

Nº 7 ENERO-FEBRERO-MARZO 1979



HYGIA

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



- PLANIFICACION PARA EL ALTA DE ENFERMERIA A PACIENTES CRONICOS CON NECESIDAD DE AUTOCUIDADOS O DEPENDENCIA DE LA FAMILIA
- HIPERTENSION ARTERIAL, PROBLEMA DE SALUD
- ATENCION DE ENFERMERIA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

5º CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA «CIUDAD DE SEVILLA»

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA DE SEVILLA



PREMIOS

PRIMERO: 400000 ptas.
SEGUNDO: 200000 ptas.
TERCERO: 100000 ptas.

PREMIOS 1988

1º FRANCISCO GONZALEZ ZAMBRANA, enfermero
2º MIGUEL ANGEL RUCANTARA GONZALEZ
3º MARIA HERMINIA VICENTE CALLE



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

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

B A S E S

- 1º— **Denominación:** Título «Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla».
- 2º— **Objeto:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, no publicados, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3º— **Dotación:** La dotación económica será de CUATROCIENTAS MIL pesetas (400.000) para el trabajo premiado en primer lugar. De DOSCIENTAS MIL pesetas (200.000) para el premiado en segundo lugar y CIEN MIL pesetas (100.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4º— **Presentación:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrá limitación de espacio y acompañarán Bibliografía, si la hubiese. Se presentará por duplicado ejemplar en papel tamaño D.I.N. A4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara, y encuadrado; incluirán en separata, un resumen del mismo, no superior a dos páginas.
- 5º— **Concursantes:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados; serán admitidos trabajos realizados en equipo. En este caso se entiende por autor, a los efectos de lo dispuesto en estas Bases, el primer firmante de cada trabajo.
- 6º— **Jurado:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Diplomados de Enfermería de Sevilla, o persona en quien él delegue. Cinco Vocales, cada uno de los cuales representarán: al Colegio de Sevilla, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, dos Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto.
El Jurado será nombrado anualmente, teniendo el Presidente voto de calidad.
- 7º— **Decisión del Jurado:** Los concursantes por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable.
- 8º— **Documentación:** Los trabajos que opten al premio, serán remitidos por correo certificado, con acuse de recibo, al Colegio de A.T.S. y D.E.; calle Infanta Luisa de Orleans, nº 10, SEVILLA 41004, deberán indicar en el sobre: para el 5º Certamen Nacional de Enfermería, Ciudad de Sevilla. No llevarán remite ni datos de identificación del autor ni del Centro de Trabajo, si lo hubiere. Los trabajos serán firmados con seudónimos y acompañarán sobre cerrado con la misma identificación, en cuyo interior se incluirán: nombre, dirección completa, lugar de trabajo, si lo hubiese, certificado de colegiación reciente y «Curriculum Vitae», que se abrirá tras las concesiones de los premios.
- 9º— **Propiedad de los trabajos:** Los trabajos que se presenten al Certamen quedarán en propiedad del Colegio Oficial de A.T.S. - D.E. de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio, para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que han sido premiados en el 5º Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla.
- 10º— **Incidencias:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación previa de las presentes Bases.
- 11º— **Titular del Premio:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el día 15 de Septiembre de 1989.
Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante, por el Secretario del Jurado, mediante correo certificado.
El fallo del Jurado se hará público el día 1 de Diciembre de 1989.

EDITORIAL

¿INDIFERENCIA?...

Si algo caracteriza a la época que nos tocó vivir, podría responder a cierta invasión de un concepto: el de participación. Llámese tal a la consecuencia de un quehacer con tintes de democracia que inspira cualquier acción consecuente a personas, a colectivos. ¿Por qué decimos esto para encabezar el comentario editorial del primer número de HYGIA del año 1987? Muy sencillo: nuestra profesión, los integrantes de la Enfermería sevillana más en concreto, parecen sufrir o padecer de una enfermedad, tipo Guadiana, que podríamos llamar abstención o «abstencionitis» por decirlo más en la onda.

Y escribimos del Guadiana porque si a las Asambleas, cada día más históricas, que organizó este Colegio Oficial con ocasión del problema de la titulación la concurrencia fue exultante respuesta a la gravedad del momento, también es evidente que, pasada esa cresta de ola, la participación de nuestros colegas en los diferentes frentes que se ofrecen decaen hasta límites por lo menos preocupantes.

Reuniones de gestión, Certámenes, Boletín, Revista Científica... son ocasiones y estrados en los que unos profesionales «vivos» y capaces como son los ATS/DE sevillanos deberían usar, y hasta abusar, en mayor medida para demostrar que estamos ante un colectivo variopinto, sí, pero puntero en su ambición por no decir vanguardista como acertadamente lo calificó recientemente el Director de Enfermería de un Hospital sevillano.

Pero es el caso que no sucede así y se cuentan en bajísimos porcentajes quienes asisten, participan en trabajos, emiten opiniones que sólo harían enriquecer y confirmar lo de la vanguardia a que aludíamos líneas más arriba. Ante semejante situación, ¿cómo se entienden o compaginan ambas posturas? Creemos que el abstencionismo por rutina, ese no participar ancestral, podría radicar en la inercia de tantos y tantos años que se han heredado en toda su dimensión. Pero eso sucedía cuando los Colegios no eran más que reductos letárgicos, sin apenas pulso ni vibraciones. Desde esta consideración, y ante la realidad que se ofrece tanto al colegiado novel que comienza una labor día a día más atrayente, como al veterano que contempla la nueva perspectiva profesional, valga este comentario que sirva de aliento para combatir ese abstencionismo (que no laboral, aunque éste merecería otra larga reflexión) que sólo es fruto de una indiferencia que, por descontado, no es común denominador de los miles de ATS/DE de Sevilla. Por eso, remedando un socorrido eslogan, pongamos cada cual nuestro pequeño o gran esfuerzo y ante la indiferencia, formulemos una interrogante con respuesta: «¿Abstencionismo?». No gracias» que sea a modo de reconstituyente para combatir la enfermedad. En las páginas que siguen a ésta que ahora leéis, se encuentra la mejor demostración de quienes practican el verbo participar con todas sus consecuencias.



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
Miguel Angel Alcántara González

CONSEJO DE REDACCION

Carmelo Gallardo Moraleda
Juan Vicente Romero Lluch
Amelia Lerma Soriano
Antonio Hernández Díaz
Alejandro A. García Nieto
Alfonso Alvarez González
M^ª Carmen Fernández Zamudio
Hipólito Gallardo Reyes

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

ENERO
FEBRERO
MARZO

7

— EDITORIAL	3
— PLANIFICACION PARA EL ALTA DE ENFERMERIA A PACIENTES CRONICOS CON NECESIDAD DE AUTO- CUIDADOS O DEPENDENCIA DE LA FAMILIA	5
— PREMIOS NOBEL	8
— EVALUACION DEL CURSO-TALLER METODOLOGICO SOBRE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	9
— INTRODUCCION A LA HEMODIALISIS	10
— EVALUACION DEL II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA....	15
— EL PRACTICANTE SEVILLANO	21
— EVALUACION DEL I CURSO TEORICO-PRACTICO SOBRE INTRODUCCION A LAS TECNICAS ESTADISTICAS	24
— HIPERTENSION ARTERIAL, PROBLEMA DE SALUD ..	31
— CONCURSO FOTOGRAFICO	39
— ATENCION DE ENFERMERIA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	41
— BECAS DE ESTUDIO	47
— CURSOS Y JORNADAS	48
— BECAS CONCEDIDAS	50

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.



El Terrón (Lepe)

Autor: A. García Nieto



PLANIFICACION PARA EL ALTA DE ENFERMERIA A PACIENTES CRONICOS CON NECESIDAD DE AUTOCUIDADOS O DEPENDENCIA DE LA FAMILIA

ANTONIO DIAZ CABALLERO
DOLORES PEÑA CALATAYUD
JUAN PEDROSA GOMEZ
Hosp. Univ. V. Macarena

INTRODUCCION:

El presente protocolo tiene como objeto la planificación para el alta de enfermería a pacientes que por su situación ya no necesiten la permanencia en un hospital de agudos.

La necesidad de camas que actualmente tenemos en los hospitales, hace cada vez más necesaria la adecuación de los pacientes a los servicios para los que un hospital de agudos está dotado, por otra parte los servicios de hospitalización domiciliaria, atención especializada ambulatoria y atención primaria, deben cubrir la atención sanitaria necesaria en régimen abierto, dejando espacio en los hospitales, para atender la demanda asistencial aguda que por su importancia y gravedad no puede demorarse.

Habitualmente en la práctica diaria sólo es necesaria el alta médica para que un paciente pueda abandonar el hospital, pero cada vez es más frecuente la intervención de otros profesionales para poder solucionar problemas que este estamento no debe cubrir exclusivamente, como son:

Los problemas sociales.

Los problemas de autoindependencia del paciente o la capacitación de la familia para cubrir algunas necesidades básicas, evitando así una desgraciada y prolongada dependencia de un Centro Sanitario.

Es en este último apartado, donde vamos a desarrollar el presente estudio mediante una valoración de los problemas de cuidados que tiene el paciente, y una relación de actividades necesari-

rias para sus cuidados, posteriormente separaremos según los datos que obtengamos las actividades que podrá realizar el paciente, las que podrá asumir la familia y aquéllas que necesariamente deberán ejecutar profesionales sanitarios.

Los profesionales de enfermería poseemos como función, cubrir las necesidades de cuidados que tienen los pacientes, una de éstas, es la de autocuidados, por ello debemos hacer que el paciente sea cada vez más independiente, y potenciar el derecho del enfermo a autocuidarse y el de la familia a adquirir los conocimientos precisos para no tener que depender continuamente de una Institución Sanitaria.

Pretendemos no olvidar en ningún momento que todo paciente debe volver a su domicilio algún día; estimamos que es obligación de todos los profesionales sanitarios minimizar los problemas de los pacientes y de la familia, principalmente los referidos a la salud.

Una vez identificadas las actividades que debe cumplir el paciente y las que deberá asumir la familia, ejecutaremos un plan de cuidados docente para ellos, y mediante un sistema estructurado de evaluación determinaremos la capacitación tanto de uno como de otros, conseguida la aptitud necesaria se le podrá dar el alta de enfermería.

OBJETIVO:

El paciente recibirá correctamente fuera del hospital todos los cuidados de enfermería que necesita.

METODOLOGIA:

La metodología, está basada en el Proceso de Atención de Enfermería y los pasos que vamos a seguir son los siguientes:

a) Proceso de Atención de Enfermería

1º Recogida de datos

—Explotación de los datos existentes mediante un resumen de la historia clínica.

Esto supone una recogida de datos que nos van a servir de base a la hora de desarrollar el trabajo. Conoceremos así el motivo de ingreso, el transcurso de la enfermedad y la situación actual obteniendo con ello un conocimiento objetivo del paciente.

—Examen físico/psíquico y entrevista.

El examen físico/psíquico del paciente, lo realizaremos por medio de la supervisión directa con un protocolo estructurado y entrevista con el fin de que él mismo aporte nueva información sobre su estado de salud.

—Entrevista con la familia.

Como recogida de datos para el análisis, debemos cumplimentar una encuesta dirigida a adquirir por nuestra parte, una serie de nociones acerca de las aptitudes y actitudes del paciente y familia, los datos a tener en cuenta serían:

— Valoración del ámbito cultural, social, económico y ambiental.

— Valoración de la aptitud física y actitud emocional.

— Valoración de la aptitud y actitud para el aprendizaje de las técnicas.

2º Valoración; la alcanzaremos analizando los apartados siguientes:

De la historia clínica recogeremos los datos sobre patología, antecedentes que pudieran dar problemas futuros, tratamiento médico y todos aquellos datos registrados en la misma, que nos puedan ayudar a identificar problemas potenciales o reales del paciente.

Del examen físico/psíquico y la entrevista, valoraremos los problemas físico, sociales, económicos, etc., a la vez que el personal de enfermería saca sus conclusiones sobre el estado anímico o emocional.

De la entrevista con la familia: la familia es una fuente interesante de datos como ayuda para completar nuestros diagnósticos de enfermería. Por otra parte, existen casos en que es preciso recurrir a la familia para realizar casi toda la valoración o gran parte de ella, porque el paciente sea un enfermo totalmente dependiente, como ocurre en los casos de invalidez mental o física del enfermo.

3º Formulación y exposición del diagnóstico.

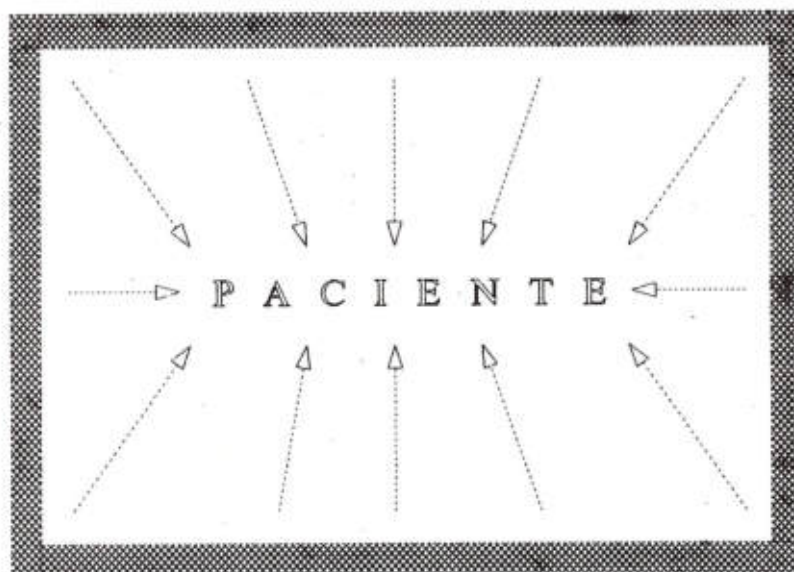
El profesional de enfermería analizará y sintetizará todos los datos del paciente, para detectar e identificar los distintos problemas (ya sean reales o potenciales) que resulten por no tener el paciente cubiertas una serie de necesidades, procurando marcar sus características y etiología. Una vez hecho esto organizará todos los problemas estableciendo un orden de prioridades y expondrá estos problemas acompañados además de unos objetivos, marcados a medio, corto o largo plazo y cuyo fin es conseguir la eliminación, ya sea en todo o en parte de los problemas.

4º Plan de cuidados de enfermería.

Una vez identificados los problemas y determinados los objetivos, el personal de enfermería estructurará un plan de cuidados especificando cada una de las actividades que han de realizarse, priorizándolas por importancia y teniendo en cuenta todos los medios materiales y humanos necesarios para alcanzar un grado óptimo en el desarrollo de las mismas.

5º Selección de actividades.

Conocidas las actividades que hay



que realizar para mantener cubiertas todas las necesidades del paciente, discriminaremos aquellas que sólo podrán ser realizadas por personal sanitario, las que puedan ser asumidas por la familia o el paciente, por no entrañar ninguna dificultad y aquellas que por su urgencia no pudieran esperar la visita de un profesional sanitario, necesitando entonces una capacitación para conseguir un nivel óptimo de **autocuidados**.

Son estas últimas actividades las que nos sirven de fundamento para elaborar un programa docente con el que conseguir la mayor independencia posible del paciente y por tanto una mejor calidad de vida.

B. Programa de Educación Sanitaria

6º Objetivos para el aprendizaje.

Los *objetivos* irán dirigidos al aprendizaje de las actividades que deberán asumir el paciente y/o la familia, y deben servirnos como *indicador* óptimo a alcanzar en la evaluación final.

7º Plan de actividades.

El plan de actividades deberá incluir:

- Las actividades que debe realizar el paciente.
- La metodología docente que vamos a utilizar.
- Los medios materiales que necesitamos.
- Determinaremos quién va a impartir las clases, siempre en función de

la parte del tema que se esté tratando, de forma que la docencia la impartan aquellas personas que habitualmente realizan la tarea.

Para el desarrollo del tema de cada una de las actividades tendremos que detallar la tarea, el porqué debe ejecutarse, aparatos, objetos y útiles necesarios, y si existe o no en el tratamiento alguna medicación dirigida a evitar complicaciones o a facilitar la tarea, para tener en cuenta todas y cada una de ellas en el programa docente.

8º Ejecución del plan.

Durante la ejecución trataremos de enseñar al paciente y/o familia toda serie de conceptos básicos útiles y necesarios para desarrollar correctamente la actividad y para que adquieran un mayor conocimiento de la enfermedad y/o limitaciones.

La enseñanza de las tareas se realizarán de una forma práctica, mediante una programación temporal donde cada uno de los profesionales de enfermería tenga en su cronograma una actividad a realizar sobre un mismo tema con el paciente o familia, de forma que cada profesional que participe en el programa conozca en todo momento qué debe impartir, dónde debe incidir y qué no debe iniciar aunque esté programado.

9º Evaluación.

En la evaluación tratamos de *objetivar* si el paciente o familia han adquirido los conocimientos necesarios para realizar correctamente cada una de las

actividades.

Se realizará con un protocolo donde el profesional de enfermería mediante preguntas dirigidas al paciente o familia sobre la actividad ya impartida, y siempre dirigidas a la consecución de los objetivos fijados, pueda marcar si realiza o no correctamente la actividad y las tareas que estemos midiendo en el documento de evaluación.

Esta evaluación nos aportará una o dos informaciones constantes: nos indicará aquellas actividades y/o tareas que son realizadas correctamente, y otras en las que no se ha conseguido el objetivo marcado, con estas segundas se volverá a iniciar un pequeño programa que incida sobre ellas, hasta que la evaluación sea considerada de apta en

cada una de las tareas.

10º Discusión.

Cuando el resultado de todas las evaluaciones nos indique que el paciente y/o familia están capacitados para realizar correctamente todas las actividades y/o tareas, sólo aceptable cuando todos los parámetros medidos hayan sido en la evaluación calificado satisfactoriamente, es cuando el profesional de enfermería podrá confeccionar un informe de ALTA DE ENFERMERIA, donde resuma las actividades necesarias para el cuidado del paciente en el momento del alta, y cuáles son las que puede asumir el paciente y/o familia, demostrado en el Plan de Alta de Enfermería llevado a término.

RESULTADOS:

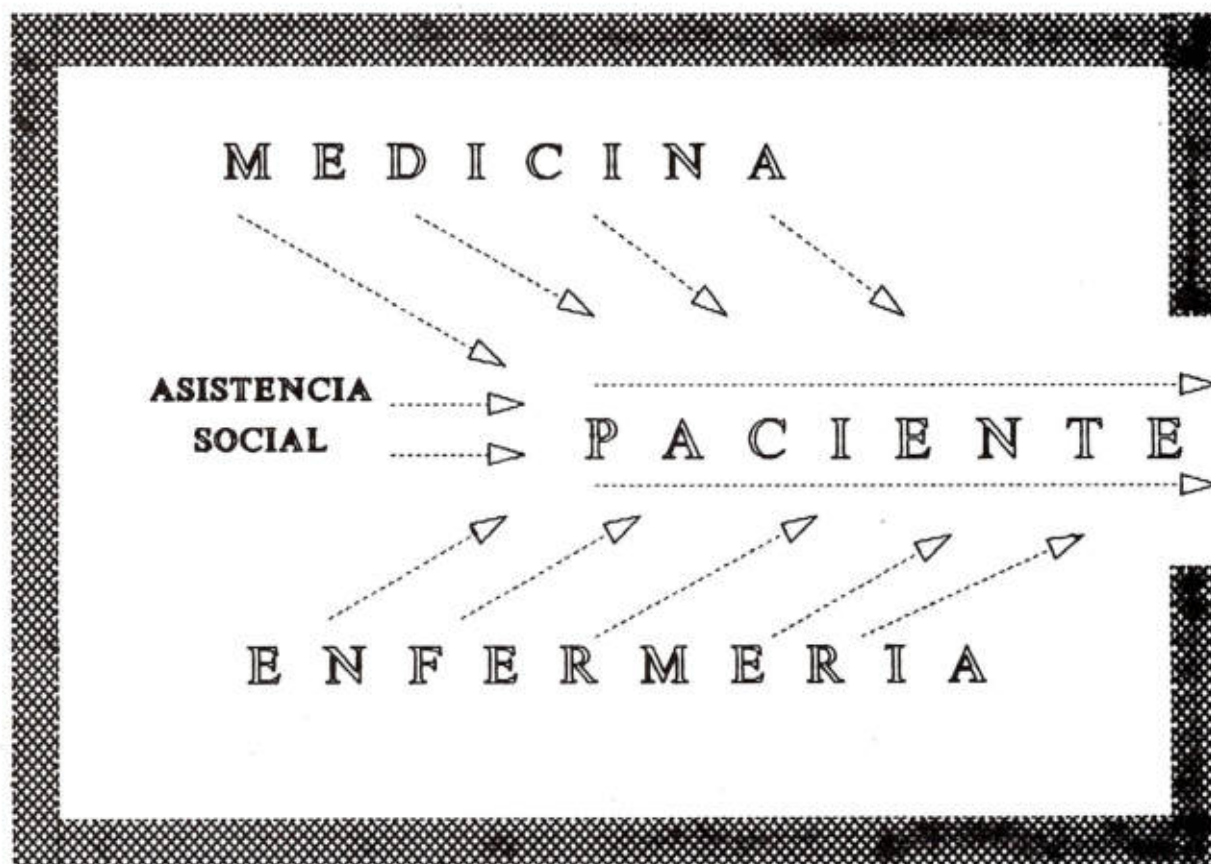
Los resultados no se pueden exponer por el momento, al ser este tipo de investigación de diseño, hasta tanto no se ejecute el presente protocolo.

No obstante, es nuestra intención publicarlos en cuanto tengamos un número aceptable de pacientes sometidos a este tratamiento.

AGRADECIMIENTOS:

Queremos agradecer a nuestros compañeros D. Francisco Rodríguez Rodríguez por su impulso al animarnos a iniciar este trabajo y a D. Gregorio Martínez Morán por su inestimable ayuda al revisar y corregir el presente texto y al colaborar en la ilustración.

H O S P I T A L



BIBLIOGRAFIA

- | | |
|---|--|
| L. SALLERAS: <i>Educación Sanitaria</i> . Editorial Alhambra, Madrid, 1982. | R. ALFARO: <i>Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería</i> . Editorial Doyma, Barcelona, 1988. |
| Editorial Díaz Santos, Barcelona, 1985. | M. HANAK: <i>Educación Sanitaria del paciente y su familia</i> . Editorial Doyma, Barcelona, 1988. |
| H. YURA: <i>El proceso de Enfermería</i> . | |

1902
SIR RONALD ROSS

PREMIOS NOBEL DE MEDICINA

Sir Ronald Ross nació en Almora, Nepal, el 13 de mayo de 1857. En 1865 llega a Inglaterra para iniciar su educación, y entre 1874 y 1879 realiza los estudios de medicina en el St. Bartholomew's Hospital Medical School; ejerce primero como cirujano en una línea marítima y más tarde se incorpora al Indian Medical Service. Su vocación científica le llevó a estudiar bacteriología con Klein (Londres, 1888); en 1894, también en Londres, Sir Patrick Manson le muestra las primeras preparaciones que confirman el descubrimiento de Laveran. Animado por Manson, Ronald Ross realiza a partir de 1895 una intensa, exhaustiva investigación encaminada a resolver el problema, crucial, de la transmisión de la malaria. Las repetidas interrupciones que en esta empresa le imponen los deberes profesionales obligan a Ross a solicitar el retiro. En 1899 se encuentra en Sierra Leona, y el mismo año obtiene un puesto en el servicio de medicina tropical de la Escuela Médica de Liverpool, donde, en 1902, es elevado al rango de profesor; diez años más tarde pasa a regentar el servicio de enfermedades tropicales en el King's College Hospital de Londres. En su honor se funda, en 1926, en Putney, el Ross Institute and Hospital for Tropical Diseases. La muerte le sobrevino en 1932.

En su obra escrita el capítulo fundamental lo componen las comunicaciones en que dio noticia de los hallazgos y resultados obtenidos en el curso de sus investigaciones sobre la malaria. El trabajo de Ronald Ross donde expone sus iniciales convicciones sobre el papel del mosquito *Anopheles* en la transmisión de la enfermedad es el titulado «On some peculiar pigmented cells found in two mosquitoes fed on malarial blood» (*British Medical Journal*, 1897; 2: 1786-88); posteriores y de recuerdo asimismo obligado son el artículo «The rôle of the mosquito in the evolution of the malarial parasite» (*Lancet*, 1898; 2: 488-89) y su comuni-

cación a la British Medical Association, hecha en julio de 1898, y que publicó el *British Medical Journal* en su número de 18 de febrero de 1899; de fecha ulterior son las *Memorias* en que relata sus viajes a Sierra Leona y Suez (Liverpool, 1900 y 1903); en 1910 se edita en Londres su libro *The prevention of malaria*, y en 1923, en Nueva York, sus *Memoirs, with a full account of the great malaria problem and its solution*.

Las investigaciones orientadas al conocimiento del agente causal del paludismo tienen su comienzo en el descubrimiento del germen provocador de la dolencia, el *haemamoeba laverani* (1880), por Laveran, médico militar francés destinado en Argelia. Mientras varios investigadores italianos confirman este hallazgo. Ronald Ross centra su indagación en el problema, no resuelto, de la transmisión del parásito. Sir Patrick Manson, el fundador de la London School of Tropical Medicine, que representó importante papel en la vida científica de Ross, dio, ya en 1877, la primera prueba de que los insectos podían ser portadores de la enfermedad, opinión ésta que también fue formulada por Albert Freeman Africanus King.

En el curso de sus pesquisas, durante sus años de estancia en la India, Ronald Ross consigue, el 20 de agosto de 1897, observar en la superficie del estómago de un mosquito *Anopheles*, que había absorbido sangre de enfer-

mo afecto de malaria, unos cuerpecillos cistiformes pigmentados certeramente ligó tales formaciones a una fase en el ciclo vital del parásito. Residiendo en Calcuta, estudiando ahora la malaria provocada en pájaros por el *Proteosoma*, parásito estrechamente relacionado con el *Plasmodium*, y como fruto de una agotadora labor de laboratorio. Ross descubre esporozoitos, procedentes del oocisto ya roto, en la glándula salival de un mosquito *Culex* que previamente había picado a pájaros enfermos de malaria. Tal descubrimiento tuvo lugar el 4 de julio de 1898. Al tiempo que Ronald Ross logra estos resultados, en Italia los investigadores Mascianelli y Grassi, basándose en los trabajos de Ross, observan el ciclo completo del *plasmodium falciparum* y el del *Plasmodium malarie* en el mosquito (1899); casi al mismo tiempo Bastianelli y Bignami realizan idéntica comprobación con el *Plasmodium vivax*. Bastianelli envía a Londres (1900) mosquitos *Anopheles* infectados; con ellos Manson confirma las conclusiones a que llegara Ronald Ross en 1898 y que también apoyaban los trabajos de los malariólogos italianos. Ross, en 1899, y en Sierra Leona, hace las determinaciones finales en su teoría. Sus hallazgos, lo que ellos representaban, tanto en el terreno científico como para una lucha efectiva contra una dolencia endémica en muy dilatadas zonas geográficas, le hicieron merecedor del Premio Nobel de Medicina, que recibió en 1902.



EVALUACION DEL CURSO TALLER METODOLOGICO SOBRE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1º ¿Considera Vd. que ha alcanzado a desarrollar habilidad en el manejo de la metodología científica aplicada a la elaboración de un diagnóstico?.

SI ☐ P ☐ NO ☐

2º ¿Qué factores cree que le ayudaron?.

2.1. Los contenidos teóricos

SI ☐ P ☐ NO ☐

2.2. La metodología utilizada por la profesora.

SI ☐ P ☐ NO ☐

2.3. La experiencia de trabajo grupal.

SI ☐ P ☐ NO ☐

3º ¿Qué factores considera que interfirieron?.

Enumérelos:

4º Plantee sugerencias que Vd. considere de valor para mejorar este Curso.

Frente a cada una de las diferentes items, fundamente su respuesta.

EVALUACION

Participantes en la evaluación: 32.

Pregunta 1.

Si: 53%

Parcial: 41%

No: 6%

Pregunta 2.1.

Si: 72%

Parcial: 22%

No: 3%

No contesta: 3%



Pregunta 2.2.

Si: 66%

Parcial: 19%

No: 12%

No contesta: 3%

Pregunta 2.3.

Si: 78%

Parcial: 12%

No: 10%

Pregunta 3. Factores que interfirieron:

1.- Dificultad de entendimiento entre los participantes sub-grupos por heterogeneidad de formación y escasa experiencia de trabajo grupal, 37%.

2.- Escaso tiempo e intensividad del curso, 44%.

3.- Formación básica escasa en metodología científica y/o con conceptos ya aprendidos diferentes, 62%.

4.- Falta de apuntes o material fotocopiado sobre los contenidos teóricos impartidos, 9%.

Pregunta 4. Sugerencias:

— Diseñar y realizar otro curso en la misma línea pero de mayor nivel que permita profundizar, (16%).

— Más extenso en días y no intensivo, (31%).

— Mayor número de horas y tiempo (19%), que de más conocimientos teórico prácticos.

Síntesis: Más del 50% del grupo considera alcanzados los objetivos, y un 41% que considera parcialmente desarrollada su habilidad metodológica y desea seguir profundizando en el tema.

Entre los factores que interfirieron destacan el reducido número de horas y la intensidad del curso (44%), la escasa formación básica en metodología que tenían y el manejo de marcos teóricos diferentes —entre sí y con la orientación del curso— (62%), que creó dificultades así mismo en el manejo de las experiencias grupales del taller.

Dadas las sugerencias, consideramos que se alcanzó un alto nivel de motivación en el tema que se expresa por el deseo manifiesto de continuar la formación metodológica, tanto como las opiniones vertidas sobre el curso, como «enriquecedor», «muy positivo», «muy bueno» (32%).

INTRODUCCION A LA HEMODIALISIS

MANUEL SILVA PEREJON

Hosp. Univ. V. del Rocío

CONCEPTO DE HEMODIALISIS

Se denomina DIALISIS a la difusión de solutos a través de una membrana porosa colocada entre dos soluciones. La HEMO-DIALISIS es la técnica más usada y más experimentada de depuración extrarrenal en la Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.). Consiste, fundamentalmente, en poner en contacto la sangre del paciente con un líquido dializante a través de una membrana semipermeable. Este líquido dializante tiene una composición parecida a la del líquido extracelular.

Con la Hemodiálisis pretendemos:

- Controlar la composición electrolítica del compartimento plasmático.

- Mantener el balance hídrico.

- Ayudar a mantener el equilibrio ácido-básico.

- Extracción de sustancias que normalmente excreta el riñón.

En la transferencia de masas a través de membranas semipermeables intervienen dos mecanismos fundamentales:

- a) La DIFUSION o transferencia por conducción, mediante la cual se efectúa un transporte pasivo de los solutos a través de la membrana, sin paso de disolvente. Esto es la DIALISIS propiamente dicha. La DIFUSION depende de tres factores:

- El gradiente de concentración del soluto a uno y otro lado de la membrana.

- La superficie eficaz de la membrana.

- El coeficiente global de permeabilidad del dializador.

- b) La CONVECCION o transferencia por ultrafiltración (U.F.), gracias a la cual pasan a través de la membrana disolvente y una fracción de su contenido en solutos. En la CONVECCION intervienen los siguientes factores:

- La ósmosis: la ósmosis consiste en la tendencia a que el agua pase de la solución con menor concentración de solutos a la de mayor, en un intento por igualar la concentración de las soluciones que hay a cada lado de la membrana.

- Presión oncótica: la ejercen fundamentalmente las proteínas plasmáticas, que no pueden pasar por la membrana dializante, y actúa dificultando la salida de agua del compartimento sanguíneo.

- Presión hidrostática: Se ejerce en ambos compartimentos, sanguíneo y dializante, y favorece el paso del disolvente y los solutos a través de la membrana, desde el lado de mayor presión al de menor.

UTILLAJE PARA LA HEMODIALISIS

Para practicar la hemodiálisis, (H.D.), necesitamos, además de un acceso vascular que nos permita obtener un flujo adecuado de sangre, el siguiente material: unas líneas que conduzcan la sangre, un dializador, un monitor de H.D. y elementos para el acceso vascular.

- **Monitor:** El monitor realiza las

funciones siguientes:

- Prepara el baño de diálisis mezclando la renofundina concentrada con agua, hasta lograr un dializante con una osmolaridad y composición adecuadas.

- Extrae la sangre desde el acceso vascular del paciente por medio de una bomba de succión, y la impulsa a través de las líneas y del dializador hasta llegar nuevamente al paciente ya depurada. Este flujo sanguíneo suele ser normalmente de 250 c.c. por minuto.

- Calienta el líquido de diálisis para que al contactar con la sangre a través de la membrana lo haga a una temperatura fisiológica.

- Mide la presión espontánea, (presión positiva), que es la resistencia que al paso de la sangre ofrece el circuito de H.D. y el retorno venoso del paciente.

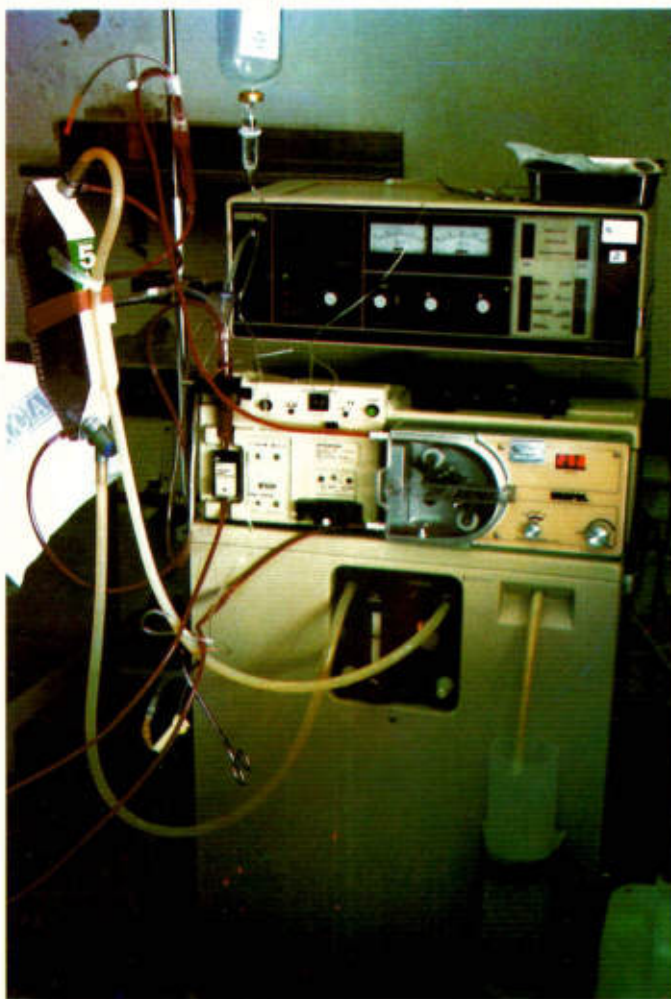
- Ejerce una presión negativa en el compartimento de líquido dializante, que sumada a la presión positiva o espontánea, nos dará el total de la presión ejercida a través de la membrana, lo que conocemos como presión transmembrana (P.T.M.).

Los monitores constan, además, de un complejo sistema de alarmas que vigilan:

- Primero e importantísimo, que no pase aire al extremo venoso o de retorno del circuito, previniendo la embolia gaseosa.

- Que la temperatura del baño de diálisis esté dentro de límites fisiológicos, (35-40°C).

- La correcta composición del ba-



Monitor de H.D. funcionando

ño y que el flujo de éste sea adecuado.

— Detecta si hay problemas para obtener la cantidad de sangre deseada.

— Nos indica si hay fuga de sangre del compartimento sanguíneo del dializador al de dializante.

• **Líneas:** Para llevar a cabo la H.D. necesitamos una línea que conduzca la sangre desde el acceso vascular del paciente hasta el dializador, y otra que la lleve desde éste nuevamente hasta el paciente. Denominamos arterial a la primera y venosa a la segunda. En la línea arterial va un segmento más grueso, el cuerpo de bomba, que, como su nombre indica, es el que se acopla a la bomba de extracción de sangre; lleva también una línea para la heparinización del circuito, un apéndice para conectar la toma de soluciones como suero fisiológico, Hemocé, Mannitol, y un acceso para la extracción de muestras y poner medicación.

La línea venosa tiene una cámara atrapaburbujas que va encajada en un detector de aire, a fin de impedir el embolismo aéreo.

• **Dializadores:** El dializador es parte fundamental de la H.D. Existen diversos tipos según su configuración, material empleado para la membrana, porosidad y grosor de las paredes de ésta, superficie de contacto de la membrana con la sangre.

Por su configuración existen dos tipos básicos: de placas y de capilares. Los de placas, su nombre nos lo dice, consisten en una serie de placas dispuestas paralelamente. Los de capilares consisten en un haz de varios miles de tubos finísimos (capilares) que van inmersos en el líquido dializante que llena la carcasa del dializador.

Por el material empleado el tipo más usual es el de Cuprophán. Existen membranas, (P.A.N., polisulfona), de gran rendimiento y alta biocompatibilidad, es decir, muy bien toleradas por el organismo. Hay membranas, (E.V.A.L.), de paredes muy lisas que permiten dializar con poca o ninguna heparinización.

• **Material para el acceso vascular:** Para acceder al torrente sanguíneo, se-

gún el tipo de acceso vascular, necesitaremos:

— Aguja para acceder a la vena arterializada mediante la Fístula Arteriovenosa, (F.A.V.), con un calibre de 16 G, una palomita para facilitar su manejo y una cánula que termina en un conector Luer-Lock para conectar a las líneas que conducen la sangre.

— Si se trata de acceder a una prótesis, gracias a la bomba de dos cabezas podemos hacer una sola punción, para lo que necesitaremos las llamadas agujas de unipunción, con un calibre del 15 G, que se caracterizan por tener dos derivaciones a partir de una sola aguja, una para conectar al extremo arterial del circuito y la otra al venoso.

— Si el acceso consiste en un catéter temporal, (en vena femoral, subclavia), se utilizan los llamados «conectores de unipunción», similares a los anteriores, pero sin aguja, para conectar directamente el catéter.

— En caso de contar con dos catéteres, conectaremos directamente a las líneas del circuito de H.D.

HEPARINIZACION

Antes de pasar a explicar la utilización del material mencionado, vamos a mencionar la anticoagulación. Para evitar la coagulación de la sangre en el circuito extracorpóreo, heparinizamos este circuito. Por regla, al comienzo de la H.D. ponemos una dosis de heparina ajustada según el peso y necesidades específicas del paciente, teniendo en cuenta el tipo de dializador. Después, tenemos dos opciones, inyectar la dosis de heparina de mantenimiento mediante una bomba de infusión continua, o aplicar esta dosis de hora en hora.

Existe una técnica, la heparinización regional, que consiste en inyectar en la línea arterial la heparina, y neutralizar ésta mediante la aplicación de protamina al final de la línea venosa.

Recordemos siempre que después de una sesión de H.D. el paciente que recibimos en la Unidad de Hospitalización es un paciente que viene «heparinizado», y habrá que tenerlo en cuenta a la hora de aplicar medicación I.M., efectuar curas o aplicar cualquier cuidado con riesgo de producir hemorragias.

APLICACION

Una vez que disponemos de una somera idea de los principios y materiales

que vamos a emplear, trataremos de dar una idea de su aplicación, describiendo esquemáticamente una sesión de H.D.

En primer lugar, disponemos el monitor, comprobando que recibe corriente eléctrica y agua, y poniéndolo a tomar Renofundina concentrada para que prepare el baño de líquido dializante.

A continuación, colocamos el dializador en su soporte, y las líneas de conducción de sangre en el monitor, conectándolas al dializador. Lavamos y cebamos ambos, dializador y líneas, con suero fisiológico heparinizado, expulsando el aire del circuito. Con el líquido dializante preparado cebamos también el compartimento correspondiente del dializador.

Preparado el monitor, se recibe al paciente, se pesa, se le toma la P.A. en orto y en decúbito, y se hace la anamnesis correspondiente al período interdiálisis. Preparamos el acceso vascular, comprobando que funciona y lavándolo y desinfectándolo, procediendo a practicarlo con agujas o conectores al efecto.

Una vez asegurados los puntos para la extracción y el retorno sanguíneo, conectamos la punción arterial a su línea correspondiente y, poniendo en marcha la bomba de extracción de sangre, vamos introduciendo ésta en el circuito hasta desechar el S.F. de lava-

do, conectando finalmente la línea venosa a la punción de retorno.

Hecho esto, procederemos a heparinizar el circuito con la dosis de carga adecuada, y luego, de forma horaria, continua o regional.

Una vez cerrado el circuito, la sangre pasará por el dializador a razón de unos 250 c.c./minuto, poniéndose en contacto con el líquido dializante a través de la membrana, y a lo largo de 3, 4 ó 5 horas se irá verificando la transferencia de solutos, iones y agua.

COMPLICACIONES DURANTE LA HEMODIALISIS

Durante la H.D. pueden surgir una serie de complicaciones, referidas tanto al paciente como al acceso vascular o al equipo empleado. A continuación referiremos algunas de las más corrientes:

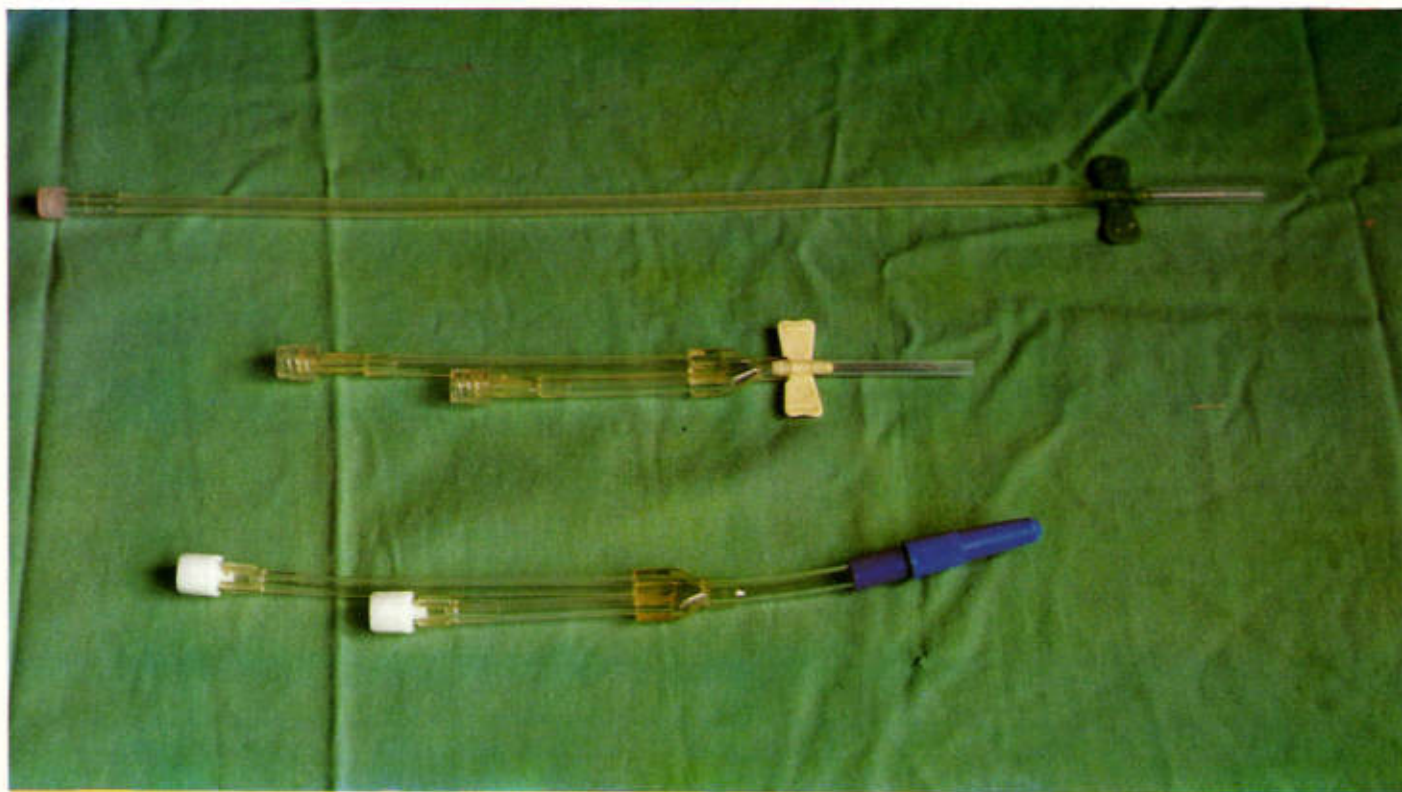
— Crisis hipertensivas: durante la H.D. no es raro que se produzcan crisis hipertensivas, que suelen relacionarse con varios factores: liberación de catecolaminas, por estímulo del sistema renina-angiotensina, o bien debida a una reacción ante la rápida depleción salina a causa de una ultrafiltración (U.F.) elevada. Su tratamiento exige la suspensión o reducción de la U.F. y la administración de S.F.

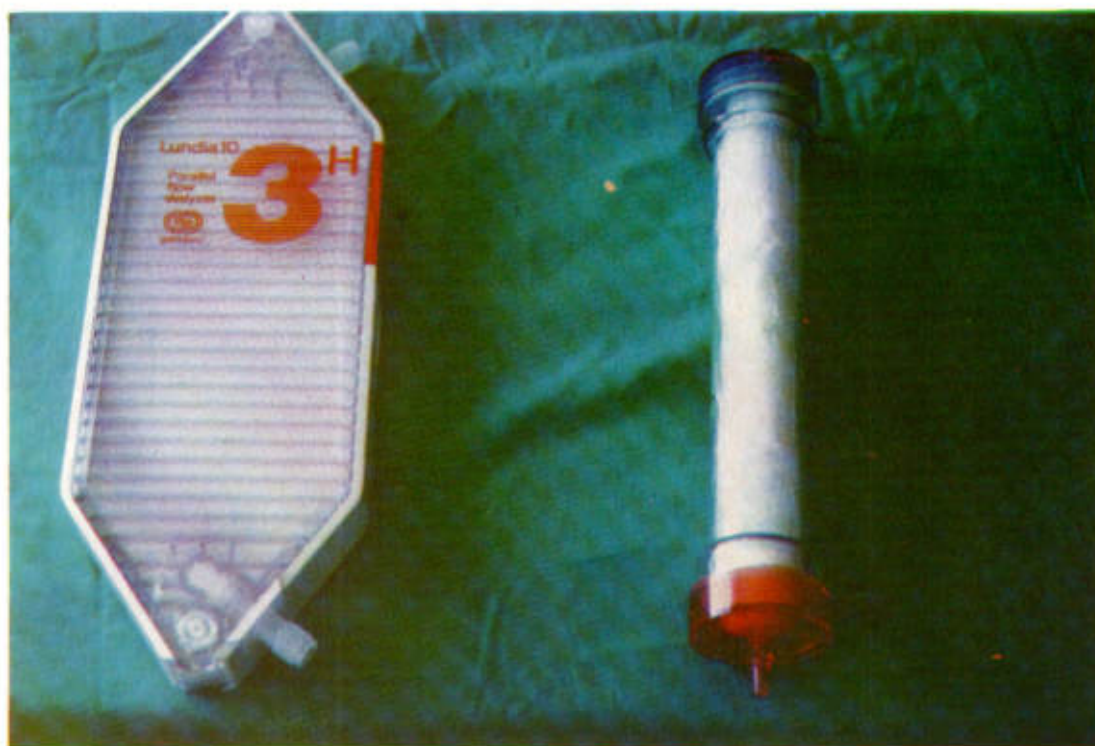
— Hipotensiones: pueden ser progresivas, consecuencia de la pérdida de volemia por U.F., o brutal y repentina,

con mareo, pérdida de la consciencia y convulsiones. Una hipotensión repentina acompañada de taquicardia suele deberse a una U.F. excesiva. Estas hipotensiones se pueden prevenir acumulando el paciente poco peso interdiálisis. Un hematocrito excesivamente bajo produce una hipotensión severa y repentina al conectar al paciente al circuito extracorpóreo, al no soportar la pérdida de los 200 c.c. aproximadamente de sangre necesarios para rellenar este circuito. Se producen también hipotensiones por hiponatremia del líquido dializante, por estar el peso seco del paciente estimado por debajo de su valor real (lo que hace que la U.F. que se calcula sea excesiva), y otras causas como la toma de hipotensores, hemorragias internas, externas por rotura de líneas o dializadores.

3 — Edema agudo de pulmón: habitualmente, se debe a la sobrecarga hídrosalina que se desarrolla en el período interdiálisis. En ciertos casos, el edema pulmonar traduce la existencia de una pericarditis, una cardiopatía valvular previa o una cardiopatía urémica.

— Alteraciones digestivas: náuseas y vómitos son una complicación frecuente en el transcurso de la H.D., y pueden deberse a varias causas: en las primeras H.D. a causa de un desequilibrio osmótico; luego, por un síndrome de «agua dura», por hipotensión, hiponatremia del dializante, etc.





Dializadores de placa y capilar

Las ascitis que aparecen en pacientes con tratamiento de H.D. pueden deberse simplemente a un acúmulo hidrosalino con edemas en otras zonas, o bien a pericarditis, cirrosis hepáticas, o, no tener causa definida, como la llamada ascitis de H.D. o idiopática.

— Alteraciones del ritmo cardíaco: acompañando las hipotensiones puede aparecer una taquicardia sinusal. Taquiarritmias aparecen al término de la H.D., cuando la potasemia es más baja. En ocasiones, estas alteraciones se deben a una insuficiencia coronaria, y se pueden prevenir o atenuar utilizando un líquido de diálisis enriquecido en potasio.

— Angor pectoris: la aparición de dolores anginosos corresponde, en general, a la agravación de una insuficiencia coronaria preexistente como consecuencia de la reducción, en el curso de la H.D., del volumen sanguíneo circulante por la salida de sangre para establecer la circulación extracorpórea y la hipovolemia subsiguiente a la U.F. El tratamiento consiste en la reposición de la volemia, con transfusión de sangre si lo requiere. Si con un hematocrito suficiente y sin U.F. persiste el angor, hay que relacionarlo con una isquemia miocárdica aguda.

— Calambres musculares: se deben a una deplección salina, y suelen ceder inyectando una solución salina hipertónica o una cantidad suficiente

de S.F.

— Cefaleas: responden casi siempre a tres causas: una crisis hipertensiva, una hipercalcemia secundaria al uso de agua rica en calcio (síndrome del agua dura) o a una hemólisis por hipotonía del líquido de diálisis.

— Convulsiones: pueden estar relacionadas con causas vasculares o metabólicas como crisis hipertensiva complicada por edema cerebral, accidente cerebrovascular, hipercalcemia por síndrome del agua dura, hipocalcemia severa asociada a la corrección demasiado rápida de una acidosis durante las primeras hemodiálisis, o bien por una hipotensión severa.

— Embolia gaseosa: puede ser debida a pequeñas burbujas que escapan al detector de aire del monitor, o bien a una entrada masiva de aire durante la operación de devolución de la sangre del circuito al paciente, operación durante la cual tenemos anulado el funcionamiento del mencionado detector. También puede haber entradas de aire a través de una línea defectuosa o por un fallo en la conexión aguja-línea.

— Coagulación del circuito: Puede deberse a varias causas, pero generalmente se relaciona con una deficiente heparinización, defectuoso montaje o paros repetidos de la circulación extracorpórea.

— Rotura de dializador o líneas: en el transcurso de la H.D., no es raro

que el dializador o las líneas del circuito se partan, por fallos en la fabricación o transporte, o por un almacenamiento defectuoso en lugar húmedo o a altas temperaturas. En todos los casos de rotura, se para la bomba de extracción de sangre y se procura reponer la mayor cantidad posible de sangre del circuito que sea preciso.

Se producen también otra serie de complicaciones como pruritos, precordalgias, reacciones a pirógenos, dolores abdominales, falta de corriente eléctrica, flujo sanguíneo insuficiente, grandes hematomas, desgarros de la prótesis o vena arterializada durante la punción, y un largo etcétera de problemas referidos al paciente en general o al utillaje.

EL PACIENTE EN HEMODIALISIS

El paciente renal es de gran complejidad en todo momento y, por supuesto, en el curso de la H.D., y exige a la Enfermería gran atención, conocimientos, buena preparación psicológica y una gran dedicación a este campo de la Enfermería.

El paciente renal, por su patología, crónica y que le limita su calidad y expectativas de vida, supone un reto para los enfermos a la hora de aplicar los cuidados de Enfermería necesarios. El paciente renal exige de los enfermeros una atención profunda, constante y

muy personal.

Como cuidados específicos de Enfermería a proporcionar en una Unidad de H.D. podemos citar: controlar la puesta de peso del paciente, haciéndole las indicaciones pertinentes, lo que equivale a un esfuerzo constante para lograr que no se produzcan transgresiones hídricas y dietéticas. Vigilamos la aparición de edemas, hipertensiones volumendependientes y otros factores que nos indicarán si el peso seco del paciente está correctamente evaluado. Haremos la anamnesis correspondiente al período interdialisis, anotando los datos de interés clínico para su posterior evaluación por el médico nefrólogo y aquellos de interés para proporcionar los cuidados de Enfermería.

Se tomará la P.A. en orto y en decúbito tanto al comienzo como a la salida de la H.D., y, al menos cada hora en el transcurso de ésta, la P.A. y el pulso, lo que nos permitirá evaluar el estado del paciente y lograr un buen desarrollo de la sesión de H.D., evitando al paciente complicaciones como la hipotensión, el mareo, náuseas, dolor abdominal y, en suma, con una buena vigilancia durante la H.D. conseguiremos dar al paciente en H.D. un tratamiento más grato y exento del mayor número de complicaciones posibles.



Dializadores de placa y capilar abiertos



BIBLIOGRAFIA

- | | | |
|--|--|---|
| — <i>Lo esencial en la H.D.</i> Jungers, Zingraff. | <i>mas de diálisis extrahospitalaria.</i> Dr. Alvarez Grande. | — <i>Manual de Nefrología.</i> Legrain-Suc. |
| — <i>La diálisis en casa y otras for-</i> | — <i>Sustitución de la función renal por diálisis.</i> W. Drukker. | — <i>Otras técnicas de depuración extrarrenal.</i> Dr. Fdo. Valderrábano. |

EVALUACION DEL II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA

Coordinador del Curso: ALEJANDRO GARCIA NIETO

DATOS GENERALES

FECHA DE REALIZACION: Del 31 de Octubre de 1988 al 16 de Enero de 1989.

ORGANIZACION: Colegio Oficial de A.T.S./D.E. de Sevilla.

DOCENTE: Sr. D. Domingo Pérez.

COORDINADOR DEL CURSO: Sr. D. Alejandro García Nieto.

NUMERO DE ASISTENTES: 60.

SELECCION: Sorteo.

UBICACION: Salones del Colegio de A.T.S./D.E. de Sevilla.

EVALUACION: Se evalua el curso a través de una encuesta con 10 ítems de tipo cerrado. La escala de puntuación va del 1 al 5, en la que el 1 es el valor

inferior y el 5 el superior.

Se evalua:

- OBJETIVOS
- CONTENIDO
- METODOLOGIA
- DOCENTES
- ORGANIZACION

ENCUESTAS ENTREGADAS: 46.

ENCUESTAS EVALUADAS: 46.

CONTENIDO

2.) Utilidad de la enseñanza para su trabajo profesional.

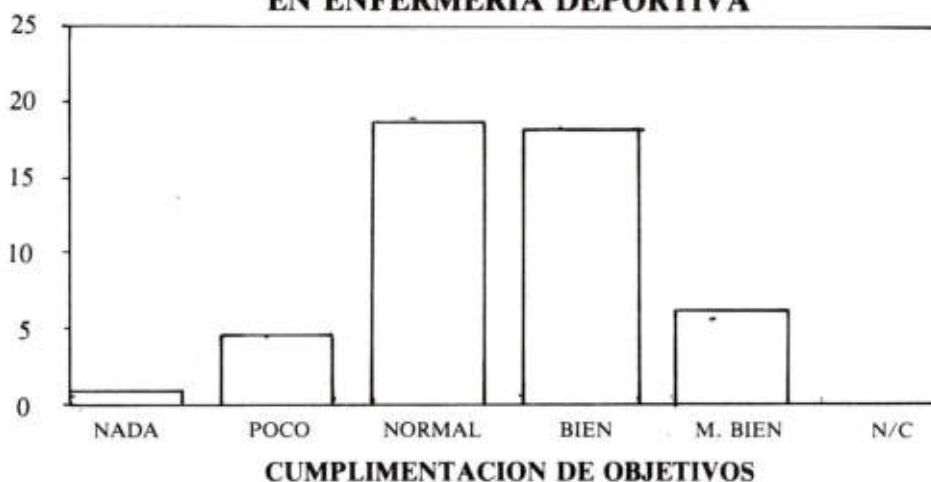
NINGUNA	1
POCO	5
NORMAL	20
BUENA UTILIDAD	13
MUY UTIL	7
N/C	0
TOTAL	46

OBJETIVOS

3.) ¿Crees que los objetivos del Curso se han cumplido?.

NADA	1
POCO	4
NORMAL	18
BIEN	17
MUY BIEN	6
N/C	0
TOTAL	46

II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA



II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA



CONTENIDO

3.) Interés de las materias impartidas.

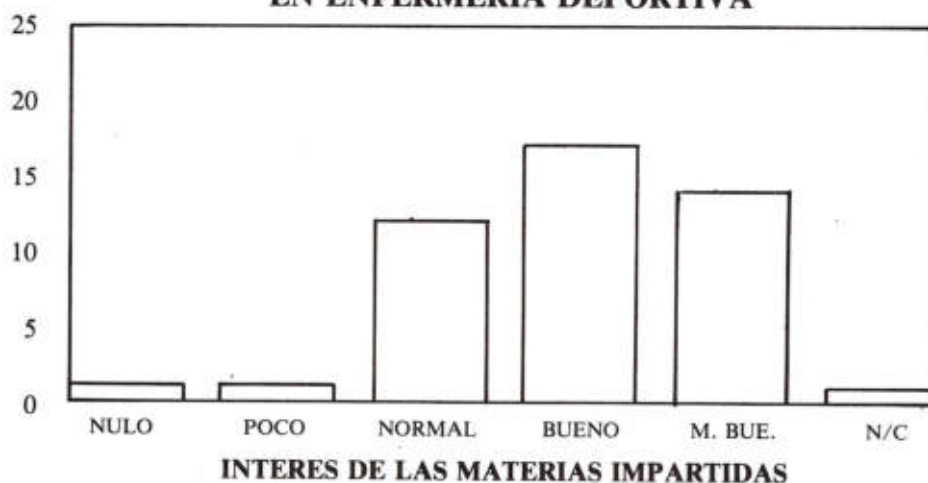
NINGUNO	1
POCO	1
NORMAL	12
INTERESANTE	17
MUY INTERESANTE	14
N/C	1
TOTAL	46

METODOLOGIA

4.) Puntúa la calidad de los temas.

MUY DEFICIENTES	1
DEFICIENTES	8
NORMAL	10
BUENA	19
MUY BUENA	7
N/C	1
TOTAL	46

II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA



II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA



METODOLOGIA

5.) Sesiones prácticas.

MUY DEFICIENTES	0
DEFICIENTES	5
NORMAL.....	15
BIEN	16
MUY BIEN.....	9
N/C	1
TOTAL	46

METODOLOGIA

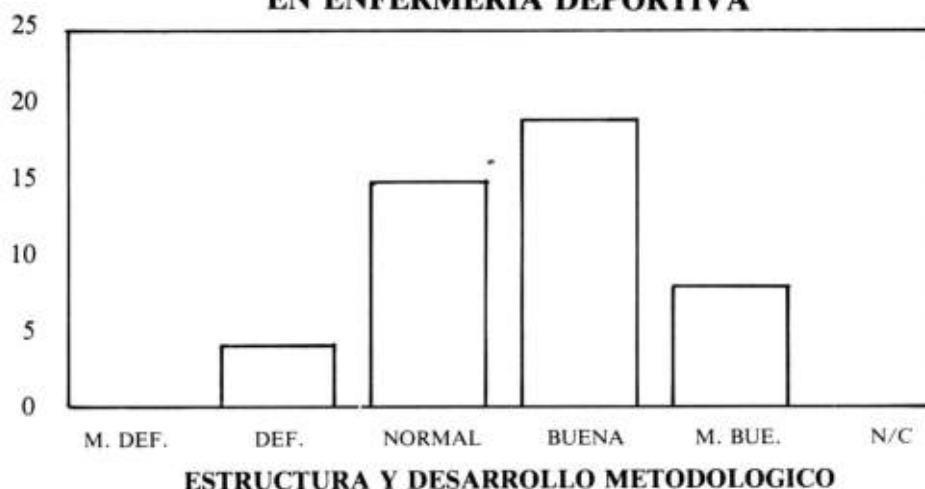
6.) Estructura y desarrollo metodológico.

MUY DEFICIENTE	0
DEFICIENTE	4
NORMAL.....	15
BUENA.....	19
MUY BUENA	8
N/C	0
TOTAL	46

II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA



II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA



DOCENTE

7.) Claridad de expresión.

MUY MALA	1
MALA.....	8
NORMAL.....	12
BUENA.....	18
MUY BUENA	7
N/C	0
TOTAL	46

DOCENTE

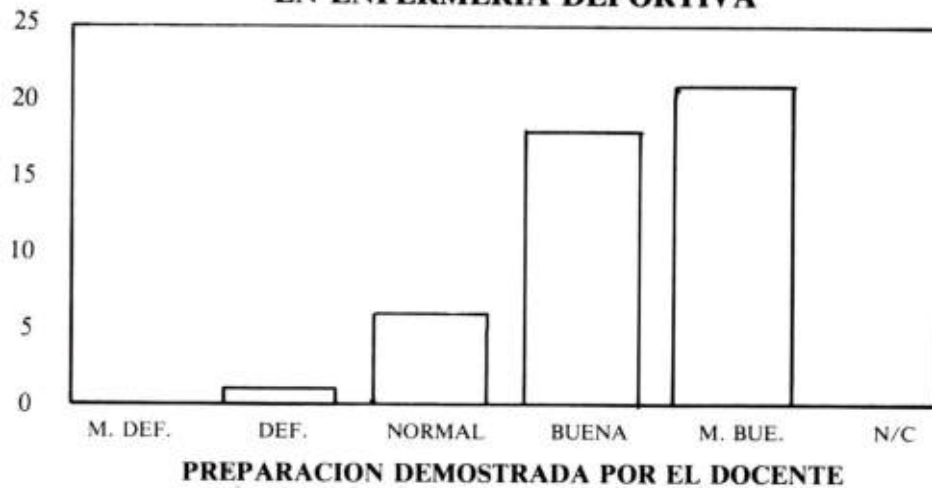
8.) Preparación demostrada.

MUY DEFICIENTE	0
DEFICIENTE	1
NORMAL.....	6
BUENA.....	18
MUY BUENA	21
N/C	0
TOTAL	46

II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA



II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA



DOCENTE

9.) Capacidad para motivar a los alumnos.

NULA	0
POCA	5
NORMAL.....	15
BUENA.....	17
MUY BUENA	9
N/C.....	0
TOTAL	46

ORGANIZACION

10.)Puntúa la organización del curso.

MUY DEFICIENTE	3
DEFICIENTE	6
NORMAL.....	11
BUENA.....	18
MUY BUENA	7
N/C.....	1
TOTAL	46

II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA



II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA



PUNTUACIONES MEDIAS

OBJETIVOS	3,50
UTILIDAD	3,44
INTERES	3,85
CALIDAD DE LOS TEMAS .	3,51
SESIONES PRACTICAS	3,64
ESTRUCTURA	3,67
CLARIDAD DEL DOCENTE	3,48
PREPARACION	4,28
CAPACIDAD DE MOTIVAR	3,65
ORGANIZACION.....	3,44

PUNTUACION MEDIA 3,65

OBSERVACIONES

1.) Utilizar un lugar adecuado para las prácticas.

2.) Disminuir el número de alumnos por curso.

3.) Realizar mayor número de prácticas.

4.) Repetir el curso.

5.) Es demasiado básico. Debería profundizar en el aspecto rehabilitador del masaje.

6.) Es demasiado corto.

7.) Ha faltado una sesión de vendajes.

ha sido de utilidad normal y de buen interés para el desarrollo profesional de los alumnos.

3.) La estructura de las sesiones prácticas ha sido buena. Y existe una demanda por parte del alumno para que se mejore este aspecto.

4.) Existe una buena calidad de los temas expuestos y el Curso posee una buena estructura metodológica.

5.) La capacidad de motivar al alumnado y la claridad de expresión del profesor han sido buenos. Es de destacar la preparación del profesor.

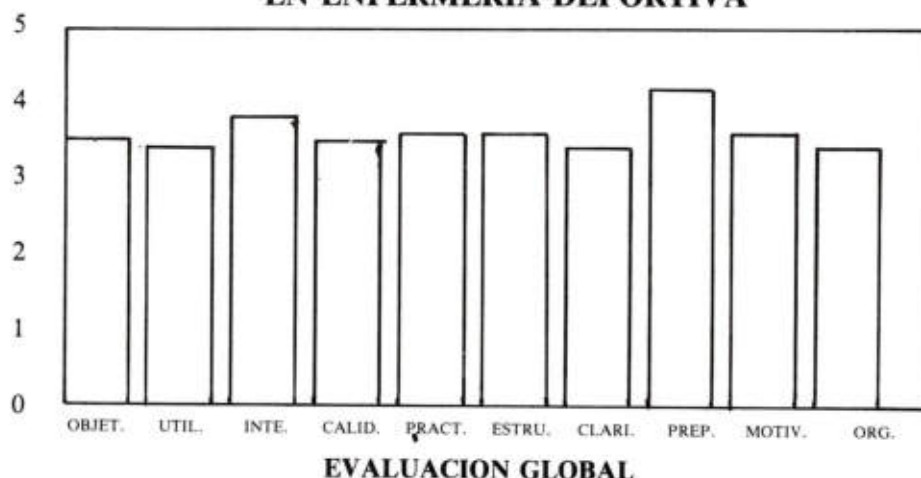
6.) La organización del Curso ha sido considerada como buena.

CONCLUSIONES GENERALES DE LA EVALUACION

1.) Los objetivos del Curso se han cumplido de una manera satisfactoria.

2.) El contenido del programa docente

II CURSO DE MASOTERAPIA Y TRAUMATOLOGIA EN ENFERMERIA DEPORTIVA



EL PRACTICANTE EVILANO

Un caso de
«extranjeritis» aguda

Por José A. Capelo
(Colegiado en Zamora núm. 66)

En el mes de Agosto de 1957, en la REVISTA MEDICINA Y CIRUGIA AUXILIAR, aparece el artículo titulado «Un caso de extranjeritis aguda» firmado por D. José A. Capelo, colegiado de Zamora.

De tremenda actualidad es el tema de este artículo. Todos los días caemos en estos casos de «extranjeritis aguda» y pensamos que lo que nos viene del extranjero es por fuerza mejor que lo puramente nacional. Al final y después de dar y dar vueltas acabamos en la ab-

soluta certeza de que lo nuestro y lo que nosotros somos capaces de crear es lo que cubre nuestras necesidades. Y no podía ser de otra manera, cada país tiene sus particularidades y de nada serviría implantar modelos y normas de otros países al nuestro. Hemos de crear según nuestra situación real todas estas posibilidades de acción adaptándolas a nuestras propias necesidades.

Alejandro García Nieto

Juan era un trabajador pobre, honrado y laborioso, amante de su mujer e hijos, y que siempre había gozado de una salud «a prueba de bomba», como él decía. Su vida transcurría plácida y sosegada disfrutando, sin saberlo, de esa felicidad que sólo apreciamos en su justo valor cuando la hemos perdido.

Pero en el pueblo de Juan había unas ruinas que los vecinos del lugar llamaban el «Palacio del Moro», y que de la noche a la mañana, sin que nadie supiese el porqué, comenzaron a adquirir tal importancia, que su fama dejó chiquita la de los garbanzos del pueblo, gordos como avellanas, que siempre habían sido el orgullo de Juan y de sus convecinos.

Y por la carretera que enlazaba al pueblo con la capital comenzó a llegar un incesante rosario de «haigas», que no se parecían en nada al auto que tenía D. Rosendo el Médico.

Y de los «haigas» salían hombres y mujeres cuyo sexo, a primera vista, no se diferenciaba muy bien; pero que una vez clasificados y observados convenientemente, tampoco se parecían en nada a los vecinos del pueblo de Juan, pues ni vestían ni hablaban «en cristiano».

Y del bolsillo de estas gentes salían las pesetas con una facilidad y una abundancia que aquello parecía una bendición de Dios.

Entonces el tío Roque, que siempre había sido un vivalés, abrió una taberna junto al «Palacio del Moro»; pero una taberna «por lo finolis», con un mostrador muy alto, unos taburetes que había que gatear por ellos y muchas botellas de colores con nombres raros. Una taberna sin pellejos de vino y sin latas de escabeche. Una taberna donde se vendían... ¡hasta patatas fritas!

Y Bernardo, el de la tía «Farruca», que había estado en los frailes y era muy leído, se aprendió una historia, que no sé qué decía de moros y romanos, y estaba siempre en el «Palacio del Moro» para contársela a los que llegaban, mientras paseaban por entre las piedras y los zarzales.

Y al terminar le daban tantos cuartos, que Bernardo ganaba ya más que el Secretario del pueblo.

... ..
Juan se puso enfermo...

Y Generosa, la mujer de Juan, se fue a ver a D. Rosendo, el Médico, y allí sentada frente a él en el despacho, dio rienda suelta a sus preocupaciones.

— Mire usted, D. Rosendo; mi Juan está mu malo. El dice que no le duele ná, pero hace y dice cosas mu rarísimas. Digo yo si habrán echao mal de ojo, porque esto «andacio» no es. O pué que sea «manquera».

Y a la pobre Generosa se le saltaron las lágrimas.

D. Rosendo se echó hacia atrás en el sillón, cruzó las piernas, entrelazó los dedos, entornó los ojos, y tras una sonrisa entre burlona y compasiva, dijo:

— Vamos a ver, vamos a ver. Cuéntamelo todo con calma.

Generosa hipó dos o tres veces, se limpió los ojos con la punta del mandil, suspiró ruidosamente y comenzó así:

— Pues verá usted, D. Rosendo. Al empezar la sementera, estaba una mañana mi Juan a la puerta de casa echándole unas orejeras al arao, cuando entró por la calle alante uno de esos autos tan majos que, mejorando lo presente, da gloria verlos, con unas gentes dentro vestidas de colorines, de esas que vienen a ver el «Palacio del Moro» y luego comen golosinas en ca el ti Roque. A mi Juan se le abrieron unos ojos como platos, soltó la azuela, y sin decir oste ni moste tiró por la calle abajo detrás del auto. Cuando vino, no paraba de contar de las cosas que traían, de lo que hacían y, sobre todo, del dinero que gastaban, y esto le duró toa la tarde. A la mañana siguiente, sin despachar la hacienda y sin querer ver la novilla, que como osté sabe la tenemos con un «paralís» desde San Juan, se fue pa la taberna de ti Roque, y allí

estuvo to el día que ni a comer vino, y por la noche no quiso cenar las sopas porque decía que antes tenía que tomarse un «peritivo», que así lo hacían esos señores que van a la taberna, y cuando ellos lo hacían por algo sería. Y tuvimos que cortarle unas magras en cachos pequeños y pincharlos con un palico, que es como di que tien que comerse los «peritivos».

Y desde aquel día se pasa to el tiempo con esos que llaman turistas, descuidando las faenas del campo y aprendiendo a icir unas palabrotas que no hay cristiano que las entienda.

Generosa hizo una pausa y, animada por un gesto de D. Rosendo, prosiguió:

— Usté ya lo conoce, D. Rosendo, y sabe que mejorando lo presente, él es un peazo de pan, y que el único vicio que tiene es que se toma una miaja de vino, porque siempre le gustó echar una pinta. Bueno, pues ahora ya ni siquiera lo cata. Ha traído una cosa que le dicen «quisqui», o «visqui», o como se llame, y no pasa día sin que se tome unas cuantas copas. La otra noche voy y le digo: «Mira, Juan que esto no lleva camino, que la sementera está por terminar, que la «Cereza» y la «Coronela» se están queando en los huesos después de ser la mejor pareja del pueblo, y que los cerdos (con perdón) ya tenían que estar cebados.» Pues misté, D. Rosendo; me se quedó mirando así, como con lástima, se bebió un trago de «quisqui» de ése y empezó a icirme unas cosas... Que si nosotros vivíamos muy atrasaos, que teníamos mucho que aprender de otros pueblos más leíos, que la sementera había que hacerla con una máquina que siembra sola, que la pareja de vacas sobraba porque había unos araos que andaban solos como los autos, y que llegaría el día en que había de vivir como una reina sin más trabajo que apretar botones... Y eso no, D. Rosendo. Yo nací labradora y labradora he de morir cuando Dios sea servido, y estas cosas de la aguja, aunque no sea más que apretar botones, no se me dan. Mi Juan no está bueno, D. Rosendo. Mi Juan lo quea...

Y nuevamente se le saltaron las lágrimas.

D. Rosendo se levantó, se acercó a Generosa, y dándole unos cariñosos golpecitos en la espalda, le dijo:



— Mira, Generosa; tu marido padece una «extranjeritis». Yo te podría hablar mucho de esta enfermedad que ya no es nueva, pero no me entenderías. Lo que importa es curarlo, y con la ayuda de Dios lo conseguiremos. Escucha.

Y durante un buen rato D. Rosendo estuvo dando instrucciones a Generosa, que le escuchaba atentamente.

... ..

Aquella noche, en la cocina de Juan se quemaban alegremente unas rajas de encina.

Tomasa y Braulia, las hijas de Juan, con el optimismo que dan los dieciocho y veinte años, charlaban y cosían al mismo tiempo, mientras Generosa preparaba la cena.

Unos pasos en la calle, acompañados de un fuerte carraspeo, anunciaron a las mujeres que llegaba el amo de la casa.

Y entró Juan, con un cigarrillo rubio en los labios, contoneándose y dirigiendo a derecha e izquierda miradas despectivas, con el aire de un gran señor que se digna visitar la casa de uno de sus siervos.

Se fue en derechura a la mesa, cogió una silla y se sentó al mismo tiempo que decía:

— Generosa, trae el «visqui».

Generosa abrió una alacena, y cogiendo una botella de auténtico «whisky» y un vaso, lo colocó sobre la mesa.

Juan cogió el cigarrillo, lo apagó frotándolo contra el borde de la mesa y después de colocárselo detrás de la oreja, agarró la botella y llenó el vaso hasta los bordes. Luego, de un solo trago se bebió el contenido, carraspeó con fuerza y se reclinó contra el respaldo de la silla.

Siguieron unos momentos de silencio, que, al fin, rompió Juan con un nuevo carraspeo, para decir con voz lenta y campanuda:

— Parece mentira lo atrasaos que vivimos. Y más que naide vosotras las mujeres, que estáis como en el tiempo del moro. ¿Cuándo vais a «manciparos»? ¿Cuándo vais a aprender de los pueblos más adelantaos? Tú, Generosa, en lugar de tener que atizar la lumbre, pelar las patatas y añadir el puchero, no tendrías más que apretar un botón pa hacer la cena. Y vosotras, mu-

chachas... vamos a ver. ¿Qué estáis haciendo?.

Braulia y Tomasa levantaron la cabeza, y como contestación a la pregunta de su padre, enseñaron a éste unos pantalones cortos, casi terminados, verde el uno y rabiosamente encarnado el otro.

Juan se quedó unos momentos suspendido, y luego, curiosamente preguntó:

— ¿Y pa quién son esos calzoncillos tan majos?.

— Mira, Juan —intervino Generosa—. Aunque tú no lo creas, las chicas han acordao «manciparse» cuanto antes mejor, y pa empezar, el domingo, Dios mediante, van a tomar un baño al río, a la presa del Cascajal, con Andresote, el del «ti» Domingo; Melitón «el Tuerto» y toa la juventud del pueblo. Y esos que tú llamas calzonci-

llos son los pantalones que tien que llevar pa no nacer mal papel.

— Pero... ¿van a bañarse con eso? —indagó Juan seriamente alarmado.

— Hombre, no. No semos tan atrasás. Pa bañarse se pondrán esto, que es el traje apropiado pa el caso.

Y le presentó unos trapos que a él le parecían dos «moqueros» con unos cintajos en las puntas.

La voz de Juan se tornó ronca al preguntar nuevamente:

— Y tú, Generosa. ¿Vas a ver eso y quearte tan fresca?.

— Yo no podré verlo, porque ese mismo día tenemos un «guateque» preparao en cá el ti Roque, y lo pasaremos en grande con una música mu maja que tién que parece mesmamente que la hacen aporreando los cajones.

La mirada de Juan fue de Generosa

a Braulia y Tomasa, que no decían esta boca es mía, de allí a los pantalones y los trajes de baño, y de éstos a una estaca de fresno —símbolo de la autoridad marital y paterna—, que estaba apoyada en un rincón de la cocina; y allí quedó, mirando sin ver, sumido en sabe Dios qué profundas y metafísicas reflexiones, hasta que, levantándose de pronto, cogió la botella del whisky y la estrelló contra el lar de la cocina; luego agarró los pantalones que parecían calzoncillos y los trajes de baño que parecían «moqueros» y los arrojó al fuego, y, por último, dirigiéndose a Generosa, le dió un fuerte abrazo, al mismo tiempo que le decía:

— Coge una jarra y baja a la bodega a por una «pinta» de lo añejo, y luego vas a la cuadra y le echas un pienso a las vacas, que mañana tengo que acabar de hacer la sementera.

Y Juan se curó...



FE DE ERRATAS

En el número pasado de nuestra Revista, no fue nuestro ánimo haber cometido tantos errores de omisión y erratas las cuales exponemos a continuación, esperando así sepan comprender un poco que todos estos errores no fueron voluntarios.

Pág. 10: El trabajo «ATENCIÓN DE ENFERMERIA ANTE EL PROCESO DE UNA ANESTESIA LOCAL», sus autores fueron Dña. M^a Dolores Alvarez Marchena y D. Francisco Palma Ramírez.

Pág. 17: El trabajo «NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS DIABÉTICOS SOBRE SU ENFERMEDAD», los datos fueron facilitados por el Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

Pág. 30: El trabajo «NUEVAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANAS», la Bibliografía consultada es la siguiente:

• A. HORTAL, *Inseminación artificial y fe-*

cundación «In Vitro», aspectos éticos. Publicación de la Universidad de Comillas 1986.

• J. GAFO, *La experimentación humana.* Razón y Fe, 241 (1985) 607 - 620.

• J. GAFO, *Regulación Jurídica de la procreación asistida.* Razón y Fe, 207 (1983)

• O. FRANCA, *Manipulación genética.* Vida Nueva 1.476.

• Y. HERRERO DEL COLLADO, *La inseminación artificial humana ante el Derecho Penal.* Publicaciones Universidad de Granada. 1969.

• J.A. MAZZINGHI, *Breve reflexión sobre la Fecundación In Vitro.* Ladey (Buenos Aires). 1978.

• B. PIÑAR LOPEZ, *Problemas morales y jurídicos de la inseminación artificial.* Publicaciones Universidad Navarra. 1965. V. 535.

• A. RODRIGUEZ LUÑO y R. LOPEZ MONDEJAR, *La Fecundación In Vitro.*

Edic. Palabra, Madrid. 1986.

• M. YZQUIERDO TOLSADA, *Las nuevas formas de reproducción humana: aspectos jurídicos.* Jano 723 año 1986.

• E. A. ZANNONI, *Inseminación artificial y fecundación extrauterina. Proyecciones Jurídicas.* Editorial Astrea, Buenos Aires. 1978.

Pág. 39: El trabajo «IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA DE ENFERMERIA EN LABORATORIOS» sus autores fueron D. Luis Miguel González Flores, D. Rafael Fernández Bermudo, D. Domingo Morón Romero y Dña. María Antonia Moreno Tamayo.

Pág. 54: La información sobre las «III JORNADAS DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA» fueron ofrecidas por la Colegiada Dña. Teresa Braojos Moya.

EVALUACION DEL I CURSO TEORICO-PRACTICO SOBRE INTRODUCCION A LAS TECNICAS ESTADISTICAS

Coordinador del Curso: ANTONIO HERNANDEZ DIAZ

DATOS GENERALES

FECHA DE REALIZACION: Del 6 de Octubre al 20 de Diciembre de 1988.

ORGANIZACION: Colegio Oficial de A.T.S./D.E. de Sevilla.

DOCENTES: Sr. D. Justo Puerto Albandoz.

Sr. D. Pedro Luis Olano Claret.

Sr. D. José Antonio Guerrero Durán.

COORDINADOR DEL CURSO:

Sr. D. Antonio Hernández Díaz.

NUMERO DE ASISTENTES: 60.

SELECCION: Sorteo.

UBICACION: Salones del Colegio de A.T.S./D.E. de Sevilla.

EVALUACION: Se evalúa el curso a través de una encuesta con 10 ítems de tipo cerrado. La escala de puntuación va del 1 al 5, en la que el 1 es el valor

inferior y el 5 el superior.

Se evalúa:

- OBJETIVOS
- CONTENIDO
- METODOLOGIA
- DOCENTES
- ORGANIZACION

ENCUESTAS ENTREGADAS: 41.

ENCUESTAS EVALUADAS: 41.

INTRODUCCION A TECNICAS ESTADISTICAS I CURSO TEORICO-PRACTICO



OBJETIVOS

1.) ¿Crees que los objetivos del Curso se han cumplido?.

NADA	3
POCO	14
NORMAL.....	12
BIEN	9
MUY BIEN.....	3
N/C	0
TOTAL	41

CONTENIDO

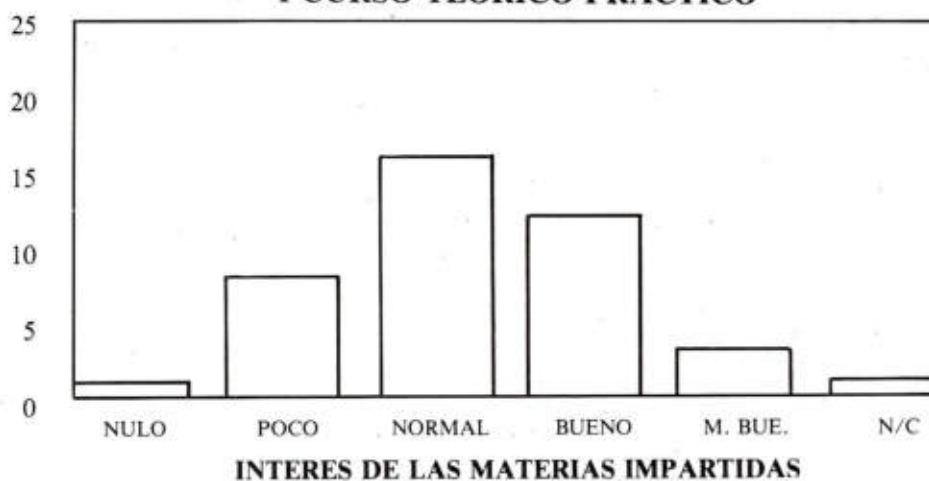
2.) Utilidad de la enseñanza para su trabajo profesional.

NINGUNA	3
POCO	12
NORMAL.....	15
BUENA UTILIDAD.....	9
MUY UTIL.....	2
N/C	0
TOTAL	41

INTRODUCCION A TECNICAS ESTADISTICAS I CURSO TEORICO-PRACTICO



INTRODUCCION A TECNICAS ESTADISTICAS I CURSO TEORICO-PRACTICO



CONTENIDO

3.) Interés de las materias impartidas.

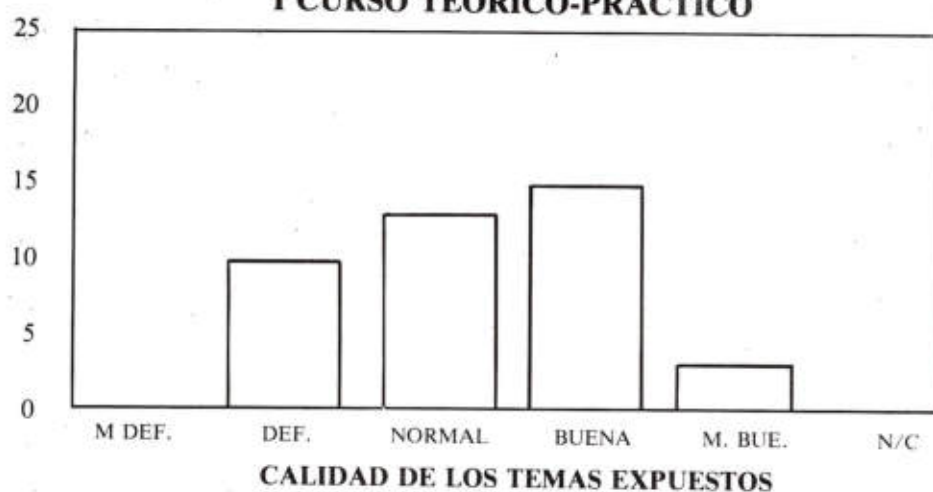
NINGUNO	1
POCO	8
NORMAL	16
INTERESANTE	12
MUY INTERESANTE	3
N/C	1
TOTAL	41

METODOLOGIA

4.) Puntúa la calidad de los temas.

MUY DEFICIENTES	0
DEFICIENTES	10
NORMAL	13
BUENA	15
MUY BUENA	3
N/C	0
TOTAL	41

INTRODUCCION A TECNICAS ESTADISTICAS I CURSO TEORICO-PRACTICO



INTRODUCCION A TECNICAS ESTADISTICAS I CURSO TEORICO-PRACTICO



METODOLOGIA

5.) Sesiones prácticas.

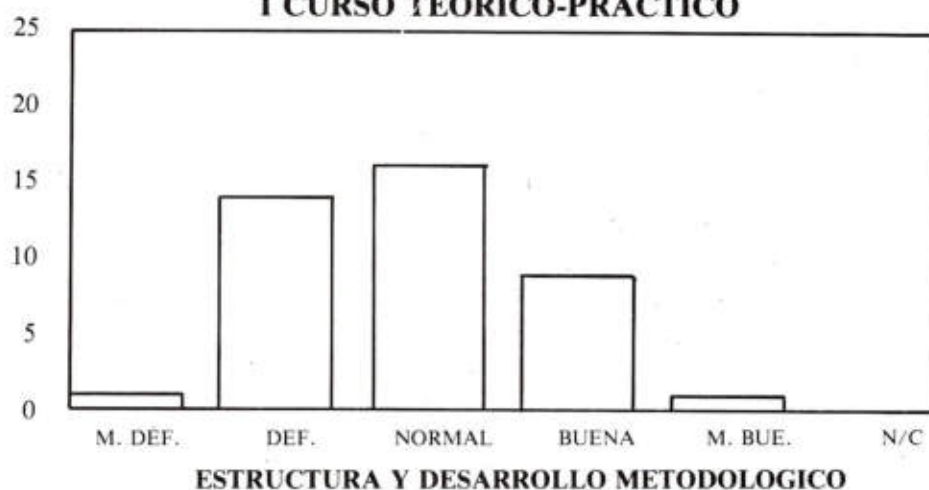
MUY DEFICIENTES	1
DEFICIENTES	9
NORMAL	5
BIEN	14
MUY BIEN	12
N/C	0
TOTAL	41

METODOLOGIA

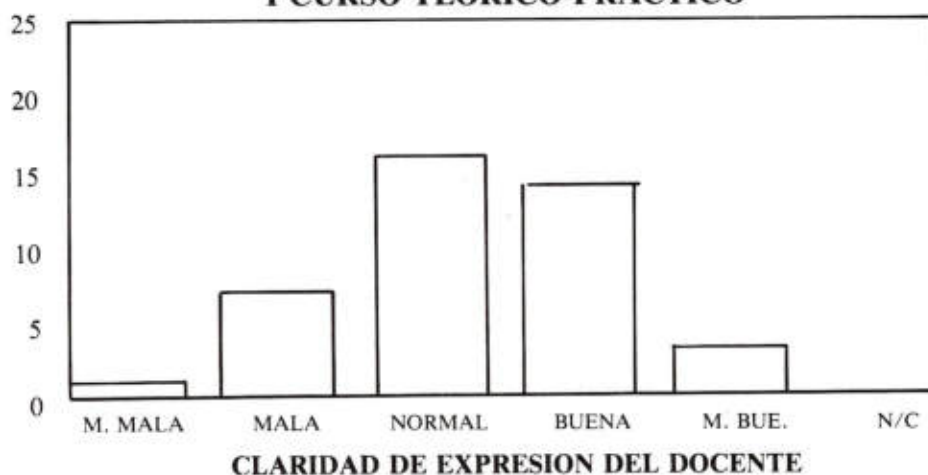
6.) Estructura y desarrollo metodológico.

MUY DEFICIENTE	1
DEFICIENTE	14
NORMAL	16
BUENA	9
MUY BUENA	1
N/C	0
TOTAL	41

INTRODUCCION A TECNICAS ESTADISTICAS I CURSO TEORICO-PRACTICO



INTRODUCCION A TECNICAS ESTADISTICAS I CURSO TEORICO-PRACTICO



DOCENTE

7.) Claridad de expresión.

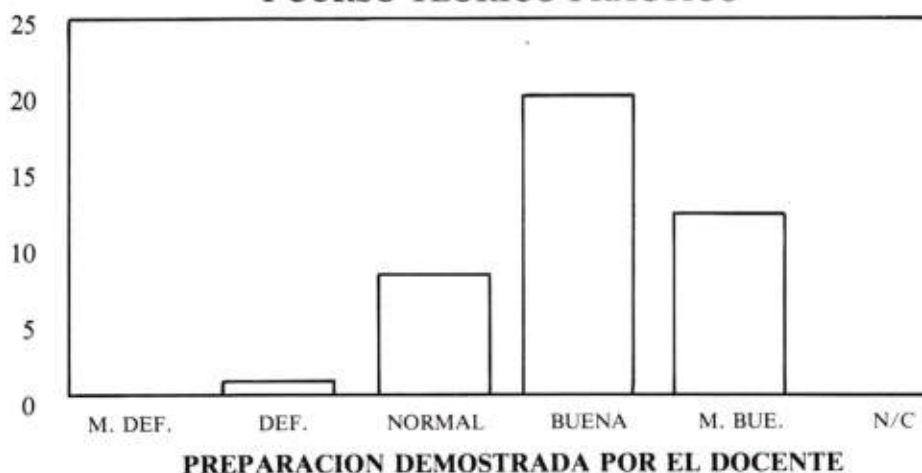
MUY MALA	1
MALA.....	7
NORMAL.....	16
BUENA.....	14
MUY BUENA	3
N/C	0
TOTAL	41

DOCENTE

8.) Preparación demostrada.

MUY DEFICIENTE	0
DEFICIENTE	1
NORMAL.....	8
BUENA.....	20
MUY BUENA	12
N/C	0
TOTAL	41

**INTRODUCCION A TECNICAS ESTADISTICAS
I CURSO TEORICO-PRACTICO**



**INTRODUCCION A TECNICAS ESTADISTICAS
I CURSO TEORICO-PRACTICO**



DOCENTE

9.) Capacidad para motivar a los alumnos.

NULA	3
POCA	6
NORMAL.....	22
BUENA.....	7
MUY BUENA	2
N/C	1
TOTAL	41

ORGANIZACION

10.)Puntúa la organización del curso.

MUY DEFICIENTE	1
DEFICIENTE	6
NORMAL.....	13
BUENA.....	11
MUY BUENA	8
N/C	2
TOTAL	41

INTRODUCCION A TECNICAS ESTADISTICAS I CURSO TEORICO-PRACTICO



PUNTUACIONES MEDIAS

OBJETIVOS	2,88
UTILIDAD	2,87
INTERES	3,20
CALIDAD DE LOS TEMAS .	3,27
SESIONES PRACTICAS	3,66
ESTRUCTURA	2,88
CLARIDAD DEL DOCENTE	3,27
PREPARACION	4,05
CAPACIDAD DE MOTIVAR	2,98
ORGANIZACION.....	3,49

PUNTUACION MEDIA 3,26

OBSERVACIONES:

1.) Aumentar el número de prácticas.

2.) Ajustar la teoría a los intereses de la Enfermería.

3.) Saber de antemano el nivel de conocimientos de los alumnos.

4.) Excesiva diferencia entre unos docentes y otros.

5.) Es demasiado corto.

6.) No al examen final.

7.) Disminuir el número de docentes.

8.) Mejorar el orden de la estructura temática.

9.) Disminuir el número de los alumnos.

10.) Excesivo nivel.

CONCLUSIONES GENERALES DE LA EVALUACION

1.) Los objetivos del Curso se han cumplido de una manera satisfactoria.

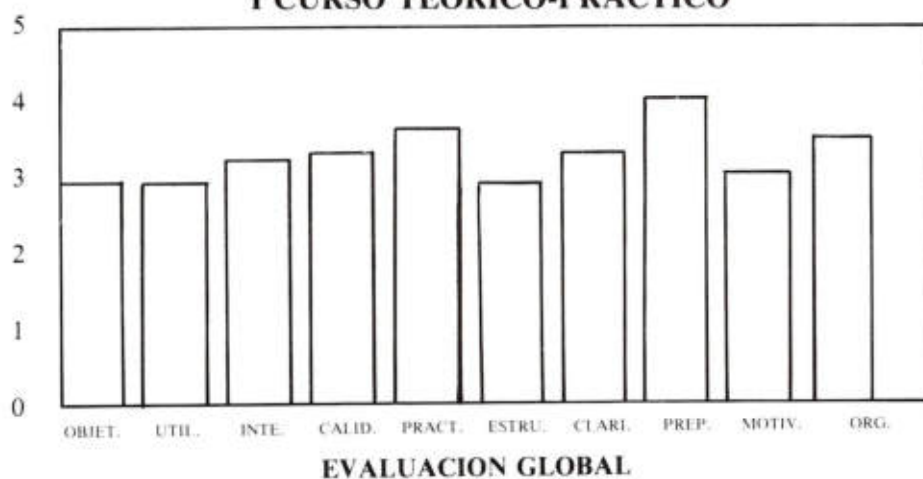
2.) El contenido del programa docente ha sido de normal en cuanto a su utilidad e interés.

3.) Existe una calidad satisfactoria en cuanto a la calidad de los temas expuestos y la estructura metodológica. Las sesiones prácticas han sido buenas.

4.) La capacidad de motivar al alumnado ha sido normal. La claridad de expresión y la preparación demostrada ha sido buena.

5.) La organización del Curso ha sido considerada como buena.

INTRODUCCION A TECNICAS ESTADISTICAS I CURSO TEORICO-PRACTICO



HIPERTENSION ARTERIAL, PROBLEMA DE SALUD

CONSULTA DE ENFERMERIA DE HIPERTENSION E HIPERLIPEMIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO «VIRGEN MACARENA» DE SEVILLA

GREGORIO MARTINEZ MORAN
MARIA LUISA LUCENA VERA
CONCEPCION BARAS JAPON
JUAN LUIS PIZARRO NUÑEZ
Hosp. Univ. V. Macarena

«Cuando nos hallamos en un estado de tensión extrema, el menor crujido nos sobresalta y lo percibimos con insoportable acuidad dolorosa», relata Victoria Ocampo, dictamen éste, por alguna apariencia, suscita el prólogo de la hipertensión arterial como fáctico problema de salud.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades del tiempo presente, pasando desde un ostracismo hermético surrealista acaso, iniciado en 1629, cuando William Harvey describe irrefutablemente el «circunductus sanguinis», a un protagonismo, que en lo relacionado a enfermería, le conviene delimitar, para no recalar en la estela ostentosa de cualquier boga perecedera, pues, la forma de afectar este proceso «de la abundancia» a los grupos humanos, y la reacción ante el mismo, hace necesario tratar aspectos sociales, además de los biológicos y psíquicos, con estructuración de hipótesis relevantes que, subordinadas a la investigación sistemática, permitan determinar comparaciones y notar nexos conceptuales en materia de intercambio de información.

REFERENCIA HISTORICA:

«¿Qué es sangre?. Es un humor templado de color colorado, y sabor dulce; dízese templado, porque no altera, ni calienta más que lo que naturalmente es menester, distinguiéndose de los demás humores en que es fibroso, y por eso se quexa...»

Matías de Quintanilla, breve compendio de cirugía, imprenta de Manuel

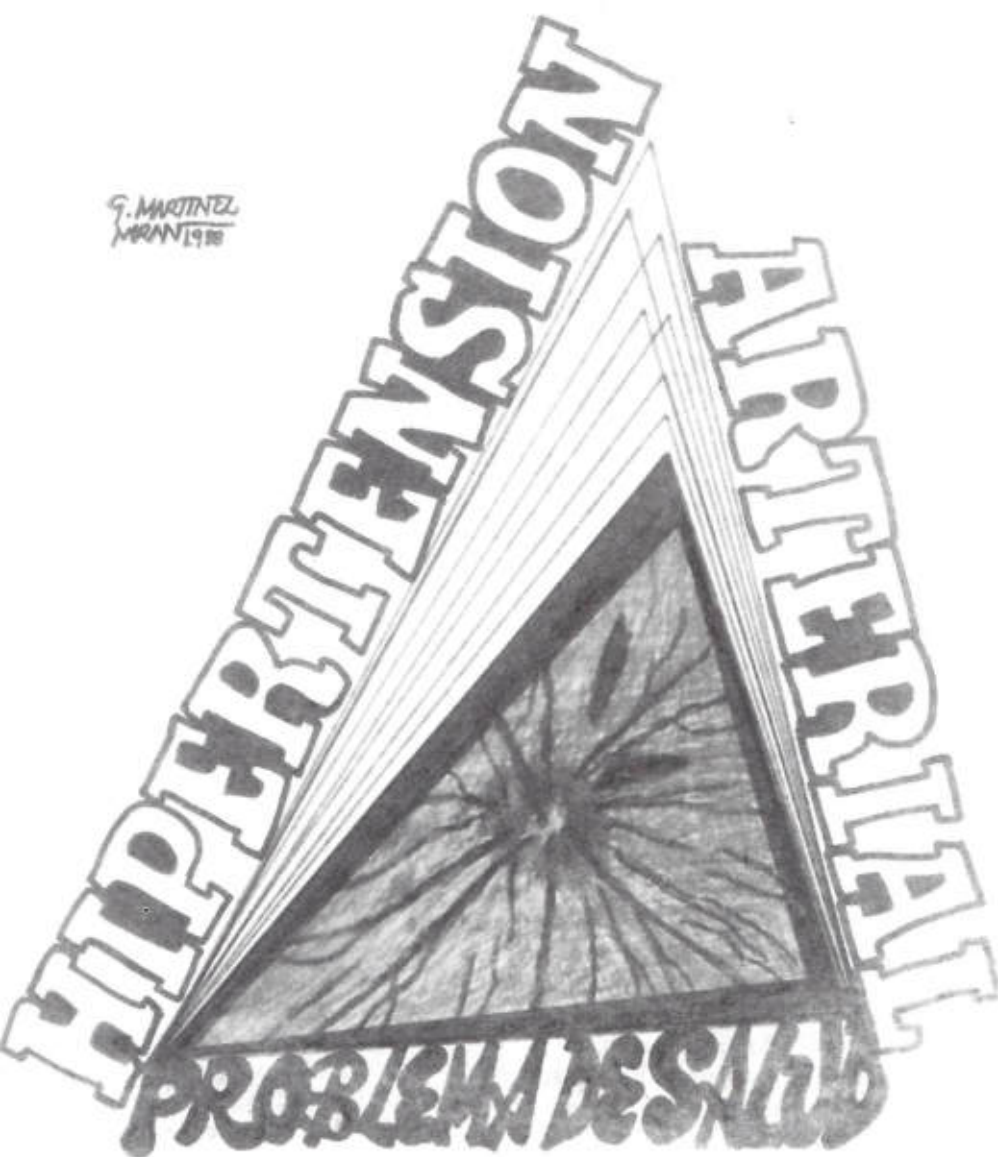
Gómez, Valencia 1683. Uno de los primeros libros de texto escrito para los estudiantes de la facultad de Practicantes de Valencia, que vendía Mateo Prieto, Practicante del hospital.

En la antigüedad era desconocida la circulación sanguínea, Aristóteles postulaba que el «aer pulmonis» pasaba a las arterias directamente. En 1553, Miguel de Vilanova y Serveto, más conocido por Miguel Servet, distinguió entre corazón derecho e izquierdo, admitiendo la circulación pulmonar. En 1555, Andrés Vesalio ilustró las arterias y las venas. En 1661, Marcello Malpighi demostró la existencia de los vasos capilares. En 1733, se verifica la primera medición de la presión arterial por Stephen Hales, al instalar un tubo de vidrio en una carótida de un animal solípedo, comprobando la elevación de la sangre hasta nueve pies (2,73 m.). En 1790, Luigi Galvani observó la contracción de los músculos de una rana disecada, ante estimulación eléctrica. En 1852, M. Verneuil expone «La locomoción sistólica del corazón». En 1876, Ritter Von Basch introduce el esfigmomanómetro, señalando la presión arterial humana por operación incruenta. En 1878, Page y Sandersón, emplean un electrómetro capilar con aplicación directa de sus electrodos en corazón expuesto de animales. En 1887, Waller obtiene registros de las variaciones cardíacas mediante electrodos superficiales en el hombre. En 1896, Ludwig Rehn efectúa con logro la primera sutura cardíaca. En este mismo año, Scipione Riva-Rocci aporta el prototipo del perfec-

cionamiento de los esfigmomanómetros. En 1898, P. G. Bergman y R. Tigerstedt, prueban los efectos hipertensores del extracto de tejido renal, denominado renina. En 1903, Willem Einthoven, muestra el galvanómetro de cuerda, encontrando el mecanismo fundamental de la exploración eléctrica del corazón. En 1905, Korotkoff utiliza el estetoscopio (el primero, rígido, es ideado por Rene T.H. Laennec, autor en 1819 del tratado Auscultación mediata.), para captar mejor el pulso, reparando, a medida del descenso de la presión, la amortiguación de los sonidos percibidos, hasta la desaparición coincidiendo con la diástole; siendo designado este momento «presión diastólica». En 1934, los estudios de Harry Goldblatt establecen la naturaleza humoral de la hipertensión de origen renal.

En 1951, se usan gangliopléjicos como bloqueadores de la transmisión de los impulsos correspondientes a los ganglios simpáticos periféricos, para disminuir el tono arteriolar. En 1953, es aislada en forma cristalina la Reserpina, alcaloide de la *Rauwolfia serpentina*. En 1954, son sintetizados derivados Hidracinofalacínicos: hipotensores garantes de la irrigación cerebral y renal. En 1960, aparece la terapia hipotensora por simpaticopléjicos. Ya en lustros recientes, Braun Menéndez, Page y Helmer, descubren el dispositivo de acción del sistema «renina-angiotensina». Skeggs describe las dos formas de angiotensina, la AI y la AII y el ejercicio de la enzima convertidora en la transformación de la angiotensi-

G. MARTINEZ
MIRAN 1988



CONSULTA DE ENFERMERIA DE HIPERTENSION E HIPERLIPEMIA

na AI inactiva en el octapéptido vasopresor angiotensina AII. Cushman, Rubin y Miguel Angel Ondetti comienzan los trabajos sobre inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (E.C.A.) en el veneno de la B. jararaca (crotárido *Bothrops Brasiliensis*), auspiciados en los argumentos de Vane y Ferrerira. A partir de aquí, se adquiere el retraimiento, caracterización y síntesis de varios péptidos de potente acción privativa sobre la ECA.

En 1979, en el hospital barcelonés Bellvitge, es medicado por primera vez en España un enfermo (de veintisiete años de edad, diagnosticado de grave hipertensión vascularrenal refractaria) con captopril (alcanzado en 1975), el primigenio inhibidor oral de la ECA.

CONCEPTO DE HIPERTENSION ARTERIAL (H.T.A.):

Entidad y situación biológica involucadora de una enfermedad de etiología variada y fisiopatológica multifactorial, oligosintomática y de curso silente y crónico.

Según la O.M.S. se puede hablar de H.T.A., cuando en más de tres mediciones en días diferentes, en reposo o en ayunas, mismo horario, preferible basal, uso del mismo esfigmomanómetro y mismo tomador, las cifras de tensión arterial sistólica es igual o superior a 160 mm. Hg., mientras la tensión arterial diastólica es igual o superior a 95 mm. Hg.

Por un acuerdo internacional, en un futuro, se medirá la T.A. en Kilopascas (KPa). 1 mm. Hg. = 0,133 KPa. = 30,0133 bar.

LIMITACION SUPERIOR DE NORMALIDAD SEGUN LA EDAD:

EDAD	T.A. mm. Hg.
1 a 3 meses:	80/55
4 a 12 meses:	90/65
1 a 4 años:	110/70
5 a 10 años:	120/75
11 a 15 años:	130/80
16 a 20 años:	135/85
21 a 30 años:	145/90
31 a 40 años:	150/90
41 a 50 años:	160/95
51 a 60 años:	165/95
MAYOR 60 años:	170/100

➤ BORDELIN

CARACTERISTICAS:

En una fase inicial, no provoca una florida sintomatología, habiendo sutiles alteraciones del reposo y sueño, capacidad de concentración, afecto, nerviosismo, cefaleas, palpitaciones, etc., sin limitar la actividad cotidiana. En estadios posteriores, los síntomas detectados corresponden a secuelas orgánicas producidas ya.

ETIOLOGIA:

El factor fundamental está relacionado con la retención del ión sodio, donde un incremento en la tonacidad de los vasos arteriolares origina un aumento de las resistencias vasculares periféricas; además, existen causas renales, vasculares, endocrinas, etc.

CLASIFICACION:

I. REPERCUSION ORGANICA:

Propuesta por la O.M.S.

FASE I: Hipertensión arterial sin ningún síntoma de lesión.

FASE II: Hipertensión arterial con sintomatología orgánica del área vascular.

FASE III: Hipertensión arterial con sintomatología orgánica en las áreas cardiovascular, cerebral y renal.

II. ETIOLOGICA:

ESENCIAL O PRIMARIA: De causa desconocida, es la resultante de situaciones multifactoriales con intermediarios raciales, hereditarios, ambientales, nutricionales, psicosomáticos, vasculares, renales y neurológicos.

SECUNDARIA:

—ENDOCRINA:

HIPOFISARIA-SUPRARRENAL
PARATIROIDEA.
RENAL.
SUPRARRENAL.
TIROIDEA.

—NEFROGENA:

LESION PARENQUIMATOSA RENAL.
LESION VASCULORRENAL.

—NEUROGENA:

ALTERACION ORGANICA.
ALTERACION PSICOLOGICA.

—VASCULAR:

ARTERIOESCLEROSIS.

COARTACION AORTICA.
FISTULA ARTERIOVENOSA.
INSUFICIENCIA AORTICA.

—YATROGENICA:

CONTRACEPTIVOS HORMONALES.
CORTICOESTEROIDES.
SIMPATICOMIMETICOS.
TIRAMINA.

—POR OTRAS CAUSAS:

ENFERMEDAD DE PAGET.
HIPERVOLEMIA.
MENOPAUSIA.
OBESIDAD.
POLICITEMIA.
POLIGLOBULIA.
SINDROME CARCINOIDE.
TOXEMIA GRAVIDICA.
TROMBOSIS.

III. TIPOLOGICA:

LABIL o LIMITANEA: Lecturas entre 150/90 mm. Hg. y 160/100 mm. Hg. y sin pruebas de lesión orgánica.
LEVE: Por lo menos en tres determinaciones la tensión arterial diastólica está elevada continuamente de 90 mm. Hg., sin alcanzar 105/110 mm. Hg.
MODERADA: En más de tres valoraciones, la tensión arterial diastólica, se haya situada entre 105/114 mm. Hg.
MODERADAMENTE GRAVE A GRAVE: La tensión arterial diastólica supera los 115 mm. Hg., estando asociada a importantes complicaciones orgánicas.

IV. SEGUN EL GRADO DE CONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO:

DESCONOCIDA.
CONOCIDA Y NO TRATADA.
CONOCIDA, TRATADA Y NO CONTROLADA.
CONOCIDA, TRATADA Y BIEN CONTROLADA.

DETERMINACION:

I. METODO PALPATORIO: No es válido, al precisar sólo la tensión arterial sistólica por estar apoyado en la reaparición del pulso arterial tras presión externa de una pieza tubular.

II. METODO OSILOMETRICO: Con él, se interpreta la amplitud de la distensión de la pared arterial, sincrónica a la onda pulsátil, por aparición gradual de oscilaciones correspondientes a la tensión arterial, media y diastólica respectivamente.

III. METODO AUSCULTATO-

RIO: Universalmente preconizado, se fundamenta en la pérdida de los ruidos arteriales de Korotkoff, sensibles mediante la colocación de la membrana del fonendoscopio sobre una arteria distal, generalmente la braquial.

HALLAZGOS FISICOS RELACIONADOS FRECUENTEMENTE:

GENERAL: CARA REDONDA.
OBESIDAD.

SIGNOS VITALES: ELEVACION DE LA TENSION ARTERIAL.

PIEL: PLETORA.

OJOS: «FONDO DE OJO HIPERTENSIVO» (estrechamiento arterial, hemorragia, paralelismo, zonas algo-donosas, borrosidad de los bordes del disco, exudados, edemas, etc.)

TORAX: ESTERTORES PULMONARES. MURMULLO SISTOLICO.

PERIFERICO: RUIDO FEMORAL.
RUIDO CAROTIDO.

ABDOMEN: RUIDO ABDOMINAL.
RIÑONES PALPABLES.

PSICOLOGICO: CAMBIOS DEL ESTADO MENTAL.

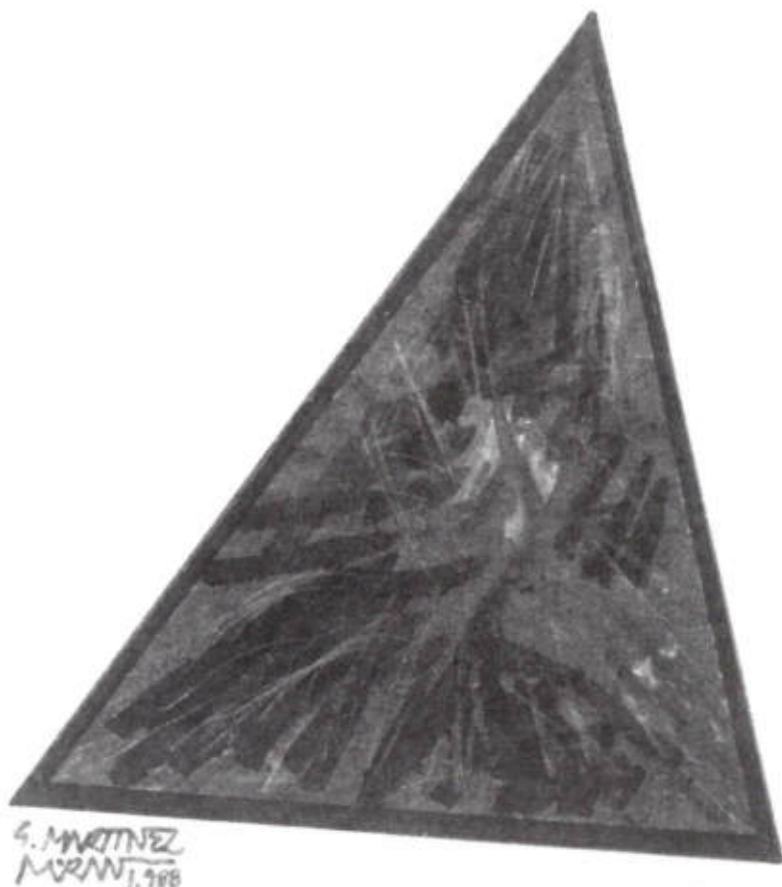
FACTOR DE RIESGO:

Las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones constituyen el primer motivo de mortalidad. El infarto de miocardio es la causa por la cual fallecen más hipertensos. Estudios recientes demuestran que la H.T.A. es uno de los factores de mayor riesgo en el desarrollo de la patología vascular; También se ha probado que un tratamiento adecuado reduce significativamente la incidencia de mortalidad y morbilidad. Ejemplo: evitar un 40% de las muertes por accidente vasculocerebral. Las enfermedades cerebrovasculares son el tercer proceso de letalidad y primero de invalidez en el adulto.

El control de la H.T.A. en la población no sólo mejora el nivel de la salud en la comunidad, sino reduce el gasto sanitario ocasionado por los obstáculos derivados de su incidencia.

DETECCION:

La atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario y es donde el registro de la tensión arterial se efectúa de manera fácil, cómoda y con mínimo coste, al poner relación en



Fondo de ojo hipertensivo: arterias retinianas estrechadas, hemorragias y zonas algodonosas.

las siguientes cualidades:

- EFICACIA: Actividad en la determinación.
- EFICIENCIA: Facultad para tener afecto determinado.
- EFECTIVIDAD: Obtener resultado en el beneficio colectivo.

EPIDEMIOLOGIA:

La tasa prevalente de la H.T.A. en España se sitúa alrededor del 20%, representando un índice de 4,5 millones de hipertensos adultos, variando según las categorías socioprofesionales y la edad. El 90% son consideradas H.T.A. ESENCIALES.

EPIDEMIOLOGIA DE LA H.T.A. EN LA PROVINCIA DE SEVILLA:

Por un análisis ejecutado por la Unidad de Hipertensión del Hospital Universitario «Virgen Macarena» de Sevilla, sobre una muestra de 2.833 individuos y siguiendo los criterios de H.T.A. recomendados por la O.M.S., se ha obtenido una prevalencia para la población del 28,2 %, donde el 79% poseía conocimiento de su enfermedad. Del grupo de los hipertensos desconocidos, el 38,6 % eran H.T.A. franca y el 61,4 % eran H.T.A. límite.

Sin embargo, en el grupo de los hipertensos conocidos, sólo un 33,8 % recibían terapéutica correcta con aceptable control: 20 % con medidas higiénico dietéticas y un 80% con tratamiento farmacológico.

CONSULTA DE ENFERMERIA DE HIPERTENSION E HIPERLIPIDEMIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO «VIRGEN MACARENA» DE SEVILLA.

En preliminar expresión queremos exponer nuestro más sincero reconocimiento profesional, por íntegra colaboración y apoyo en la apertura de esta consulta de enfermería el día diecisiete de Noviembre del año 1987, primera del hospital, a D. José Moguer Martín, Director de Enfermería; D. Antonio Díaz Caballero, Subdirector de Enfermería; D. Francisco Rodríguez Rodríguez, Subdirector médico; Dña. Josefina Oliván Martínez, Médica adjunta de Medicina Interna; Dña. M.ª Dolores Ríos Parrilla, Adjunta de Formación Continuada y Dña. Milagros Garrido Palomar, Coordinadora.

Nuestra consulta de Enfermería se proyectó para dar respuesta a las nece-

sidades del enfermo hipertenso, con una mejora de la atención sanitaria; ésta, por cierto, tradicionalmente caracterizada en no tener en cuenta la opinión de los profesionales de Enfermería.

En base a la orden de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía de fecha veintisiete de Noviembre de 1985, donde se desarrolla el papel de Enfermería, se determina que el enfermo pasa a la consulta de enfermería por indicación médica, marcando protocolos, estableciendo el diagnóstico médico, prescribiendo el tratamiento médico y el seguimiento. Enfermería aquí, posee funciones básicas en el seguimiento y educación sanitaria.

OBJETIVOS:

En el/la enfermero/a, tiene que subrayarse la vital importancia de sus funciones propias, siendo cardinal la actuación educadora en el conjunto de los recursos empleados de protección y limitantes de la elongación.

Los objetivos, encuadrados en el Proceso de Atención de Enfermería, han de estar encaminados hacia la ayuda en el autocuidado, para conservar la salud y la vida; resarcimiento de la enfermedad y en el peor de los planteamientos, afrontar las consecuencias para vivir con ella y no para ella.

¡LA HIPERTENSION ARTERIAL NO SE CURA CON UNA PASTILLA Y UNA PLEGARIA!

I. INDIVIDUALIZAR LOS CUIDADOS: Filiación, encuesta basal, antecedentes, afectación orgánica, estado de alerta a situaciones especiales (embarazo, cardiopatías, insuficiencia renal, EPOC, diabetes, hiperlipemias, etc.), vigilar factores de riesgo vascular (obesidad, dislipemias, stress, etc.).

II. RECONOCER LAS NECESIDADES DEL ENFERMO: Fisiológicas, de seguridad y psicosociales.

III. PLANIFICAR Y EJECUTAR CUIDADOS: Puesta en práctica de las soluciones.

IV. EVALUAR: Saber la eficacia para resolver los problemas.

V. EDUCAR: La educación para la salud en el hospital, según la O.M.S.: «El hospital es la parte integrante de la organización sanitaria social, cuya misión, consiste en proporcionar a la

población una asistencia sanitaria completa, tanto curativa como preventiva.»

VI. TRABAJAR EN EQUIPO: Mediante sistemática, protocolos y procedimientos.

VII. INVESTIGAR: Ya que como ciencia, Enfermería, tiene el deber de profundizar en sus conocimientos para conseguir: **MEJORA ASISTENCIAL Y DESARROLLAR LA PROFESION.**

SEGUIMIENTO:

Tramado por una fluida comunicación, confianza, información y educación del enfermo y sus familiares, se ha enfocado en:

—MOTIVACION DEL CONTROL DE LA T.A.

—EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA TERAPEUTICO, HIGIENICO, DIETETICO Y HABITOS.

—INANIMACION DE ESTADOS DE ANGUSTIA.

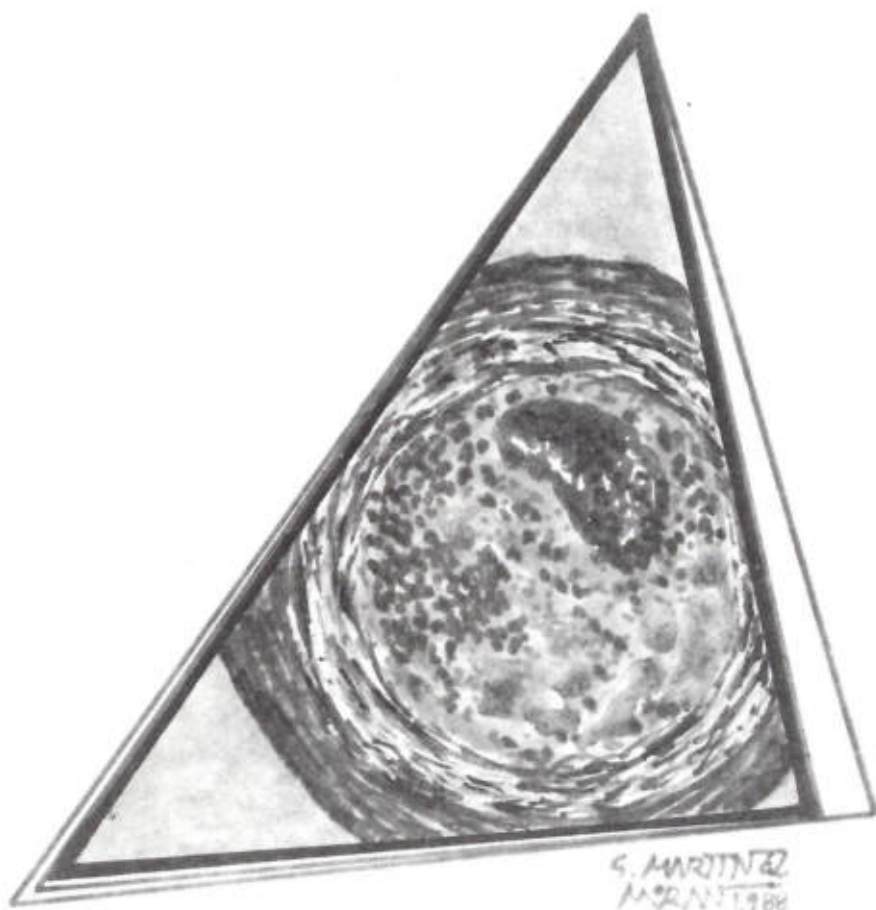
CITACION:

Primera consulta = MEDICO y ENFERMERO.

Sucesión de consultas:

- 1º MES = MEDICO y ENFERMERO
- 3º MES = ENFERMERO
- 6º MES = MEDICO
- 9º MES = ENFERMERO
- 12º MES = MEDICO

REGISTROS DE ENFERMERIA:
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.
EVALUACION DE ENFERMERIA



Trombosis y aterosclerosis concéntrica de la arteria renal con depósito de lípidos y calcificación.

BIBLIOGRAFIA:

- ALFAGEME, ANA: *Peligro, Alta Tensión*. "El País", n° 4.078. Promotora de Información, S.A., Madrid 1988.
- ALPERT, JOSEPHS - RIPPE JAMES M.: *Manual de diagnóstico y terapéutica cardiovasculares*. Salvat Editores, S.A., Barcelona 1983.
- *Boletín Informativo del Ilustre Colegio de A.T.S. y D.E. de Sevilla*. Marzo de 1988, Sevilla.
- CLINICAL SYMPOSIA: *Evaluación del paciente hipertenso*. Ciba Pharmaceutical, Company, Division of Ciba-Geigy Corporation, Barcelona, 1974.
- *Consultas de Enfermería*. Revista Rol de Enfermería, n° 94, Barcelona.
- ECA. Grupo Planner, Barcelona, 1988.
- *Enciclopedia de Enfermería*. Editorial Planeta, S.A., Barcelona, 1985.
- *Enfermería Comunitaria*. Dirección General de Atención Primaria, Junta de Andalucía, Granada, 1988.
- ESEVERRI CHAVERRI, CECILIO: *Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana*. Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1984.
- LIGA HIPERTENSION: Reunión de Granada, Comunicaciones n°s 43, 45, 49, 58, 70 y 83, Abril, 1988.
- PARDELL ALENTA, H.: *Lo fundamental en hipertensión*. Ediciones Doyma, S.A., Barcelona, 1984.
- RACLE, V.A.: *Diagnóstico médico*. Carlos Bailly - Bailliere, Madrid, 1866.
- *Revista Cardiovascular*. Laboratorios ICI - FARMA, Madrid, 1986.
- RODRIGUEZ, F.J. - LOPEZ VIDRIERO, E.: *Lecciones sobre hipertensión arterial*. Sanet, Madrid, 1987.

SISTEMATICA DE TRABAJO
CATEGORIA PROFESIONAL: D.U.E.
SERVICIO: CONSULTAS EXTERNAS.
UNIDAD: HIPERTENSION E HIPERLIPEMIA. CONSULTA DE ENFERMERIA.

Turno Laboral: MAÑANA

- 08,00 a 09,00 Hs.: Revisión y disposición de la documentación clínica de los pacientes citados.
- 09,00 a 10,00 Hs.: Asistencia de los pacientes de primera consulta.
- 10,30 a 11,00 Hs.: Valoración junto al médico de la Unidad de los pacientes crónicos.
- 11,00 a 13,30 Hs.: Asistencia de los pacientes de sucesión de consulta.
- 13,30 a 15,00 Hs.: Reunión con el médico de la Unidad para tratar las observaciones e intereses clínicos habidos.
- Estudio.
- Evaluaciones.
- Preparación de la consulta para el día siguiente.

REALIZACION: Gregorio MARTINEZ MORAN
M.^a Luisa LUCENA VERA
Concepción BARAS JAPON
Juan Luis PIZARRO NUÑEZ

AÑO-88

PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA:
HIPERTENSION E HIPERLIPEMIA

CONSULTAS EXTERNAS: CONSULTA DE ENFERMERIA DE HIPERTENSION E HIPERLIPEMIA

1. Recopilación de información clínica disponible sobre el paciente antes de entrevistarle.
2. Proporcionar un ambiente apto para la entrevista: zona privada, iluminación, ausencia de ruidos, acomodación, etc.
3. Identificación del paciente.
4. Presentación del enfermero/a al paciente.
5. Explicar el propósito de la entrevista, para que comprenda el paciente en qué se va a beneficiar de ella, acentuando la importancia de su cooperación.
6. Conducir la entrevista, permitiendo que el paciente hable sobre sus problemas más importantes.
7. Valoración inicial del paciente (sólo en la primera consulta).
8. Elaboración del protocolo de actuación de enfermería (en todas las consultas).

REALIZACION: Gregorio MARTINEZ MORAN
M.^a Luisa LUCENA VERA
Concepción BARAS JAPON
Juan Luis PIZARRO NUÑEZ

AÑO - 88

CONSULTA DE ENFERMERIA DE HIPERTENSION E HIPERLIPEMIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre: Fecha:
Dirección: Teléfono:
Profesión: Edad:

ENCUESTA BASAL:

- ¿Por qué se ha tomado la tensión?
- ¿Desde cuándo tiene la P.A. elevada?
- ¿Qué cifras tensionales han sido obtenidas?
- ¿Qué síntomas tenía entonces?

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Hipertensión arterial ☐ • Metabolismo (obesidad ☐
- diabetes, gota)
- Enfermedades cerebrovasculares ☐ • Renal (glomerulonefritis, ☐
- (Ictus, hemiplejía) litiasis, prostatismo)
- Enfermedades cardiovasculares ☐
- (Angor, infarto, ins. cardíaca)

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Locomotor ☐ • Cardiovascular ☐
- (artritis, reumatismo) (coartación, soplo card.)
- Metabolismo ☐ • Traumatismos ☐
- (obesidad, diabetes, gota) (lumbar, abdominal, flancos)

- Renal (toxemia del embarazo ☐ • Enfermedad neurológica ☐
- glomerulonefritis, escarlatina, (Ictus, hemiplejía)
- litiasis, infecc. urinarias,
- enuresis nocturna, prostatismo)

DIETAS:

- Ingesta abundante de sal ☐ • Tabaco ☐
- Ingesta abundante de café ☐ • Exposición a tóxicos ☐
- Ingesta abundante de alcohol ☐ • Trabajo manual ☐
- Ingesta abundante de queso ☐ • Sedentarismo/tensión ☐

MEDICACIONES PREVIAS

- Hipotensores ☐ • Anticonceptivos orales ☐
- Respuesta terapéutica ☐ • Psicofármacos ☐
- Efectos secundarios ☐ • ☐

SINTOMATOLOGIA

CENTRAL:

- Depresión ☐ • Cambios de visión ☐
- Ansiedad ☐ • Sincope ☐
- Insomnio ☐ • Convulsiones ☐
- Cambios de personalidad ☐ • Cefaleas (localización) ☐
- Mareos y vértigos ☐ • Parestesias ☐
- Amnesia ☐ • Déficit neurológico ☐

CARDIOVASCULAR:

- Palpitaciones ☐
- Dolor precordial ☐
- Disnea ☐
- Claudicación ☐
- Fenómeno de Raynaud ☐
- Cianosis ☐
- Epistaxis ☐
- ☐

RENAL:

- Poliuria ☐
- Nicturia ☐
- Hematuria ☐
- Disuria ☐
- Polaquiuria ☐
- Edemas ☐
- Prostatismo ☐
- Sed ☐
- Calambres ☐
- ☐

OTROS:

- Pérdida ☐ / ganancia ☐ de peso ☐
- Estreñimiento ☐
- Diarrea ☐
- Astenia ☐
- Anorexia ☐
- Sudoración profusa ☐
- Sofocos ☐
- Hemorragias ☐

EXPLORACION CLINICA

- Peso ☐
- Talla ☐

INSPECCION GENERAL

- Constitución ☐
- Piel y mucosas ☐

PRESION ARTERIAL:

- d.supino de pie ☐
- Brazo izquierdo ☐
- d.supino ☐
- Pierna izquierda ☐

PULSOS PERIFERICOS:

- | | Carótidas | Braquial | Radial | Aorta |
|-------------|-----------|----------|--------|-------|
| • Derecho | | | | |
| • Izquierdo | | | | |

- | | Femoral | Popliteo | D. Pedis | Tibial post. |
|-------------|---------|----------|----------|--------------|
| • Derecho | | | | |
| • Izquierdo | | | | |

0 = Ausente, 1+ = Filiforme, 2+ = Disminuido, 3+ = Normal, 4+ = Hiperactivo.

OBSERVACIONES

.....
.....
.....
.....
.....

NECESIDAD ALTERADA PROBLEMAS

FISIOLOGICAS

01. OXIGENACION

- Hipoxia ☐
- Disnea ☐
- Obstrucción de vías aéreas ☐
- ☐

02. NUTRICIONALES

- Incompetencia por la edad ☐
- Vómitos ☐
- No motilidad ☐
- Anorexia ☐
- Regurgitación ☐

03. ELIMINACION URINARIA

- Incontinencia por la edad ☐
- Retención ☐
- Oliguria ☐
- Anuria ☐
- Disuria ☐

04. ELIMINACION INTESTINAL

- Incontinencia por la edad ☐
- Estreñimiento ☐
- Diarrea ☐
- Meteorismo ☐

05. TERMORREGULACION

- Hipertermia ☐
- Hipotermia ☐
- Convulsiones ☐

06. ACTIVIDAD (MOVIMIENTO Y EJERCICIO)

- Limitación por la edad ☐
- Alteración función motora ☐
- Alteración función ósea ☐
- Reposo en cama ☐

07. REPOSO / SUEÑO

- Dolor ☐
- Ruidos ☐
- Ciclo invertido ☐
- Irritabilidad ☐

NECESIDAD ALTERADA

PROBLEMAS

08. COMODIDAD

- Reposo prolongado ☐
- Inmovilización P ☐
- Inmovilización T ☐
- Dolor ☐

09. HIGIENE

- Limitación por la edad ☐
- Desorientación ☐

11. SEGURIDAD PSICOLOGICA

- Miedo ☐
- Ansiedad ☐
- Agresividad ☐
- Pasividad ☐

PSICOSOCIALES

12. COMUNICACION

- Limitación por la edad ☐
- Trastornos del lenguaje ☐
- Timidez ☐

13. RELACION

- Falta de afecto ☐
- Introversión ☐
- Agresividad ☐
- Rechazo del entorno ☐
- Rechazo padres ☐

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....
.....

SABADO 20 DE MAYO 1989



JORNADA DE FECUNDACION IN VITRO

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE A.T.S. Y D.E. DE SEVILLA

10 h. Presentación.

PROYECCION AUDIOVISUALES

10,45 h. DESAYUNO.

11 h. Conferencia Dr. GARCIA OTERO. Jefe del Centro de Inseminación In Vitro y Transferencia Embrionaria.

11,45 h. DESCANSO.

12 h. Conferencia Dr. GONZALEZ UTO. Biólogo Embriológico.

14 h. ALMUERZO.

17 h. MESA REDONDA.

**LUGAR: SALON DE ACTOS DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE A.T.S. y D.E.
SEVILLA**

Nº de asistentes: 100

Fecha de Inscripción: *Hasta el día 19 de Mayo por riguroso orden de inscripción dado el número restringido de plazas.*

Cuota de Inscripción: 2.500 pesetas

Comprende: *Certificado de asistencia, café y almuerzo*

Organiza: *Vocalía de matronas del Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla.*



1.º PREMIO Título: *Cerámica*
 Autor: Angela Agudo Dorado Máquina: OLIMPUS TRI-35

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

TÉMA: ANIMALES

El plazo de presentación finalizará el próximo 30 de Mayo de 1989.

BASES:

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

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

Ningún premio quedará desierto.

Cada participante sólo podrá presentar **2 fotografías como 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: *Espadaña Santa Cruz*
 Autor: Beatriz Vicente Pecino
 Máquina: PENTAX LX



3º PREMIO

Título: *Recuerdos de una historia*
 Autor: Rafaela Dale Barral
 Máquina: MINOLTA X-300



ATENCION DE ENFERMERIA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

ELISA ISABEL LUQUE VALENCIA
Hosp. Univ. V. Macarena

I. INTRODUCCION

La Insuficiencia Cardíaca (I.C.) es un tema muy extenso, que nos llevaría a hablar, si quisiéramos, de muchas otras patologías. Recordemos por encima algunas cosas sobre ella, lo cual nos va a facilitar el podernos enfrentar a este tipo de enfermos.

En la I.C. el corazón no es capaz de bombear la sangre suficiente para afrontar las demandas metabólicas.

Así, en nuestra Unidad (U.C.I. Coronaria) podemos encontrarnos desde la insuficiencia **aguda** que ocurre en caso de infarto de miocardio masivo o de aparición súbita de arritmia o una bradiarritmia, hasta la insuficiencia cardíaca **crónica** que ocurre en pacientes que presentan un padecimiento crónico que sobrecarga una parte del corazón como es el caso de una hipertensión arterial o de una valvulopatía cardíaca.

Los pacientes con I.C. congestiva suelen tener síntomas predominantes de fallo cardíaco izquierdo o derecho, según su etiología y la hemodinámica de su proceso. En estados refractarios usualmente se encuentra una mezcla de síntomas cardíacos izquierdos y derechos.

De cualquier forma, el corazón por sí mismo no produce sintomatología cuando no puede cumplir adecuadamente su función de bomba. Los síntomas son el resultado del trastorno fisiológico pulmonar, renal, muscular y de otros sistemas orgánicos.

Así pues el **fallo ventricular izquierdo** (que es la forma más común de descom-

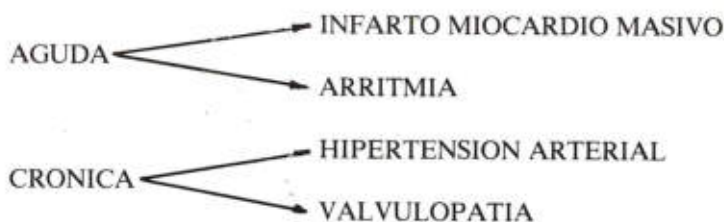
pensación en los pacientes con infarto agudo de miocardio (I.A.M.)) implica síntomas de **congestión pulmonar** que incluyen importante disnea de esfuerzo, ortopnea y disnea paroxística nocturna, pudiendo llegar a Edema Agudo de Pulmón, que es la expresión más característica y grave de la Insuficiencia Ventricular Izquierda. Además el flujo sanguíneo en los tejidos periféricos es inadecuado y pueden presentar signos y síntomas de is-

quemia tisular.

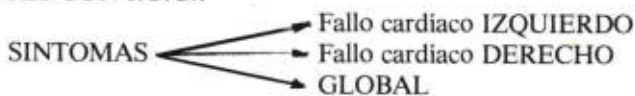
Cuando sobreviene el fracaso del corazón derecho, ya sea como resultado de un fallo ventricular izquierdo o por sobrecarga derecha primaria, predominan los signos y síntomas de **congestión tisular y edema**.

Todo esto nos va a servir de base para poder valorar este tipo de enfermos.

• INSUFICIENCIA CARDIACA



• PACIENTES CON I.C.C.:



• FALLO VENTRICULAR IZQUIERDO

- Síntomas de CONGESTION PULMONAR
- Signos y síntomas de ISQUEMIA TISULAR

• FRACASO CORAZON DERECHO

- Signos y síntomas de CONGESTION TISULAR Y EDEMA

II. VALORACION

Una vez monitorizado el paciente y con una vía venosa permeable, la enfermera/o llevará a cabo una valoración de su situación mediante la recolección de una serie de datos tanto de tipo directo como indirecto a través de la observación, comunicación, entrevista, exploración física, etc. Muchos de estos datos se obtendrán mientras realizamos los **procedimientos rutinarios** de ingreso en la unidad coronaria.

Mediante esta valoración descubriremos que el paciente con I.C.C. presenta **signos fisiológicos inestables** que amenazan la integridad del sistema corporal específico.

Así mismo, existen **circunstancias potenciales** que pueden aumentar la posibilidad de que sobrevengan problemas y que requerirían actuaciones de urgencia:

- Disritmia (podría agravar o desencadenar una I.C.C.).
- Edema Agudo de Pulmón.
- Shock.

Todo esto nos lleva a afirmar que en dicho paciente resalta el **COMPROMISO DE LA OXIGENACION HISTICA** tanto pulmonar como cerebral, miocárdica y periférica.

Pero, ¿cómo va a manifestar esto la persona?. El paciente aquejará o no los siguientes síntomas:

DATOS SUBJETIVOS

Relacionado con:

OXIGENACION PULMONAR:

- Disnea
- Fatiga
- Miedo

PERFUSION CEREBRAL

- Mareo
- Confusión

PERFUSION MIOCARDICA

- Dolor torácico
- Aprensión

PERFUSION PERIFERICA

- Frio
- Sudación
- Dolor

De igual modo Enfermería podrá observar signos de inestabilidad:

DATOS OBJETIVOS

- Frecuencia y/o ritmo respiratorio anormales.
- Aumento del esfuerzo muscular



Monitorización de E.C.G. y presiones pulmonares.

durante la respiración con utilización de los músculos accesorios.

— Movimiento vigoroso abdominal y diafragmático, con poco movimiento de la pared torácica.

— Respiración periódica y cíclica (Cheyne Stokes).

— Depresión de la respiración.

— Taquicardia.

— Palidez o cianosis.

— Diaforesis.

— El paciente se incorpora con sensación de falta de aire.

— Habla entre respiraciones laboriosas.

— Aleteo nasal.

— Inquietud.

— Irritabilidad.

— Tos.

— Secreciones pulmonares abundantes.

— Gases arteriales anormales.

— Edema de las partes declive.

— Oliguria diurna y nocturia.

— T.A. disminuida.

— Aumento de la frecuencia del pulso.

— Piel pálida y fría.

— Disminución o ausencia de pulsos.

— P.V.C. anormal (entre 6-10 mm H₂O sería lo normal).

— Presión Capilar Pulmonar (P.C.P.) anormal (Normal de 4-12 mm Hg.)

Estos signos pueden indicar o no un desequilibrio que amenace la vida.

III. ANALISIS DE LOS DATOS Y PLANIFICACION.

Estos datos deben concretarse en una **HISTORIA DE ENFERMERIA** en la que además se anoten los hábitos del enfermo, su nivel intelectual, su actitud frente a la enfermedad, etc. aspectos que serán de gran utilidad en el trato diario con el enfermo.

En nuestra unidad, actualmente el modelo clásico de historia se está sustituyendo por el llamado sistema orientado al **PROBLEMA**. El enunciado de un problema puede ser un diagnóstico ya establecido, un síndrome o, simplemente, un síntoma según el conocimiento que de él se tenga.

Estos podrían ser algunos de los posibles **DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA** de un paciente con I.C.C.:

- Inestabilidad de la función pulmonar.
- Intolerancia al esfuerzo físico.
- Ansiedad.
- Intercambio de gases: deteriorado.
- Inestabilidad de la frecuencia cardíaca.
- Inestabilidad de la T.A.
- Inestabilidad del ritmo cardíaco.
- Alteración del gasto cardíaco: disminuido.
- Miedo.
- Alteración del bienestar: dolor.
- Trastornos del ritmo de sueño.
- Alteraciones del proceso de pensamiento.
- Alteraciones de la circulación del tejido: cerebral, cardiopulmonar, renal, digestivo, periférico.
- Inestabilidad del equilibrio de líquidos y electrolíticos: edemas.

Además de otros Diagnósticos POTENCIALES:

- Disritmia potencial.
- EAP. potencial.
- Shock potencial.
- etc.

Antes de elaborar el PLAN DE CUIDADOS debemos plantearnos unos **OBJETIVOS** que no son más que los resultados (generales) esperados de nuestra actuación:

— Identificación de los **cambios críticos** en:

- Función respiratoria.
- Perfusión hística.
- Frecuencia y ritmo cardíacos.
- T.A.
- Líquidos y electrolitos.
- EQ. Acido - Base.

Para conseguir esto la persona será objeto de:

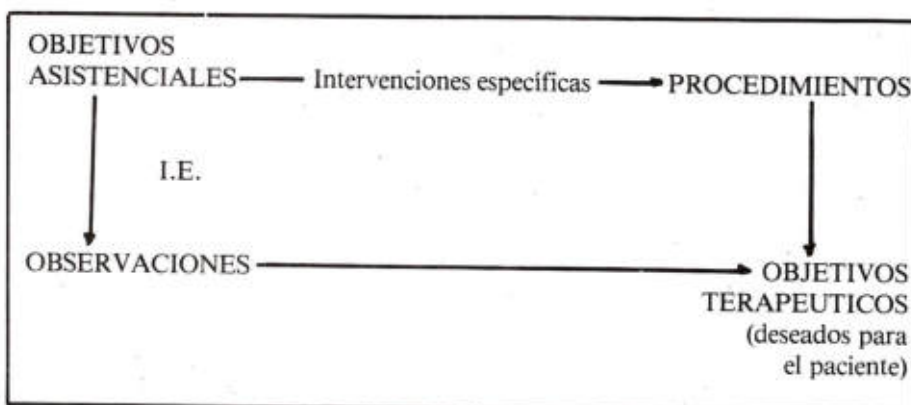
- Observación y vigilancia por parte de Enfermería.
- Reevaluación de su estado constante y
- Ajuste inmediato del plan.

El objetivo planteado en este caso es bastante general, lo suyo sería plantear un objetivo por cada diagnóstico enunciado, pero eso nos alargaría demasiado y por lo mismo lo dejaremos para otra ocasión.

De estos **OBJETIVOS ASISTENCIALES** se deducen unas **INTERVENCIONES ESPECIFICAS** de En-

fermería, concretadas en **PROCEDIMIENTOS** y **OBSERVACIONES**, en-

caminadas al logro de los **OBJETIVOS TERAPEUTICOS** deseados para el paciente.



IV. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

A.) Medidas para incrementar la oxigenación tisular y disminuir las necesidades de oxígeno:

— Administrar la **OXIGENOTERAPIA** según prescripción, que debe dar por resultado disminución de los síntomas respiratorios, aumento de la perfusión vascular periférica y general, disminución de la P.A. y la F.C. y aumento de la PO₂.

— Conservar al paciente en reposo en cama por la importancia de «economizar» la energía física para disminuir el consumo de O₂.

— Colocar al paciente en posición sentada, bien apoyado, cuando exista disnea (a menos que esta postura está contraindicada por hipotensión).

— Anticiparse y atender las necesidades del paciente (para disminuir la necesidad de hablar y de ejercicio con aumento del consumo de O₂).

— Vigilar los signos vitales llevando un **control riguroso** en lo que respecta a:

- F.C. central.
- Ritmo cardíaco: regular o irregular.
- Frecuencia respiratoria y ritmo.
- T.A.
- P.V.C.
- Diuresis horaria (en los casos en que sea necesario).

Estas medidas que parecen tan simples son fundamentales a la hora de detectar el comienzo de un E.A.P.

Además en la Unidad Coronaria

disponemos de otros controles que Enfermería debe reconocer, como es la **MONITORIZACION HEMODINAMICA** por medio del catéter de SWAN-GANZ, el cual con los monitores de que disponemos actualmente nos permite tener conocimientos a la cabecera del paciente de la presión en la arteria pulmonar y la presión enclavada (PCP): el mejor índice del funcionamiento del ventrículo izquierdo.

— Colaborar con el mantenimiento de la nutrición dentro de los límites impuestos por la prescripción dietética (restricción de Na por ejemplo).

• Se administrarán comidas en pequeñas cantidades y con frecuencia.

• Dieta líquida o alimentos blandos, para las personas con disnea severa.

— Evitar el calentamiento o enfriamiento excesivo de la persona (para minimizar el consumo de O₂).

— Mediar al paciente según la prescripción:

a.) Administrar los diuréticos en el tiempo y forma ordenados. La finalidad es disminuir el trabajo del corazón reduciendo el volumen circulante, aliviando así los síntomas.

b.) Medir la FC (apical) antes de administrar los digitálicos. Si el pulso es inferior a 60 lx' no dar y consultar con el médico.

c.) Permanecer atento a los signos de intoxicación digitálica (bradicardia, taquicardia, extrasístoles, anorexia, náuseas, vómitos, cefalea).

d.) Administrar analgésicos o se-

dantes según la prescripción.

B.) Medidas para promover el bienestar.

— Brindar un ambiente tranquilo y reparador.

— Colocar al paciente en una posición cómoda que le permita respirar bien y que favorezca el retorno venoso.

— Colaborar con las actividades cotidianas según sea necesario.

— Manipular con suavidad.

— Animar al paciente e independizarse dentro de sus limitaciones.

— Cuidar meticulosamente la piel de los pacientes edematosos;

• lavado cuidadoso de la piel

• cambios posturales frecuentes

• aplicar lociones, masajes.

— Prevenir las complicaciones relacionadas con el reposo en cama prolongado.

C.) Medidas para reducir al mínimo la ansiedad o miedo.

Como la ansiedad exagera los síntomas de la I.C. se han de tomar medidas para ayudar al paciente a disminuirla:

— Actuar sin prisas.

— Tranquilizar verbalmente (asegurándole que la enfermera/o está cerca y que atenderá sus necesidades).

— Asistir al paciente constantemente (durante los procedimientos que puedan provocar ansiedad).

— Escuchar atentamente y hablar con la persona.

— Ayudar a la persona para que haga preguntas.

— Reconocer los sentimientos y su significado.

— Brindar apoyo emocional para afrontar la enfermedad.

— Es útil trabajar con la familia para que así puedan dar mayor apoyo al paciente.

D.) Medidas de educación sanitaria.

— Enseñar a comunicar inmediatamente cualquier síntoma importante (disnea, tos, dolor, esputo rosado).

— Advertir sobre la necesidad de evitar situaciones altamente emocionales.

E. Medidas en situaciones de urgencia. E.A.P.

La expresión más característica y grave de la insuficiencia ventricular izquierda la realiza el E.A.P.

Consiste en una acumulación excesiva de líquidos serosos en los alveolos, precipitado por un aumento de la tensión sanguínea en los capilares pulmonares (edema alveolar).

VALORACION

Datos Subjetivos:

— Disnea

— Ansiedad intensa

Datos Objetivos:

— Respiraciones rápidas y difíciles.

— Cianosis.

— Tos con esputos manchados de sangre.

— Sonidos respiratorios (estertores bilaterales).

— Taquicardia.

— T.A. aumentada.

— Presiones pulmonares aumentadas.

— Inquietud.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DUAL: E.A.P.

OBJETIVOS

— Expresiones de menor dificultad respiratoria.

— T.A., pulso, presiones pulmonares y respiraciones dentro de los límites normales.

— Piel rosada, cálida y ligeramente húmeda.

ACTUACION

— Avisar inmediatamente al médico.

— Tomar T.A. y pulso. El pulso está acelerado y la T.A. pinzada.

— Colocar al enfermo en posición de Fowler alta (ello facilitará la disminución de la precarga).

— Administrar O₂ al 40% (6 l') mediante mascarilla.

— Preparar el equipo (para intubación) y los fármacos (seguril, morfina y primperan).

— Consultar con el médico métodos de actuación. Probablemente ordenará la administración de los fármacos anteriores: "

• Morfina: causará una venodilatación con éstasis venosa, disminuyendo el retorno venoso y la irritación miocárdica. Además

el erecto eutórico disminuye también el estado de ansiedad del paciente.

• Seguril (furosemida): Diurético de acción rápida, a fin de disminuir volumen circulante y facilitar la eliminación de exceso de líquidos.

• Primperan: probablemente tras la administración de la morfina ($\frac{1}{2}$ subc. y $\frac{1}{2}$ I.V.D.) aparezcan náuseas incluso hasta vómitos por lo que tendremos preparada una ampolla de primperan.

— Vigilar monitor de E.C.G. (para diarritmias) y presiones pulmonares, así como P.V.C. (estará aumentada).

— Obtener oximetría.

— Observar diuresis.

— Recoger la expectoración si aparece.

— Podría estar indicado aplicar torniquetes rotatorios (vendas de ES-MARCH) e incluso hacer una sangría.

— Contribuir a tranquilizar la ansiedad del enfermo y al mismo tiempo calmar y evitar todo movimiento inconsiderado o desordenado.

— Mientras realizamos todos estos procedimientos explicaremos al paciente que le vamos a ayudar a aliviar su malestar. Posiblemente crea que la mascarilla de O₂ le está sofocando y trate de quitársela. Debemos convencerle de la necesidad de la misma, como único medio de aportar la elevada concentración de O₂ que requiere.

— Mantener una vigilancia continua hasta que el enfermo no esté en su estado anterior.

F.) Procedimientos Médicos asistidos por Enfermería

Cateterización de la arteria pulmonar

El catéter de SWAN-GANZ proporciona información valiosa acerca de la función cardíaca del paciente.

Estos catéteres están diseñados para ser introducidos a la cabecera del enfermo sin necesidad de control radiológico.

Constan de un balón en un extremo y varias entradas de conexión en el otro. También presenta las siguientes luces:

— **Distal:** Que se extiende hasta la punta del catéter.

— **Proximal:** Que se extiende hasta

unos 30 cm. de la punta del catéter y que habitualmente queda a la altura de la aurícula derecha.

— **De insuflación:** Que se extiende hasta 1,5 cm. de la punta del catéter.

— **Sensor de T^a:** a 3,5 cm. de la punta del catéter y que permite el cálculo del gasto cardíaco por termodilución.

— Otras vías de entrada, que no siempre aparecen (depende del tipo de catéter) y pueden ser para medicación, introducción de un cable marcapasos, etc.).

En nuestra unidad el catéter se coloca habitualmente por vía subclavia. Antes de introducir el catéter debe comprobarse la integridad del balón y el termistor y llenar la luz de suero heparinizado.

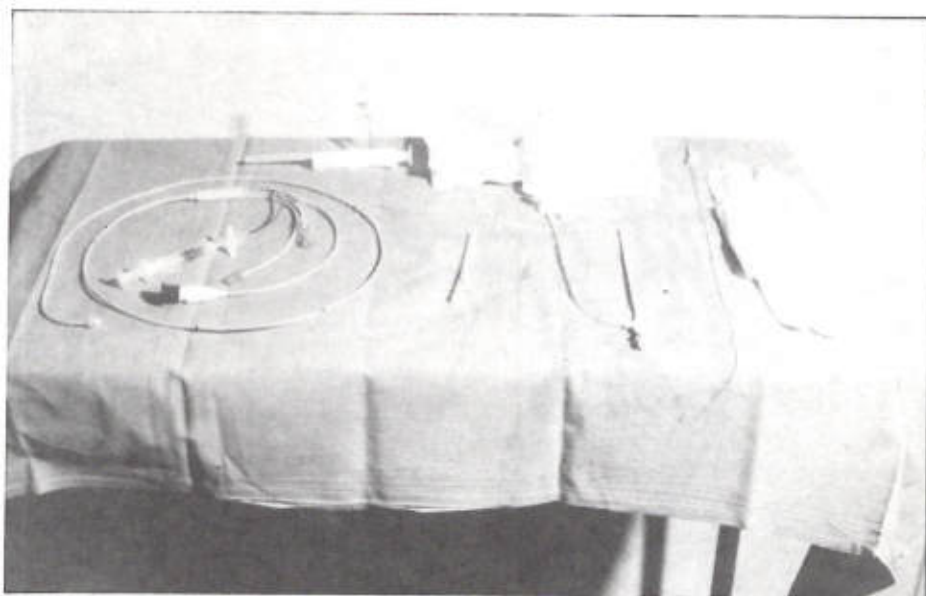
Se conecta el Transductor a la vía distal y tras insertar el catéter en el corazón del paciente, se hincha el balón (con la cantidad de aire indicada en el catéter) y se empuja suavemente permitiendo que el flujo lo arrastre a través de la A.D., V.D. y art. pulmonar quedando enclavado en ésta (P.C.P.). (Ver figuras 1 a 4).

Al deshinchar el balón se observará la presión de art. pulmonar (P.A.P.). A medida que se va pasando por las distintas cavidades, desde el monitor central se va recogiendo las distintas curvas.

La colocación de un catéter de SWAN-GANZ puede provocar arritmias ventriculares durante su paso por el Ventrículo derecho, pero normalmente sólo se detectan extrasístoles ventriculares.

COMPLICACIONES

La **ruptura del balón** es una de las más frecuentes, como consecuencia del uso prolongado o manejo incorrecto. La inmersión prolongada en la sangre provoca el deterioro del material y facilita su rotura. Suele producirse cuando el balón se hincha con más aire del especificado en el catéter (1,5 cm. para 7F).



Equipo para monitorización de presiones pulmonares.

El catéter muestra además tendencia a progresar y **enclavarse** en una rama más distal, pudiendo entonces interrumpir el flujo sanguíneo y provocar un **infarto pulmonar**.

Esto lo podemos sospechar cuando se amortiguan las presiones o sin hinchar el balón aparece morfología de P.C.P.

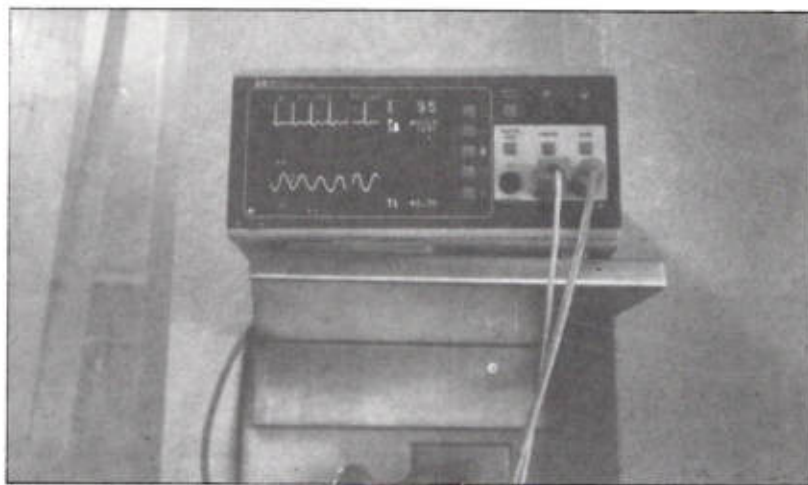
Igualmente, una disminución de la cantidad de aire necesaria para enclavarlo puede indicar que ha avanzado excesivamente.

Existen otras situaciones en las que la presión se amortigua y que es preci-

so reconocer para evitar una interpretación incorrecta de los datos. Estas situaciones son:

- La existencia de burbujas de aire en el catéter o en el transductor.
- Fugas en el sistema, especialmente en las llaves de tres pasos.
- Mal calibrado del aparato, etc.

Con este catéter podemos averiguar el **gasto cardíaco por termodilución**. En esencia el proceso consiste en la inyección glucosada fría (0 y 5°) en la aurícula derecha, detectando los cambios de T^a a través del termistor situado en art. pulmonar.



Material para cateterización de arteria pulmonar.

BIBLIOGRAFIA

— *Cuidados intensivos en cardiología*. Ed. Jims.

— *Diagnósticos de Enfermería*. Campbel.

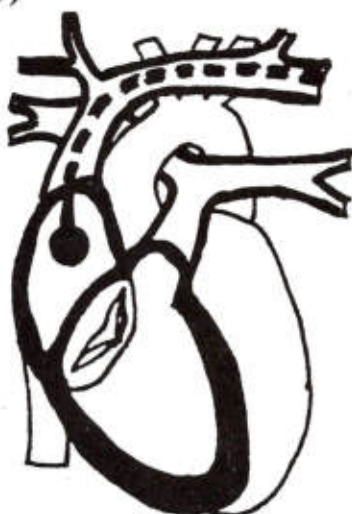
— *Revistas «NURSING» de Enfermería*. Ed. Doyma.

— *«Cuaderno de Enfermería»*. AP. Cardiovascular. Ed. Toray

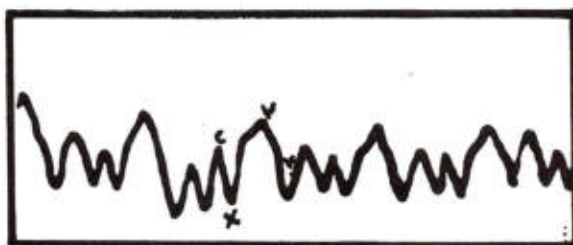
— *Tratado de Enfermería Médico-Quirúrgica*.

— *Tratado de Enfermería Práctica*. Du-Gas.

1)



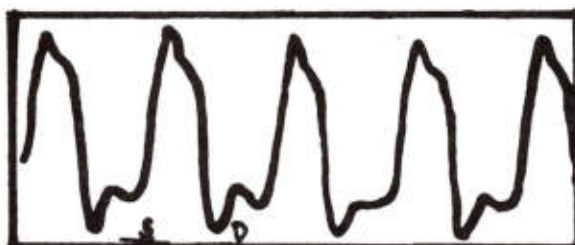
A.D.



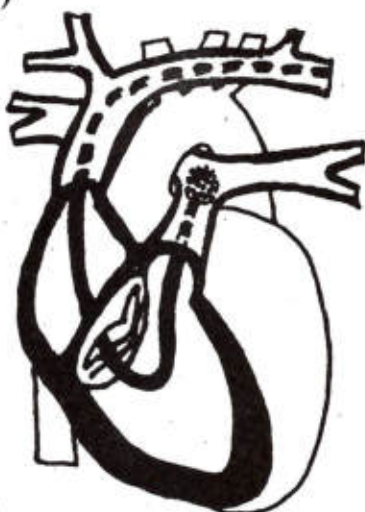
2)



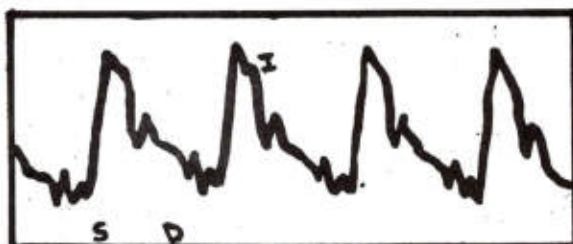
V.D.



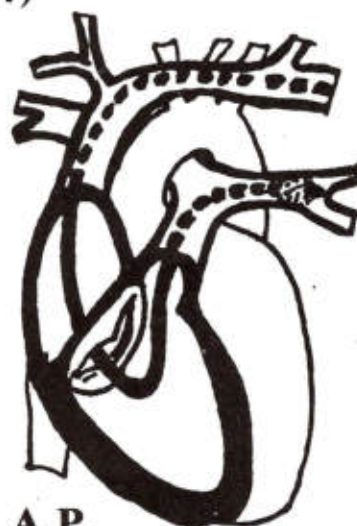
3)



A.P.



4)



RAMA
DE LA A.P.



PASO DEL CATETER DE SWAN-GANZ POR LAS DISTINTAS
CAVIDADES CARDIACAS Y CONSIGUIENTE CURVA DE PRESION

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 les será comunicada a los interesados en el menor plazo posible.

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

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

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

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

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

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

Sevilla, 21 de Abril de 1988.

CURSOS, CONGRESOS Y JORNADAS A CELEBRAR EN DISTINTAS PROVINCIAS

III JORNADAS DE LA ASOCIACION DE ENFERMERIA ANDALUZA: «El Diagnóstico en Enfermería»

Organizado por A.D.E.A. (Asociación de Enfermería Andaluza). JAEN
Fechas de celebración: 2 y 3 de Junio de 1989

CURSO DE PERFECCIONAMIENTO

Tema: Enfermería ante el embarazo de alto riesgo

Organizado por el Departamento de Enfermería del Area Maternal del H.U.V.M. SEVILLA
Fechas de celebración: 19 de Abril al 19 de Junio de 1989

VI JORNADAS NACIONALES DE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA PARA ENFERMERIA

Organizado por el Servicio de Hematología de la Seguridad Social. CADIZ
Fechas de celebración: 8 al 11 de Noviembre de 1989

CURSO INTENSIVO DE TECNICAS ACTUALES EN LA ENFERMERIA UROLOGICA

Organizado por la Asociación de A.T.S. y D.E. en Urología. BASURTO (Bilbao)
Fechas de celebración: 26 y 27 de Mayo de 1989

I JORNADAS DE ENFERMERIA DE LA PROVINCIA DE CADIZ

Tema: La Formación Continuada

Organizado por el Hospital de la Linea de la Concepción. LA LINEA DE LA CONCEPCION
Fechas de celebración: 11 al 13 de Mayo de 1989

III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN ANESTESIA-REANIMACION

Organizado por la Asociación Española de Enfermería en Anestesia-Reanimación. MADRID
Fechas de celebración: 9 al 11 de Octubre de 1989

IV JORNADAS ANDALUZAS DE ENFERMERIA RADIOLOGICA

Organizado por la Delegación Radiológica de Huelva y Colegio de A.T.S. HUELVA
Fechas de celebración: 15 y 16 de Diciembre de 1989

V JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA DE LA INFANCIA

Organizado por la Asociación Española de Enfermería de la Infancia. MURCIA
Fechas de celebración: 4 y 5 de Mayo de 1989

II JORNADAS ARAGONESAS DE ENFERMERIA

Organizado por el Hospital San Jorge. División Enfermería. HUESCA
Fechas de celebración: 26 al 28 de Octubre de 1989

I CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN DIETETICA

Organizado por el Hospital Universitario de Valladolid. VALLADOLID
Fechas de celebración: 4 al 6 de Mayo de 1989

JORNADA DE ENFERMERIA

Tema: Los cuidados de Enfermería. «Aplicación práctica»

Organizado por el Hospital Francesa de Borja. GANDIA (Valencia)
Fechas de celebración: 17 al 20 de Mayo de 1989

CONGRESO MUNDIAL DE ENFERMERIA

Tema: Un mañana diferente

Lugar: SEUL (Corea)
Fechas de celebración: 28 de Mayo al 2 de Junio de 1989

VIII CONGRESO NACIONAL DE A.T.S. y D.E. ESPECIALISTAS EN ANALISIS CLINICOS

Organizado por la Asociación Española de A.T.S. y D.E. Especialistas en
Análisis Clínicos. BURGOS
Fechas de celebración: 2 al 5 de Mayo de 1989

JORNADAS DE HIPERTENSION ARTERIAL

Tema: Riesgos Cardiovasculares y Sistemas de Información en Atención Primaria

Organizado por la Asociación Profes. de la zona de Vitigudino.

Lugar: VILLARINO DE LOS AIRES (Salamanca)

Fechas de celebración: 19 y 20 de Mayo de 1989

CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA SOCIAL

Tema: Crisis de Identidad en la Enfermería Española

Organizado por TUDEN (Fundación para el desarrollo de la Enfermería). ALICANTE

Fechas de celebración: 8 y 9 de Junio de 1989

CURSO INTENSIVO DE ONCOLOGIA

Tema: Actualidades Oncológicas

Organizado por el Hospital Clínico Provincial. BARCELONA

Fechas de celebración: 2 y 3 de Junio de 1989

JORNADAS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Tema: Asistencia de Enfermería a nivel primario de Salud

Organizado por el Departamento de Enfermería de la Universidad de Santiago.

Lugar: SANTIAGO DE COMPOSTELA

Fechas de celebración: 22 y 23 de Junio de 1989

I ENCUENTRO NACIONAL DE ENFERMERIA DE SALUD COMUNITARIA

Organiza el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla.

En próximas Revistas se ampliará información.

Fechas de celebración: Sevilla, 2, 3, 4 y 5 de Mayo de 1990.

BECAS CONCEDIDAS

TITULO	AUTOR	CUANTIA
VALORACION Y CUIDADOS DE ENFERMERIA AL INGRESO DEL QUEMADO	PAREJO MUÑOZ, JOSE MIGUEL	15.850 Ptas.
CUIDADOS PSICOLOGICOS A LA FAMILIA Y AL PACIENTE ANCIANO CON CANCER DE PULMON	TIRADO BARRAGAN, AMPARO	17.350 Ptas.
AYUDA AL CONGRESO DE NEUMOSUR		100.000 Ptas.



Comportamiento y prestaciones geniales

Práctico en ciudad, saca el genio en carretera. Seguro, fiable y con nervio. Con una estabilidad a toda prueba, gracias a la suspensión independiente a las cuatro ruedas, a sus barras antibalanceo delanteras y traseras y a sus neumáticos de bajo perfil.

Un genio del confort y muy superior a

sus competidores, con una superficie habitable de 3,13 m².

La mejor relación peso-potencia para un deportivo genial. Un motor de 1.360 cc y 85 CV con un coeficiente de penetración en el aire de 0,31 que le da el brío necesario para acelerar de 0 a 100 Km/h en 9,3 segundos o para ponerse a 180 Km/h

de velocidad punta.

Corre mucho y gasta poco, consume sólo 4,9 litros a los 100 Km. (3,9 en el motor 1.124 cc), con una sencillez de mantenimiento que te va a impresionar, cambio de aceite cada 12.500 Km y una revisión cada 25.000 Km.



Citroën AX

Desde 933.775 Ptas. IVA incluido.



VDA. DE MARIANO TERRY, S.A.

POLIG. CARRETERA AMARILLA. 172
SEVILLA — Teléfono: 51 45 11



12 de Mayo de 1989

DIA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERIA



MESA REDONDA SOBRE **SALUD ESCOLAR**

ORGANIZA: Ilte. Colegio Oficial de A.T.S. y
Diplomados en Enfermería de Sevilla

Lugar: Salón de Actos del Ilte. Colegio Oficial

Hora: 19,00 h.

PLAZO DE INSCRIPCION HASTA EL 5 DE MAYO (Plazas limitadas)

