con eficacia a la acción patógena de microbios y sus toxinas (o «antígenos»): la respuesta a la pregunta, asimismo crucial, de en qué consisten y cuál es el modo de actuar los antígenos y los anticuerpos la dará Ehrlich, el Premio Nobel de Medicina de 1908.



EMIL ADOLF
VON BEHRING

premio nobel de medicina 1901

Sevilla, días 18 y 19 de Noviembre de 1988



II JN

II JORNADAS HISPALENSES DE NUTRICION

La asignatura pendiente

Se celebró en nuestra Ciudad las **II Jornadas Hispalenses de Nutrición**, que son algo así como una asignatura pendiente dentro del ámbito profesional si se considera que la «Cuestión-Nutrición» aún camina por sus primeros pasos. En el Hotel Macarena se reunirían 130 profesionales, entre D.E. y Auxiliares, para debatir lo que el Programa destacaba como «el factor más importante para el ser humano ya que no existe ningún otro que, aislado, tenga tanta importancia sobre su salud y vida. Siendo la nutrición componente básico de la salud del individuo, su incorporación como ciencias aplicadas a los servicios de una necesidad».

Todo este párrafo es original de la Presidenta del Comité Organizador, que responde al nombre de Sara Candela, una manchega de Viso del Marqués, (Ciudad Real) formada en la escuela madrileña de la Cruz Roja y en la actualidad Supervisora de U.C.I. del Hospital General de Sevilla. A la Sra. Candela había que preguntarle, antes

que nada, sobre la importancia de la nutrición en el enfermo. Su respuesta fue terminante:

Hasta hace muy poco, se le prestaba poca relevancia a este aspecto, fundamental por otra parte. El nivel de conocimientos entre los profesionales no es, por tanto, muy alto, y de ahí la importancia de estas Jornadas Hispalenses.

Profesionales de Enfermería venidos de toda Andalucía y algunas Provincias Españolas debatieron Ponencias como «Historia de la nutrición», a cargo del Dr. Lucio Cabrerizo (Hospital San Carlos de Madrid), «Nutrición enteral en el enfermo laringectomizado», a cargo del D.E. José Alfonso, (Hospital Infanta Elena de Huelva); «NutriCon en los grandes quemados», por Manuela Garrido, D.E. (Virgen del Rocío) o «Nutrición artificial en pacientes catabólicos», por Macarena Bayón, D.E. de U.C.I. (Virgen del Rocío) por citar algunos ejemplos.

A juicio de la Presidenta, Sra. Candela, «todo el mérito de estas II Jornadas Hispalenses hay que atribuírselo al Comité Organizador que ha trabajado mucho y bien desde hace medio año para conseguir su puesta de largo. También hay que destacar la aportación de diferentes casas comerciales cada cual en la medida de sus posibilidades».

El tema económico de las Jornadas fue tarea de Elisa Rico, D.E. de U.C.I. en Virgen del Rocío que ejerció como Tesorera. Para Elisa Rico, «el presupuesto ha rondado prácticamente el millón de pesetas y vamos a poder cubrir gastos aunque supongo que habrá un pequeño déficit que no nos preocupa demasiado puesto que el objetivo es poner al profesional a un nivel aceptable en el tema de la nutrición».

Porque, como me dice la Presidenta, «comer no es igual que nutrirse. La enfermería nunca reparó en este extremo ya que la dieta no se consideró parte importante en el desarrollo evolutivo de una enfermedad. Por fortuna, las cosas están cambiando.».

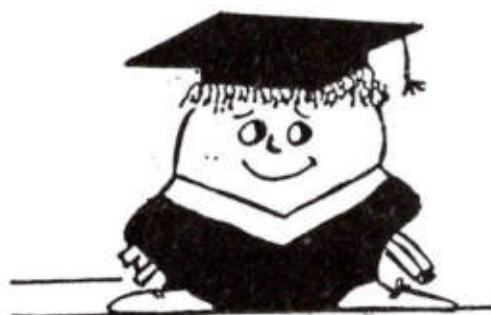
Las II Jornadas Hispalenses de Nutrición contaron con la colaboración de diferentes firmas comerciales siendo el Ilustre Colegio de A.T.S. y D.E. de Sevilla el único organismo oficial que apoyó su realización. Por parte de la Consejería de Sanidad de la Junta, no hubo respuesta al apoyo solicitado por el Comité Organizador, aunque eso sí y todo sea dicho, declaró las citadas jornadas como «de interés Científico-Sanitario para la propia Junta».

En el Salón Guadalquivir se celebraron las Jornadas que contaron la presencia, entre otros, del Presidente del Ilustre Colegio de A.T.S. y D.E. de Sevilla, D. José M.^a Rueda Segura y D. Jaime Nieto Cervera en representación de la Gerencia Provincial del S.A.S.

Cuando a Sara Candela le hago atención sobre la actual problemática de la Enfermería, sobrevolando la coyuntura de las Jornadas, también fue clara en considerar que «no se puede rebajar en un sólo minuto la formación del A.T.S. y D.E. si existen, como se ve, parcelas donde todavía no se ha profundizado, y la nutrición es una de ellas, todo lo que sea rebajar formación irá en perjuicio del profesional, primero, y del paciente, después, al que nos debemos».

BECAS CONCEDIDAS

TITULO	AUTOR	CUANTIA
ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE SOMETIDO A LITOTRICIA	RUBIO REVUELTA, JOAQUIN	28.000 Pts.
ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE LOS LABORATORIOS	MORON ROMERO, DOMINGO	16.200 Pts.
REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA APLICACION DEL P.A.E. EN UN AREA DE URGENCIAS	LIMA RODRIGUEZ, JOAQUIN S.	14.450 Pts.
SISTEMATIZACION DE LAS ACTUACIONES DE ENFERMERIA EN UNIDAD DE URGENCIAS PEDIATRICAS	NOSEA VAQUERIZO, JOSE LUIS	21.450 Pts.
PERCUSION DE LOS REGISTROS DE URGENCIAS SOBRE LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA	PALACIOS BORREGO, SERVANDA	19.700 Pts.
FUNCIONES DE ENFERMERIA EN EL AREA DE URGENCIAS	ALVAREZ JIMENEZ, ISABEL	19.000 Pts.
CURSO DE SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION SANITARIA DE CA AMPLIACION DE ESTUDIOS		150.000 Pts.
TOTAL:		269.600 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 VALORACIÓN 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 será comunicada a los interesados en el menor plazo posible.

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

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

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

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

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

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

Sevilla, 21 de Abril de 1988.

CURSOS, CONGRESOS Y JORNADAS A CELEBRAR EN DISTINTAS PROVINCIAS

VI CONGRESO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE EDUCADORES DE DIABETES (F.E.A.E.D.)

Organizado por la Escuela de Enfermería de Lérida
Fechas de celebración: Días 10 y 11 de Marzo de 1989

VII CONGRESO NACIONAL DE SALUD MENTAL Tema: Necesidades de la Sociedad y cuidados en Salud Mental.

Organizado por la Asociación de Enfermería en Salud Mental. GRANADA
Fechas de celebración: del 9 al 11 de Marzo de 1989

JORNADAS NACIONALES EN TOXICOMANIAS Tema: Un enfoque Multidisciplinario.

Organizado por el Hospital General del Insalud. GUADALAJARA
Fechas de celebración: 3 y 4 de Febrero de 1989

I CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

A celebrar en Murcia
Fechas: 15 al 19 de Mayo de 1989

2º CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Organizado por la Sociedad Andaluza de Medicina del Trabajo. GIJON
Fechas de celebración: del 3 al 5 de Mayo de 1989

CONGRESO MUNDIAL DE ENFERMERIA

Un mañana diferente

SEUL (COREA)

Fecha de celebración: 28 de Mayo al 2 de Junio 1989

3º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA GERIATRICA

Envejecer es vivir

Organizado por el Consorcio de Hospitales de Cataluña. BARCELONA

Fechas de celebración: del 20 al 22 de Abril de 1989

CURSOS ORGANIZADOS POR EL COLEGIO DE A.T.S. y D.E.

VII CURSO DE ATENCION PSICOLOGICA A LA GESTANTE

Curso dirigido a MATRONAS

Importe de la Matrícula: 15.000 Ptas. (Incluidos almuerzos de trabajo para los cuatro días)

Plaza de preinscripción: del 9 al 23 de Enero

Selección: Sorteo el día 23 de Enero a las 20,00 horas

Fecha límite de pago de Matrícula: 27 de Enero a las 14 horas

Curso impartido por I.C.T.

I CURSO DE SISTEMA DE GESTION PROFESIONAL

Fecha de realización: del 24 al 28 de Abril

Horario: El lunes de 9,30 a 18 horas. Martes, miércoles y jueves de 9,00 a 18 horas. El viernes de 9,00 a 14 horas

Número de plazas: 28

Importe de la Matrícula: 20.000 Ptas. (Incluidos almuerzos de trabajo para los cinco días)

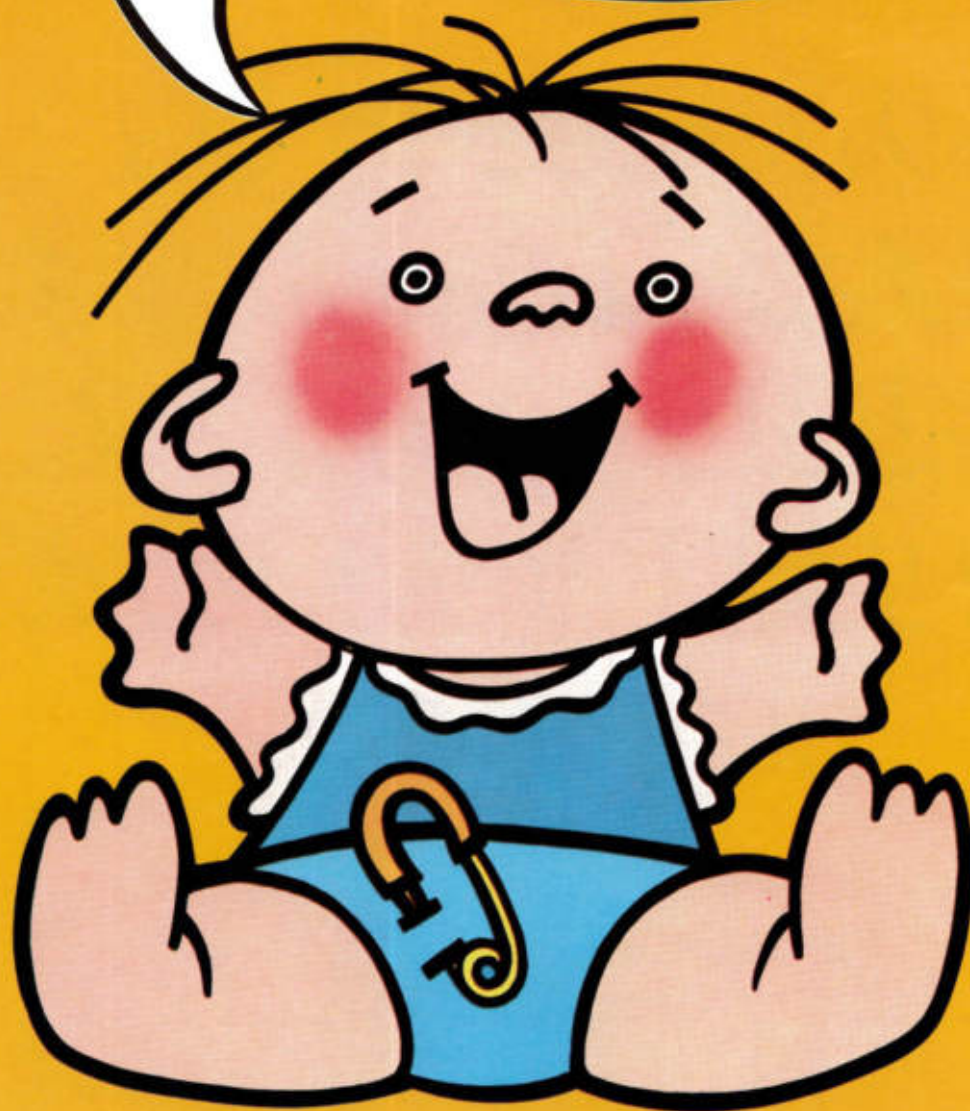
Plaza de preinscripción: del 1 al 10 de Marzo

Selección: Sorteo el 10 de Marzo a las 20 horas

Fecha límite de pago de Matrícula: 17 de Marzo a las 14 horas

Curso impartido por I.C.T.

*¡Tómate la leche
a pecho!*



**NATURALMENTE
LECHE MATERNA**



JUNTA DE ANDALUCÍA



Consejería de Salud



CONGRESO DE ENFERMERIA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA TORACICA DEL SUR

SEVILLA 24-25 de Febrero
1989

COMITE ORGANIZADOR

Presidenta: M.^a Victoria Compan Bueno
Vicepresidenta: Rosa M.^a Gil
Secretaria: M.^a Angeles González Cuadrado
Tesorera: Marina Illanes Moreno
Vocales: Antonia Sáez Márquez
Teresa Tejedor Caballero

SECRETARIA

Hospital Universitario «Virgen Macarena»
Tlf. (954) 37 84 00 Ext. 1245-1467-1301