

# Documentos ENFERMERIA

Año 1

Nº 1

Junio 1996

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUELVA



## INDICADORES DE CALIDAD EN EL TRASLADO DE ENFERMOS



*A. Alcalde*

*A. Alcalde*

## Documentos ENFERMERÍA

Título clave:  
**Documentos enfermería**  
Título abreviado:  
**Doc. enferm.**

Edita:  
**Ilustre Colegio Oficial de  
Enfermería de Huelva**

Año 1 - n.º 1 - Junio 1996  
Edición Trimestral

### Consejo Editorial

**Presidente:**  
Gonzalo García Domínguez

**Director:**  
A. Alejandro Cordero Gómez

**Consejo de Administración**  
Junta de Gobierno del Ilustre  
Colegio Oficial de Enfermería  
de Huelva.

**Equipo de redacción**  
**Jefa de redacción:**  
Josefa Lorenzo Martín  
**Redactores:**  
José Vadillo Carroza,  
Francisca Hernández Quintero,  
Enrique Aguiar Mojarro,  
Eduardo Rico González,  
Antonio Olid Torres..

**Redacción:** Sede Colegial.

**Imprime:** Imprenta Real - Lepe  
**Dep. Legal:** H-1996-43  
**I.S.S.N:** 1136-2243  
**Ámbito:** estatal  
**Tirada:** 2.500 ejemplares  
**Distribución gratuita**



### Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

**Domicilio de la sede colegial**  
C/ Berdigón nº 35, pral.-izq.  
21003 Huelva.  
Telf. (959) 24 63 15 - 28 12 86  
Fax: (959) 25 62 70

#### Horario de Oficina:

Del 15 junio a 15 septiembre  
De Lunes a Viernes.  
De 9:00 a 14:00 horas.

**Horario del asesor jurídico:**  
Martes y Jueves.

De 12:30 a 14:00 horas.

**Entrevista con el presidente:**  
Concertar cita.

## Documentos ENFERMERÍA



INDICADORES DE CALIDAD EN  
EL TRASLADO DE ENFERMOS



### PORTADA

#### "En el camino"

Antonio J. Alcalde Pérez  
Enfermero del Laboratorio de Hemato-  
logía y Hemoterapia del Hospital Juan  
Ramón Jiménez. Huelva.

## Sumario

3. Editorial.  
Personas.
4. Incidencia del traslado de enfermos intercentros. En los indicadores de calidad asistencial científico-técnica.
12. Entrevista. José Mario Guzmán.
14. Memoria de actividades
16. El cuidado de los enfermos en los pueblos primitivos.
17. Buzón.
18. Hemos leído.  
Biblioteca.
19. Información.
20. Postgrado.

### NORMAS PARA LA PUBLICACION EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

Documentos de Enfermería publica en sus distintas secciones trabajos sobre las diversas actividades de la profesión: atención hospitalaria, atención primaria, docencia, investigación, epidemiología, gestión y administración, ética, relaciones laborales, la formación, historia de la profesión y recursos humanos en el campo de la enfermería y la salud en general.

La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación, ni compromiso respecto a la fecha de la misma.

El Consejo Editorial establecerá comunicación con los autores de los trabajos para manifestarle su recepción y si es precisa alguna normalización del mismo

Los trabajos se presentaran en folios DIN A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cm. y derecho de 2 cm.

Los dibujos, gráficos y fotos, así como sus leyendas irán aparte bien identificados y numerados.

La bibliografía, si la hubiera, se acompañará en folio aparte.

Si se tratara de resúmenes de ponencias o comunicaciones a congresos, el autor deberá indicar el nombre del congreso, fecha y lugar de celebración, así como, si ha obtenido alguna mención.

Los trabajos irán acompañados de una carta de presentación donde se indica el deseo de publicarlo en Documentos de Enfermería, así como el título del trabajo, lugar y año de realización, nombre completo del autor o autores, número de colegiado, D.N.I., dirección completa y teléfono para posterior comunicación.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

Los trabajos aceptados quedan a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para su posterior utilización.

*Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación por cualquier medio sin citar la fuente*

*Documentos de Enfermería no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los artículos, siendo responsabilidad exclusiva de sus autores.*

## INVESTIGACION EN ENFERMERIA

Ante una sociedad en continua evolución, que origina cambios en el Sistema Sanitario, la Enfermería ha de seguir avanzando para continuar incrementando su marco teórico de conocimientos y por tanto su referencia profesional, así como la asunción de nuevas funciones, sin renunciar nunca a las ya desempeñadas e históricas.

Esta situación provoca la potenciación de dos conceptos como la Formación Continuada y la Investigación en Enfermería.

Estos dos conceptos, que se han de incluir de forma inmediata y activa en la Cultura de la Empresa de Salud, son los pilares básicos para conseguir unos objetivos asistenciales con una base científica en la actuación diaria y a su vez son garantía de unos niveles de calidad.

De igual forma la Investigación en Enfermería potencia la competencia profesional y la actitud de cambio ya que ofrece el soporte conceptual en la atención al usuario y la elaboración de modelos de cuidados.

A su vez refuerza la capacidad docente del profesional de Enfermería en los programas de

postgrado, así como con los alumnos en prácticas en sus centros de trabajo.

Por lo tanto, asumida la rentabilidad de la Investigación en Enfermería, se ha de potenciar la misma dentro de la cultura profesional, tanto desde las instituciones laborales, sociales, docentes, así como desde la misma entidad colegial.

Se ha de favorecer los trabajos científicos de los Cuidados de Enfermería, que conduzcan a su vez a la presentación de ponencias o comunicaciones en Congresos Científicos. De igual forma se debe apoyar la realización de publicaciones.

El desarrollo de esta cultura profesional nos llevará indudablemente al incremento de nuestra capacitación científica, la captación de nuevos conocimientos y nuevas tecnologías que nos conducirá a la ampliación de nuestro plan de estudios e inequívocamente a una licenciatura así como a un doctorado, e igualmente al desarrollo de las especialidades profesionales.

A. Alejandro Cordero Gómez.

DIRECTOR. D.U.E. ESPECIALISTA EN ANÁLISIS CLÍNICOS

## JOSÉ SEDA

### II PREMIO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA «CIUDAD DE HUELVA»

Viene en esta ocasión a esta sección nuestro compañero José Seda Diestro, Colegiado nº 2912, que con el trabajo **“Incidencia del traslado de enfermos intercentros. En los indicadores de calidad asistencial científico-técnica”** se ha hecho acreedor del galardón de ganador del II Certamen de Investigación de Enfermería “Ciudad de Huelva”, convocado por el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.

La concesión del mencionado galardón se ha realizado, según acta del jurado del mencionado Certamen, en base a los siguientes criterios:

- Originalidad.
- Rigor científico.
- Identificación con el trabajo de Enfermería.

Se ha de destacar, que tanto la elaboración del trabajo premiado como de otros realizados por el compañero José Seda Diestro son de elaboración propia, sin el apoyo de institución y organización alguna a excepción del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, por lo que mayores retos han sido los que ha debido de superar nuestro galardonado compañero.

Felicidades y animo en la consecución de nuevos objetivos.

#### ESTRUCTURA DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN

**SUMARIO.** Propósito de la investigación. Contenidos. Resultados. Conclusiones. Hipótesis de trabajo.



personas



**INTRODUCCIÓN.** Antecedentes que originan la investigación. Otras obras y autores sobre el tema. Descripción del problema que se trata. Definición de la hipótesis de trabajo.

**MÉTODO.** Procedimiento seguido. Datos de interés. Variables y medidas de control.

**RESULTADOS.** Resultados obtenidos. Forma de computación de los datos. Gráficos consecuentes.

**DISCUSIÓN.** Contrastación de los resultados con la hipótesis de trabajo.

**CONCLUSIONES.** Síntesis de los resultados del estudio. Vías de continuación de la investigación. Posibles soluciones al problema estudiado.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..NOTAS Y AGRADECIMIENTOS.**



## II PREMIO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA «CIUDAD DE HUELVA»

# INCIDENCIA DEL TRASLADO DE ENFERMOS INTERCENTROS. EN LOS INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL CIENTÍFICO-TÉCNICA

JOSÉ SEDA DIESTRO

Colegiado n.º 2912 - Huelva

## ANTECEDENTES DE INTERÉS SOBRE EL TEMA. INTERÉS CIENTÍFICO PRÁCTICO.

Objetivos del presente informe de investigación son el estudio de las condiciones en las que se realizan los traslados intercentros y su incidencia en los indicadores de calidad asistencial científico-técnica.

Tras detectar algunas circunstancias concurrentes en los traslados que potencialmente podrían influir de forma negativa en los indicadores de calidad científico-técnica, se ha estimado conveniente sugerir e indicar algunas posibles soluciones a la problemática detectada.

El estudio que nos ocupa se desarrolla en el Hospital (X), analizando las condiciones de traslado de enfermos desde el Hospital (X) hacia las diversas áreas de hospitalización del Hospital (X).

Se detallarán y analizarán un total de cincuenta traslados, con la ayuda de un cuestionario diseñado a tal efecto. En dicho cuestionario se han incluido todas las variables potencialmente relevantes, que permitirán describir exactamente, cual es el estado que presenta el enfermo al ingresar en una unidad, tras haber sido trasladado desde el Hospital (X). Tras el análisis de los datos obtenidos, se relacionarán con los indicadores de calidad asistencial científico-técnica considerados.

Tras el registro, análisis y estudio de

los datos obtenidos, podremos evidenciar si son realmente deficientes las condiciones en las que se realizan los traslados intercentros en el área estudiada, y en el caso de ser así, su influencia sobre los indicadores de calidad asistencial científico-técnicos.

Una vez que estudiados un número suficiente y representativo de traslados y analizada su incidencia sobre los índices de calidad asistencial científico-técnica, dado el vacío existente en esta materia (sólo un artículo en CD-ROM consultado), hemos considerado necesarias dos actuaciones de manera preferente. Estas son:

- Protocolización de los traslados internos e intercentros de pacientes, y
- Elaboración y empleo sistemático de una hoja específica de condiciones del traslado.

Con ello se intenta aportar soluciones a un problema real e importante, en el cual Enfermería está directamente implicada.

## INTRODUCCIÓN

### ANTECEDENTES QUE ORIGINAN LA INVESTIGACIÓN

No es difícil comprobar que cada día son más frecuentes las evacuaciones de enfermos tanto a hospitales de referencia como en traslados internos (2), fundamentalmente para pruebas diagnósticas y tratamiento especializado (TAC, Resonancia Magnética, Ra-

dioterapia, Rehabilitación, Radiología Vasculare e Intervencionista, Medicina Nuclear, E.E.G., Radiología simple ...). Estos traslados resultan inevitables debido a la tecnificación actual de la medicina que requiere un gran número de pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado, así como por la estructuración hospitalaria actual.

Es opinión generalizada entre el personal de enfermería encargado de recibir a los pacientes tras haberse efectuado el traslado, que con una frecuencia mayor a la que sería de desear, **las condiciones en las que se realizan los traslados intra o intercentros de enfermos no son las más adecuadas.**

Nos referimos concretamente al caso que a todos los profesionales de enfermería en áreas de hospitalización nos ha ocurrido más de una vez: Enfermo que abandona la unidad para acudir a otro servicio, del mismo o distinto centro, y a su regreso nos lo encontramos: a) con una vía venosa obstruida o refluida por el sistema, b) con la bolsa recolectora de orina en el abdomen, c) incorrecta o nula administración de oxigenoterapia prescrita, d) posicionamiento incorrecto, e) sonda nasogástrica con posibilidad de reflujo ...etc. Resumiendo, en la mayoría de las ocasiones, cuando el paciente abandona la unidad se produce una discontinuidad en los cuidados, origen de las deficiencias apreciadas en los traslados.

En determinados hospitales la frecuencia de traslados es elevadísima,

por lo que el problema que nos ocupa puede generar consecuencias de apreciable magnitud tanto en el aspecto asistencial como en el económico.

En el Hospital (X) durante el año 1993 fueron 2.726 (1) los ingresos de enfermos trasladados desde el hospital de referencia (Hospital (X)) utilizando como medio de transporte ambulancias medicalizables. Asimismo desde el Hospital (X) al Hospital (X) se realizaron 149 (1) traslados de enfermos. Igualmente el número de traslados internos (considerando los traslados que tienen lugar en el mismo centro) pueden cifrarse en varios miles anuales, observándose en estos la misma problemática descrita para los traslados intercentros.

mos (2, 3, 4, 8 y 9), incluso enfocándolos desde el punto de vista de prevención de las infecciones nosocomiales, (Manuales de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía), en tratados tanto médicos como enfermeros.

En ningún caso se ha encontrado relacionado el traslado de enfermos intra-centros o intercentros con los indicadores de calidad asistencial científico-técnica.

### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA QUE SE TRATA

El objeto del presente estudio es describir un problema real y actual, analizar sus consecuencias y proponer estrategias para su remisión o solución, con objeto de aumentar la calidad

asistencial, de la que en gran medida Enfermería es responsable. Todo ello partiendo de la premisa, comprobada en el presente estudio, de que el traslado intercentros de enfermos incide negativamente en la mayoría de los indicadores de calidad asistencial científico-técnica (cuadro 1).

A primera vista se puede intuir la importancia de Enfermería en estos indicadores y las consecuencias de un traslado defectuoso en los mismos.

### SITUACIONES MÁS FRECUENTES EN EL TRASLADO INTERCENTROS DE ENFERMOS

■ En pacientes portadores de **sonda vesical** permanente con bolsa recolectora, ésta suele trasladarse colocada sobre el abdomen del paciente. Como consecuencia se produce un reflujo de la orina almacenada en la bolsa hacia la vejiga, excepto si se emplean bolsas con sistema antirreflujo. Cuando se emplea este tipo de bolsas el peligro no desaparece del todo, pues si bien la cantidad de orina refluida será menor existe reflujo de ella, como veremos más adelante. Que existe una relación directa entre la producción de Infecciones del Tracto Urinario (I.T.U.) en pacientes portadores de sonda vesical y el reflujo de orina desde la bolsa recolectora hacia la vejiga, es un hecho suficientemente comprobado en innumerables revistas y tratados médicos y de enfermería (3, 4, 5 y 9).

■ En pacientes donde se ha hecho necesaria la canalización de una **vía venosa**, el sistema de infusión y el frasco de suero frecuentemente se trasladan colocados entre las piernas del paciente o sobre el abdomen de éste. Como consecuencia de este proceder se produce un reflujo de sangre a través del sistema de infusión. La cantidad de sangre que refluya dependerá de varios factores entre los que podríamos citar a modo de ejemplo:

- la presión venosa del enfermo. A mayor presión mayor reflujo.
- la altura de colocación del frasco y sistema. A menor altura mayor reflujo.
- el grado de apertura del mecanismo regulador del flujo. A mayor apertura mayor reflujo.

Una vez que el enfermo es recibido por el personal de enfermería:



### OTROS AUTORES Y PUBLICACIONES SOBRE EL TEMA

Existe gran cantidad de publicaciones, en número superior a cuatrocientas, sobre el tema de «Traslados de Enfermos». La inmensa mayoría hacen referencia a traslados de enfermos en estado crítico, pediátricos o traumatológicos. Sólo tres de las publicaciones consultadas, hacen referencia directa al traslado convencional de enfermos, y dos de ellas tratan sobre consideraciones legales desde el punto de vista de la legislación y jurisprudencia americana. Consultado CD-ROM, (X).

Existen por el contrario, numerosos documentos que tratan sobre recomendaciones para la movilización de enfer-

CUADRO 1
INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL CIENTÍFICO-TÉCNICA
1. ÍNDICE DE UROCULTIVOS SOLICITADOS POSITIVOS CONTAMINADOS
2. ÍNDICE DE FLEBITIS.
3. TASA DE INFECCIÓN HOSPITALARIA.
4. COMPLICACIONES DE DISPOSITIVOS TRANSPLANTES E INJERTOS.
5. TANTO POR CIENTO DE RETORNO AL HOSPITAL DENTRO DE LOS QUINCE DÍAS SIGUIENTES AL ALTA HOSPITALARIA.
6. ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

**A.** Se puede recuperar la permeabilidad del sistema mediante maniobra de aspirado de coágulos. Pero para ello se ha debido abrir un sistema que teóricamente debe permanecer cerrado siempre, facilitando la aparición de flebitis por traumatismo mecánico o mecanismo infeccioso.

**B.** No se puede recuperar la permeabilidad del sistema y como consecuencia de ello se hace necesario la canalización de otra vía con el consiguiente sufrimiento por parte del enfermo, gasto material y tiempo de trabajo del personal de enfermería.

■ Pacientes afectos de diversas patologías que requieren la administración continua de **oxígeno** no siempre son trasladados con el sistema de administración conectado a una fuente portátil de oxígeno. Veamos dos situaciones que se producen con cierta frecuencia:

**A.** Que el enfermo necesite aporte continuo de oxígeno y éste se suspenda durante parte o totalidad del traslado.

**B.** Que el enfermo necesite aporte continuo de oxígeno mediante mascarilla u otro sistema y durante el traslado o parte de éste permanezca "unido" a la mascarilla aunque no al oxígeno. Los resultados catastróficos de esta maniobra son evidentes.

■ Cierta número de pacientes son trasladados con **sonda nasogástrica** conectada a bolsa recolectora con objeto de obtener vaciado gástrico. En algunos casos estas bolsas recolectoras son colocadas durante el traslado sobre el abdomen del paciente, con lo que se invierte el efecto sifón por el que drenan y su contenido vuelve a estómago. Esto puede conducir a un empeoramiento del enfermo por aumento del contenido gástrico o inducción al vómito con riesgo de aspirado. En el caso en el que se empleen bolsas antirreflujo (que no permiten la vuelta del contenido gástrico al estómago), la mala colocación de la bolsa impedirá que se continúe el vaciamiento, y de esta manera se facilite el vómito o se empeore el estado del enfermo. Hemos de tener en cuenta que el empleo de sonda

nasogástrica conectada a bolsa suele darse en pacientes que tienen anulado o disminuido el reflejo tusígeno y del vómito (A.V.C., ictus, etc.), por lo que de existir regurgitación es fácil que se produzca una aspiración con la consiguiente aparición de neumonía por aspiración, complicación altamente frecuente en este tipo de enfermos.



### RELACIÓN ENTRE LAS CONDICIONES DE TRASLADO CON LOS INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL CIENTÍFICO-TÉCNICOS.

**1. Índice de urocultivos solicitados, positivos contaminados.** De la forma de colocación de la bolsa recolectora de orina durante el traslado de un enfermo portador de una sonda vesical dependerá el que se produzca o no reflujo de orina de la bolsa hacia la vejiga (1, 4 y 8). En el caso de que se produzca sería una maniobra que induce y facilita la aparición de I.T.U., con lo cual su relación con el indicador de calidad asistencial es evidente. En el hospital de (X) donde la incidencia de traslados es elevada es una complicación muy a tener en cuenta ya que las infecciones urinarias ocupan el primer lugar con una tasa del 30,5% sobre el total

de las infecciones nosocomiales.

Actualmente se vienen empleando sistemas de bolsa cerrados que impiden que el contenido de la bolsa refluya. Es un sistema de reciente implantación en el hospital antes citado, que presenta grandes ventajas para evitar la aparición de I.T.U. No sólo evitan el reflujo sino que además permiten la obtención de muestras. La válvula que evita el reflujo se encuentra al comienzo de la bolsa por lo que existe un espacio con un volumen considerable (de 45 a 50 c.c. correspondientes a la sonda y conducto de la bolsa) que puede refluir en determinadas condiciones como con la movilización. El empleo de este sistema no permite una mala colocación de la bolsa de una manera sistemática.

**2. Índice de flebitis.** Se ha hecho referencia anteriormente a la posibilidad de reflujo de sangre al sistema de infusión de líquidos en función de la colocación de este sistema durante el traslado. En caso de producirse será necesario desobstruir el sistema mediante aspirado con lo cual además de movilizar algo la vía crearemos una presión negativa en la punta del catéter, pudiendo resultar dañada la íntima del vaso. Asimismo, será necesario abrir un sistema que debe permanecer cerrado. Ambas maniobras, aspirado y apertura, influyen poderosamente en la aparición de flebitis.

**3. Tasa de infección hospitalaria. I.T.U. y flebitis, examinadas en los apartados precedentes.** La tasa máxima presumible de infecciones nosocomiales para el año 1994 se sitúa en el 6,3% (1), no estando publicados los resultados en el momento de confeccionar el presente informe de investigación.

**4. Complicaciones de dispositivos e injertos.** Se pueden considerar en este capítulo las complicaciones de los catéteres I.V., la aparición de flebitis y la obstrucción y cambio del mismo.

**5. Porcentaje de retorno al hospital dentro de los quince días siguientes al alta hospitalaria.** Cuidado con los

pacientes trasladados mediante ambulancia a sus domicilios. Cierta número de enfermos son dados de alta con sondaje vesical permanente y/o prescripción de oxigenoterapia. Si las condiciones del traslado a domicilio no son las adecuadas esto puede condicionar la aparición de I.T.U., descompensación de la patología respiratoria de base, etc, haciendo necesario su reingreso a los pocos días del alta.

**6. Índice de satisfacción de los usuarios.** La relación de este medidor de calidad asistencial con las condiciones de traslado parecen evidentes, ya que la imagen típica del enfermo derivado es preocupante. Además a mejores cuidados más satisfacción y lógicamente mayor calidad.

*Por lo expuesto con anterioridad se establece que los traslados intercentros de enfermos, en las condiciones en las que se realizan habitualmente, inciden negativamente en los índices de calidad científico-técnica.*

Pasemos a Comprobar si esto ocurre o no. de manera rigurosa y científica.

## MÉTODO

### DESCRIPCIÓN DEL PROCESO, DATOS DE INTERÉS Y PROCEDIMIENTO.

Con objeto de comprobar científica y rigurosamente las afirmaciones expuestas en el apartado anterior, pasemos a describir detalladamente las acciones desarrolladas, con objeto de obtener datos fiables para su posterior exposición y estudio.

Analizamos las condiciones de traslado de enfermos desde el Hospital (X) hacia las áreas de hospitalización de Medicina Interna de el Hospital de (X). El presente análisis se llevó a cabo desde el mes de febrero hasta el mes de junio de 1995, tiempo necesitado para obtener una muestra suficiente, válida y representativa.

Se han analizado un total de

50 traslados procedentes del Hospital (X), seleccionados aleatoriamente durante los tres turnos de trabajo (mañana, tarde y noche), con objeto de heterogeneizar la muestra. Al recibir a los pacientes en distintos turnos, no existe el peligro de que sean siempre los mismos profesionales (enfermero emisor, celador emisor, conductor de ambulancia, celador receptor y enfermero receptor pertenecientes a un mismo turno de trabajo) los encargados de realizar los traslados estudiados. Los traslados analizados procedían de distintos servicios del hospital de referencia, urgencias, observación y diversas

áreas de hospitalización. Asimismo, dichos pacientes han sido recepcionados en las diversas alas del hospital de derivación. Con este proceder se garantiza la heterogeneidad de la muestra y pueden controlarse una serie de variables que pudieran artefactar la validez de la presente investigación.

Al llegar el enfermo trasladado, su estado de recepción ha sido analizado por un enfermero con la ayuda de la hoja de registro. Con la ayuda de dicho cuestionario, además de los datos de filiación y diagnósticos (médico y de enfermería si los hubiere), se registran, a su vez, otros datos (CUADRO 2):

CUADRO 2

### HOJA DE REGISTRO

INICIALES DEL ENFERMO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**VIA INTRAVENOSA:**

HEPARINIZADA:	SI: _____ NO: _____
OBSTRUIDA:	SI: _____ NO: _____
RECUPERABLE:	SI: _____ NO: _____
NUEVO ABORDAJE:	SI: _____ NO: _____

**MEDICACION Y FLUIDOTERAPIA:**

SI: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_  
NO: \_\_\_\_\_

**SONDAJE VESICAL:**

SI: \_\_\_\_\_ DRENAJE A BOLSA: \_\_\_\_\_ TAPONADA: \_\_\_\_\_  
NO: \_\_\_\_\_  
POSICIONAMIENTO CORRECTO: \_\_\_\_\_  
NO CORRECTO: \_\_\_\_\_

**OXIGENOTERAPIA:**

PRESCRITA: \_\_\_\_\_ TIPO Y FLUJO: \_\_\_\_\_  
NO PRESCRITA: \_\_\_\_\_  
COLOCADA EN LUGAR ADECUADO: \_\_\_\_\_  
COLOCACIÓN INCORRECTA: \_\_\_\_\_  
CONECTADA A FUENTE DE OXÍGENO: .....  
NO CONECTADA: \_\_\_\_\_

**SONDAJE NASOGÁSTRICO:**

SI: \_\_\_\_\_ A BOLSA: \_\_\_\_\_ TAPONADO: \_\_\_\_\_  
NO: \_\_\_\_\_  
COLOCACIÓN CORRECTA: \_\_\_\_\_  
INCORRECTA: \_\_\_\_\_

**POSICIONAMIENTO DEL ENFERMO:**

PRESCRITO: \_\_\_\_\_  
NO PRESCRITO: \_\_\_\_\_  
POSICIONAMIENTO CORRECTO: \_\_\_\_\_  
INCORRECTO: \_\_\_\_\_

**1. VÍA INTRAVENOSA:** a) si traen canalizada alguna vía intravenosa, b) si viene heparinizada o no, c) si llega obstruida o no, d) si en el caso de llegar obstruida se recupera o no, y e) si es necesario abordar una nueva vía.

**2. MEDICACIÓN EN FLUIDOTERAPIA:** a) si existe y b) el tipo concreto.

**3. SONDAJE VESICAL:** a) si el enfermo lleva sonda vesical, b) con bolsa recolectora de orina o taponada, y c) el posicionamiento de la bolsa recolectora.

**4. SONDAJE NASOGÁSTRICO:** a) si el paciente porta sonda nasogástrica, b) si drena a bolsa o viene taponado y c) si su colocación es la adecuada de acuerdo con la función a desempeñar.

**5. OXIGENOTERAPIA:** a) si el paciente tiene prescrita oxigenoterapia, b) tipo y flujo indicado, c) colocación correcta o incorrecta del sistema prescrito y d) si viene conectado el sistema a una fuente de oxígeno o no.

**6. POSICIONAMIENTO DEL ENFERMO:** a) si tiene prescrito algún posicionamiento concreto, b) el posicionamiento prescrito y c) si cuando lo recibimos el posicionamiento del enfermo es el adecuado.

Con ello se obtiene una serie de datos que se expondrán en el apartado de resultados.

## RESULTADOS

Los datos obtenidos durante la fase de observación fueron los siguientes:

### VÍA INTRAVENOSA:

De 50 casos estudiados, 41 portan una vía intravenosa, y el resto, 9 no portan vía intravenosa. (GRÁFICO 1.A).

De estos cuarenta y un enfermos portadores de vía intravenosa, 9 vienen con la vía heparinizada, mientras que el resto 32, 78%, traen la vía sin heparinizar. (GRÁFICO 1.B).

De los treinta y dos enfermos que poseen vía intravenosa sin heparinizar, 28, el 88% llegan con la vía obstruida. (GRÁFICO 2.A).

De las 32 vías sin heparinizar, 17, el 53 %, tuvieron que ser recanalizadas. (GRÁFICO 2.B).

### MEDICACIÓN Y FLUIDOTERAPIA:

De 50 casos estudiados, 32 pacientes nos llegan con sistema de infusión, de los cuales 27, el 84%, es para mantener vía. De ellos, 4 tenían prescrita Eufilina una ampolla a pasar en ocho horas y el restante, 1, Trangorex según pauta, (este último con sistema de perfusión mediante bomba, pero no portaba bomba de infusión continua). (GRÁFICO 3).

### SONDA VESICAL:

De 50 casos estudiados, 24 enfermos, portan sonda vesical conectada a bolsa, lo que supone un 48%. El resto, 26, no porta sonda. (GRÁFICO 4).

De los veinticuatro casos registrados, portadores de sonda vesical conectada a bolsa, 24, o sea el 100% de los casos, trae la bolsa colocada encima del abdomen.

### OXIGENOTERAPIA:

De cincuenta enfermos trasladados estudiados, 34 tienen prescrita oxigenoterapia. De estos, 27, el 79,41%, traen el sistema prescrito y 7 no.

De los 34 enfermos con prescripción de oxigenoterapia, 33, el 97,05% no llegan conectados a fuente de oxígeno portátil. (GRÁFICO 5).

Solo 1, viene conectado a fuente de oxígeno, aunque la prescripción es «Ventimask al 40%, a seis litros por

minuto», y llega con Ventimask al 35%, a dos litros por minuto (¿?).

### SONDAJE NASOGÁSTRICO:

De cincuenta casos estudiados, 8, el 16%, porta sonda nasogástrica. El resto, 42, un 84%, no la porta.

EL 100%, los ocho casos, traen la sonda nasogástrica conectada a bolsa colocada encima del abdomen (GRÁFICO 6).

### POSICIONAMIENTO DEL ENFERMO

De los cincuenta casos, 10, traían prescripción de «cama incorporada a 45°», y los diez aparecen con la camilla elevada en esa angulación, aunque más difícil de definir es si traen sólo la

cesario manipular el catéter en un 90,24% de las ocasiones. En 28 ocasiones por obstrucción de la vía y en 9 por la colocación de obturador tras heparinización. En 17 ocasiones, de 28 vías obstruidas, se hizo necesario un nuevo abordaje. (Alternativas a la manipulación de catéteres intravenosos en el siguiente apartado). La manipulación de los catéteres intravenosos está altamente correlacionada con la aparición de flebitis.

3. A un 64% de los enfermos estudiados, les era necesario la administración continua de oxígeno. El 97,05% de estos enfermos llegan a la unidad sin conexión a fuente de oxígeno, por lo que existe un cese en la administración de



cabeza o todo el cuerpo con la posición indicada.

## DISCUSIÓN

Pasemos a relacionar los datos obtenidos con la hipótesis mantenidas en el presente informe de investigación enfermera.

1. Del total de enfermos estudiados un 48% porta sonda conectada a bolsa recolectora de orina. De este porcentaje, un 100% de los casos trae la bolsa colocada encima del abdomen del paciente. Se ejecuta pues, una maniobra altamente correlacionada con las infecciones del tracto urinario.

2. Un 82% de los enfermos estudiados, llevan colocado un catéter intravenoso. De estos enfermos es ne-

éste. Esto implica un cese en los cuidados básicos tanto médicos como de enfermería, incidiendo negativamente en la evolución del paciente.

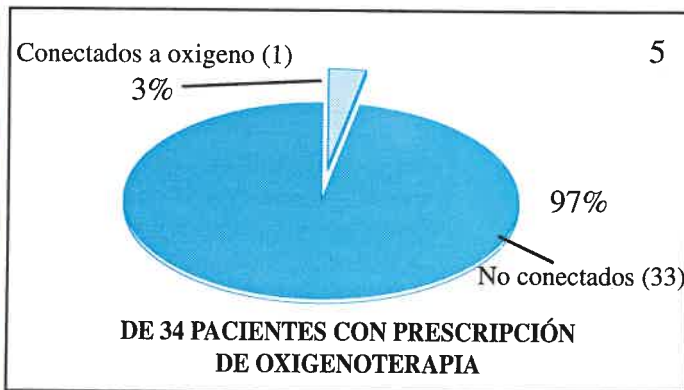
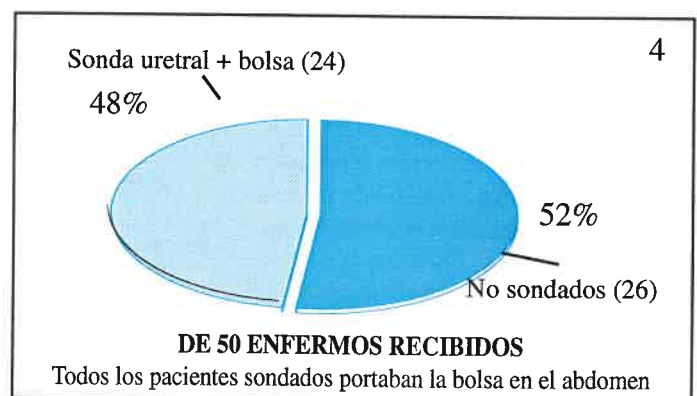
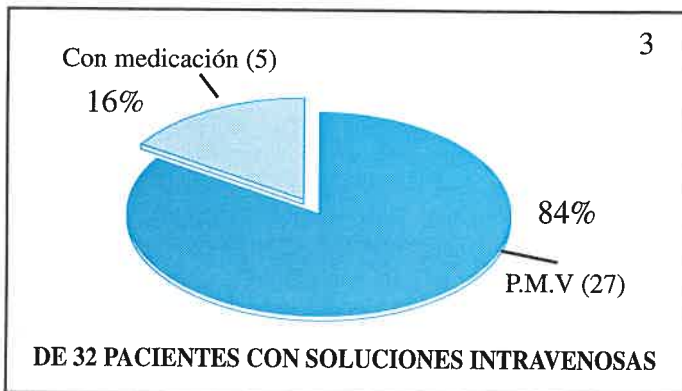
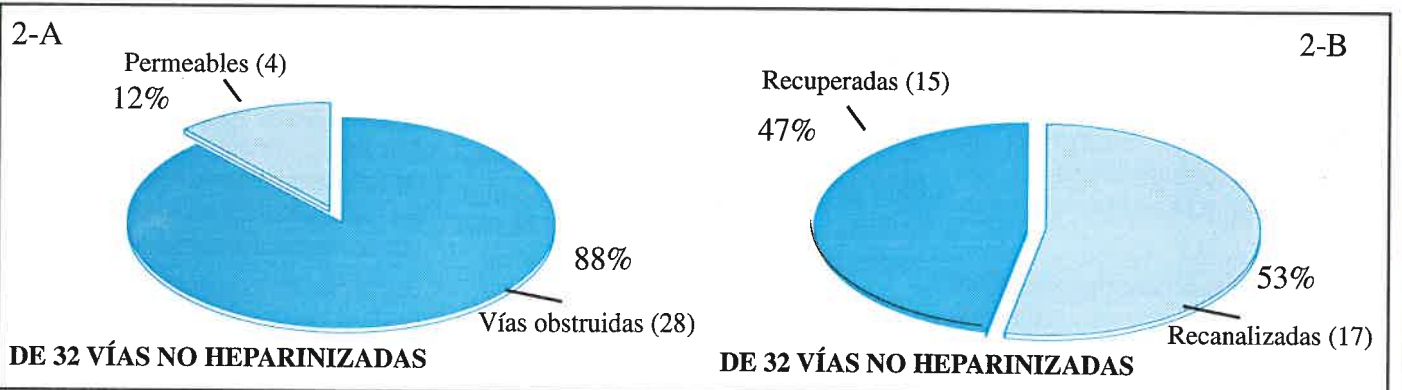
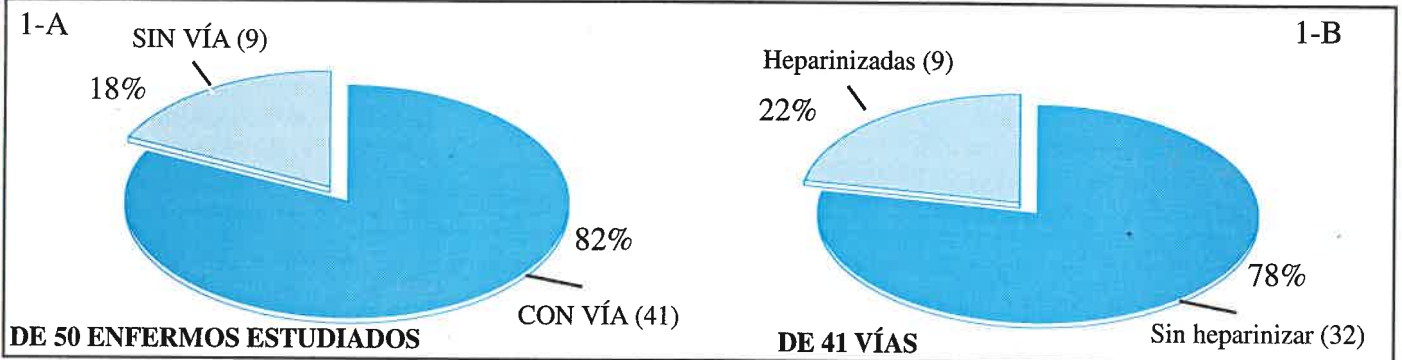
4. El 16% de los enfermos estudiados llevaban colocada una sonda nasogástrica. En el 100% de los casos la bolsa conectada a ella permanecía sobre el abdomen del paciente. Esta maniobra es potencialmente peligrosa e inductora de importantes complicaciones.

5. Un 20% de los casos estudiados tenían prescrito un posicionamiento concreto, cama a 45°. Todos estos enfermos, y los demás también, llevaban el cabecero de la camilla elevado unos 45°. Creemos necesario, en posteriores estudios, el análisis detallado de este dato tan optimista.

6. Por último, del total de casos estu-



INCIDENCIA DEL TRASLADO INTERCENTROS EN LOS INDICADORES DE CALIDAD CIENTÍFICO TÉCNICA



diados, un 64% de enfermos llegaron con infusión continua intravenosa, En el 87,5% de estos casos la infusión era simplemente para mantener vía (P.M.V.). ¿Perfusión imprescindible?

(Alternativas en el siguiente apartado). Un traslado complicado innecesariamente repercute negativamente en la SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

Por lo anteriormente expuesto, pare-

ce claro que **las condiciones en las que se realizan normalmente los traslados de enfermos intercentros, incide negativamente en los índices de calidad científico-técnica.**

## CONCLUSIONES

Tras evidenciar que las condiciones en las que normalmente se realizan los traslados intercentros, no son satisfac-

torias e inciden negativamente en el propio paciente y en los índices de calidad científico-técnica, se hace necesario indicar posibles vías de continuación de la presente investigación, así como algunas sugerencias para intentar dar solución a la problemática descrita.

## El traslado debería ser competencia del personal de enfermería.

Estas modificaciones, y algunas más, son totalmente deseables e imprescindibles esperando que en un futuro no muy lejano se conviertan en realidad. Mientras tanto, creemos que sería útil aplicar de manera inmediata una serie de medidas encaminadas a solucionar algunas de las dificultades descritas en este informe.

Como continuación/complemento del presente informe de investigación, está la clásica replicación del presente estudio en diferentes momentos y lugares, con objeto de cimentar las conclusiones expuestas con anterioridad. También cabe considerar la posibilidad de introducción de otras variables para su estudio.

■ Parece que la **solución ideal** para el problema descrito y estudiado en este trabajo de investigación enfermera, pasaría por realizar el traslado en condiciones tales que garanticen la continuidad de los cuidados ofrecidos al paciente. Para ello sería necesario la introducción de algunas modificaciones como serían:

- Protocolización de los traslados internos e intercentros.

- Confección y utilización sistemática de una *hoja específica de condiciones del traslado*, que garantice la continuidad de los cuidados.

- *Actualización definitiva del parque de ambulancias* eliminando las anticuadas de techo bajo, sustituyéndolas por aquéllas ajustadas a la normativa actual.

- Cursos de *formación del personal* que interviene en el traslado. En circunstancias ideales, el traslado debería ser competencia del personal de enfermería.

- *Modernización* de las camillas hos-

pitalarias, sustituyéndolas por camillas articuladas, con soporte de sueroterapia, oxigenoterapia, de bolsas de drenaje, etc., así como *de todo el material* utilizado durante el traslado.

máximo la aparición de flebitis. Para conseguir estos objetivos se propone el empleo sistemático de llaves de tres pasos, de manera que en el momento del traslado se ocluya el paso correspondiente a la línea de infusión. Con ello, cuando se trata de vías periféricas (bránulas de diversos calibres) el corto trayecto de la cánula queda lleno de fluido sin que se pueda obstruir por coágulos.

En el caso del uso de vías centrales se seguiría el mismo procedimiento pero además sería necesario inyectar una solución de heparina sódica al 1% (10 u.i. diluidas en 1 ml de suero salino fisiológico), hasta llenar el trayecto de la llave de tres vías y el catéter central. A modo de orientación las cantidades de solución de heparina sódica al 1% a inyectar en función del tipo de catéter y del de llave de tres vías serían.

TIPO DE CATETER.	LLAVE DE TRES VIAS CON ALARGADERA.	SIN ALARGADERA.
DRUM	1,8 c.c.	1,1 c.c.
DRUCAFIX	1,8 c.c.	1,1 c.c.
YUGULAR	1,5 c.c.	0,8 c.c.
SUBCLAVIA	1,5 c.c.	0,8 c.c.

(Se incluyen 0,1 c.c de margen de seguridad).

## La solución ideal pasaría por realizar el traslado en condiciones tales que garanticen la continuidad de los cuidados ofrecidos al paciente.

- Líneas de Infusión.

- Sondajes vesicales.

- Administración de oxígeno y posicionamiento del enfermo.

- Sondaje nasogástrico.

### LÍNEAS DE INFUSIÓN.

Las modificaciones que se incluyen van encaminadas a evitar las recanalizaciones por obstrucción de la vía intravenosa así como de reducir al máximo las manipulaciones de la misma, como estrategia para reducir al

Es importante indicar en las observaciones de enfermería que la vía se encuentra heparinizada, para extraer la solución de heparina antes de continuar con la fluidoterapia indicada, ya que aunque se trate de pequeñas cantidades de anticoagulante, su administración repetida sin su extracción podría dar lugar a problemas de coagulación.

El hecho de tener que heparinizar las vías centrales es debido a la posibilidad de obstrucción tras la interrupción del flujo aunque estas vías queden llenas de suero. Probablemente sea de-

bido a la mayor flexibilidad del cateter y a estar colocadas en venas de superior calibre que ejercen un mayor efecto aspirativo (efecto venturi).

Asimismo, se desaconseja la obturación de las vías intravenosas por ser una maniobra con alta probabilidad de producir flebitis.

Las **ventajas** que se obtendrían de introducirse estas recomendaciones en vez de utilizar obturadores, o simplemente colocar el sistema de infusión encima del enfermo, serían:

- Disminución del riesgo de provocar flebitis yatrogénicas al reducirse sustancialmente las manipulaciones de las vías intravenosas.

- Ahorro de material al no tener que emplear un nuevo sistema de infusión completo cada vez que se restaura la perfusión intravenosa.

- Ahorro de tiempo para el personal de enfermería al suprimirse los procesos antes señalados.

- Aumento significativo en la calidad asistencial y satisfacción del usuario, al evitarle desagradables complicaciones y manipulaciones innecesarias.

Determinado tipo de medicación frecuentemente utilizada (Solintrina, Eufilina, Dopamina, Amiodarona...), necesita la infusión continua y sin interrupciones para no interferir sustancialmente en su farmacocinética y efecto. Por lo tanto en estos casos se hace necesario garantizar la correcta perfusión durante el traslado, estando totalmente contraindicado el cierre, heparinización u obturación de la vía intravenosa.

En el caso de no poder suspender la administración de medicación por vía intravenosa, se recomienda la utilización de algún sistema dosificador, para garantizar la correcta perfusión y evitar

accidentes que puedan conducir a la sobredosificación. Esto puede producirse al manipular el sistema dosificador normal para ajustar el ritmo de perfusión o accidentalmente al correr la rueda dosificadora y dejar la línea de infusión completamente abierta. Estos enfermos que necesitan aporte continuo de medicación por vía intravenosa deberían ser acompañados en los traslados por personal competente y cualificado.

### SONDAJES VESICALES.

Se considera necesario el uso de pinzas o clamps en la misma sonda para eliminar la posibilidad de reflujo de orina durante el traslado, ya que se moviliza al enfermo en varias ocasiones con objeto de colocarlo en la camilla y posteriormente ubicarlo en la ambulancia.

Señalemos que en algunos casos se hace necesario mantener abierto el sistema para evitar la obstrucción de la sonda vesical, como por ejemplo en enfermos con emisión de orina hematórica o residuos tisulares.

### ADMINISTRACION DE OXÍGENO Y POSICIONAMIENTO DEL ENFERMO.

Como primera y más urgente solución al problema de la incorrecta administración de oxigenoterapia y posicionamiento del enfermo el traslado, se propone introducir en la orden de evacuación de enfermos (mod. X) la pauta de administración de oxigenoterapia y posicionamiento del enfermo durante el traslado. El enfermero emisor debe estar presente en el momento del alta y comprobar que el personal encargado de trasladar al paciente conoce estas indicaciones y se cumplen. Nunca darlo por supuesto. Es necesario su comprobación.

### SONDAJE NASOGÁSTRICO.

En caso de poder obtener la sonda, se obtura sin más y se procede al tras-

lado no sin antes fijar bien la sonda nasogástrica para que no salga a causa de movimientos bruscos.

Si es imprescindible la bolsa recolectora de contenido gástrico, se hace necesario la especificación de este dato al personal encargado del traslado y comunicación escrita en la hoja de traslado.

Por todo lo expuesto con anterioridad, se hace necesario y como medida más urgente e inmediata, la utilización de la hoja de evacuación de enfermos (mod. X) como soporte escrito para especificar las condiciones en las que se debe de realizar éste. Asimismo el enfermero emisor debe de garantizar que el enfermo abandona la unidad en las condiciones adecuadas y que el personal que lo recepciona conoce las indicaciones específicas del traslado.

Como medida ideal se propone la **PROTOCOLIZACIÓN DE LOS TRASLADOS INTERIORES E INTERCENTROS Y LA CONFECCIÓN Y EMPLEO SISTEMÁTICO DE UNA HOJA ESPECÍFICA DE CONDICIONES DE TRASLADO.**

Podemos intuir el papel fundamental a desarrollar por Enfermería en esta importante cuestión.

#### «NOTAS Y AGRADECIMIENTOS».

Agradezco a Doña Isabel Garrido Díaz-Malaguilla y a Don Luis López Rodríguez su colaboración y apoyo en todas y cada una de las bases del presente estudio de investigación. Sin su ayuda no hubiera podido realizar este trabajo.

Este trabajo no ha sido apoyado ni financiado por ninguna institución, por lo que debe ser considerado como actividad a título personal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MACÍAS SEDA, JUANA. «TRANSPORTE SANSANITARIO». ENFERMERIA CIENTIFICA. NÚMERO 73. ABRIL 1988.
- (2) «MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN HOSPITALARIA». CONSEJERÍA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA. 1994.
- (3) GOLEMADO, M; SAMON, A; JIMÉNEZ CRUZ, F. «LA INFECCIÓN URINARIA». CUADERNOS DE INFECCIÓN HOSPITALARIA. ROUSSEL 1994.
- (4) HAROLD, C; NEU, M.D. «URINARY TRACT INFECTIONS». THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE. VOL. 92. SUPL. 4.A.
- (5) DESFORGES, J.F. «CURRENT CONCEPTS». NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. OCTOBER. 1993.
- (6) BARCELO, P. «TEMAS ACTUALES EN UROLOGIA Y NEFROLOGIA». FUNDACIÓN PROMEDIC 1994.
- (7) «TRASLADO DE ENFERMOS A OTRO HOSPITAL». NURSING 1, 7, 1992.
- (8) «TRANSPORTE DE ENFERMOS Y HERIDOS. TÉCNICAS DE MOVILIZACION Y TRANSPORTE DE ENFERMOS». ROL, REVISTA DE ENFERMERIA, NÚMERO 105, MAYO DE 1987.

# JOSÉ MARIO GUZMÁN GUZMÁN

Presidente del Comité Organizador y Científico  
del VIII Congreso de Neumosur - Enfermería



Traemos a estas páginas a José Mario Guzmán, Enfermero Supervisor de Respiratorio/Infeccioso del Hospital Infanta Elena de Huelva, para hablar sobre el papel desarrollado por la Enfermería Onubense en el Congreso de Enfermería Respiratoria y Cirugía Torácica del Sur —Neumosur-Enfermería— que se ha celebrado en nuestra ciudad durante los días 21, 22 y 23 del pasado mes de Marzo, junto con el XXII Congreso de Neumólogos del Sur, y que reunió a más de cien enfermeros procedentes de Andalucía, Canarias y Extremadura, de las distintas áreas respiratorias: consultas, hospitalización, quirúrgica, pruebas funcionales, etc.

**¿Con qué objetivo se organiza el Congreso en Huelva?**

En primer lugar, como delegación de la Sociedad Científica Neumosur para la organización de su Congreso anual, es la de actualizar y divulgar los últimos conocimientos científicos en el área respiratoria, sirviendo de vehículo para la interrelación entre profesionales de distintas procedencias y áreas. Y en segundo lugar como reto organizativo, pues históricamente hemos tenido que salir de nuestra provincia cuando se ha tratado de eventos de este tipo.

**¿Cuál ha sido la participación de la Enfermería Onubense en este Congreso?**

Dejando al margen a los profesionales sobre los que han recaído la organización, Huelva ha estado en la tónica general del resto de las sedes de Congresos en cuanto a asistencia local. No así en el aspecto científico, donde el comportamiento ha sido modélico, tanto por el número de comunicaciones libres aceptadas para su lectura, como por las moderaciones de mesas delegadas o la participación en el comité científico. Siendo de destacar la colaboración prestada por la Escuela de Enfermería en este aspecto.

Por último, se apostó por la proyección de determinados profesionales de nuestra provincia en vez de traerlos de fuera, no por una cuestión de coste sino de prestigio y labor profesional desarrollada desde hace mucho tiempo.

Manifestándose en la conferencia inaugural confiada a María del Valle López Santos y en la Mesa Multidisciplinaria sobre Cuidados Paliativos con Cinta Palomar Gallardo, Sergio Juan Jordán, Juan Antonio Virizuela Echaburu, Vicente Colombo Albiol y Pedro Pino Moya. Pudiendo decir, a toro pasado, que la apuesta fue un éxito, encontrándose estas participaciones entre las más comentadas por los asistentes.

**¿Los trabajos que se han presentado han requerido una selección previa?**

*El tema central del congreso nos hace reflexionar sobre los cuidados que precisa una población cada vez más longeva que requiere una mayor calidad de vida.*

Los miembros del comité científico, formado por representantes de todos los Hospitales de nuestra provincia, de la Escuela de Enfermería y de la Sociedad, dedicó muchas horas en la confección del programa definitivo, selección de comunicaciones y decisión de los premios.

Aunque pienso, tras esta experiencia, que el nivel de los Congresos, es en cierto modo el nivel de la Enfermería. La organización sólo aporta el soporte técnico necesario para la realización de los actos científicos. Los cuales dependerán o bien del prestigio o del dinero con que se cuente. Es decir, o pago y

me traigo lo mejor del momento o me arriesgo a recibir lo que llegue movido por la cuantía de los premios o el prestigio que de la sociedad. Siendo una pena que el esfuerzo realizado por todos los participantes no se reflejen en baremos oficiales y que el currículum sirva de poco en la organización laboral.

Por último debo decirte que las comunicaciones leídas fueron aceptadas por un Comité muy riguroso, las cuales se ganaron posteriormente, el respeto de los congresistas. Y evidentemente se rechazaron algunas comunicaciones.

**Respecto a los trabajos presentados, ¿se han editado algún tipo de premios?**

Además de los tradicionales premios de la Sociedad consistentes en 30.000 pts. a la mejor Comunicación Libre y dos matrículas gratuitas para el siguiente Congreso a la segunda, en Huelva se añadieron 50.000 pts. aportadas por el Consejo Andaluz de Enfermería (C.A.E.), y se firmó un acuerdo con el Laboratorio ASTRA de dos becas de 50.000 pts. para las siguientes ediciones. Con lo cual, el IX Congreso que se celebrará en Jaén el año próximo contará con una dotación presupuestaria destinada a premios de más de 200.000 pts.

Considero importante que el apoyo económico comience a llegar tras ocho ediciones, pues manifiesta el nivel que adquiere la Sociedad y su Congreso con el transcurso del tiempo. El hecho de que la masa social aumente junto a



los índices de participación, muestra que las cosas se están haciendo bien, que las personas repiten por que le sigues aportando cosas nuevas. Es triste ver la cantidad de certámenes y reuniones con grandes bolsas en premios que desaparecen a las pocas ediciones.

Desgraciadamente, en esta edición los premios se fueron de Huelva, concretamente para el Hospital Reina Sofía de Córdoba por su trabajo titulado «*Los drenajes posturales en el postoperatorio torácico*» y al hospital Universitario de Granada por el titulado «*La apnea del sueño en ancianos*».

#### ¿Cómo ha sido la colaboración de las instituciones onubenses?

Muy buena. Tanto los organismos públicos, Ayuntamiento y Diputación, sensibles a los beneficios que genera una ciudad de congresos, como las empresas privadas. Es de resaltar las empresas del polo químico: TIOXIDE EUROPE y ERTISA, por su apuesta medioambiental manifestada en el apoyo de un Congreso de Respiratorio.

El Colegio de Enfermería no solo nos ofreció sus instalaciones y estructura desde el primer día, sino que gestionó las ayudas del C.A.E. y fue medio de transmisión de la información precongresual.

La Escuela de Enfermería y los Hospitales Infanta Elena y Juan Ramón Jiménez, por sus apoyos científicos, técnicos y económicos, así como de aque-

llos laboratorios sensibles con enfermería, representados por ASTRA como máximo colaborador del Congreso.

Todos estos organismos, expresados en últimos términos, por las personas que los gestiona, permitieron la realización de un acto satisfactorio, presentando una imagen nueva de Huelva a todos aquellas personas que nos honraron con su presencia.

#### ¿Cómo repercute en los profesionales y pacientes de Huelva este tipo de congresos?

Hemos conseguido vender profesionalidad fuera, y ésta es la mayor aportación que hemos podido dar. La satisfacción de los congresista respecto a los aspectos organizativos y la proyección científica de las personas participantes ha sido excelentes.

Estos actos permite la apertura de horizontes. Yo no concibo a un profesional que después de diez años en un mismo servicio sólo conozca a sus compañeros de trabajo, no concibo que un profesional no esté abierto al mundo, renunciando a la comunicación interpersonal con compañeros de otros centros, con líneas de trabajo y organizaciones diferentes, no lean revistas científicas o se afilien a asociaciones gremiales.

Por otro lado, permite descubrir que la investigación en enfermería es posible. No solamente son registros lo que hay que hacer, cosa que es importantísima, porque lo que no se

escribe no existe, sino que tenemos que ir mucho más allá, no acomplejarnos ante la vertiente investigadora, pues es algo abierto a cualquier persona con una inquietud mínima intelectual. Los congresos te permiten ver compañeros que han roto esa barrera, máxime cuando no existe un éstamento que se gaste más dinero en formación postgrado que la nuestra.

El usuario es el objetivo último de nuestra actividad profesional, en todo lo realizado es el primer y último objetivo. El tema central del congreso «*La enfermería respiratoria ante la neumología geriátrica*» nos hace reflexionar sobre los cuidados que precisa una población, cada vez más longeva, que requiere una mayor calidad de vida. No se trata de vivir más solamente, sino de vivir más y mejor. Sin olvidar la repercusión social, debida al aumento de coste generado por la población geriátrica en los centros especializados. Máxime en un entorno con una pirámide de población que se va invirtiendo como es la de nuestro entorno.

**Gracias por tu participación en la revista Documentos de Enfermería y desde aquí esperamos que estos Congresos se repitan y la Enfermería onubense siga manifestando su valor dentro de la Enfermería nacional.**

Entrevista: A. Alejandro Cordero Gómez.



## MEMORIA DE ACTIVIDADES (I)

### DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA DE HUELVA DEL AÑO 1995

Uno de los objetivos que marcaban el fin de 1.995 en el seno de la actividad colegial, era la elaboración de una memoria de actividades que recogiera de forma amplia cual había sido la focalización de los recursos humanos y económicos a lo largo de todo un año de actividad colegial.

La presentación de esta memoria se basa en el análisis de todos los ámbitos en que, a grosso modo, se pueden desglosar la tarea de organización y coordinación colegial; sin que exista en ella el ánimo de profundizar en aquellos minuciosos aspectos y detalles, que de forma inevitable surgen en el quehacer diario de una entidad repleta de miembros, de vida y de actividad.

Nace esta memoria con vocación de balance, de estudio y de justificación de todos los esfuerzos que conlleva la organización de una entidad con tan amplia variedad de intereses, así como las tareas de coordinación de un colectivo amplio y con distinta motivación formativo-laboral.

#### FORMACIÓN CONTINUADA

Se puede considerar éste como el ámbito más potenciado de toda la ac-

tividad colegial a lo largo de 1995. El año que nos dejó ha sido un año prolífero en Cursos de Formación, siendo éstos unos de los principales retos que la Junta de Gobierno de este Colegio se marcó; dada la notable aceptación y acogida que la formación tiene en todo el colectivo colegial.

Hemos de resaltar que la totalidad de los Cursos de Formación impartidos a lo largo de este año han contado con subvenciones por parte de la entidad colegial, que han llegado incluso a alcanzar el 100% de su coste en más de una ocasión. Este sistema de subvenciones en Formación Continuada, ha conllevado un marcado esfuerzo presupuestario para la Junta de Gobierno de este Colegio; esfuerzo que todos entendemos merecido dada la aceptación que los Cursos de Formación tienen entre nuestro Colectivo y por el logro de hacer llegar la formación a todos los sectores de la Enfermería Onubense, principalmente a los más desfavorecidos en el plano ocupacional.

La subvención de los cursos ha corrido a cargo del

-Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva: 3.000.000 ptas.

-Consejo Andaluz de Enfermería: 5.000.000 ptas.

A lo largo de 1995 se han impartido en nuestro Colegio 12 cursos con distinta temática, que han dado opción a la formación a más de 650 colegiados; lo cual viene a suponer que a lo largo de 1995, más de un tercio del colecti-



vo colegial ha recibido formación subvencionada por parte del Colegio.

Se ha de destacar que de los 12 cursos impartidos, 5 han tenido como ponentes Enfermeros de Huelva, lo que supone un 42% del total de ponentes.

Con la conciencia de haber cumplido el reto marcado, pasamos a desglosar los distintos cursos impartidos a lo largo de 1995, que se han celebrado en un 92% en el salón de actos de la sede colegial.

#### ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

FECHA. 23-26 Enero 1995.  
HORAS ACREDITADAS. 30.  
Nº DE ALUMNOS. 50.  
PONENCIA: D. Pedro Manuel Salas Iglesias. Colegiado nº 2.840 del Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva.  
SUBVENCION. 100%.

#### ENFERMERIA Y ALZHEIMER

FECHA. Del 6-9 Febrero 1995.  
HORAS ACREDITADAS. 30.  
Nº ALUMNOS. 50.  
PONENCIA. D. Pedro Manuel Salas Iglesias. Colegiado nº 2.840 del Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva.  
SUBVENCION. 100%.

#### CURSO BASICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS.

FECHA. 15-17 Marzo 1995.  
HORAS ACREDITADAS. 15.  
Nº ALUMNOS. 40.  
PONENCIA: D<sup>a</sup> Pilar Leñero Jiménez Colegiada nº 880 del Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva.  
SUBVENCION. 100%.

#### MANEJO SITUACIONES ENFERMOS VIH-SIDA

FECHA. 20-24 Marzo 1.995.  
HORAS ACREDITADAS. 20.  
Nº ALUMNOS 40.

PONENCIA. A cargo de CREFAT:  
-D<sup>a</sup> María Dolores Rodríguez. Técnica.  
-D. Jerónimo Huertas. Psicólogo.  
-D. José Luis González. Médico.  
-D. Rosario Miranda. Psicóloga.  
-D<sup>a</sup> Pilar Miranda. Abogada.  
SUBVENCION. 100%.

#### RESUCITACION CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA.

FECHA. 27-31 Marzo 1995.  
HORAS ACREDITADAS. 40.  
Nº ALUMNOS. 45.  
PONENCIA. D<sup>a</sup> Beatriz Rodríguez Esplandiú. D<sup>a</sup> Gloria M<sup>a</sup> Martínez Marcos.  
SUBVENCION. 80%.

#### I JORNADAS RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL DEL PERSONAL SANITARIO.

FECHA. 3 Abril 1995.  
LUGAR. Casa Colón.  
HORAS ACREDITADAS. 10.

Nº ALUMNOS. 150.

PONENCIA. D. David Cubero Flores. Magistrado. D. Ramón Saez. Abogado. D. Antonio Díaz Cordero. Magistrado. D. Javier Pujol. Magistrado. D. Jesús Fernández Entralgo. Juez. D. Manuel Marchena Gómez. Fiscal. D<sup>a</sup>. Fernanda de Lorenzo. Abogada.

SUBVENCION. 100%.

#### METODOLOGIA DE CALIDAD.

FECHA. 17-21 Abril 1.995.

HORAS ACREDITADAS. 40.

Nº ALUMNOS. 45.

PONENCIA. D. Emilio Ignacio García.

SUBVENCION. 80%.

#### FORMADOR DE FORMADORES.

FECHA. 4, 5, 9,11 Y 12 Mayo 1995.

HORAS ACREDITADAS. 40.

Nº ALUMNOS. 45.

PONENCIA. D<sup>a</sup>. Josefa Lorenzo Martín. Colegiada nº 1.059 del Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva.

SUBVENCION. 80%.

#### ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE ONCOLÓGICO.

FECHA. 15-19 Mayo 1.995.

HORAS ACREDITADAS. 40.

Nº ALUMNOS. 45.

PONENCIA. D. Miguel Marchal.

SUBVENCION. 80%.

#### ESTADISTICA Y EPIDEMIOLOGIA.

FECHA. 22-26 Mayo 1995.

HORAS ACREDITADAS. 40.

Nº ALUMNOS. 45.

PONENCIA. D<sup>a</sup> Francisca María García Padilla. Colegiada nº 2.693 del Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva.

SUBVENCION. 80%.

#### NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

FECHA. 27 Noviembre al 1 Diciembre 1995.

HORAS ACREDITADAS. 40.

Nº ALUMNOS. 45.

PONENCIA. D. José Angel Hevia González.

SUBVENCION. 60%.

#### SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIMARIA.

FECHA. 18-22 Diciembre 1995.

HORAS ACREDITADAS. 40.

Nº ALUMNOS. 45.

PONENCIA. D<sup>a</sup> Miryam Ovalle Bernal.

SUBVENCION. 60 %.

Por último y dentro del apartado de formación destacar que el Colegio, en su intento de acercar al colegiado el mayor número de actos de formación posibles, ha colaborado como intermediario en más de

una treintena de actos de formación organizados por otras entidades, tanto a nivel provincial o regional como nacional; y consistentes tanto en Jornadas, Congresos, Seminarios, Certámenes, Cursos presenciales y a distancia, Premios de investigación, etc...Nuestra labor en este sentido se despliega tanto en la difusión, como en la resolución de consultas o labores de gestión en temas de inscripciones y matrículas.

#### PREMIOS CERTAMENES E INVESTIGACION.

La labor investigadora de la Enfermería Onubense, ha sido fomentada y potenciada desde la actividad colegial a lo largo de 1995, con la adjudicación del **I Premio de Investigación de Enfermería "Ciudad de Huelva"**, cuyo primer premio dotado con 100.000 Ptas, fue compartido por los trabajos **«Psicoprofilaxis en enfermos de cáncer»** y **«Estudio sobre la situación de puerperas y recién nacidos»**, cuyas autoras fueron respectivamente D<sup>a</sup> Dolores Regalado Villalta y D<sup>a</sup> Rocio Gálvez Macías “.

Con el mismo fin se convocó el **II Premio de Investigación de Enfermería "Ciudad de Huelva"**.

Del mismo modo durante 1995 han estado establecidas líneas de ayudas a proyectos de investigación y publicación de los mismos, dotadas con 150.000 Ptas.



*Entrega del Primer Premio de Investigación en Enfermería «Ciudad de Huelva».*

#### BIBLIOTECA

A lo largo de 1995 se ha culminado el proceso de creación de la biblioteca colegial; ha sido éste un laborioso proceso de recopilación, identificación, inventariado y archivo de los más de 300 volúmenes que integran el patrimonio cultural de nuestro Colegio, y que constituye un importante y valioso material de consulta al servicio del colegiado.

Dentro de nuestra biblioteca, se pueden encontrar desde ediciones antiguas de libros de enfermería, colecciones actuales de enfermería científica, enciclopedias de cultura general, tratados de temas de enfermería y Medicina, así como una gran variedad de libros de temática sanitaria variada.

El proceso de creación de la biblioteca colegial ha culminado con la realización de un inventario que contempla todos y cada uno de los volúmenes existentes, así como con la realización de fichas identificativas individualizadas que contienen todos los datos de cada volumen en particular.

De los 310 volúmenes que integran la biblioteca colegial, podemos señalar la existencia de varias colecciones, entre las que destacan:

- Repertorio Cronológico de Legislación, cuyo primer volumen data de 1941.

- Biblioteca de Enfermería Profesional integrada por 16 volúmenes.

- Enciclopedia de Ciencias Médicas con 5 volúmenes.

- Diccionario Enciclopédico de Medicina, que lo integran 6 volúmenes.

- Gran Enciclopedia del Mundo. Integrada por 29 volúmenes

- Nuevo Diccionario Enciclopédico Universal que consta de 15 volúmenes.

- Historia de la Enfermería. 4 volúmenes.

- Urgencias en Enfermería.2 volúmenes.

Integra también el contenido de nuestra biblioteca un gran número de revistas y periódicos, tanto culturales como científicas, que se reciben de forma periódica y que constituyen un interesante material de consulta.



## EL CUIDADO DE LOS ENFERMOS EN LOS PUEBLOS PRIMITIVOS

JOSE MACIAS ESPINOSA

Diplomado en Enfermería. Unidad de Traumatología, Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Es posible que algunas de las primeras ideas relacionadas con el tratamiento médico y los cuidados de enfermería se adquirieran a través de la observación de los animales. Aunque a algunos les costará imaginar que los procedimientos médicos y de enfermería más básicos tengan un origen prehumano, existen indicios en la historia natural que apoyan tal premisa. Los primeros rastros de amor paternal y ayuda mutua proceden de los pájaros y otros animales. En concreto, los animales inferiores se someten a tratamientos médicos

y quirúrgicos adecuados cuando es necesario, se cuidan a sí mismos cuando están heridos o enfermos y se atienden mutuamente.

Con el fin de eludir los estragos de los males y las enfermedades, el hombre primitivo tuvo que aprender a protegerse a sí mismo y encontrar medios de tratamiento y curación. Durante este período de la historia, el hombre estaba mucho más cerca de la naturaleza y se movía por el reino animal sin apenas temor. Observaba ávidamente y aprendía de las prácticas de los animales ante sus dolencias. Incluso los animales intentan aliviar el dolor y eliminar las causas de infección. Se lamen las heridas para limpiarlas; comen hierbas, hojas y otras especies vegetales que actúan como eméticos y purgantes; sumergen sus heridas infla-

madas en el agua, y realizan otras prácticas que tienen efectos significativos sobre su bienestar.

Pero el hombre primitivo no pudo encontrar tratamiento para todas las enfermedades a través del proceso de observación. Igualmente, dicho sistema sólo le permitió identificar las circunstancias naturales más evidentes que producían enfermedad. Sin embargo, consciente por instinto de que existían otros factores causantes de enfermedad, el hombre se volcó en la búsqueda de nuevas respuestas. Su estrecha intimidad con la naturaleza le permitió profundizar en las infinitas formas de vida sobre las que no poseía ningún tipo de conocimiento científico. El hombre

o alma (psique, ánima). Así podían explicarse los fenómenos naturales, incluso los que causaban desastres y enfermedades. Esta creencia básica en el animo abrió la puerta a un mundo todavía más grande en la mente del hombre, el de la imaginación.

La incorporación de la creencia en espíritus, buenos y malos, influyó decisivamente en el desarrollo de las prácticas relacionadas con los tratamientos y remedios. Las ideas de una naturaleza oculta, las supersticiones, se vincularon fuertemente a la etiología de las enfermedades, ya que el hombre primitivo aceptaba el origen sobrenatural de la mayoría de los acontecimientos, incluyendo la enfermedad. Puesto que

el hombre habitaba dos mundos, el visible y el invisible, apareció una combinación de prácticas ocultas y empíricas que creó el clima adecuado para el uso de la magia. El mundo sobrenatural podía afectar, y de hecho afectó, al hombre primitivo.

Dado que la causa de los males y enfermedades se atribuía a espíritus malignos, la curación se intentaba actuando sobre ellos. En consecuencia, surgió un gran cuerpo de sabiduría tribal, que incluía encantamientos, ritos, rituales y conjuros. Con el tiempo, ciertos tipos de síntomas se atribuyeron a la influencia de espíritus concretos y se idearon formas para expulsarlos. El objetivo básico consistía en hacer que el cuerpo del paciente fuera una morada desagradable para el espíritu.

Esto se conseguía por medio de diversas técnicas, algunas de las cuales fueron la base de numerosas prácticas actuales. Con el fin de desalojar al espíritu maligno se golpeaba repetidamente



Estatuilla femenina. Mediados IV milenio. Cernavoda (Rumanía). Museo de Historia, Bucarest.

atribuía a todas estas formas las cualidades que reconocía en sí mismo. Todos los objetos naturales (piedras, ríos, árboles, montañas, el viento) estaban vivos o animados y poseían un espíritu



el área del cuerpo poseída (existe la posibilidad de que la práctica del masaje derive de esta técnica). Las plantas que tenían efectos desagradables se utilizaban para elaborar pócimas que resultaran repugnantes a los espíritus. La expulsión se podía producir de dos formas: por vía intestinal o por la boca; así pues, se escogían y administraban hierbas adecuadas que actuaran como purgantes o como eméticos. Los espíritus malignos que se instalaban en la cabeza debían ser expulsado por orificios practicados en el cráneo. Los cráneos trepanados de hombres primitivos constituyen una prueba de medida extrema. El fuego, los instrumentos candentes y las cataplasmas servían como contra-irritantes para abrasar a los espíritus. Los baños fríos, la transpiración forzada, el ayuno, los malos olores y los ruidos ensordecedores se utilizaban en un intento por expulsar los demonios de los cuerpos poseídos.

La erudición mágica que se iba acumulando se volvió demasiado compleja para que pudiera ser comprendida por el hombre sencillo de la tribu. Así, individuos elegidos, que supuestamente poseían una percepción especial o estaban en contacto íntimo con los espíritus, se dedicaron a dominar e interpretar esta sabiduría en beneficio de la tribu. Estos hombre y mujeres solían pasar por un período de preparación tan largo como arduo. Además, es posible que hubieran vivido alguna experiencia de tipo místico, después de semanas de soledad en comunión con los espíritus o que se hubieran recuperado de una enfermedad o lesión grave. Con el tiempo, estos "hechiceros/as" se convirtieron en los guardianes y divulgadores del conocimiento esotérico; teniendo además un puesto de prestigio dentro de la tribu. "Así comenzó la especialización en el arte de la curación".

**BIBLIOGRAFIA**

1. DONAHUE M.P.; Historia de la Enfermería; Ediciones DOYMA 1985.
2. BERDOE E.; The origin and growth of the healing art; Londres, Swan, Sonnenschein & Co., 1983.
- 3.- SHRYOCK R.H.; The history of nursing: an interpretation of the social and medical factors involved; Filadelfia, WB Saunders Co., 1959.



**BUZÓN**

*Carta del Director*

Estimados compañeros:

Documentos de Enfermería agradece todas las colaboraciones que se nos envían. Rogamos que todas ellas traten de adaptarse a las «Normas para la Publicación» en nuestra revista.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

A su vez os solicitamos que toda la información que poseáis de interés para todos los compañeros, así como la que se genere en vuestro centro de trabajo (presentación de ponencias en congresos, jornadas, realización de cursos, talleres, obtención de premios, publicación de libros, realización de investigaciones, etc., nos la remitáis para poderla publicar en la sección de información.

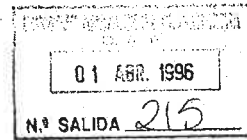
Igualmente os recuerdo que para comunicaros abiertamente con el resto de nuestro colectivo podéis utilizar esta sección de buzón.

Un saludo

Alejandro Cordero



ORGANIZACION  
COLEGIO DE ENFERMERIA  
Consejo Autonómico  
de Andalucía

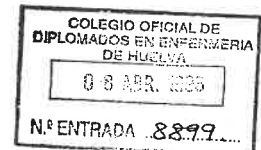


Florentino Pérez Raya  
Presidente

**D.GONZALO GARCIA DOMINGUEZ  
PRESIDENTE DEL CONSEJO EDITORIAL  
DE "DOCUMENTOS ENFERMERIA"**

*Córdoba, 1 de Abril de 1.996*

*Estimado Presidente:*



*Recibo con gran satisfacción la puesta en marcha de la publicación de ese Colegio "Documentos Enfermería", con la que os unis a las restantes publicaciones de los Colegios de Enfermería Andaluces.*

*El contenido de la misma me ha parecido interesante en grado sumo, y espero que los profesionales de Enfermería de esa Provincia sepan valorar el gran esfuerzo que realizáis, para llevar no sólo a esa Provincia sino al resto de España todo lo que acontece en la Enfermería onubense.*

*Quedo a vuestra disposición, informando que en el próximo número del Periódico "Enfermería Actualidad" del mes de Mayo, daré cumplida cuenta del nacimiento de vuestra Revista, que quedará expuesta en el Stand que este Consejo Andaluz de Enfermería presenta en los Congresos y Jornadas que se realizan en nuestra Comunidad Autónoma.*

*Sin más recibir mi más cordial felicitación por este avance Colegial.*





## El mayor banco privado de sangre en Estados Unidos aceptaba donantes con sida

Las autoridades sanitarias norteamericanas han descubierto que el mayor banco privado de sangre, en los Estados Unidos, incumplía sistemáticamente las normas de seguridad, a pesar de la seria advertencia formulada el pasado año por el gobierno federal. El gigantesco United Blood Services, segundo tan sólo a la Cruz Roja, distribuía sangre de donantes seropositivos.

La Food and Drug Administration ha ordenado ya el cierre de tres de sus centros, y continúa investigando violaciones de hasta doscientas normas de seguridad en el resto de la cadena. Entre las más graves figuran: continuar aceptando sangre de donantes seropositivos, continuar utilizando sistemas inadecuados de análisis de sangre, confundir las bolsas y poner etiquetas incorrectas antes de su envío a los hospitales, falsificar expedientes

de los empleados para incluir cursos de seguridad que no habían recibido y mantener sangre sin refrigerar durante periodos superiores a las dos horas.

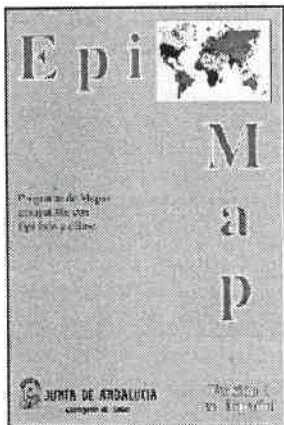
Una funcionaria de la Food and Drug Administration confirmó que «el modo de actuar de este banco de sangre aumenta el riesgo de distribuir sangre contaminada». De hecho, varios enfermos que han contraído sida, aparentemente debido a transfusiones recibidas durante operaciones quirúrgicas, están preparando demandas legales contra United Blood Services.

Las autoridades sanitarias insistieron en que los métodos de selección y análisis de sangre para transfusiones han mejorado

mucho en los últimos diez años, de modo que las posibilidades de contraer sida a través de esa vía han bajado desde una entre 16.000 a una entre 500.000. Pero eso significa todavía un número elevado de casos ya que, cada año, las transfusiones se cuentan por decenas de millones. Las autoridades reconocieron que los bancos de sangre se han confiado más de la cuenta, y las infracciones a las normas de seguridad han aumentado en un 44 por ciento en los últimos dos años. Fundamentalmente consisten en análisis defectuosos o negligencias en el mantenimiento de los registros de donantes y destinatarios.

Fuente: ABC 24-4-96 / pag. 85

### EPI MAP



Epi Map es un programa para micocomputadoras compatibles IBM que produce mapas a partir de archivos de fronteras geográficas y valores de datos introducidos con el teclado o con archivos Epi Info o dBase. Los datos pueden ser cantidades, tasas u otros valores numéricos. En los mapas de trama/color, el valor se representa como una tonalidad o trama de color para cada entidad geográfica. En los mapas de densidad de puntos, se presentan puntos distribuidos aleatoriamente en número proporcional a los valores, para cada entidad geográfica.

También se producen cartogramas, en los que el valor determina el tamaño de cada entidad geográfica. Así, un estado o provincia

podrá ser más pequeño en el mapa si el valor que representa es pequeño (p.ej. casos de SIDA), pero será más grande si el valor es mayor.

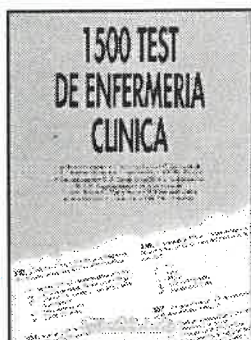
Con Epi Map se sumistran contornos de los mapas y, además, se pueden crear nuevos contornos o modificar los ya existentes. Consisten en una serie de números que representan las coordenadas de las entidades en el mapa. Estas entidades -países, provincias, estados, comarcas, ciudades o edificios- son polígonos que definen fronteras, grabados con un formato especial en el archivo de fronteras. BND (Boundary file), tienen un número de vértices y los nombres de las entidades.

Epi Map ha sido diseñado para trabajar independientemente o en compañía de Epi Info, un sistema de programas de computadora de dominio público para el trabajo en salud pública.

### 1.500 TEST DE ENFERMERÍA CLÍNICA

Las 1.500 preguntas se distribuyen en los siguientes capítulos:

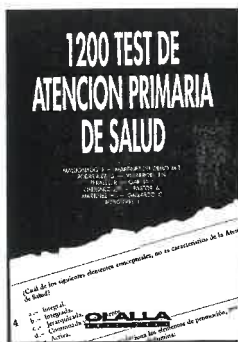
1. Enfermería fundamental.
2. Anatomofisiología.
3. Bioquímica.
4. Enfermería Psicosocial
5. Farmacología clínica
6. Nutrición y Dietética
7. Enfermería Médico-Quirúrgica
8. Enfermería Infantil
9. Enfermería Maternal
10. Enfermería Geriátrica
11. Enfermería Psiquiátrica
12. Administración de Servicios de Enfermería.



### 1.200 TEST DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Las 1.200 preguntas se distribuyen en los siguientes capítulos:

1. Legislación y normativa
2. Concepto de Salud Pública y Promoción de la Salud.
4. Estadística
5. Epidemiología
6. Demografía Sanitaria
7. Investigación
11. Organización y recursos humanos.
12. Relaciones con el paciente
13. Referencia a la atención especializada
14. Planificación Sanitaria
15. Registros y Programas
16. Evaluación



Ambos libros presentan interesantes respuestas comentadas

Estos libros se encuentran en la Biblioteca del Colegio de Enfermería de Huelva a disposición de todos los colegiados.



**DOCUMENTOS DE ENFERMERIA EN EL REGISTRO INTERNACIONAL**

El Centro Nacional Español ISSN de la Biblioteca Nacional, asigna un Número Internacional Normalizado de Publicaciones en Serie ISSN (International Standard Serial Number).

Este número constituye una referencia sencilla y unívoca de identificación de la publicación correspondiente, que facilita su control por parte de todos los agentes implicados, editores, distribuidores y biblioteca, permite una comunicación más eficiente entre los mismo y está ideado para el tratamiento automatizado.

El ISSN está indisolublemente unido al título normalizado, o título clave, de la publicación por lo que cada cambio de título supone la asignación de un nuevo ISSN.

Los elementos de identificación de nuestra revista son:

ISSN 1136-2243

Título clave: Documentos enfermería.

Título abreviado: Doc. enferm.

**PRESENTACIÓN DEL Nº 0 DE DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA**

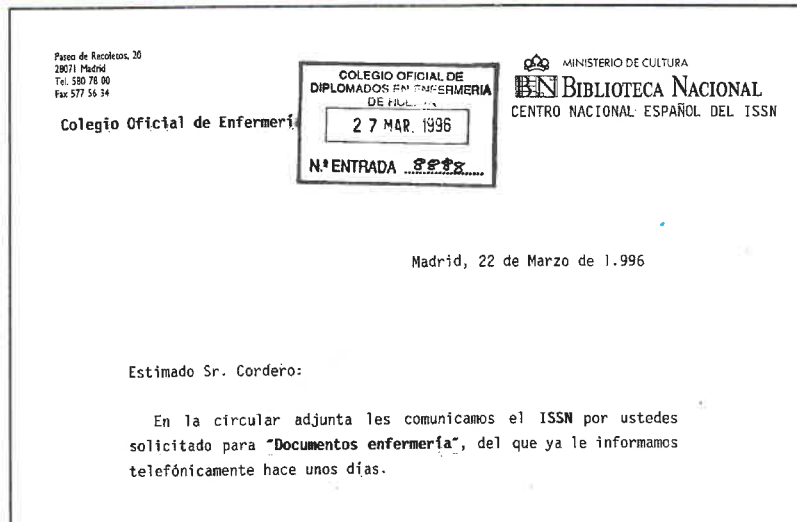
Durante los actos desarrollados con motivo del día de la Enfermería, la junta de gobierno de nuestro Colegio presentó el nº 0 de la revista "Documentos de Enfermería"

La gran acogida que ha recibido "Documentos de Enfermería", tanto en el acto de presentación, como posteriormente a su distribución ha originado que sea preciso aumentar su tirada.

Se han recibido numerosas muestras de adhesión con el proyecto así como solicitudes de inclusión en la relación de distribución.

Es de destacar el esfuerzo que está haciendo el Consejo Editorial de "Documentos de Enfermería" por hacer llegar la revista a todas las bibliotecas de salud del estado, incluyendo todos los hospitales del sistema nacional de salud, así como distritos de salud, bibliotecas universitarias, etc.

Es un proyecto que su desarrollo conlleva un tiempo hasta que su ejecución esté realizada, por lo que solicitamos un margen prudencial para su realización.



INFORMACIÓN

**DIA DE LA ENFERMERÍA SAN JUAN DE DIOS 1996**

La Enfermería Onubense celebró el día de la Enfermería el día 8 de marzo, día de San Juan de Dios.

Los actos organizados a tal efecto por el Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva contaron con una gran participación de público, que mostró una enorme satisfacción por el desarrollo de los actos convocados.

Es de destacar que este año, la afluencia a los actos ha sido muy superior al de años anteriores.

El programa desarrollado, fue muy amplio y se componía de Misa al Santo Patrón y que fue oficiada por el Señor Capellán del Hospital Juan Ramón Jiménez, Don Urbano Monedero.

A continuación en el Palacio de Congresos "Casa Colón" se realizó el acto oficial, en el cual se le hizo entrega, por parte del Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva, del título de Colegiado de Honor a los compañeros que en el último año se han jubilado. Posteriormente se procedió a la entrega por parte del Señor Alcalde de Huelva Don Pe-

dro Rodríguez, del II Premio de Investigación en Enfermería «Ciudad de Huelva» de esta provincia, y que se hizo acreedor del mismo Don José Seda Diestro con el trabajo «Incidencias del traslado de enfermos intercentros. En los indicadores de calidad científicos-técnicos».

A continuación se presentó la revista "Documentos de Enfermería".

Y por último, en el salón de las chimeneas de la misma "Casa Colón" se celebró un acto festivo de convivencia entre compañeros y acompañantes, en el cual se disfrutó de un agradable ambiente que se prolongó durante bastantes horas.

**ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA**

El día 12 de marzo se celebró la asamblea general ordinaria del Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva. La mencionada asamblea tuvo lugar en el Salón de Actos del Colegio y se desarrolló de acuerdo con el orden del día previsto:

- Memoria y balance de 1995.
- Presupuesto 1996.
- Actualización de tarifas mínimas.
- Ruegos y preguntas.

La asamblea se desarrolló con normalidad, aprobándose todos los puntos por unanimidad.

En el punto del presupuesto de 1996 se destacó la continuidad de la línea marcada en el ejercicio anterior, manteniéndose la misma cuota y haciéndose un esfuerzo en lo que es el artículo de Formación de los Colegiados.



# III CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERIA

## «CIUDAD DE HUELVA»



FOTO: ANTONIO ALCALDE - COLEGIADO N.º 1338 - LA PALMA DEL CONDADO

### CONVOCA: ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE HUELVA

#### BASES

- 1. DENOMINACION:** Certamen Provincial de Enfermería «CIUDAD DE HUELVA»
- 2. OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos y trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este certamen de acuerdo a las bases del mismo y hayan sido realizados por A. T. S. - D. U. E.
- 3. DOTACION:** La dotación económica será de 150.000 ptas. y trofeo para el trabajo premiado en primer lugar, y de 75.000 ptas. y trofeo para el accésit.  
El jurado podrá declarar desierto los premios si considera que los trabajos presentados no reúnen la calidad científica suficiente.
- 4. PRESENTACION:** Los trabajos se presentarán en las oficinas del Colegio antes del 30 de diciembre de 1996. No tendrán límite de espacio y acompañará bibliografía si la hubiese, así como documentación gráfica. Se presentarán cinco copias, en tamaño DIN A-4, mecanografiadas a doble espacio por una sola cara y encuadernadas.  
Los trabajos se presentarán en sobre donde deberá indicar «Premio de Investigación. Ciudad de Huelva». No llevará remite ni dato identificativo alguno. Irán firmados con seudónimo.  
Se acompañará un sobre cerrado donde se indique el seudónimo y en cuyo interior contendrá los datos del autor (nombre, D.N.I., dirección completa, teléfono y nº de colegiación).
- 5. PARTICIPANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del título de A.T.S. o D.U.E., que se encuentren colegiados en Huelva y al día en sus obligaciones colegiales. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases.
- 6. JURADO:** Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros y será presidido por el Presidente del Colegio de Enfermería de Huelva. Todos los miembros del jurado serán A.T.S. -D.U.E., los cuales nombrarán un Secretario. Los concursantes por el hecho de participar en el concurso, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial sobre la decisión del jurado, que será inapelable.
- 7. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS.**  
Los trabajos que opten al premio quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Huelva, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno, estando obligado únicamente, en caso de publicación a hacer mención del nombre del autor.
- 8. TITULAR DEL PREMIO:**  
Será quien aparezca como único o primer firmante.

#### INFORMACION:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva. c/Berdigón nº 35, 1º izq. 21003 Huelva. Tf.(959)246315-281286.



POSTGRADO