

Documentos

ENFERMERIA

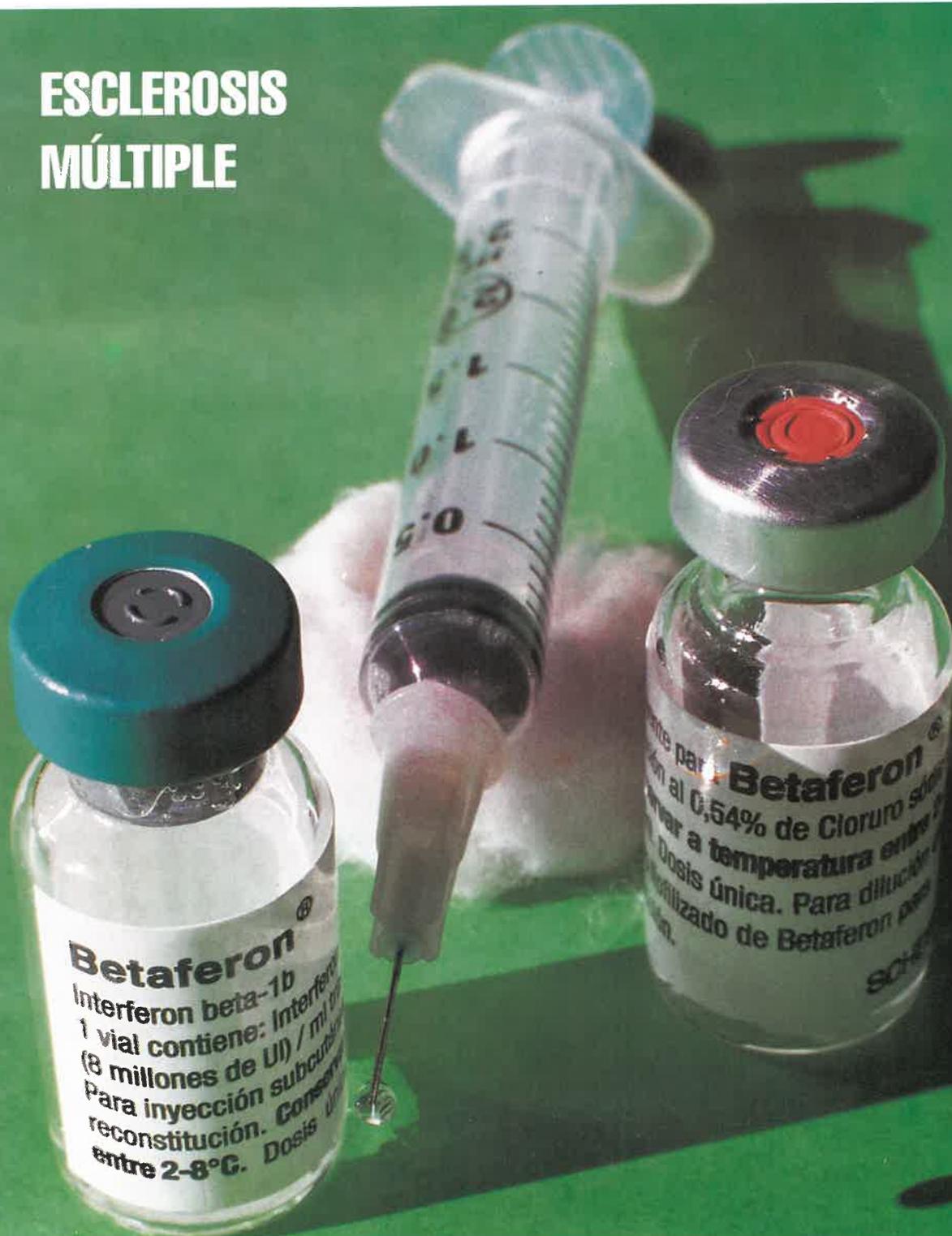
Año 2

Nº 5 -6

Junio / Septiembre 1997

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUELVA

ESCLEROSIS MÚLTIPLE



Documentos ENFERMERÍA

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

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

Año 2- n.º 5/6 - Junio / Sept. 1997
Edición Trimestral

Consejo Editorial
Consejo de Redacción
Presidente:
Gonzalo García Domínguez
Director:
A. Alejandro Cordero Gómez
Jefa de redacción:
Josefa Lorenzo Martín
Consejo de Administración
Junta de Gobierno del Ilustre
Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva.

Equipo de redacción
José Vadillo Carroza,
Francisca Hernández Quintero,
Enrique Aguiar Mojarro,
Eduardo Rico González,
Antonio Olid Torres.

Fotografía:
Antonio J. Alcalde Pérez y Ar-
chivos del Ilustre Colegio de
Enfermería de Huelva

Redacción: Sede Colegial.
Imprime: Imprenta Real - Lepe
Dep. Legal: H-1996-43
I.S.S.N: 1136-2243
Ámbito: europeo
Tirada: 2.500 ejemplares
Distribución gratuita



**Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva**

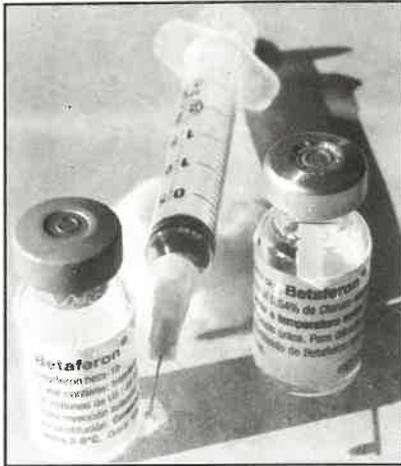
Domicilio de la sede colegial
C/ Berdigón nº 35, pral.-izq.
21003 Huelva.
Telf. (959) 24 63 15 - 28 12 86
Fax: (959) 25 62 70

Horario de Oficina:
De Lunes a Viernes.
De 9 a 21 h. ininterrumpidamente

Horario del asesor jurídico:
Martes y Jueves.
De 17:30 a 19:00 horas.

Entrevista con el presidente:
Concertar cita.

PORTADA



"Esperanza"

Antonio J. Alcalde Pérez
Enfermero del Laboratorio de
Hematología y Hemoterapia del Hospital
Juan Ramón Jiménez (Huelva)

BOLSA DE TRABAJO
Telf. Información: 901 11 61 20

ENFERMUNDI
Telf. Información del
Departamento de Informática:
(91) 541 60 73

Sumario

3. Editorial. Personas.
4. Esclerosis Múltiple. Lo que debe saber Enfermería
10. Gestión y asistencia sanitaria a emergen-
cias marítimas.
14. Nacimiento de sextillizos.
-Embarazo múltiple, parto feliz.
-Acogida en Pediatría.
-Rosario Clavijo, madre de sextillizos.
25. I Conferencia Nacional de Revistas de
Enfermería.
26. Ernesto Delgado. Enfermero de Ibermed.
29. VI Semana Cultural Hospital Vázquez Díaz.
30. I Congreso de Bioética.
32. Oposiciones D.U.E en el SAS
34. Postgrado.
35. Buzón.
36. Páginas de Historia: Quemadura por cal y
yeso en los ojos.
39. Hemos leído. Biblioteca

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.

LA ENFERMERÍA DEL SIGLO XXI

Cuando estamos a las puertas de un nuevo milenio, la Enfermería tiene ante sí el reto de enfrentarse a nuevas situaciones que a lo largo de los últimos años se ha ido perfilando.

Si hacemos un pequeño recuerdo histórico, comenzamos el siglo XX con una titulación que no contemplaba un marco técnico, ni actividad científica-investigadora, era una profesión subordinada, dependiente sin ningún poder de decisión ni autonomía.

Actualmente nos encontramos ante unos estudios universitarios de nivel medio, que nos ha permitido consolidar la profesión, dotarla de cierta autonomía y acceder a puestos de gestión y de responsabilidad en los organigramas de los servicios de salud.

La entrada en el nuevo milenio, se nos presenta con el reto de acceder al grado universitario de licenciado y consiguientemente al tercer ciclo universitario de doctorado, que nos permitirá validar

nuestras actividades científicas e investigadoras. Junto a este reto tenemos que enfrentarnos también al cambiante mercado de las nuevas tecnologías, que tanto en el mundo sanitario como en nuestra vida doméstica están irrumpiendo con gran fuerza. Otro reto decisivo es el cambio en el mercado laboral, donde junto al importante paro que padecemos, se unen los empleos precarios, por horas, por servicios, etc. Como respuesta a esta situación están apareciendo, cada vez con más fuerza, el autoempleo, cooperativas de servicio, pequeñas empresas sanitarias que compuestas por personal de Enfermería, unidos a otros profesionales pueden ser una alternativa al desempleo.

Pero estos cambios y otros que se avecinan deben incluirse en el rol fundamental de la Enfermería, que no es otro que la administración de cuidados impregnados del humanismo que siempre ha caracterizado a la Enfermería.

Gonzalo García Domínguez



personas

LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA

Destacamos hoy el conjunto de la Enfermería de este Hospital onubense por sus continuos éxitos colectivos, describiendo don Ernesto Delgado en nuestras páginas de Entrevista un proyecto de O.N.G., al cual deseamos desde aquí los mejores éxitos, así como en la sección de Profesión nos hacen partícipes tanto nuestras compañeras, las supervisoras de los servicios de Tocoginecología y Pediatría doña Gertrudis Palacios y doña María del Carmen Mora, como doña Rosario Clavijo Pérez, la madre, del éxito de toda la actividad que supuso el acontecimiento de la gestación y nacimiento de los sextillizos de Bollullos Par del Condado en este Hospital.

Por todo ello, así como por los numerosos éxitos anteriores, destacando el del traslado desde el antiguo Manuel Lois al ac-

tual Juan Ramón Jiménez, igualmente por objetivos conseguidos más recientemente, como es que la Enfermera Coordinadora Intrahospitalaria de Transplantes, en colaboración con todos los compañeros del Hospital, hayan conseguido ya los objetivos de 1997, por todo ello felicitamos a todos los profesionales de Enfermería del mencionado Hospital.





ESCLEROSIS MÚLTIPLE

LO QUE DEBE SABER ENFERMERÍA

La Esclerosis Múltiple (E.M.) se puede considerar como la enfermedad neurológica más incapacitante en adultos jóvenes, por lo que es importantísimo para la Enfermería el conocerla a fondo y saber como deberíamos actuar dentro de nuestro campo de trabajo, es decir, conocer que cuidados prestar y por qué, además de todos los aspectos que caracterizan a la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, etc y su relación con nuestras actividades.

FRANCISCO PEÑA MARTÍNEZ
Enfermero Colegiado n.º 3430 Huelva

TRASTORNOS DESMIELINIZANTES Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE

La mielina es una sustancia compuesta en gran parte de lípidos, concretamente de esfingofosfolípidos, éstos derivan de la ceramida (esfingosina, un alcohol, más una molécula de ácido graso), la cual se une a una molécula de ácido ortofosfórico, unido a su vez a colina o etanolamina, originando en su conjunto la esfingomielina, muy abundante en el sistema nervioso donde forma las vainas de mielina que recubren los axones de algunas fibras nerviosas del encéfalo y la médula espinal favoreciendo la transmisión de los impulsos nerviosos a mayor velocidad sin necesidad de aumentar el tamaño de las fibras y restar espacio a las demás debido a un sistema de propagación llamado saltatorio.

La desmielinización denota la destrucción de la mielina entorpeciendo la transmisión de los impulsos nerviosos

Los trastornos con predilección por la alteración de la mielina del S.N.C. son los enumerados en la tabla 1. Algunos de ellos presentan una base inmune y alteran las cubiertas de mielina que cubren los axones presentando su principal efecto en las células oligodendrogliales responsables de la producción y mantenimiento de las cubiertas de mielina.

Entre los trastornos de origen inmune el más frecuente es la **Esclerosis**

Múltiple, trastorno crónico y progresivo del S.N.C., caracterizado por la aparición de pequeñas zonas o placas de desmielinización del encéfalo y médula espinal con sus correspondientes consecuencias en la transmisión del impulso defectuosa.

La Esclerosis Múltiple es una de las enfermedades más incapacitantes en adultos jóvenes (20 a 40 años), su aparición en la juventud agrava los problemas médicos, psicológicos, sociales, económicos, etc. de enfermos y parientes.

TABLA 1: ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

A. CAUSA DESCONOCIDA:

1. Esclerosis Múltiple.
2. Enfermedad de Devic.
3. Neuritis óptica.
4. Mielopatía transversa aguda.

B. TRASTORNOS PARAINFECCIOSOS:

1. Encefalomiелitis diseminada aguda.
2. Leucoencefalopatía hemorrágica aguda.

C. INFECCIONES VIRALES:

1. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
2. Panencefalitis esclerosantes subaguda.

D. TRASTORNOS NUTRICIONALES:

1. Enfermedad combinada de sistemas (deficit de vit. B).
2. Desmielinización del cuerpo caloso (Marchiafava-Bignami).

E. SECUELAS ANOXICO-ISQUEMICAS:

1. Desmielinización cerebral postanóxica tardía.
2. Encefalopatía isquémica subcortical progresiva.

La enfermedad se suele presentar en forma de brotes que la pueden caracterizar durante toda la vida, como media el 60% de los pacientes permanecen con funciones completas 10 años después del primer brote y del 25 al 30% permanece con dichas funciones después de 30 años; en general, este trastorno no disminuye mucho la esperanza de vida pero algunos afectados pueden quedar gravemente incapacitados, incluso hasta verse sometidos al encamamiento con sus peligrosas complicaciones.

FISIOPATOLOGÍA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En la Esclerosis Múltiple la desmielinización se distribuye irregularmente por todo el S.N.C. y como vimos anteriormente afecta a las células encargadas de la producción y el mantenimiento de las vainas de mielina, también se presentan infiltrados inflamatorios en el lugar de la desmielinización y se eleva la proporción de IgG en el LCR, el trastorno puede llegar a afectar a otras estructuras en las zonas desmielinizadas

(nervios, quiasma y vías ópticas, cerebro, tallo encefálico, cerebelo y médula espinal), a su vez las placas en zonas afectadas se endurecen y se interrumpe el flujo de impulsos nerviosos surgiendo diversas manifestaciones: el comienzo es lento, la mayoría de los pacientes son jóvenes al inicio de los síntomas y la evolución cursa con períodos de exacerbación y remisión, otras veces tiene un curso progresivo crónico y menos frecuentemente un curso progresivo rápido. En ocasiones la enfermedad sigue un curso benigno con síntomas leves.

Los primeros signos consisten en parestesias o sensaciones anormales en las extremidades y cara, además de parestesias, vértigo y trastornos visuales (nistagmo, diplopía, amaurosis total o parcial) resultado del bloqueo en la conducción del impulso debido a la desmielinización. Los síntomas permanecen varios días y luego desaparecen total o parcialmente para que mas adelante se produzca una exacerbación de los mismos (suele ocurrir una vez al año) apareciendo también labilidad emocional, espasticidad, ataxia, reflejos anormales, dificultades vesicales, intestinales y sexuales. Conforme la enfermedad progresa se hacen más cortos los intervalos entre exacerbaciones aumentando la incapacidad.

También pueden aparecer manifestaciones secundarias a la enfermedad que dependen de las complicaciones: infecciones urinarias, distensión rectal, úlceras por decúbito, deformidades por contracturas, edema de los pies, neumonías y depresiones reactivas.

Además pueden aparecer problemas terciarios (emocionales, sociales, sexuales, económicos, vocacionales, etc).

Sin embargo muchas placas no producen síntomas graves ni incapacidades importantes y existen largos periodos de remisión entre uno y otro episodio e incluso se tienen datos de enfermos en los que se ha producido remielinización.

ETIOLOGIA

Es desconocida; se sabe que es más frecuente en latitudes septentrionales y meridionales que en las ecuatoriales.

Se sugiere la posibilidad de que un agente infeccioso adquirido pronto en la vida, tipo retrovirus o virus lento sea el causante. Esto se piensa debido, como vimos, a la presencia de infiltrados inflamatorios en las zonas desmielinizadas y a una disminución de linfocitos posterior a crisis agudas.

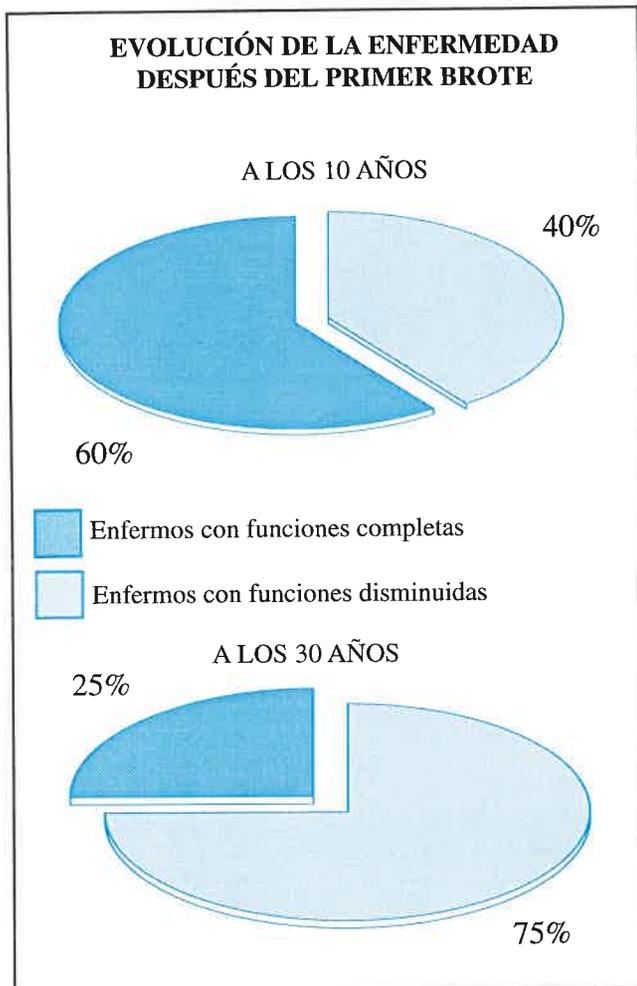
Otro dato de interés es la posible predisposición genética debido a la presencia del haplotipo DW2 en el 65% de pacientes con Esclerosis Múltiple en comparación con el 15% del grupo control.

El trastorno es poco frecuente en las razas negra y oriental.

DIAGNÓSTICO

Se llevará a cabo con:

- Identificación de datos clínicos de lesiones en S.N.C: personas sanas con alteraciones neurológicas reincidentes y remitentes en un periodo largo de tiempo.
- Datos de laboratorio que demuestran la alteración inmunitaria del S.N.C o imágenes de lesiones en la sustancia blanca.
- Evidencias de mas de una lesión separada en el S.N.C.
- Pruebas de laboratorio con respuestas visuales o auditivas anormales.
- Presencia de síntomas característicos:
 - *Oftalmología bilateral.*
 - *Signo de Lhermitte.*
 - *Exarcebación de los síntomas neurológicos con enfermedad febriles agudas.*



-Electroforesis de LCR: presentará bandas oligoclonales de IgG (en el 95% de pacientes con Esclerosis Múltiple).

- TAC: puede indicar alteraciones atróficas en el cerebro.

-Resonancia Magnética: visualiza pequeñas placas y valora el curso de la enfermedad y el efecto del tratamiento.

- A veces, signos que sugieren un tumor cerebral o medular o enfermedad vascular son consecuencia de Esclerosis Múltiple.

- También se suele confundir con pequeñas anomalías arteriovenosas en la médula que pueden provocar signos y síntomas parecidos a los producidos por pequeñas hemorragias.

TRATAMIENTO MÉDICO

Se podrán tratar los síntomas de la Esclerosis Múltiple pero no la enfermedad, aunque un programa organizado e individualizado podrá aliviar dichos síntomas.

Los corticosteroides y hormona adrenocorticotrópica (ACTH) se usan para ataques agudos de alteración neurológica, bajará el edema e inflamación y mejorará pues la conducción del impulso.

Debido a la alta probabilidad de que sean necesarios mecanismos inmunitarios un factor en la patogenia de la enfermedad se han probado diversos fármacos como la azatioprina, ciclofosfamida e interferones, así como la radiación para modular la respuesta inmunitaria y bajar el ritmo de evolución de la enfermedad.

Contra la espasticidad el fármaco más utilizado es el baclofeno, aunque si es muy intensa necesita bloqueo nervioso e intervención quirúrgica.

Para las disfunciones vesicales y de colon (incapacidad para retener o eliminar) se usa el sondeo intermitente por parte del propio paciente.

Para evitar infecciones de orina se usa el ácido ascórbico, que acidifica la orina y frena el desarrollo de bacterias.

También se usan antibióticos si fuera necesario.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACION INICIAL

- **Datos personales:** edad, profesión, familia...

- **Antecedentes neurológicos :**

- Alteraciones reincidentes y remitentes.
- Alteraciones instauradas.
- Otras lesiones.

- **Necesidad de seguridad:**

- Alergias.
- Hábitos tóxicos.
- Hospitalizaciones anteriores.
- Actividades lúdicas habituales.
- Valoración de la capacidad visual.
- Valoración de la audición.
- Tipo de comunicación.
- Medicación que toma.
- Calidad de la higiene.
- Herida, dolor, etc.
- Estado emocional.

- **Necesidad de oxigenación:**

- Valoración respiración: frecuencia, ritmo, profundidad, esfuerzo..
- Pulso: frecuencia, ritmo...
- Presión arterial.
- Coloración piel y mucosas.
- Estados de vías respiratorias (libres, obstruidas por secreciones, etc.)
- Necesidad de oxigenoterapia o no.
- Tos: si o no.

- **Necesidad de termorregulación.**

- Temperatura.
- Enfermedades febriles y consecuencias de éstas.

- **Necesidad de nutrición y eliminación:**

- Peso.
- Talla.
- Índice de masa corporal.
- Hábitos.
- Estado de la boca.
- Apetito.

-Hidratación de la piel y globo ocular.

- Ingesta de líquidos.
- Vómitos, regurgitaciones, náuseas...
- Tipo de nutrición (enteral, oral...)
- Sudoración.
- Diuresis y sus características.
- Sondajes.
- Deposiciones y características.
- Control de esfínteres.

- **Necesidad de actividad, reposo y sueño:**

- Capacidad motora.
- Control de movimientos.
- Coordinación de movimientos.
- Sensibilidad.
- Actividad (capacidad de mover extremidades).
- Ritmo de sueño y características.
- Nivel de conciencia.

- **Otros datos que se crean de interés.**

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

-Diagnósticos reales:

- Deterioro de la movilidad física relacionado con debilidad, paresia y espasticidad.
- Alteraciones de la eliminación de la orina y heces relacionado con disfunción de la médula espinal.
- Alteración de los procesos intelectuales en relación con disfunción cerebral.
- Deterioro de la adaptación.
- Déficit de autocuidados en general (alimentación, baño, higiene, uso del orinal, del WC, de vestirse...) en relación con problemas físicos, psicológicos y sociales impuestos por la Esclerosis Múltiple.
- Alteración de la comunicación verbal en relación con disartría.
- Duelo (cliente y familia) en relación con enfermedad y pronóstico incierto.

- Diagnósticos potenciales:

- Alto riesgo de alteraciones de la nutrición por defecto en relación con disfagia y dificultad para masticar secundario a afectación cerebral.
- Alto riesgo de lesión en relación con disminución sensorial.
- Alto riesgo de aislamiento social en relación con vergüenza asociada a la dificultad de moverse.
- Alto riesgo de limpieza ineficaz de las vías respiratorias en relación con la afectación de la capacidad de toser.
- Alto riesgo de síndrome de desuso en relación con los efectos de la inmovilidad.
- Alto riesgo de alteración de los procesos familiares en relación con la afectación de la capacidad de asumir responsabilidades.
- Alto riesgo de manejo inefectivo del tratamiento, en relación con desconocimiento del problema, riesgos, ejercicio, medicación.

PLAN DE CUIDADOS

OBJETIVOS:

- El paciente se adapta a la disminución de la movilidad y a la espasticidad.
- El paciente o la familia serán capaces de prevenir lesiones.
- El paciente logra y conserva mejor control urinario y fecal.
- El paciente compensa las disfunciones cerebrales.
- Mejora los mecanismos de resolución de problemas.
- El paciente se adapta a la disfunción sexual (y su cónyuge).
- Los autocuidados son cubiertos por el mismo o su familia.
- El paciente se comunica de forma eficaz.
- El paciente acepta la enfermedad y lucha por imponerse.
- Ningún diagnóstico potencial se ha convertido en real, y el paciente aplica medidas para que no ocurra en el futuro.

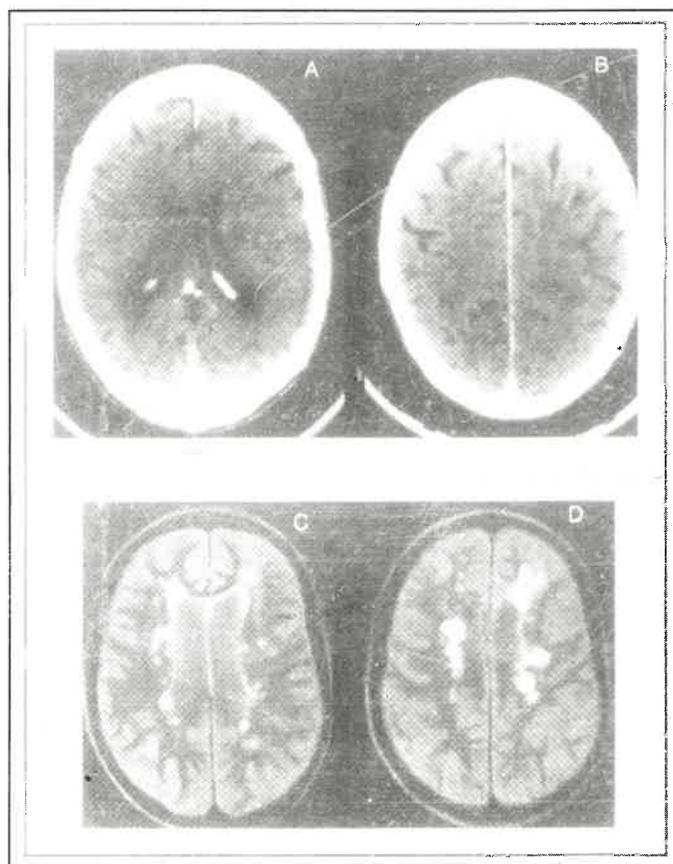
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Enseñar ejercicios para la resistencia muscular, para la relajación y la coordinación.
- Se insta a que se ejercite sin llegar a la fatiga pues se aumenta la temperatura y se agravan los síntomas.

Imágenes de resonancia magnética de una persona con Esclerosis Múltiple.

Foto Noticias E.M. Año XI - N° 45 -1996

- Se pide que descansa lapsos breves y frecuentes de preferencia acostado.
- Enseñar ejercicios para una marcha más eficaz, por ej. con los pies más separados.
- Adiestrar otros grupos musculares para sustituir a los afectados irreversiblemente
- Compresas calientes contra la espasticidad.
- Evitar baños calientes por riesgo de quemaduras por afectación de la sensibilidad.
- Enseñar a practicar ejercicios isométricos.
- Recomendar la natación o bicicleta estática en lo posible.
- Explicarle la importancia de que no haga las cosas con prisas pues se agravaría el cuadro.
- Decirle la importancia de satisfacer de inmediato la necesidad de orinar (orinal a mano).
- Le estableceremos un plan cronológico de micción (a 90-120 min, e ir aumentando).
- Se indica que ingiera un volumen preciso de líquidos cada 2 h y que orine 30 min. después.



LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DEPENDERAN EN TODO MOMENTO DE LA VALORACION Y DEL ESTADIO EN QUE SE ENCUENTRE LA ENFERMEDAD, CORRESPONDIENDO LOS DIAGNOSTICOS AQUI NOMBRADOS A PACIENTES GRAVEMENTES IMPLICADOS.



Se tienen datos de los enfermos en los que se han producido remienilización.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA

- Implicar a la familia en todo momento.
- Ayudar a la familia a valorar la situación:
 - Que sea realista.
 - Ayudar a reorganizar roles y a reducir estrés.
 - Que contacten con organizaciones.

- Utilización de un reloj si es preciso y el individuo no percibe la sensación de orinar.

- Se le insta para que ingiera los fármacos prescritos en relación con la disfunción de esfínteres.

- Enseñarlo a autocaracterizarse si le está indicado.

- Para los problemas fecales destacarle la importancia de ingerir líquidos en el volumen adecuado, alimentos con

mucho residuo y programa de rehabilitación intestinal.

- Si existe visión doble que use parche ocular.

- Recomendarle lentes prismáticas para leer si está encamado.

- Derivar al foniatra para que enseñe al sujeto, familia y asistentes el empleo de técnicas de compensación de los problemas de comunicación.

- Apoyo emocional para ayudarlos a adaptarse a su nueva imagen corporal y la superación de las alternativas de su existencia.

- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas.

- Hacer que participe en actividades si le es posible o en su defecto que se aficione si no lo puede practicar.

- Explicarle a la familia que debe mantenerse estructurado el ambiente, utilización de notas, listas y otros auxiliares para la memorización.

- Aliviarle cargas considerables y establecer contacto entre organizaciones apropiadas y el paciente y familiares que les ofrecerá orientación y apoyo.

- Coordinar red de servicios con trabajo social, foniatría, fisioterapia...

- Darle la mayor información posible sobre medios de apoyo y recursos disponibles para la superación de problemas.

- Proporcionar medios para que el paciente busque opciones para solucionarlos.

- Los planes serán cuidadosos, flexibles y que mantengan la actitud de esperanza.

- Buscar modificaciones que permitan continuar las actividades cotidianas.

- No exponerlo en exceso al calor pues empeora los síntomas al igual que la fatiga.

- Recomendado el aire acondicionado, pero ojo, el frío intenso empeora la espasticidad.

- Supervisión médica ininterrumpida.

- Instar al paciente a que se relacione con organizaciones, otros afectados, etc, útil para la convivencia en sociedad y para aprender a solucionar problemas.

- Derivar a un consejero sexual experto para que les de información pertinente, aprender a comunicar sentimientos, planear actividades sexuales (para evitar la fatiga) y ejercitar otras opciones de expresión sexual.

- Enseñar al lesionado la forma de caminar con pies separados para aumentar la base de sustentación y mejorar la estabilidad.

- Que mire a los pies mientras camina.

- Utilizar medios auxiliares si fuera necesario (bastones, barras, muletas, etc.).

- Sugerir y obtener medios para su independencia.

- Utilizar la silla de ruedas si no queda otro remedio.

- Si surgen temblores en intentos de movimientos voluntarios utilizar muñequeras lastradas.

- Si estuviese postrado en cama o silla de ruedas habrá que enseñar a prevenir o tratar las úlceras por decúbito.

- Enseñar medidas para expulsar secreciones, por ej. tos incentivada, clapping.

- Proporcionarle medidas para que satisfaga personalmente o por su familia sus autocuidados: elevar el retrete, dispositivos auxiliares en el baño, modificaciones en el teléfono, peines de mango largo, ropas modificadas.

- Informarle eficazmente a él y su familia las medidas que debe seguir, el por qué, los problemas y puntos más importantes de la medicación, los riesgos más importantes como fatiga, calor, frío.

- Explicarle la importancia de consumir unas cantidades adecuadas de nutrientes.

- Proporcionar atmósfera agradable antes, durante y tras las comidas.

- Si tiene dificultades para deglutir colocar la comida en la parte posterior de la boca, que se concentre en tragar, observándole en todo momento, no

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL ENFERMO ENCAMADO

Además de todo lo descrito:

- Fomentar la función respiratoria óptima variando posiciones en la cama.
- Que realice ejercicios controlados para toser.
- Prevenir escaras como dijimos anteriormente:
- Cambios posturales c/30 min. a 2 h.
- Mantener cama plana, utilizar Fowler 30 min. cada vez.
- Masajes en cada cambio postural.
- Observar los tejidos (instruir en signos de lesión).
- Realizar ejercicios de movilización.

sobrecargar la boca, ir lentamente y de forma progresiva.

- Antes de comenzar a comer valorar si está lo suficientemente despierto, si responde, si controla la boca o si tiene reflejo nauseoso.

- Colocarlo en posición sentado derecho con la cabeza ligeramente flexionada hacia delante 10 a 15 minutos antes y después de las comidas.

- Animarle a que comente sus sentimientos y temores.

- Contar en todo momento con el paciente para la programación.

- Apoyo al individuo en todo momento e informarle de todo pidiendo su opinión y lo que cree conveniente, escucharle siempre.

anexo

TERMINOLOGIA

- **Electroforesis:** Método de estudio basado en el movimiento de las partículas cargadas y suspendidas en medio líquido, en respuesta a los cambios de un campo eléctrico. Las partículas de una sustancia emigran en dirección predecible y con una rapidez característica. El patrón de migración puede registrarse en las bandas de un electroencefalograma. La técnica es utilizada con profusión para separar e identificar las proteínas séricas y otras sustancias.

- **Encefalomielitis:** Inflamación del cerebro y la médula.

- **Espasticidad:** Estado de rigidez o espasmo muscular.

- **Lhermite** (signo de): Sensación de calambre eléctrico que se irradia a las extremidades al flexionar la nuca.

- **Mielopatía:** Enfermedad de la médula.

- **Nistagmo:** Movimiento repetido, involuntario y en sacudidas de los globos oculares.

- **Oftalmoplejía:** Parálisis de los músculos del ojo.

- **Panendefalitis:** Inflamación total del cerebro con deterioro de las funciones motoras y mental.

- **Retrovirus:** Virus que llevan su carga genética en el ARN (virus del SIDA, gripe, sarampión...) Y que poseen una enzima llamada retrotranscriptasa que le permite transcribir su ARN en ADN en la célula infectada.

CONCLUSIONES

La Esclerosis Múltiple es un problema bastante serio ante el cual, tanto el personal asistencial como el paciente y la familia, deben ser realistas, estar perfectamente informados y evitar el hundimiento psicológico, será importantísimo la organización, la adaptación, la superación de objetivos realistas y la flexibilidad, así como el contacto con otros grupos comunes que podrán ayudar a la superación de problemas y otras situaciones conflictivas.

BIBLIOGRAFIA

- Brunner, L.J. y Suddarth, D.S: Enfermería Médico -Quirúrgica. Vol. 1 y 2. Edit. Interamericana McGraw Hill. " 7ª Edición". México, D.F. 1.994.
- Cecil: Compendio de Medicina Interna. Edit. Interamericana McGraw Hill, "2ª Edición". México D.F, 1.991.
- Gayton: Tratado de Fisiología Médica. Edit. Interamericana McGraw Hill, "8ª Edición". Madrid, 1.992.
- Long - Phipps: Enfermería Médico-Quirúrgica. Vol 1 y 2 . Edit. Interamericana McGraw Hill, "2ª Edición". Madrid, 1.992.
- Enciclopedia de Medicina y Enfermería Mosby. Edit. Océano. Vol 1, 2 y 3. Barcelona 1.988.
- Carpenito, L.J.: Manual de Diagnóstico de Enfermería. Edit. Interamericana McGraw Hill. "8ª Edición". Madrid 1.993.
- Panadero Cuartero, J: Biología. Edit. Bruño. Madrid 1.992.



GESTIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA A EMERGENCIAS MARÍTIMAS

Se trata de un estudio descriptivo sobre la atención sanitaria de emergencias que se ofrece a un sector tan desconocido por la gran mayoría de los profesionales, como es el de los trabajadores del mar, que fue la base para la comunicación presentada al III Congreso Nacional de Medicina del Mar y VII Reunión Científica de la Sociedad Española de Medicina Marítima, celebrado en Tenerife en 1996.

José Arenas Fernández. Enfermero de Equipos de Emergencias del Servicio Provincial 061 de Huelva.
M^a Dolores Gutiérrez Alcántara. Médico Coordinador y de Equipos de Emergencias del Servicio Provincial 061 de Huelva.

INTRODUCCIÓN

La implantación de los Servicios de Emergencias Sanitarias en Andalucía, permiten dar respuesta actualmente a los accidentes y/o patologías generadas dentro del sector marítimo, siempre que se ajusten a un área determinada de cobertura geográfica, dentro de nuestro entorno costero.

No obstante, y hoy por hoy, el carácter en sí de la patología emergente — que no admite demora en la asistencia—, obliga a analizar el papel que ejerce la aplicación de un Sistema Integral de Emergencias en el ámbito marítimo.

El Servicio de Emergencias Sanita-

rias 061, funciona en Huelva desde el año 1994. En Andalucía el 061 se constituye en Empresa Pública dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; por tanto se trata de un servicio público dedicado exclusivamente a la gestión de emergencias, independientemente del tipo de entidad a la que esté a cargo su prestación sanitaria.

Se presenta como un eslabón más dentro del sistema integral, que intenta dar solución global asegurando la continuidad de la atención sanitaria, desde el lugar donde se produce el suceso hasta su ingreso en un centro útil, intentando minimizar los tiempos de intervención.

OBJETIVOS

Acercar la asistencia sanitaria a emergencias generadas por el sector marítimo, en apoyo a los Servicios Sanitarios.

2.- Identificar los problemas generados en asistencia marítima, demandados a 061 - Servicio Provincial. Huelva.

3.- Exponer líneas de actuación en emergencias marítimas desde centro coordinador 061 - Servicio Provincial Huelva.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se ha efectuado estudio retrospectivo de sucesos demandados, a través de marcación telefónica de tres dígitos: «061» —en Huelva—, mediante copias de pantallas y recopilación de los casos registrados desde Junio de 1995 a

Junio de 1996 en el programa de gestión; con la posterior búsqueda y análisis mediante la historia clínica asistencial localizada en base a la fecha del suceso. Se ha aplicado estadística descriptiva, analizando las siguientes variables:

ANEXO II TABLA POR EDADES

Años	Gestionados /Intervención E.E.	Gestionados sin Intervención E.E.	Total
< 20	2	3	5
20-40	5	6	11
41-60	5	4	9
> 60	2	1	3
TOTAL	14	14	28

Edad media: 36,5 años

ANEXO I ALERTANTES

Alertantes	Nº casos
Usuarios	9
Ayuntamientos	5
«062»	4
Protección Civil	2
Atención Primaria de Salud	2
Autoridad Portuaria de Huelva	2
«091»	1
Cruz Roja Española	1
Salvamento Marítimo	1
Región Marítima	1
TOTAL	28

ANEXO III PATOLOGÍAS EMERGENTES

Patología Emergente	Gestionados /Intervención E.E.	Gestionados sin Intervención E.E.	Total
Si	11	9	20
No	3	5	8
TOTAL	14	14	28

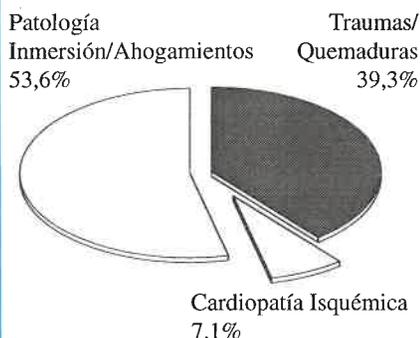
Patología no emergente: 28,6%

Patología emergente: 71,4%

Sin intervención E.E.: 47,6%

Intervención E.E.: 52,4%

ANEXO IV PATOLOGÍAS



- Alertante
- Edad
- Gestión desde Centro Coordinador
- Intervención de Equipo de Emergencia
- Patologías
- Tiempo de respuesta
- Evacuación
- Accidentabilidad
- Horario accidentabilidad laboral
- Lugar accidentabilidad laboral
- Nacionalidad

Han sido deshechados los servicios en los que faltaban datos necesarios para el estudio y los anulados.

RESULTADOS

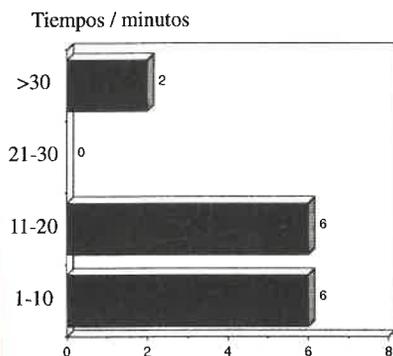
Se obtuvieron un total de 28 registros, gestionados desde el Centro Coordinador 061 de Huelva, correspondiente al período de tiempo anteriormente mencionado.

ANEXO VII ACCIDENTABILIDAD: LABORAL / NO LABORAL

Tipo de accidente	Gestionados		Total
	/Intervención E.E.	sin Intervención E.E.	
Laboral	9	8	17
No laboral	5	6	11
TOTAL	14	14	28

Accidentes laborales	Gestionados		Total
	/Intervención E.E.	sin Intervención E.E.	
Marineros	7	7	14
Aut. Port. Huelva	2	1	3
TOTAL	9	8	17

ANEXO V TIEMPO DE RESPUESTA



Las llamadas fueron efectuadas en su mayoría por usuarios y en menor número por Instituciones. (Anexo I).

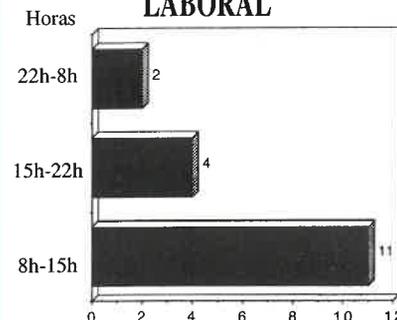
Las edades estuvieron comprendidas entre los 16 y 64 años. La media de edad fue de 36,5 años. [n= 28] .(Anexo II).

De la totalidad de los casos el 50% recibió asistencia del Equipo de Emergencias terrestre. Interesaron patología emergente el 71,4% de los casos y el 28,6% lo constituyeron lesiones sin gravedad o bien evacuación en ambulancia convencional no medicalizada. Dentro de la patología emergente el 52,4% (11 casos), fueron atendidos por el Equipo de Emergencias y el resto, 47,6 % fueron gestionados desde el Centro Coordinador sin intervención del Equipo de Emergencias por estar fuera de cobertura, saturación del Servicio, imposibilidad de acceso por estar fuera de competencias o por éxitos previo, alertándose a las Instituciones competentes. (Anexo III).

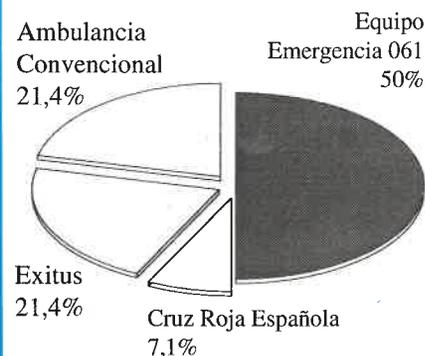
Las patologías implicadas se agruparon en tres grandes bloques (Anexo IV)

- Trauma / Quemaduras 39,3%

ANEXO VIII HORARIO ACCIDENTABILIDAD LABORAL



ANEXO VI EVACUACIÓN



- Cardiopatía Isquémica 7,1%
- Patología Inmersión/Ahogamientos .. 53,6%

El tiempo de respuesta osciló entre los 3 y los 35. (Anexo V)

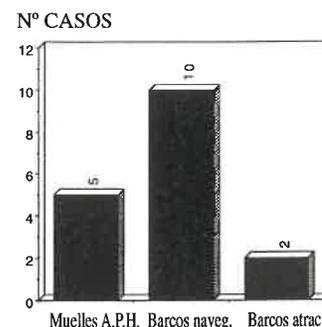
De los pacientes atendidos por el Equipo de Emergencias precisaron evacuación en U.V.I. Móvil el 50% de los casos. El resto lo hizo en ambulancia convencional y el 21,4 % fue éxitos. (Anexo VI).

En cuanto al tipo de accidente cabe destacar 17 de los casos como accidentes laborales y dentro de estos el 88'2 % lo constituían tripulantes de barcos, mientras que el 11,8 % pertenecían a la Autoridad Portuaria de Huelva. (Anexo VII)

Atendiendo a una turnicidad arbitraria de 7 horas para las mañanas y tardes y de 10 para las noches, facilitando así una distribución lógica de casos, observamos una mayor frecuencia de accidentabilidad dentro de la franja horaria del turno de mañana. (Anexo VIII).

La incidencia más alta de accidentes laborales se registró en barcos navegando. (Anexo IX).

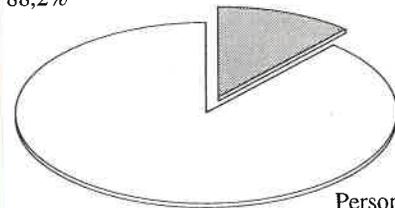
ANEXO IX LUGARES ACCIDENTABILIDAD





ANEXO X NACIONALIDAD ACCIDENTES LABORALES

Marineros
88,2%



Personal
aut-port. hu
11,8%

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

Las emergencias localizadas en el mar, por sí solas tienen como principal dificultad, el aislamiento del medio.

La demora por el difícil acceso, la intersectorialidad de los servicios implicados, la dificultad en la transmisión de los datos, imponen un esfuerzo a nivel de Instituciones y Empresas para ocupar éste vacío asistencial.

El balance de la actividad desarrollada por el Servicio 061, en apoyo del sector marítimo y a los profesionales que tienen a cargo la tarea asistencial, muestra la necesidad que existe de garantizar una respuesta eficaz, cualificada y profesionalizada con medios materiales y humanos adecuados, en lo que a emergencias sanitarias se refiere, dada las particulares condiciones de trabajo.

Para reaccionar de manera eficiente y sin demora, ante una situación de emergencia, es necesario facilitar un flujo bidireccional de transmisión de datos e información lo más rápida y exacta posible acerca del tipo de suceso y así obtener una gestión ágil y eficaz, llevando a cabo una distribución adecuada de los recursos sanitarios.

Por tanto, se hace indispensable la elaboración de líneas estratégicas de actuación coordinada con todos los servicios implicados, optimizando así el tiempo medio de respuesta, en beneficio de la **salud del trabajador del mar**.

Con respecto a la nacionalidad, destacó la española con un 66,7% del total de accidentes. (Anexo X) .

Las principales dificultades que se ha detectado, cómo resultado del análisis de estos datos han sido:

Aumento excesivo del tiempo de respuesta debido al retraso en la alerta y comunicación del suceso al Centro Coordinador.

Multiplicidad de alertantes para un mismo caso sin información veraz y precisa.

*Imposibilidad de prestar atención

especializada por no existir convenio que regule la colaboración entre Instituciones que permita la utilización conjunta de recursos.

Desconocimiento de medios y recursos sanitarios por parte de los profesionales del sector marítimo y de los que tienen a cargo la tarea asistencial sanitaria de dicho sector.

Descoordinación y duplicidad de recursos humanos y materiales en algunos casos estudiados, que implicaban la concurrencia de medios sanitarios alertados por otras Instituciones.

IV CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

«CIUDAD DE HUELVA»

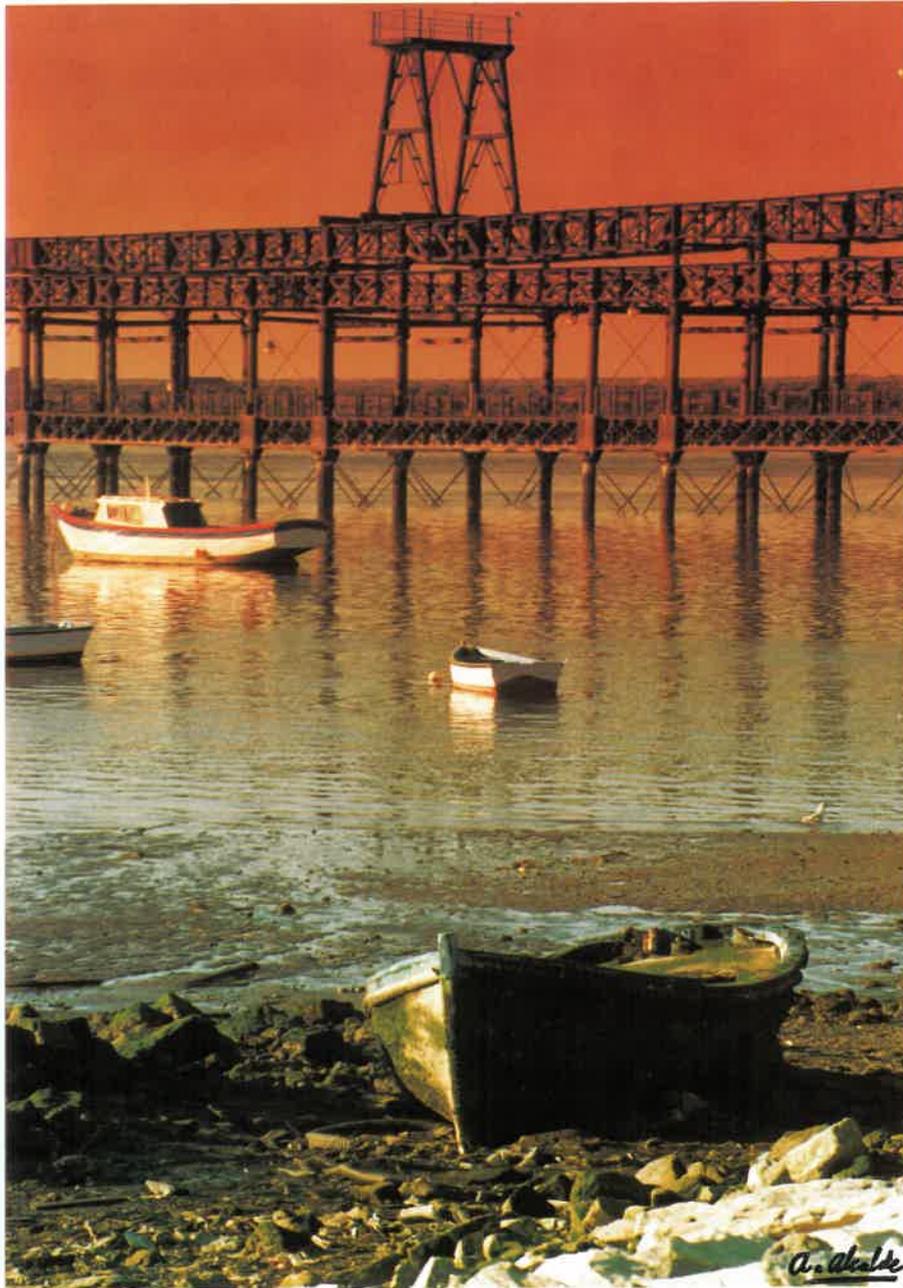


FOTO: ANTONIO ALCALDE - COLEGIADO N.º 1338 - LA PALMA DEL CONDADO



CONVOCA:

**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERÍA DE HUELVA**



INFORMACIÓN:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.
c/Berdigón n.º 35, 1.º izq. - 21003 Huelva.
Tf.(959)246315-281286.

BASES

1. DENOMINACIÓN: Certamen Provincial de Investigación en Enfermería «CIUDAD DE HUELVA»

2. OBJETO: Los premios se concederán a 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. DOTACIÓN: La dotación económica será de **250.000 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.

En caso de quedar desierto algún premio, el importe económico del mismo se acumulará a la dotación del Certamen del año próximo.

4. PRESENTACIÓN: Los trabajos se presentarán en las oficinas del Colegio antes de las 18 horas del día 22 de diciembre de 1997. 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 encuadrados.

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 n.º 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. FALLO: El fallo del jurado será hecho público por el secretario designado entre sus miembros, el Día Internacional de la Enfermería-San Juan de Dios de 1998.

8. 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.

9. TITULAR DEL PREMIO: Será quien aparezca como único o primer firmante.



NACIMIENTO DE SEXTILLIZOS

Presentamos en esta sección un conjunto de tres artículos entre los cuales se desarrolla brevemente lo que supuso el acontecimiento del embarazo múltiple de D^{ña} Rosario Clavijo y el nacimiento de sus hijos sextillizos en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. En primer lugar, doña Gertrudis Palacios Granado, supervisora de Tocoginecología, nos describe el plan de actuación desarrollado en Maternidad; en segundo lugar, doña María del Carmen Mora Breva, supervisora de Pediatría, nos reseña cómo se realizó en Pediatría el plan de acogida de los niños con la creación de una segunda UCIN con ocho incubadoras; por último, presentamos una entrevista ofrecida por la propia protagonista, doña Rosario Clavijo, en la cual nos narra su experiencia y su relación con el Hospital. Se ha mantenido, a pesar de su extensión, la originalidad del texto por su realismo al expresar sus vivencias con todo el personal del Centro, mostrando sinceramente su agradecimiento al mismo por los cuidados recibidos y el respeto que siempre se le ha mostrado ante su decisión de continuar con un embarazo de difícil culminación y mantener fielmente un secreto profesional.

Embarazo múltiple, parto feliz

Fue el día 14 de septiembre de 1983 cuando por primera vez aconteció en Huelva, en nuestro antiguo Hospital Manuel Lois, el primer parto múltiple, en aquella ocasión fueron quintillizos, que con menos tecnología de la que hoy contamos se consiguió, con gran éxito sacar adelante a los cinco hijos, todos varones, de Presentación Núñez Gil.

En aquel tiempo trabajaba como enfermera base en turno fijo de mañana en el servicio de Tocoginecología y fue para mí una experiencia fantástica.

Recuerdo que Presentación era una gran mujer y una magnífica paciente y su evolución fue muy buena, no dando más problemas que una cesárea, con sus controles y cuidados de Enfermería que en aquel tiempo teníamos programado.

Hoy quiero hacer constar lo que ha supuesto para Enfermería el segundo parto múltiple como Supervisora del mismo servicio de hace trece años, con una responsabilidad desde mi puesto de trabajo diferente al de aquella otra ocasión, pero no con menos satisfacción profesional y orgullo de haber tenido en dos ocasiones que asistir a tan gran acontecimiento y donde Enfermería ha jugado un gran papel. Hoy ya todo protocolizado en la unidad, de las funciones y cuidados de Enfermería que requiere un embarazo de alto

riesgo. En esta ocasión el de Rosario Clavijo Pérez en nuestro Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Rosario Clavijo ingresó por primera vez en la planta de Ginecología el 11 de Junio. Siendo dada de alta el 25 del mismo mes.

Enfermería cubrió las pautas de tratamiento indicadas por el Facultativo que llevaba el seguimiento de dicha paciente, así como los cuidados de Enfermería que requiere una paciente con gestación de alto riesgo, siguiendo nuestra tónica de trabajo de la Unidad sin que haya que destacar cargas de trabajo fuera de lo habitual. Se marcha de alta como se expresa anteriormente sin incidencias, continuando su evolución en Consulta Externa del Servicio.

Se produce el segundo ingreso el 16 de Octubre de 1996, con alta provisional el día 18, y reingreso el 25 del mismo mes, manifestando no decir el número de fetos de su embarazo, manteniendo nuestro secreto profesional en la Unidad hasta que la noticia se hace pública y desde la Dirección del Hospital se informa a radio, prensa y televisión.

Las pautas de tratamiento y los cuidados de Enfermería siguen siendo igual que para cualquier paciente de alto riesgo, no suponiendo nada nuevo para Enfermería las cargas de trabajo

relacionadas con la paciente.

Una vez que es posible la viabilidad de los fetos, se comienza a preparar en la zona de paritorio, con la ayuda del Servicio de Pediatría, lo necesario para una parto múltiple (cunas térmicas, material, etc.), igual que para una cesárea de alto riesgo, según los protocolos, pero multiplicado por siete.

Se elabora una protocolo de actuación para el día que se produzca la cesárea, ya sea programado o de urgencia, revisada por el Jefe de Servicio de Tocoginecología, Matronas/os.

El día 5 de Diciembre de 1996, en la mañana se decide realizar la cesárea y se programa para las 18 horas, poniendo en marcha el plan de actuación que teníamos previsto.

Desde la Subdirección de Enfermería se comienza a localizar a las Matronas/os, que deberían de venir para la actuación según el Plan elaborado.

PLAN DE ACTUACIÓN PERSONAL DE PARITORIO

Todo el personal que se encuentre trabajando y aquel que venga de refuerzo será identificado con etiquetas del Servicio: Paritorio, Tocoginecología, para evitar interferencias de otros Servicios. Las Matronas/os que vengan de refuerzo se harán cargo de la paciente

y una cuarta del equipo que está de guardia.

Contamos también con las 2 Auxiliares de guardia, más 2 que vendrán de refuerzo, que se pondrán a disposición del refuerzo de Matronas/os.

— Las Matronas/os tendrán aparte de la etiqueta de identificación del Servicio, un número del 1 al 4 para la actuación, de tal forma que:

* Las matronas/os números 1 y 2 revisarán las historias de los recién nacidos (se encuentran en el cajón de la mesa de paritorio), además de material, tubos de grupos sanguíneos y Rh, pulseras de identificación, pinzas umbilicales, jeringas para gasometría, jeringa para toma de sangre de cordón.

* La Matrona/o número 3 preparará a la paciente según protocolo.

* La Matrona/o número 4 revisará la cuna del transporte.

— Las cunas térmicas que se encuentran preparadas en la zona de antequirófano reanimación, serán revisadas y conectadas a la red por el personal de pediatría UCIN en reanimación de quirófano.

Las cunas térmicas están numeradas del 1 al 4.

* La número 1 recibirá al RN 1 y 2.

* La número 2 al RN 3-4.

* La número 3 al RN 5-6.

* La número 4 al RN 7.

Los RN conservarán su número de orden de nacimiento y serán depositados en la cuna que está preparada con su número de orden.

— Una vez trasladada la paciente a quirófano y comenzada la cesárea, la matrona/o número 1 recogerá al RN número 1, envolviéndolo en un paño caliente y transportándolo a reanimación de quirófano, entregándose al pediatra y enfermera de UCIN que llevarán colocada etiqueta número 1.

Identificación del RN (según protocolo).

La Matrona/o número 2 hará el mismo recorrido que la del número 1, recogerá al RN número 2, envolviéndolo en un paño caliente y transportándolo a reanimación, entregándose al pediatra que llevará colocada la etiqueta número 2, enfermera UCIN número 2.



Ternura maternal. Carl Larsson. 1885. Museo Nacional de Estocolmo

La cuna térmica estará identificada con el número 1.

La Matrona/o número 3, hará el mismo recorrido de las anteriores.

* La Matrona/o número 1 recogerá al RN 1, 4 y 7.

* La Matrona/o número 2 recogerá al RN 2 y 5.

* La Matrona/o número 3 recogerá al RN 3 y 6.

* La Matrona/o número 4 revisará y tendrá ordenado para la toma de sangre de cordón:

- Tubos de grupo sanguíneo y Rh.
- Pruebas Metabólicas.
- pH.

Se hará una revisión de las placetas que estarán pinzadas, se pesará y enviará a Anatomía Patológica.

La paciente está muy tranquila y a las 16'30 se prepara según protocolo en la Unidad de Ginecología, desde allí es trasladada a quirófano.

Todo sale con perfecta sincronía, naciendo seis fetos vivos, como luego se comunicaría en rueda de prensa por la dirección del Hospital, Jefe de Servicio de Tocoginecología y Jefe de Servicio de Pediatría, dando los informes pertinentes.

La paciente regresa a la Unidad a las 24 horas de realizada la cesárea,

durante este tiempo estuvo asistida por el personal de reanimación del bloque quirúrgico.

Se comienza nuevamente a atender a la paciente, según protocolo de la Unidad tras una intervención de cesárea. Siguiendo su evolución normal en días sucesivos, produciéndose su alta el 20 de Diciembre de 1996.

Sobre Chari como paciente y confirmado por todos los que la hemos atendido, ha sido ejemplar, colaboradora, animándonos en todo momento y transmitiéndonos tranquilidad.

Se ha sentido dichosa el tiempo que ha estado entre nosotros, con las preocupaciones lógicas de su estado, sus momentos de angustias y de felicidad, que ha compartido con todos, pero a la vez con una confianza plena en el equipo, aceptando de buen grado los tratamientos y cuidados de Enfermería.

Debido a su postura nos ha resultado fácil nuestro quehacer de cada día.

Desde aquí quiero dar las gracias a todo el personal de Enfermería: DUE, A.Enfermería, por su colaboración, no sólo con este acontecimiento sino por su bien hacer día a día, como verdaderos profesionales dedicados a satisfacer las necesidades del usuario, con dedicación y esmero, a cumplir con su trabajo, dentro de sus competencias.

Al colectivo de Matronas/os, que se pusieron -como tantas otras ocasiones- para que se contara con su presencia. Este personal fue el único que nuestro Servicio tuvo que incrementar el día de la intervención (cesárea), según el plan que se tenía previsto.

Al servicio de Pediatría por su colaboración, así como agradecer al resto de compañeros: Administrativos, Servicio de Electromedicina, Hematología, Rx, Empleados de limpieza, Celadores, Cocina, Seguridad por su colaboración, como viene siendo habitual.

Quedándonos a todos una satisfacción personal, por todo lo acontecido.

Gertrudis Palacios Granado.
Supervisora Servicio Tocoginecología
Hospital Juan R. Jiménez. Huelva

Acogida en Pediatría

Cuando el día 29-X-96 me comunicaron que en Maternidad estaba ingresada una señora con un embarazo de ocho fetos, la impresión fue grande. Tenía todavía pocas semanas de gestación para que los fetos fueran viables, pero teníamos que empezar a programarnos para el posible nacimiento de los ocho fetos.

La decisión de que el parto se efectuara en Huelva fue conjunta de los Servicios de Tocoginecología y Pediatría, además del interés de la madre de tener sus hijos en Huelva.

Pasado el primer momento de la noticia nos dijimos: ¿por qué no?, estamos capacitados profesionalmente, tenemos espacio, tenemos incubadoras, nos faltaría algún material que es solucionable, nos faltaría personal que se podría contratar, tenemos experiencia en partos múltiples: uno de quintillizos, varios de trillizos y multitud de gemelares, ¿por qué no vamos a ser capaces de afrontar el primer parto de octillizos que podría sobrevivir en el mundo? ADELANTE.

Empezamos a hacer la previsión de

los niños. Al mismo tiempo seguimos con la primera UCIN abierta y funcionando con normalidad.

Se propone un plan de actuación para el parto, tanto si es programado como de urgencia, son dos planes independientes: uno para el programado y otro de emergencia.

Se prepara un listado de personal localizable, Tocología se encarga de las matronas y Pediatría del resto: médicos, A.T.S./ D.U.E. y A.E. algunos de ellos con mensáfonos.

En el primer plan programado: estarán 1 médico/ niño, 1 D.U.E./ niño, y 1 A.E./ 4 niños, además de 1 A.E. de apoyo y la supervisora coordinando.

En el segundo plan de emergencia: los responsables del turno de servicio se harían cargo de la localización urgente del personal, además de la preparación de la asistencia en quirófano de los niños hasta la llegada de las personas localizadas.

También se prepara para quirófano el material necesario para la asistencia de los niños: cunas térmicas, aspiradores,

«Habíamos tenido una experiencia muy bonita, inolvidable, fue emocionante ver cómo nos llegaban los niños uno tras otro hasta completar los seis.»

la apertura de una segunda UCIN con capacidad para ocho puestos, sabiendo que todos los niños serían de bajo peso y con todos los problemas que tienen los grandes prematuros, añadidas las complicaciones de un embarazo y parto de alto riesgo.

Hacemos inventario de aparataje: necesitamos ampliar el número de monitores que el Servicio de Electromedicina se encargaría de suministrar.

Inventario de material fungible: se hacen pedidos extras sobre la programación.

Se prepara una segunda UCIN con 8 puestos completos: incubadoras, monitores, respiradores, equipos de canalización, etc..., la cual estará preparada y sin utilizar hasta el nacimiento de

laringoscopios, T.E.T., etc..., que se sitúan en el antequirófano para colocarlos en la sala de reanimación en el momento que se programe la cesárea. Las incubadoras de transporte también se llevarían en ese momento.

Se tiene un plano preparado para la distribución del material; así como otro del trayecto a recorrer desde quirófano hasta la UCIN, con guardias de seguridad para mantenerlo despejado.

Se hacen pegatinas numeradas del 1 al 8 tanto para los niños como para el personal.

Cuando está prácticamente todo preparado nos comunican que ha fallecido uno de los fetos, la madre continúa en perfectas condiciones y el embarazo sigue adelante mientras no se pre-

sente algún problema para conseguir que los niños alcancen el mayor peso posible para que sean viables. Por lo tanto se mantiene toda la programación igual.

El día 5-XII-96 a media mañana me avisan que se hará la cesárea por la tarde, ya que ha fallecido otro de los niños y se hace recomendable la interrupción del embarazo que ya ha alcanzado las 30 semanas de gestación.

Inmediatamente se inicia el primer plan de actuación: el del parto programado. Se localiza al personal necesario que empieza a llegar al Hospital a partir de las 15 horas.

El departamento del personal se encarga de las nuevas contrataciones dispuestas para la ampliación prevista para la apertura de la segunda UCIN.

Con la llegada de D.U.E. y A.E. se coloca todo el material preparado anteriormente en la sala de reanimación de quirófano, se prepara medicación y se repasan los últimos detalles.

A las 17:30 horas está todo dispuesto y el personal preparado en sus respectivos puestos. A las 18 horas se inicia la Cesarea y los niños nacen en el transcurso de 4'30", las matronas entregan los niños en el lugar destinado y numerado según su orden de nacimiento: 1º V. 1.400 grs.; 2º M. 1.300 grs.; 3º V. 1.190 grs.; 4º M. 765 grs.; 5º V. 1.030 grs.; 6º +; 7º V. 1.065 grs.; y 8º +.

Todo esto se hace en silencio y con orden.

Cada niño es atendido por un médico, un médico residente y un D.U.E. con el apoyo de tres A.E. y coordinando la supervisora.

Una vez estabilizado, cuatro de ellos intubados, se comenzó el traslado a la UCIN en incubadoras de transporte.

Cada uno de ellos va acompañado con el personal que lo ha recibido y ocupa en la UCIN el lugar correspondiente a su orden de nacimiento, saltando el nº 6 y 8 que nacen muertos.

Al llegar a la UCIN se intuban los dos restantes, se les hace el protocolo de ingreso y se canalizan vías para sueroterapia, analíticas y tratamiento. Simultáneamente se va retirando todo el material utilizado para tener libre el mayor espacio posible.



La cuna. Berthe Morisot. 1873. Museo del Jeu de Paume. París

Los 6 Recién Nacidos tienen una evolución favorable desde el primer momento, se retira ventilación mecánica, inician alimentación enteral, se va retirando nutrición parenteral y van aumentando peso con normalidad.

Al mes y medio del nacimiento de los niños se unifican las dos UCIN ya que algunos de los niños con mayor peso han pasado a la Unidad de Prematuros.

Su padre ve a los niños desde que llegan a la Unidad y su madre los conoce a los dos días de vida cuando puede acudir a la UCIN.

Una vez pasados los primeros días, la opinión generalizada es que habíamos tenido una experiencia muy bonita, inolvidable, fue emocionante ver como nos llegaban los niños uno tras otro hasta completar los seis (lástima no hubieran sido los ocho), todos con buen peso

para su gestación y el número de fetos así como un buen estado general.

Tenemos que dar las gracias a todo el personal del Hospital que colaboró con nosotros: Servicio de Electromedicina, Laboratorio, Hematología, R.X., Celadores, Limpiadoras, Guardias de Seguridad, etc...

De todo ello nos queda la satisfacción general por la actuación del personal y el resultado obtenido. Finalmente por la buena evolución que han tenido los niños y comprobar que todos pueden marchar a casa con sus padres, donde ellos tienen que continuar la labor que iniciamos en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Hueva.

María del Carmen Mora Brea

Supervisora en funciones Servicio de Pediatría Hospital Juan R. Jiménez. Huelva

Rosario Clavijo, madre de sextillizos

Hoy, 4 de Junio de 1997, estamos en casa de doña Rosario Clavijo Pérez, la madre de los sextillizos de Bollullos Par del Condado (Huelva), que nacieron el día 5 de diciembre de 1996 en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Ella, desde su casa, nos cuenta su experiencia vivida durante este tiempo, desde que conoció la noticia de que estaba embarazada, y le comunicaron que eran ocho, los fetos que se encontraban en su vientre.

Mi nombre es Rosario Clavijo, aunque todos me llaman «Chari». Estoy casada con Miguel Angel Raposo desde hace ocho años y tenemos siete hijos: Miriam, la mayor con tres años, y nuestros «sextillizos» Angel, Blanca, Andrés, Belén, David y Miguel, que

cuentan ahora con seis meses, sin olvidar a los dos bebés que nacieron muertos y que en esta historia tienen un lugar muy importante para mí.

A través de esta revista quiero dirigirme a vosotros que trabajáis en el Hospital «Juan Ramón Jiménez», para agradecer vuestra participación en este acontecimiento. Al mismo tiempo, me gustaría compartir de alguna forma con vosotros mi experiencia en el centro. No os conozco a todos, sois muchos los que en estos últimos meses habéis aparecido en mi vida de forma más o menos directa. Quiero haceros partícipe de mi alegría y de este milagro que Dios ha querido hacer conmigo, valiéndose de vosotros para que todo fuera posible. Todos vosotros, que colaborando desde las distintas unidades, cubriendo todas las necesidades requeridas tanto por mí como por mis hijos, y ofreciéndonos toda clase de cuidados tanto sanitarios como humanos, habéis ayudado a que todo llegue a buen fin.

¿Cuándo acudiste por primera vez al Hospital Juan Ramón Jiménez?

Mi contacto con este Hospital (entonces Manuel Lois) se remonta a unos catorce años atrás. Tenía un problema hormonal por lo que entré a formar parte de la consulta de esterilidad.

Era un paciente más de esta consulta, con tratamientos hormonales al prin-

cipio y luego cuando me casé, con los de fertilización. Hace mucho tiempo que este Hospital forma parte de mi vida, los tratamientos requerían constantes idas y venidas, y siempre me he sentido satisfecha por las atenciones que me brindaban. Al cabo de cuatro años más o menos me quedé embarazada de Miriam... apenas me lo podía creer.

¿Cómo fue el primer embarazo?

El embarazo de Miriam fue normal, también entonces corría el riesgo de que fuera múltiple, pero no, Miriam venía sola. El parto fue inducido, pero para mí fue uno de los días más importantes de mi vida, no me dejaron sola ni un momento y cuando estaban a punto de hacerme la cesárea nació la niña en el quirófano. Recuerdo gratamente al equipo que me atendió, porque en aquellos momentos tan difíciles recibí de ellos mucho ánimo y comprensión. Esto significó mucho para mí.

¿Y el segundo embarazo?

Ya Miriam tenía cerca de dos años. Mi problema hormonal era el mismo, pero en estos momentos nos planteamos tener otro hijo. Pensamos que al igual que con Miriam tendríamos que recurrir de nuevo a los tratamientos, yo seguía confiando en que era Dios el que me daría de nuevo un hijo si ésta era su voluntad.

Bueno, yo puse lo que estaba de mi parte, en Octubre de 1995 acudí a la consulta por un problema distinto y de camino pregunté si era posible reanudar el tratamiento. Me dio mucha alegría que me dijeran que sí y lo comencé en Noviembre de este mismo año. El 10 de Junio de 1996 ingresé en el Hospital a causa de una hiperestimulación producida por dicho tratamiento. Estaba embarazada pero aún no sabíamos nada pues tenía mucho líquido.

¿Cómo y cuándo te enteraste de la noticia? ¿Qué pasó?

El 25 de Junio de 1996 al darme el alta sólo se veía un saquito debido a que seguía con mucho líquido. Volvimos a consulta de Ecografía el 1 de Julio; pensamos que a lo mejor podrían ser dos o tres, pero cuando empezaron a contar, el número fue más elevado, creí que contaban folículos o cualquier otra cosa pero no embriones. La sorpresa y el susto que me llevé ya os lo podéis imaginar. Cuando salí se lo dije a Miguel Ángel que al igual que yo se quedó de piedra. El Hospital se nos cayó encima, llegó D. Francisco, nos reunió en la consulta y nos dijo que no era broma, ni un sueño: tenía ocho embriones. ¿Qué iba a pasar?, nadie lo sabía. Ya allí se nos explicó las distintas posibilidades que se podían presentar: en las siguientes semanas podría producirse un aborto espontáneo o seguir el embarazo y la misma naturaleza haría la selección. Lo primero se presentaba como lo más probable. También existía una opción, la selección de embriones, a lo que nos negamos desde el primer momento. No íbamos a quitarle la vida a ninguno, pensamos que si Dios nos había metido en este lío que fuera también Él quien nos sacara. Estábamos muy preocupados, sobre todo Miguel Angel que temía por los riesgos que mi vida pudiera correr.

La decisión de seguir adelante estaba casi tomada. Volvimos a Bollullos, no sé cómo, y hablamos con algunas personas con quienes compartir este sufrimiento. Decidimos no contar nada más a nadie, sobre todo a nuestra familia para que no sufrieran, pensábamos que era cuestión de días o quizás semanas, y para qué hacerlos sufrir?

A la semana siguiente, 8 de Julio, quedamos citados de nuevo y comuni-

camos a los médicos nuestra decisión. Debo decir que agradecemos de corazón que se nos respetara en todo momento y que, en cuanto a la parte científica se refiere, pusieran todos sus conocimientos para llevar el embarazo hacia delante.

Nos hablaron de paciencia, de los posibles riesgos y de que tendría que ingresar en el Hospital reposando en cama de seguir avanzando el embarazo, para tener un mayor control y posibles cuidados si fueran precisos. En fin, la situación era muy difícil, pero estábamos decididos.

Además de todo esto, estábamos preocupados por cómo íbamos a guardar el secreto. Al principio fuimos saliendo del paso diciendo que el embarazo era múltiple, que se veían dos y que posiblemente hubiese alguno más que con tanto líquido no se veía bien. Así fui-

mos saliendo del paso dentro y fuera del Hospital. Ya de últimas dijimos que eran cuatro.

¿Cómo fue el embarazo?

El embarazo fue distinto al de Miriam por dos razones, la primera porque en éste tuve mucha fatiga y cansancio, aunque este malestar sólo duró un mes. Estaba bastante gorda para el tiempo que tenía, y sin embargo creo que delgada para el número de fetos que gestaba. Y la segunda, es que en este embarazo yo no esperaba nada, sentía una gran tristeza. Recuerdo que fue una lucha terrible, cada día era un combate, pensando que en cualquier momento se produciría el desenlace.

Las semanas pasaban y para sorpresa mía y también del equipo médico (pienso yo), me encontré en la semana 23. Fue entonces cuando me dijeron

que tenía que ingresar, aunque sólo estuve una semana. Todos los controles estaban bien y como no había peligro de momento prefería estar en casa el mayor tiempo posible con Miriam y Miguel Angel. Sólo tuve que esperar una semana más, ya que el 25 de octubre volví a ingresar para quedarme allí hasta el 20 de diciembre.

¿Cómo fue tu estancia en Toco-ginecología?

De mi experiencia en la unidad de Ginecología tengo que decir que ha sido maravillosa, estoy encantada por el trato que allí recibí en todo momento, son personas estupendas y, en lo que a mí respecta, forman entre todos un gran equipo: médicos, residentes, enfermeros, auxiliares, limpiadoras, supervisoras, fueron siempre compañeros y amigos que en aquellos momentos compartieron conmigo la preocupación, el



Miguel Ángel Raposo y Chari Clavijo con su hija Miriam y los pequeños Andrés, Ángel, David, Miguel, Belén y Blanca.

sufrimiento, la incertidumbre de no saber como terminaría todo. Por parte de ellos no me faltaron cuidados, respeto e interés, ni tampoco palabras de ánimo, en fin todo lo que en aquellos momentos necesitaba, incluido mimos y mucho cariño.

Nuestra gratitud por siempre a todos ellos, en especial gracias por su discreción, ya que en esta unidad todos conocían la verdad. Gracias también por las atenciones dadas a mi familia, a mis amigos y hermanos de comunidad, a Miriam cuantas veces venía a verme, y sobre todo a Miguel Angel, al que animaban constantemente; su confianza en sus cuidados y dedicación hacía que cada día volviera a casa más tranquilo.

¿Cómo viviste las últimas semanas del embarazo?

Dentro de lo que cabe estaba bastante bien, aunque tenía mucha barriga podía moverme con bastante agilidad, lo cual me daba una cierta libertad. Problemas graves, que yo recuerde, no tuve ninguno y hasta se me quitó el dolor que tenía en el costado. Sobre las 25 semanas perdí el octavo feto, nos dio mucha lástima pero al mismo tiempo nos comunicaron que el resto de los fetos seguían bien y que a partir de aquí existía ya cierta viabilidad para los de más peso.

Daba gracias a Dios, porque pasaba un día tras otro y tanto yo como los niños seguíamos bien.

Recuerdo como transcurrían esos días «en espera», con nervios y ansiedad, risas y preocupaciones. Recibí muchas visitas, venían a verme tanto de dentro como de fuera del Hospital, sobre todo cuando la historia saltó a los medios de comunicación. Esto hizo cambiar mi situación dentro del Hospital, en realidad creo que este hecho nos afectó a todos. Tampoco olvidar la cantidad de comida que me traían, principalmente alimentos que contenían toda clase de vitaminas: leche, batidos, yogures, bocadillos... Pero también comprendía que era preferible comer para subir los niveles de proteínas, a que me lo administrasen a través de un suero..., ¡así que a comer!

Para entonces el equipo de anestesia y cardiología me habían hecho los respectivos controles, todo estaba bien, poco a poco todo se fue preparando.

A las 28 semanas fue cuando pasé al estado de buena esperanza, a todos nos preocupaba lo que pudiera ocurrir de momento, por un lado yo corría muchos riesgos de seguir mucho más tiempo, y por el otro me decían que unas semanas más garantizarían la madurez pulmonar de los niños. Como veis la situación no era nada fácil.

¿Por qué la insistencia en el anonimato?

Porque tanto Miguel Ángel como yo considerábamos que lo que nos estaba pasando, no tenía que repercutir a nadie más que a nosotros, a mi familia y al equipo médico. Hoy nos alegramos de que así fuera, por que la presión habría sido tan desbordante que esta-

mos seguros que la historia no habría terminado igual.

Como dije antes todo cambió para mí y esto me produjo un gran desconcierto, ¿qué podía hacer entonces?, pues nada, solamente seguir en mi habitación, tranquila, sin que nada de lo que estaba ocurriendo fuera afectara lo más mínimo lo que yo consideraba lo más importante: mis hijos. Solo que ahora todo era diferente, la puerta estaba siempre cerrada y las cortinas echadas en todo momento, me sentía como presa en mi habitación. Echaba de menos la libertad de la que había gozado hasta entonces, que me permitía visitar a otras pacientes de las habitaciones más cercanas, o salir al pasillo simplemente a pasear o para ir a misa.



Los pequeños Ángel, Miguel, Belén, Blanca, David y Andrés en su

En fin, no me puedo quejar, yo al menos estaba amparada por el equipo de seguridad, los cuales hicieron muy bien su trabajo; siempre me trataron con mucho cariño y respeto, lo que me permitió en todo momento preservar mi intimidad. Quizás Miguel Ángel y mi familia se hayan sentido más agobiados por su presencia, ya que es difícil acostumbrarse.

En este momento de mi embarazo las llamadas de teléfono se multiplicaron, los recados, numerosas cartas empezaron a venir de todas partes. A veces mi habitación parecía una oficina. En mi comunidad se organizaron por turnos de manera que cada día una persona se quedaba conmigo para hacerme compañía. Pero también sacamos

algo de positivo de toda esta situación y fue el inmenso apoyo moral que recibimos de muchísimas personas de todos los lugares.

¿En qué ha influido tus creencias religiosas en toda esta historia?

Para muchos mi embarazo ha sido un caso extraordinario, por el número tan elevado de embriones gestados, así como por haber sido un embarazo feliz, en el que nacen seis niños que se encuentran muy bien. Para el Hospital ha sido un gran logro, no sé cómo explicarlo, algo que sin duda es un gran estímulo profesional.

Para Miguel Ángel y para mí no ha sido así, desde el primer día que nos dieron la noticia, ha sido una experien-

cia de fe, sin ella esta historia no tendría sentido alguno. Lógicamente me hubiese sometido a la selección de embriones, dejar en manos de la ciencia quien vivía, quien moría. El haber tenido anteriormente experiencia de que Dios da la vida cuando quiere y la quita de la misma forma, nos ayudó a entender que de nuevo sería Él quien lo haría. No éramos, ni somos nadie, para quitar la vida a nadie y menos a ninguno de nuestros hijos, ya que para nosotros no eran un número, eran nuestros hijos. Además, ni siquiera la selección de embriones garantiza la supervivencia de los que quedan. Por otro lado no me atrevería a mirar a la cara, sin remordimientos, a los que yo había elegido pensando en los que quité de en medio; en ese aspecto nuestra dicha y felicidad es plena. Algunas veces cuando los miro me da miedo pensar ¿a quién le hubiera tocado? ¿a Belén? ¿a David?, mejor no pensarlo siquiera. Lo cierto es que ellos están aquí y el Señor ha sabido llevarse a los que Él ha querido. Nos queda ahora una gran alegría, por lo que a nosotros se refiere le dimos a todos una oportunidad.

No ha sido nada fácil, los primeros meses fueron una continua pesadilla, sin esperanza, con muchísima lástima por esos niños que no iban a vivir. Sin poder apenas coger a Miriam, debido al cansancio, las molestias, unidos a la tensión creada por la espera, a una hemorragia y a continuas subidas de tensión. Fue una constante lucha conmigo misma y con Dios a quien le echaba la culpa de la muerte de los niños, pero al mismo tiempo sentía que no me abandonaba y que me daba fuerzas cada día.

Una o dos semanas antes de ingresar, me desperté un cierto día y decidí dejar de batallar, se acabó, me rendí y le dije «¿Tú que dices, que uno?, pues uno, ¿Tú que dices, dos?, pues dos, ¿que ninguno?, pues Tú verás. Sólo te pido que hagas lo que hagas me ayudes a aceptarlo». Fue entonces cuando hallé descanso.

No soy valiente, ni mucho menos, que lo digan quienes me cuidaron después de la cesárea, soy muy «quejica» y no aguanto el dolor físico, pero en todo el tiempo que estuve ingresada no me faltó ni paz ni serenidad, estaba totalmente tranquila, el Señor me permitió vivirlo



así. Para decir toda la verdad, me alteré un poco cuando me dijeron que seguramente necesitaría mascarilla de oxígeno. También cuando me dijeron que podría ingresar en la UCI una vez terminase la cesárea, hasta ese instante no me había parado a pensar que yo también corría algún riesgo. Un momento igualmente difícil fue cuando comunicamos la noticia a toda nuestra familia.

La verdad es que yo en el fondo sabía que pasase lo que pasase, Dios estaría conmigo para ayudarme. Miguel Ángel y yo nos limitamos a hacer lo que teníamos que hacer. Esta tranquilidad no era el resultado de tomar pastillas ni de recibir terapia alguna, era un don de Dios y la respuesta a tantísimas personas que en todo momento rezaban por mí. También recuerdo con alegría a los capellanes y a las hermanas que me servían de aliento cuando venían a traerme la comunión o a pasar un ratito conmigo.

¿Cómo estableces el contacto con Pediatría?

No recuerdo exactamente si fue en la semana 25 ó 26, me dijeron que Pediatría se había puesto en marcha. Ya se estaban preparando todos los medios técnicos necesarios para la llegada de los bebés y al mismo tiempo una larga lista de personal se estaba perfeccionando. Por cierto, según me dijeron casi todos se habían prestado voluntarios.

Un día junto a la supervisora de Tocoginecología llegó también la de Pediatría, para que pudiéramos conocerlos. Ella me puso al corriente de todo

donde conocí a algunos bebés prematuros en sus incubadoras y todos habían salido bien.

Poco a poco fueron apareciendo enfermeros y auxiliares de Pediatría, a todos los vi con mucho entusiasmo lo cual me daba muchas esperanzas. De esta forma se fue estableciendo el contacto. Un día llegó Miguel Ángel y dijo que había visto la UCIN preparada, todavía tenía cara de sorpresa cuando me comentó que estaba alucinado, que aquello parecía la NASA... me hizo mucha gracia. También a mí me invitaron a ir y la impresión fue la misma, estaba segura que medios técnicos, personal cualificado y mucho interés no les iban a faltar. Aparte de la lógica preocupación yo notaba en ellos una gran ilusión porque todo saliera bien.

¿Cómo viviste el día de la cesárea, cómo transcurrió?

El día 5 de Diciembre, al ponerme la ecografía, comprobaron que otro de los fetos estaba muerto. Noté el ambiente un poco raro, en aquellos momentos no me dijeron nada. Volví a la habitación, poco después vinieron a verme y me comunicaron la noticia. Cumplía ya las 30 semanas de embarazo, todos estaban de acuerdo en hacer la cesárea aquel mismo día. Aunque me dio mucho dolor por la pérdida de este pequeño, seguía serena, porque nunca me hice la ilusión de que iban a vivir siete. Todos esperábamos algo, una señal, bien yo creo que este niño fue quien la dio... era el momento.

Avisamos a mi familia y a mis hermanos de comunidad, quienes al mismo tiempo informaron a varias congrega-

mi era fundamental. Seguía con paz, sólo algunas veces pensaba que yo también podría morir. Nadie sabía lo que iba a pasar, yo tampoco. Llamé al sacerdote, recibí la unción de enfermos y confesé, «por si acaso», estaba preparada.

Luego vinieron a por mí, atrás en la habitación, quedaron mis padres, hermana, catequistas y un sacerdote. Miguel Ángel me acompañó hasta el final del pasillo, allí nos despedimos, estoy segura que él lo pasó peor que yo, a mí en definitiva me iban a dormir. Me sentía mucho más tranquila porque a un hermano de mi comunidad, que es médico, le permitieron que estuviese presente en el parto, aunque fuera de lejos y sirviera de enlace entre el quirófano y Miguel Ángel.

Llegué al quirófano, había mucha gente, mis médicos, anestesistas, a los que estaban más lejos apenas los reconocía. Tenía mucho frío y las piernas me temblaban, me pusieron una mascarilla y noté un líquido muy frío por la barriga, hasta que me dormí.

Me alegré mucho cuando desperté, pues a veces llegué a dudarlo, me sentía muy extraña al no notarme aquella enorme barriga. Inmediatamente me dijeron la noticia, todo había salido muy bien, cuatro niños y dos niñas y todos bien. Mi cesárea fue como cualquier otra y no habían tenido que hacerme ninguna histerectomía, ni siquiera había necesitado ingresar en la UCI.

Estaba deseando ver a Miguel Ángel y saber cómo se encontraba él, cuando llegó lo vi feliz, estaba muy contento y me dijo que todo había sido muy rápido; que había visto a los niños y que, según los médicos, evolucionaban como cualquier prematuro de treinta semanas. Todos estaban bien y no presentaban ningún problema serio, «a mí me dijo- me parecen guapísimos».

Después de todo lo que habíamos pasado aquello nos parecía un sueño. Todo el tiempo que permanecí allí, estuve muy vigilada, recuerdo que siempre había alguien pendiente de mí. Tenía dolor y mucha sed.

No dejo de acordarme de las veces que entraba allí mi matrona y me daba unos toques en el vientre que me parecían eternos. También recuerdo el dolor que me producía el aparato de la

Este ha sido un problema muy compartido, después tengo que decir que la alegría ha sido también muy compartida.

cuanto se estaba preparando y aproveché para preguntarle algunas cosas como que tipo de problemas presentarían los niños de más bajo peso, si solían tirar para adelante, etc. Otra vez que vino me trajo un álbum de fotos

ciones religiosas. Todos nos pusimos en marcha. El Hospital puso todos los medios a su alcance, yo también pondría los míos.

Pedí a todos que rezasen por mí antes de entrar en el quirófano, eso para

tensión y no sé que otra cosa que me hicieron en el otro brazo. Lo que más gracia me hacía era que todos me decían «relájate y descansa», ¡pero si no me dejaban! En el fondo, a pesar de todo este dolor, reconfortaba pensar que todo este malestar formaba parte del nacimiento de mis hijos.

Tuve allí muchas visitas de Ginecología, Pediatría y otras muchas personas que no recuerdo. A las 24 horas, más o menos, me llevaron a la habitación, me llevé una gran sorpresa cuando llegué al pasillo de Gine y me encontré tantas flores. Me gustan mucho las flores y allí había ramos de todas clases. Había mucha alegría y sobre todo un gran revuelo.

Había mucha gente esperando, todo era felicitaciones y enhorabuenas, todos estábamos muy felices. Mi preocupación, en aquellos momentos, eran los niños. También tenía muchas ganas de ver a Miriam y decirle que tenía seis hermanitos, hasta entonces siempre le habíamos dicho «a lo mejor...». Belén era la que más nos preocupaba, su bajo peso nos hacía dudar de si saldría adelante o no, aunque todas las noticias que venían de Pediatría eran buenas, los niños evolucionaban muy bien y la pequeña -me dijeron- era una niña muy fuerte,

Me tenía angustiada pensar en el momento de bajar de la cama, no lo quería ni pensar, el suero, la sonda, etc. Aquella noche, para que todos volvieran a casa más tranquilos, se quedé conmigo otra hermana de comunidad, que es matrona, todo el tiempo pendiente de mí.

La recuperación de una cesárea es muy dolorosa, la mía ocurría con normalidad.

¿Cómo fue el encuentro con los niños?

A los dos días, me levantaron a la fuerza de la cama, yo no quería pues creía que el vientre se me iba a caer al suelo. Ya me faltaba menos para ir a ver a los niños, y así fue. Por la noche me dijeron que porque no intentaba sentarme en la silla y en ella me llevarían, no sé como lo hice pero en cuanto terminé de cenar me senté y junto a Miguel Ángel fui a ver a mis hijos. Estaba muy nerviosa, no podía ni imaginarme lo que me iba a encontrar.

Cuando llegamos nos recibió el equipo de la UCIN, todos estaban muy contentos de cómo estaban evolucionando los niños. Habían pasado 48 horas y todos estaban bien dentro de lo que cabe, ya que no tenían problemas graves. Todos decían que no nos preocupásemos, y empezaron a hablarnos de ellos, quien era el más nervioso, el más tranquilo, el más guapo, quien comía, quien no. De lo técnico yo no entendía nada, pero todos me decían que era normal.

Nos acercamos a las incubadoras por orden de nacimiento, allí estaban, tan pequeños y al mismo tiempo tan grandes, estaba alucinada. Todos empezaron a insistir para que les pusiéramos nombres, no querían dirigirse a ellos más por un número. Pedí que por lo

No podía creer que dos días antes estuvieran todos dentro de mí. No me cuadraban las cuentas, ocho niños, ocho placentas, ocho bolsas con líquido, salí de allí asombrada y sin creerme que todos los niños fueran míos. Di gracias a Dios por ese regalo de vida que me había dado, porque en aquella estancia, había eso, mucha vida.

La relación con Pediatría, ¿cómo fue?

Como ya dije antes, la relación se inició en la habitación, en todo momento mantenía contacto con esta unidad y ellos me mantenían informada.

Entraban y salían y me hablaban de los niños, a partir del sábado pude ir cada día a visitarlos, sobre todo después de la cena. Los pediatras habían

A pesar de todo este dolor, reconfortaba pensar que todo este malestar formaba parte del nacimiento de mis hijos.

menos me dejaran primero verlos a todos y volvimos al primero. Este se llamaría Angel, la segunda Blanca ya que a la más pequeña le pondríamos Belén, al tercero le pusimos Andrés, la cuarta era Belén, el quinto David y por último Miguel.

Recuerdo aquellas dos incubadoras vacías, que hacían presentes a los dos bebés que no estaban allí, pero al mismo tiempo pensaba que ya era un gran milagro que hubieran nacido seis con tantas esperanzas de vida. Cuando los vi creo que todos llevaban gafas, recuerdo que los veía muy altos desde la silla de ruedas, pero no tuve tiempo de recrearme en ellos. Lo poco que pude verlos me hizo darle la razón a Miguel Ángel, yo también los veía muy guapos.

¿Los veías con vitalidad?

A todos los vi muy bien, tenían muchas cosas puestas y mirar a Belén era impresionante. No paró de moverse todo el tiempo que estuve allí, era la más revoltosa apenas se le podía tocar pues se quejaba mucho.

puesto mucho interés en estos niños, había mucha ilusión pero al mismo tiempo estaban preocupados, no podían garantizarme nada. Lo cierto es que cada niño es un mundo y no todos respondieron igual, aunque a todos se les administrara lo mismo y tuvieran los mismos medios técnicos. Eso es cierto. También existía el peligro de que cogieran una infección, me decían que si esto ocurría los niños lo pasarían mal.

Salí de allí bastante animada cuando el equipo de la UCIN nos decía que no nos preocupásemos. Algunos se infectaron, cuando una mañana iba a verlos y estaba alguno malito, volvía a visitarlos por la noche, más que nada preocupada por ese niño. Entonces me encontraba que otro se había puesto malo también, era un laberinto. Pero como antes, hacía lo mismo, descansaba en Dios. El vería lo que hacía, sólo que ahora me iba a dar mucha pena porque ya los conocía y los quería de otra manera.

En fin, teníamos mucha confianza en el equipo que los llevaba, yo creo que los niños han recibido mucho cariño por

parte de todos ellos y en esta unidad, tanto Miguel Angel como yo, nos hemos sentido muy acogidos.

Poquito a poco empezaron a ganar peso y ya se les veía las caras, cada uno tenía sus rasgos propios. Apenas se parecían unos a otros, Angel tan morenito y tan grande, Miguel, el último, tan rubio, o Belén tan diminuta... Empezamos a tomar contacto con ellos dentro de las incubadoras, era una sensación muy extraña y al mismo tiempo

A todos les agradecemos todas las atenciones que han prestado, todos los desvelos que les han producido la llegada de tantos prematuros al mismo tiempo, todo el interés que han puesto en ellos. Gracias por estar allí cuando llegó el momento, por no cerrarnos las puertas y lavarse las manos cuando nos los trajimos todos a casa, y sobre todo porque pensamos que han sido unos niños muy queridos por todos ellos. Gracias Pediatría por cuidar de nues-

padres de siete maravillosos niños. No dejamos de reconocer que nos van a dar mucho ruido y muchos problemas, pero de los problemas de mañana ya nos preocuparemos mañana. Todo esto nos ha enseñado a vivir al día y a decir «el Señor proveerá», ¿para qué angustiarnos ahora? Es un gozo ver a estos niños crecer, como juegan, cuando están dormidos, cuando ríen, etc. (pero no digamos lo mismo cuando no comen o lloran todos al mismo tiempo).

¿Qué tienes que decir al Hospital Juan Ramón Jiménez?

Lo que tenía que decir lo he dicho ya, gracias a todos por la acogida, por el respeto, por las atenciones, por la seguridad, por el apoyo moral y por todos los cuidados recibidos. En definitiva, por saber estar a la altura de las circunstancias en todo momento, embarazo y parto, en el cuidado de los niños y con los medios de comunicación. Gracias también por vuestra entrega.

Agradezco a la dirección la buena organización que ha existido siempre, todo ha estado muy bien dispuesto desde el principio. Esto producía mucha tranquilidad, estábamos en buenas manos.

Como no quiero que se me quede nadie por detrás, no quiero nombrar a ningún servicio, por lo que cuando agradezco al Hospital por todo lo anterior, quiero referirme a todos. Sabed que

Sabed que habéis hecho una gran labor, ponéis todos los medios a vuestro alcance para hacer posible que en este hospital se dé la vida. Miguel Ángel y yo nos hemos llevado gran parte de ella.

necesaria para nosotros y creo que también para ellos. Cuando se les raparon las cabecitas, menos a Ángel, se parecían entre ellos un poco más, tanto que si se cambiaban de sitio los hubiéramos confundido.

Entre tanto, seguía recibiendo muchas visitas, vinieron personas para mí inimaginables: Obispo, algunos políticos, entre ellos mi alcalde y también mucha gente desconocida. Continuaban las cartas, las llamadas, los telegramas, mientras me iba recuperando y se preparaba mi alta, ¡que miedo! Salí el 20 de diciembre, los niños se quedaron allí, todos estaban muy bien y la unidad de Pediatría se encargaría de hacer de padre y madre de esos niños. Confiábamos en ellos y por eso nos marchamos tranquilos, mucha gente seguía rezando continuamente por estos niños, dentro y fuera de España. Yo les decía a todos: ¡necesito todavía unos cuantos kilos de oración!

La estancia de los niños en esta unidad se prolongó bastante tiempo, desde los 48 días que estuvo Angel hasta los 3 meses que estuvo Belén. Mientras tanto, todos volvían a ingresar a causa de la bronquiolitis que pillaron.

Los primeros meses hemos estado casi todo el tiempo en la carretera para visitarlos en el Hospital. Todavía no hemos perdido el contacto con el equipo, quienes los ven con cierta frecuencia.

tros hijos.

¿Te sientes feliz ?

Nos sentimos muy felices, hemos sufrido mucho y seguiremos sufriendo, los niños nos han dado varios sustos, hemos pasado unos meses arrastrados por los distintos acontecimientos. Casi no nos dábamos ni cuenta, pero vivíamos al minuto, es decir tan pronto estábamos en casa como en cuestión de minutos estábamos en el Hospital con algún niño en muy mal estado.

Gracias a todos por la acogida, por el respeto y por todos los cuidados recibidos

Pero bueno todo eso ya ha pasado, eso esperamos. En estos momentos, la situación está más normalizada, yo sigo diciendo que el milagro continúa, que Dios no nos ha abandonado. Porque no es fácil atender a seis niños de la misma edad junto con Miriam, pero contamos con un número grande de personas que nos ayudan día y noche, que lo hacen de forma gratuita y desinteresada y que todavía no se han cansado.

Estos niños son una bendición, no podíamos imaginar nunca lo que nos iba a pasar, no sé, pensar que no podía tener hijos y el Señor nos ha hecho

habéis hecho una gran labor, ponéis todos los medios a vuestro alcance para hacer posible que en este Hospital se dé la vida. Miguel Ángel y yo nos hemos llevado gran parte de ella. Que el Señor os bendiga a todos para que sigáis como hasta ahora.

Reportaje: A. Alejandro Cordero Gómez
Fotos: Antonio J. Alcalde Pérez
Enfermeros. Colegio de Enfermería. Huelva

© Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva.
Queda totalmente prohibida la reproducción total o parcial del presente reportaje sin la expresa autorización del editor.



III JORNADAS DE DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA Y CUIDADOS DE SALUD

I CONFERENCIA NACIONAL DE REVISTAS DE ENFERMERÍA Y AFINES

Estas jornadas se desarrollaron durante los días 25 y 26 de Abril en Granada, bajo el lema «El diálogo entre lectores, autores y editores», estando patrocinadas por el Centro de Documentación en Enfermería Comunitaria y la Fundación Index.

Durante las mismas se reunieron más de doscientos especialistas en redacción científica que debatieron sobre la adecuación científica de la

prensa enfermera española y su relación con la prensa científica internacional.

El acto más relevante fue la sesión entre editores y directores de revistas en la que se presentó la propuesta de creación de un *Consejo Nacional de Editores de Revistas de Enfermería y Afines*, la cual tiene por objeto establecer un consenso sobre uniformidad de las sesiones de contenido científico en las revistas de enfermería, velando por su calidad de cara a garantizar su competitividad en el panorama internacional. Con la constitución de este Consejo Nacional se facilitará considerablemente las relaciones con otras iniciativas internacionales, potenciando la influencia de la prensa científica enfermera española, en la comunidad científica internacional.

Una de las principales necesidades que se han puesto de manifiesto en estas jornadas es la de capacitar a los profesionales de Enfermería vinculados a las revistas, en habilidades de redacción y escritura científica, para así poder contribuir a elevar la calidad de este medio. La formación se debe obtener no sólo a través de programas de capacitación, sino sobre todo, mediante la lectura crítica de la literatura científica enfermera.

El acto contó con la presencia de más

de treinta revistas nacionales, algunas de gran trayectoria, y otras aún en proyecto.

Las revistas de Enfermería son una realidad viva y dinámica, fruto de la interrelación de diferentes agentes: di-



rectores, redactores, autores, lectores, industrias y editores. Y plantean una plataforma privilegiada para poner en contacto a los investigadores y filósofos de la profesión, junto a los profesionales que precisan de nuevos conocimientos para establecer unos cuidados de salud de calidad.

Desde aquí, queremos felicitar a la Fundación Index y a su director D. Manuel Amezcua, por convocar y desarrollar estas actividades, en favor de toda la Enfermería nacional, comunicándoles a su vez, la intención de Documentos de Enfermería de participar en el Consejo Nacional de Revistas de Enfermería y Afines.

Documentos de Enfermería estuvo presente en la I Conferencia Nacional de Revistas de Enfermería.

Nuestra revista recibió una acogida muy positiva y de admiración en su presentación en esta I Conferencia de Revistas de Enfermería, sorprendiendo por su calidad, tanto formal como de contenido y sobre todo por su amplio ámbito de distribución: europeo, su distribución gratuita y que su editor sea el Colegio de Enfermería de Huelva.

Hemos de manifestar que en el ámbito de distribución, el Consejo Editorial de Documentos de Enfermería, estamos trabajando para su ampliación por Iberoamérica.



ERNESTO DELGADO DELGADO

ENFERMERO DE LA O.N.G. IBERMED

Nos reunimos hoy con Don Ernesto Delgado, enfermero onubense miembro de la O.N.G. IBERMED - Médicos con Iberoamérica que tras más de 20 años de actividad quirúrgica entre el clausurado Hospital "Manuel Lois" y el moderno "Juan Ramón Jiménez" de Huelva ha decidido iniciar una nueva experiencia profesional de carácter totalmente altruista en zonas de declive social de Iberoamérica junto a otros compañeros enfermeros y médicos.

¿Que es IBERMED ?

Ahora mismo es un proyecto de O.N.G, cuyos estatutos se encuentran en avanzados trámites de elaboración, y que vendría a llamarse IBERMED -Médicos con Iberoamérica.

El hospital donde nosotros vamos a realizar nuestra actividad, situado en la antigua capital de Guatemala, se llama "Antigua Guatemala". Lo fundó un franciscano de Tenerife, el Hermano Guillermo Bonilla Carbajal, pertenece a la Fundación del Hermano Pedro que está dedicada a personas de pocos recursos y es un poco como los Hospitales antiguos nuestros, un poco de todo, asilo, casa-cuna, de atención a personas que no tienen recursos, no tienen donde ir y allí se le da comida, se les tiene asistidos.

La idea parte de unos médicos, uno de Huelva y otro de Sevilla, que en el 96 prestaron su ayuda en dos áreas concretas, una de medicina interna y otra quirúrgica. Era la primera vez que médicos españoles prestaban su ayuda profesional a este proyecto.

El Hospital está dividido en cuatro departamentos:

-El Centro de recuperación nutricional, donde vienen los niños con todo tipo de desnutrición, aquello está a cargo de un Nutricionista, que es el que prepara las fórmulas, simplemente con lo que tiene a mano.

-El Hogar del niño con parálisis cerebral, donde se intenta educar en lo posible y rehabilitarlos físicamente, la ma-



yoría de las veces sin supervisión facultativa y lo más que puede hacerse, según este compañero que estuvo allí, es lavarlos, darles unas papillas y colocarlos en unas colchonetas donde prácticamente pasan el día sin cambios posturales, con lo cual las úlceras por decúbito son enormes.

-El Hogar del adulto con impedimentos graves que vendría a ser como en nuestros hospitales la sala de observación. Allí se atienden a enfermos con diversas patologías bien agudas o bien aquellas que han sido dados de alta en hospitales nacionales. Aquello es atendido por un Internista guatemalteco.

-El Hogar del Anciano ciego e inválido que suple la cuestión de asilo o residencia de ancianos.

-Además consta de tres quirófanos que los han equipado los diversos grupos humanitarios que han ido por allí.

Un pequeño laboratorio, más que nada de Hematología y de Microbiología, atendido por un Auxiliar de laboratorio nativo. Una pequeña farmacia que está nutrida exclusivamente de donaciones de otros países. Y unas consultas externas que atienden diariamente a decenas de personas sin ningún recurso, como toda la asistencia prácticamente que se da en este centro.

Los medicamentos en Guatemala deben ser pagados por el enfermo, lo cual impide pues realizar una buena asistencia y muchos de los materiales desechables que aquí no le damos muchas veces la importancia debida como jeringas, guantes, sondas, allí hay que lavarlos y reesterizarlos, como se hacía aquí hace 30 años.

Aunque en este Hospital la medicación llega a través de donaciones de otros países que acuden allí y cuando terminan su actividad la dejan. O bien con aportaciones de particulares, en el caso de que alguien con recursos económicos se quiera operar, se le cobra la intervención y ese dinero se queda en el Hospital para medicación de los más necesitados.

Acoge a unos 400 pacientes, sólo tienen un médico y un enfermero para darle asistencia.

El Hospital quirúrgicamente se surte de varios países que le van adjudicando fechas y van realizando su labor. Estos países que hasta ahora han estado yendo son: Estados Unidos, Italia, Canadá y Francia. Ahora nos vamos a unir nosotros como españoles.

¿Qué objetivos presenta?

Serían dos líneas básicas: la asistencial, fundamentalmente quirúrgica, aunque llevamos un internista que se dedicaría a su especialidad; y después otra docente.

Otra de las actividades que tenemos es mandarles medicamentos, juguetes usados, ropa usada, para lo cual cada tres meses salen dos barcos de Cádiz y otro de San Sebastián, que gratuitamente nos lo llevan.

¿Quiénes constituyen la O.N.G. IBERMED?

-La O.N.G. parte de uno de estos médicos que fueron el año pasado, nos ilusionó a todos con el proyecto, entonces decidimos constituir la O.N.G. nosotros.

Los profesionales que la constituyen son médicos y enfermeros en un número total de 14, te puedo decir que van cuatro cirujanos, un cirujano cardiovascular de Madrid, un internista y 4 enfermeros, 3 de Huelva y una enfermera de Alicante.

¿Es un proyecto onubense?

Surge como un proyecto onubense. La sede actualmente está en el Colegio de Médicos de Huelva como ubicación física, pero la idea es que sea un proyecto onubense e incluso del personal del Hospital Juan R. Jimenez, no por nada sino sólo porque el 98 % del personal es de este Hospital.

¿En que situación se encuentra el Colegio de Enfermería?

El proyecto es un proyecto sanitario, multidisciplinar, pero el tema es que no es de un Colegio ni de otro sino que participan los dos a la vez.

¿Qué actividades pretendéis desarrollar?

En la línea quirúrgica se pretende intervenir a personas de bajos recursos o nulos, tanto ingresados como externos. Lo que queremos es cubrir un área quirúrgica, mediante intervenciones que requieran en primer lugar poca hospitalización, ya que allí contamos sólo con diez camas, con lo cual casi toda la cirugía que vamos a hacer es ambulatoria, se operará, permanecerá allí 1 ó 2 días, y retornará a su domicilio. Cirugía con poco seguimiento, con

pocos recursos, que den soluciones a problemas definitivos.

Otros puntos que llevamos:

- Evaluar las distintas patologías quirúrgicas que nosotros no podamos realizar con objeto de desviarla a otros centros estatales.

- El seguimiento postoperatorio, ya que esto es una cadena; va el equipo de un país, a los dos meses va otro, entonces nosotros tenemos que hacer un seguimiento postoperatorio de las intervenciones que se han realizado anteriormente.

- Preparar la lista quirúrgica del próximo grupo.

por decúbito son devastadoras, operamos úlceras por decúbito, tumores, queloides y patología ungueal. Después cirugía de la mama, patología benigna y maligna. La maligna con un agravante, que allí las biopsias cuestan el dinero y puede pasar un año antes de obtener el resultado, con lo cual habrá que, cuando se sospeche una patología maligna, hacer una secección lo más amplia posible. Y vesícula.

Como también viene un urólogo, él se va a dedicar a fimosis, criptorquidea, hidrocele, la evaluación del paciente sondado, la vejiga neurógena, ya que gran cantidad de los pacientes que están allí sondados son paralíticos cerebrales.



Y después organizar seminarios de distintos interés, es decir, un poco de actividad docente.

¿Qué tipo de patologías vais a intervenir?

Dentro de las actividades a realizar nosotros hemos mandado allí al Hospital una relación de lo que podemos operar y ya ellos nos han contestado afirmativamente. La idea que nosotros tenemos es operar entre 30 y 35 pacientes diarios. Son cuatro equipos quirúrgicos desde la seis de la mañana a la seis de la tarde.

Esta relación incluye en cirugía general: Hernias, tanto en niños como adultos, hemorroides, fisuras anales, cirugía de la piel, pues allí las úlceras

Y en cirugía vascular: evaluación de isquemia crónica del miembro inferior, pie diabético, úlceras vasculares, cirugía de la varices y amputación.

¿La línea docente como vais a desarrollarla?

Este año vamos un poco a la expectativa de ver las necesidades. Prácticamente va a ir dedicado al personal sanitario de allí, teniendo en cuenta que, según tengo entendido, la carrera de Enfermería es corta, con lo cual es insuficiente para cubrir todas las necesidades de todo el concepto que nosotros tenemos aquí de la Enfermería. Va a ir dedicado a un poco de reciclaje, y también al cuidador que está todos los días con los pacientes. A su vez evaluaremos otra clase de seminarios en

otro estamento con objeto de darle también un poco de educación para la salud a la población. Los temas que tenemos preparados son: higiene y salud pública, higiene sexual, nutrición y dietética del niño, tratamiento de úlceras por decúbito, manejo del paciente sondado, curas de heridas, primeros auxilios, vendajes, embarazo y el manejo de analgésicos, ya que en Guatemala los medicamentos se los tienen que comprar los pacientes.

¿El proyecto más inmediato cual sería?

El proyecto más inmediato es desplazarnos allí del 9 de Octubre al 22, el equipo completo. Primero se van dos médicos para darle prioridad a las patologías, y el día 9 nos vamos el resto, con el objeto de acomodarnos un poco al país y el día 11 comenzamos la actividad.

¿Cómo os financiáis? ¿Para el período que vais a estar allí conseguís alguna licencia laboral?

En principio vamos todo el mundo con nuestras vacaciones y nos puede constar el dinero. La manutención, aunque el almuerzo lo hacemos en el hospital por el horario de 6 a 18, para perder poco tiempo, pero la cena la tenemos que hacer fuera del Hospital, tenemos que pagar también el hospedaje y el vuelo de ida y vuelta en avión.

En la cuestión económica, dentro de la futura O.N.G. IBERMED, nos tenemos repartidas las parcelas. La persona dedicada a relaciones públicas, se está moviendo a nivel de distintos organismos oficiales, fábricas, entidades bancarias, casas comerciales, las cuales nos tienen prometidos una serie de ayudas, aparte de la colaboración de todas las personas que lo deseen, que en su momento serán informados de toda la actividad, para que vean donde se ha invertido su dinero.

La idea es que nos apremia ahora mismo muchísimo el tiempo. Estamos metidos, dentro del presupuesto que tenemos, a ver si podemos comprar instrumental quirúrgico para dejarlo de una manera estable allí, para evitar estar

con el material para atrás y para adelante, y después reciclar aquí en el Hospital todo lo que podamos. Algunas casas han suministrado antisépticos, suturas...

¿Con cuánto voluntariado contáis?

Pues de momento somos las 14 personas que vamos, aparte de muchísimos compañeros que están interesa-



su tiempo libre o bien colaborando económicamente o con material. Nosotros este año vamos a centrarnos en la cuestión quirúrgica y la cuestión docente pero también vamos a estudiar sobre el terreno las necesidades, entonces no sabemos, al igual el año que viene tiene que ser menos quirúrgico y más docente o con más médicos internistas o ampliamos a otros centros de la Fundación; con lo cual la O.N.G. está abierta ahora mismo a todos los profesionales y a toda la población que esté interesada en colaborar con estas personas.

¿Tienes algo que añadir?

Yo, desde estas páginas de **Documentos de Enfermería** y al tratarse de una revista profesional, quisiera pedir la colaboración de todos los profesionales en los que nos puedan ayudar, no solamente en la cuestión económica, sino que transcurrido el tiempo vamos a necesitar muchos voluntarios y colaboradores que estén dispuestos a ayudar estas personas que lo necesitan más que nosotros. Y con una idea muy clara: que los más beneficiados vamos a ser nosotros, porque vamos a venir con las ideas muy claras, poniendo las cosas cada una en su sitio.

Gracias Ernesto por hacernos partícipe de un proyecto altruista e ilusionante como es una O.N.G. de atención en estos países con pocos recursos económicos y desde aquí os trasmitimos nuestras más sinceras felicitaciones y nuestros deseos de éxito en estas venturosas actividades.

A. Alejandro Cordero Gomez.
D.U.E. Colegiado nº 1332. Huelva
Ilustraciones Cedidas por IBERMED

ASOCIACION MEDICOS CON IBEROAMERICA

Cuenta de Colaboracion:

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº CUENTA
2098	0069	49	0132000451
CAJA DE AHORROS DE HUELVA Y SEVILLA EL MONTE			



I CONGRESO DE BIOÉTICA

LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE LOS NUEVOS PROBLEMAS ETICOS

El Ministro de Sanidad, José Manuel Romay Beccaria, inauguró en la sede del Consejo General de Enfermería, en Madrid, el I Congreso de Bioética, titulado «**Los profesionales de la salud ante los nuevos problemas éticos**» que fue organizado por la Escuela de Ciencias de la Salud del Consejo General de Enfermería.

El Presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, recordó que, desde 1989, la Enfermería española cuenta con un *Código deontológico* específico que representa el compromiso de toda la profesión y que, ya en el momento de su redacción, hacía referencia a los problemas éticos derivados de los últimos avances científicos. González Jurado señaló que «cada profesional debe ser libre para opinar», aunque para tomar libremente una decisión es necesario establecer un foro de debate y reflexión entre científicos, juristas y sanitarios.

En el Congreso, al que acudieron expertos en toda las disciplinas relacionadas con la Bioética y la Salud, se debatieron durante los días 17 y 18 de Abril, cuatro grandes áreas temáticas: el genoma humano, las nuevas formas de fecundación humana, problemas éticos derivados de la asistencia clínica, y aspectos éticos y legales del final de la vida.

María Fernanda de Lorenzo, abogada y vicepresidenta del Foro de la Abogacía, hizo mucho hincapié en la importancia del consentimiento informado y en la necesidad de informar al paciente en todo momento de los actos médicos y enfermeros que se le realizan. «Esa es la mejor forma de evitar reclamaciones de los pacientes o de sus familiares».

Según *Ventura Pérez Mariño*, magistrado de la Audiencia Nacional, señaló

que si como fruto de una actuación se ven implicados o vulnerados sus derechos fundamentales, la objeción de conciencia está por encima de la obediencia debida, aunque no sería lógico objetar por conciencia todas las actuaciones. Pérez Mariño considera que en caso de conflicto, -exceptuando situaciones verdaderamente comprometidas-, el enfermero debe actuar y, posteriormente denunciar, sin embargo, en su opinión «el bien de la sociedad, lo que acuerda una colectividad, está por encima de la conciencia individual. Esgrimir como argumento siempre la conciencia individual para negarse a cumplir ordenes nos llevaría a un subjetivismo excesivo».

A lo largo de su intervención, *Juan Carlos Gómez*, Jefe de División de Protección Civil (SAMUR) del Ayuntamiento de Madrid, señaló que «todos los protocolos que se aplican en el SAMUR se fundamentan en el Código Deontológico de Enfermería. La Enfermería tiene que cumplir tres máximas: el deber de cuidar, ser competentes profesionalmente (poseer conocimientos y habilidades) y guardar el secreto profesional».

En nuestras actuaciones en la vía pública -indicados encontramos con factores externos (público, fuerzas policiales, bomberos, personal sanitario no entrado) y con factores internos (tenemos una responsabilidad propia y otra delegada en lo referente a cuidados, terapia y diagnósticos legales, damos altas en el lugar de los hechos y existe además una documentación legal). En todo caso, las responsabilidades del enfermero son los cuidados, las terapias

-tanto de soporte vital básico como avanzado- y los diagnósticos legales en cadáveres, alcoholemia, lesiones y enfermos psiquiátricos.

Salvador Urraca, profesor de Metodología de las Ciencias de Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, dedicó su ponencia a la eutanasia. Urraca cree que los intereses, las necesidades y los deseos de los pacientes deben convertirse en el objetivo prioritario de la asistencia sanitaria y que hay que tener en cuenta el deseo de muchos moribundos de morir de forma íntima y acompañado.

El profesor cree que la información adecuada y en el momento preciso resulta una buena estrategia adaptativa y un impulso para la cooperación

Código Deontológico de la Enfermería Española

Normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión elaborado por el Consejo General de Enfermería.

afectiva y efectiva entre los cuidadores y el paciente. Son éstos, los cuidadores, los que deben estar dispuestos a ofrecer dedicación, preparación y predisposición en la ayuda integral a la persona moribunda. Para Urraca una buena asistencia debe ofrecer bienestar total -erradicación del dolor- intimidad, dignidad y respeto. "Es necesario armonizar los aspectos técnicos de la asistencia con el humanismo y la compasión, ya que así como los cuidadores técnicos ayudan a bien vivir, los cuidados asistenciales de calidad ayudan a bien morir". Pero para que esa asistencia sea la correcta "deben existir equipos interdisciplinarios que ofrezcan los cuidados de un modo coordinado y atiendan las dimensiones de la persona moribunda. Antes de informar, hay que conocer al paciente, saber su estado de ánimo, su evolución psicológica, con su mirada nos dice muchas cosas, tenemos que saber si quiere informarse de su muerte o si prefiere morir en la ignorancia. Hay que respetarlo".

A su juicio, el debate se centra en la calidad y en la cantidad de vida. Todos deseamos una buena muerte, pero en determinados casos "¿el paciente tiene las ideas claras para poder decir si quiere la muerte. Es un problema biopsicosocial. Pero hay que tener en cuenta que pedir no es querer. Muchas veces el enfermo pide la muerte y lo

que quieres es que le cures.

A unos les parece lo mismo hablar de matar que de dejar morir pero otros hallan una diferencia de matiz ético".

Considera que, en la mayoría de las encuestas del país, preguntan sobre la eutanasia relacionándola con el dolor, y cree que en muchas ocasiones se equivoca dolor con sufrimiento. "Para mí el sufrimiento son las heridas del alma que lloran en silencio, está en la totalidad de la persona; sin embargo, el dolor está ubicado en una zona muy concreta del cuerpo".

Para el psicólogo, la proliferación de los cuidados paliativos en nuestro país, tanto hospitalarios como domiciliarios "abre una puerta a la esperanza en la asistencia integral a los moribundos. Siguiendo los deseos del Parlamento Europeo, los Estados deberían apoyar la mejora y la creación de Unidades de Cuidados Paliativos".

Juan Manuel Núñez Olarte, adjunto de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, indicó que en los cuidados paliativos, en los que se atiende a enfermos terminales, aquéllos a los que se pronostica una esperanza de vida de entre tres y seis meses y que suelen ingresar en cuidados paliativos aquejados de múltiples problemas. Los dos objetivos de

estas unidades son el control de síntomas y el apoyo psicológico, manteniendo la calidad de vida. "No se trata de una eutanasia pasiva, pero tampoco de encarnizamiento terapéutico".

Eulalia López Imedio, Jefa de la Unidad de Enfermería de Cuidados Paliativos del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, indicó que uno de los problemas surge "cuando se pretende que el enfermo asuma nuestros puntos de vistas morales. Y más teniendo en cuenta que se encuentran en una situación que los hace fácilmente manipulables. También me preocupa que siga habiendo enfermeras muy preocupadas por tener que dar dosis altas de morfina a enfermos terminales y no por el dolor que padecen. No se puede confundir la ética profesional con la moral personal".

Por otra parte, siguen existiendo profesionales que son reacias a dar información al paciente en fase terminal porque hacerlo exige compromiso personal. Hay que huir de las evasivas: de negar la gravedad; de concentrarnos en las tareas para esquivar las preguntas del paciente; del cambio de tema, del miedo a entrar en las habitaciones de los enfermos y no saber qué decir. Estas actitudes son poco éticas frente a un paciente que te está demandando información sobre su situación y, sobre todo, un trato humano.

Esperanza Rayón, profesora de Enfermería Clínica Avanzada señaló que quien pide a gritos morir realmente quiere vivir de otra manera, lo que nos debe hacer reflexionar a todos, para entre todos, encontrar la respuesta. Una de las soluciones es la puesta en marcha de todo el país de unidades de Cuidados Paliativos.

El enfermo terminal debe morir dignamente, sin dolor y sin abandono. La dignidad de la persona está en ser persona, más allá de sus carencias o limitaciones. El deber de la enfermera es hacer ver al paciente terminal que esas carencias y limitaciones son naturales".

En su opinión, cuanto más avanzada está la enfermedad terminal mayor es el papel que juega la Enfermería, porque lo único que se puede hacer ya es cuidar.



José Manuel Romay, ministro de Sanidad, durante el acto de apertura del I Congreso de Bioética junto a Pilar Fernández, directora de la Escuela de Ciencias de la Salud. Al fondo, en el atril, Máximo González Jurado, presidente del Consejo General de Enfermería.

Foto: Boletín Informativo de Unión Profesional. Marzo/Abril 97

OPOSICIONES

D.U.E., A.T.S. Y MATRONAS EN EL S.A.S

POSTGRADO

Con fecha 16 de agosto de 1.997, se han publicado en el B.O.J.A nº 95, los temarios para las oposiciones de D.U.E y Matronas así como de otras categorías relacionadas con el S.A.S. Los temarios que nos afectan constan de 60 temas.

Previamente se debe convocar concurso de traslados y una vez resueltos éste "convocaran las oposiciones", por lo que prevemos que no se realizaran antes de mediados de 1.998.

El Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva, durante el mes de septiembre, convocará diversos cursos específicos para la preparación de las oposiciones.

PROGRAMA PARA D.U.E/A.T.S DE CENTROS ASISTENCIALES DEL ORGANISMO

Tema 1. Constitución Española. Principios fundamentales. Derechos y deberes fundamentales de los españoles. La protección de la salud en la Constitución.

Tema 2. Estatuto de Autonomía en Andalucía. Competencias recogidas en el Estatuto. El Parlamento. Los órganos de gobierno de la Junta de Andalucía. Funciones y estructura.

Tema 3. Ley General de Sanidad. Fundamentos. Características. Competencias de las Administraciones Públicas. Organización general del Sistema Sanitario Público.

Tema 4. El usuario. Derechos y deberes. El consentimiento informado.

Tema 5. Plan Andaluz de salud. Objetivos.

Tema 6. Estructura, organización y competencias de la Consejería de salud y del Servicio Andaluz de Salud.

Tema 7. Niveles asistenciales: Ordenación de la Atención Primaria en Andalucía. Ordenación de la Asistencia Sanitaria Especializada en Andalucía.

Tema 8. Estatuto del personal sanitario no facultativo de la Seguridad Social. Funciones, derechos y deberes, régimen disciplinario.

Tema 9. Ética de los cuidados enfermeros. Responsabilidad Civil. Registros de actividad.

Tema 10. Modelos y Teorías de Enfermería: El modelo de Virginia Henderson, el modelo de Dorotea Orem. Otros modelos.

Tema 11. Metodología de los cuidados enfermeros. El Proceso de Enfermería: Valoración, Diagnóstico Enfermero, Planificación de cuidados. Evaluación.

Tema 12. Organización de los cuidados enfermeros en Atención Primaria. Niveles de Atención. Organización de los cuidados enfermeros en Atención Especializada: Unidades estándar de hospitalización. Unidades funcionales. Unidad de críticos.

Tema 13. Coordinación entre niveles asistenciales. Importancia. Problemas. Situación actual. Métodos de trabajo: Informe de enfermería al Alta, protocolos conjuntos de las patologías más frecuentes. Formación.

Tema 14. La docencia como actividad necesaria para el desarrollo profesional: El papel de las enfermeras en la formación básica. Teoría y prácticas. El papel de la enfermera en la formación continuada: Líneas de desarrollo e importancia. El papel de la enfermera en la formación especializada: El sistema EIR. Otras formaciones.

Tema 15. Educación para la salud. Comunicación. Metodología de la Educación para la Salud. Educación para la salud en el trabajo enfermero; Individual, grupal, comunitaria. Formación de agentes de salud. Los grupos de autoayuda.

Tema 16. Estadística Descriptiva: Tipos de distribución y parámetros que la definen. Estadística Inferencial: Intervalos de confianza. Los Tests de Hipótesis. Conceptos generales. Estadística no paramétrica.

Tema 17. Epidemiología. Concepto y uso de la epidemiología. Tipos de medidas en epidemiología. Tipos de variables epidemiológicas. Tipos de estudios epidemiológicos. Estudios Experimentales y Observaciones.

Tema 18. Concepto de riesgo sanitario.

Tipo de riesgo. Poblaciones de riesgo en Andalucía.

Tema 19. Cribajes y Exámenes de Salud. Validez interna de la pruebas diagnósticas. Sensibilidad, Especificidad, Fiabilidad y Valor predictivo.

Tema 20. Demografía Sanitaria: Evolución de la población Española. Características de la población Andaluza. Indicadores demográficos. Utilidad para el trabajo enfermero.

Tema 21. Indicadores de salud. Mortalidad general por sexos, por edad. Mortalidad Infantil. Mortalidad materna. Morbilidad. Letalidad. Esperanza de vida. Problemas de salud. Definición. Tipos. Principales problemas de salud en España. Parámetros de medición: magnitud, Trascendencia, Vulnerabilidad y Coste-Efectividad.

Tema 22. Salud Pública y Medio Ambiental: Evolución histórica del concepto de Salud Pública. Conceptos de salud y enfermedad.

Tema 23. Gestión de residuos Sanitarios. Clasificación, Transporte, Eliminación y Tratamiento.

Tema 24. Salud Laboral. Condiciones físico-ambientales del trabajo. Accidentes de riesgo biológico. Enfermedades profesionales. Ergonomía: Posturas viciosas durante el trabajo. Métodos de movilización de enfermos e incapacitados.

Tema 25. La investigación y sus métodos. Técnicas cualitativa y cuantitativa. La investigación en cuidados enfermeros. Base de datos documentales. Fuentes de financiación. Características y problemas de la investigación enfermera en España. Plan de Andalucía de Investigación. Objetivos.

Tema 26. La Gestión de los Servicios Sanitarios: Importancia, problemas, tendencias actuales. Gestión de los Servicios Enfermeros: Importancia, problemas, tendencias actuales. Producto enfermero. Cartera de servicios.

Tema 27. Calidad en el Sistema Sanitario. Métodos de evaluación. La calidad del servicio enfermero. Tendencias actuales en la evolución de la calidad.

Tema 28. Sistemas de información y clasificación de pacientes: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Clasificaciones Internacionales CIE-10 y WONCA.

Tema 29. Sistemas de medición del producto sanitario. GRD y ACG. Medición del producto enfermero. Concepto. Importancia. El proyecto SIGNO II.

Tema 30. Cuidados generales de la mujer. Salud reproductiva. Salud sexual. Anticonceptivos. Menopausia.

Tema 31. Enfermedades de transmisión sexual. Diagnóstico, prevención y tratamiento.

Tema 32. Cuidados generales de la mujer gestante. Alimentación. Higiene. Cambios fisiológico. Educación maternal.

Tema 33. Enfoque de riesgo materno-infantil. Prevención de la subnormalidad. Prevención de distocias en el parto y secuelas postparto. Enfermedades de transmisión planetaria.

Tema 34. El Recién Nacido sano. Cuidados generales del R.N.. Lactancia materna. Lactancia artificial. Parámetros de desarrollo y crecimiento. Detección precoz de malformaciones congénitas y enfermedades metabólicas.

Tema 35. Cuidados generales de la puerpera. Cambios fisiológicos y psicológicos. Control puerperal. Atención domiciliaria y en el Centro de Salud.

Tema 36. Control de niño sano. Parámetro de desarrollo y crecimiento. Respuesta evolutiva. Alimentación y Nutrición. Dentición. Higiene y salud bucodental.

Tema 37. Inmunización: vacunas infantiles. Calendario vacunal. Indicaciones y contraindicaciones. Reacciones adversas. Pautas para modificación del calendario vacunal. Tétanos. Pautas de Inmunización. Tipos. Protocolo de actuación ante heridas tetanógenas.

Tema 38. Cuidados de personas mayores. Cambios generales en los hábi-

tos de vida. Modificaciones fisiológicas, Psicológicas y sociales. Prevención de accidentes y de Depresiones.

Tema 39. Atención de Enfermería a personas con procesos crónicos. Diabetes. Definición y tipos de Diabetes. Tratamientos. Planificación de cuidados enfermeros. Pautas de aprendizaje del autocontrol. Parámetros de control. Pautas de aprendizaje de autocontrol. Parámetros de control. Pautas de administración de Insulina. Diagnóstico de Hipo e Hiperglucemia. Tratamiento. El paciente diabético en su entorno familiar y social.

Tema 40. Atención de Enfermería a personas con procesos crónicos. Obesidad: Definición y tipos de obesidad. Concepto de peso ideal y fórmula. Componentes de una dieta equilibrada. Hábitos de nutrición. Hábitos de vida. El paciente obeso en su entorno familiar y social.

Tema 41. Atención de enfermería a personas con procesos crónicos. Hipertensión. Definición y tipos de hipertensión. Método de medición de la presión arterial. Hábitos de nutrición. Hábitos de vida. Crisis hipertensiva. Tratamiento y pautas de actuación. Educación en los autocuidados.

Tema 42. Atención de Enfermería a personas con procesos pulmonares crónicos. Definición y tipos de procesos. Métodos de medición de la capacidad pulmonar. Hábitos alimentarios y de vida en relación a su enfermedad. Pautas para aplicación de oxigenoterapia complementaria. Actuación de enfermería ante crisis obstructiva. El paciente y su entorno familiar y social.

Tema 43. Actuaciones de enfermería ante una situación crítica. Reanimación Cardio-Pulmonar Básica.

Tema 44. Actuaciones de enfermería ante una situación crítica: Quemados.

Tema 45. Actuaciones de enfermería ante una situación crítica: Politraumatizados.

Tema 46. Actuaciones de enfermería ante una situación crítica: Shock anafiláctico. Intoxicaciones.

Tema 47. Actuaciones de enfermería ante una situación crítica: Parto inesperado.

Tema 48. Actuaciones de enfermería ante una situación crítica: Urgencia psiquiátrica y toxicomanías.

Tema 49. Atención de enfermería al

paciente terminal. Ayuda al paciente y familiares frente al dolor y la muerte.

Tema 50. Papel de la enfermera en el control de las enfermedades infecto-contagiosas prevalentes. SIDA. Hepatitis. Tuberculosis.

Tema 51. Ulceras por decúbito. Definición. Factores de riesgo. Localización. Procesos de formación. Valoración, escala de Norton. Medidas de prevención y tratamiento. Cuidados en el domicilio.

Tema 52. Administración de medicamentos. Precauciones previas a la administración de un fármaco. Administración de fármacos por vía gastrointestinal. Administración por vía parenteral, puntos de elección y técnicas. Cálculo de dosis y ritmo en la administración intravenosa.

Tema 53. Cuidados de enfermería al paciente con dolor.

Tema 54. Conceptos generales de higiene hospitalaria. Antisépticos/Desinfectantes. Esterilización. Métodos de esterilización según tipos de material. Tipos de controles. Manipulación y conservación del material estéril.

Tema 55. El papel de la enfermera en la prevención y control de la Infección Nosocomial. Medidas preventivas de eficacia probada. Aislamientos en el hospital.

Tema 56. Cuidados enfermeros al paciente con drenaje. Tipos de drenajes. Protocolos de actuación en drenajes vesical, quirúrgico, arterial y venoso.

Tema 57. Cuidados enfermeros al paciente ostomizado. Tipos de ostomías. Protocolos de actuación.

Tema 58. Cuidados enfermeros al paciente quirúrgico. Pre, intra y postquirúrgico. Papel de la enfermera en la Unidad de Día de Cirugía Mayor Ambulatoria. Heridas. Tipos de heridas. Técnicas de curas en pacientes hospitalizados, ambulatorio y domiciliarios.

Tema 59. Alimentación, Nutrición y Dietética. Clasificación de los alimentos. Principales componentes. Valoración nutricional. Programación de Dietas en los enfermos hospitalizados. Dietas hospitalarias.

Tema 60. Cuidados enfermeros del paciente con trastornos de Salud Mental: Angustia, Hipocondria. Depresión. Alzheimer.



POSTGRADO

TÍTULO DE EXPERTO UNIVERSITARIO EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

La universidad de Huelva a través del Departamento de Enfermería, Fisiología, Medicina Preventiva y Salud Pública ha convocado su primer Título de Experto .

El curso de Experto Universitario en Nutrición y Dietética se desarrollará del 6 de Octubre del 97 al 30 de Enero del 98, con la colaboración del **Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva**, con seis becas de 25.000 Ptas para la Enfermería Onubense.



Universidad
de Huelva

TÍTULO	EXPERTO UNIVERSITARIO EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.
CRÉDITOS	25 Créditos (250 horas lectivas).
ACCESO	TITULADOS UNIVERSITARIOS.
MATRÍCULA.	65.000 Ptas.
BECAS	6 de 25.000 Ptas para Enfermeros pertenecientes a este Colegio.
CALENDARIO	6 Octubre al 30 Enero 1998. Lectivos: 36 días Tardes (lun,mar,mier) (16h-20h).
PROGRAMA	Horas lectivas :150. Horas no lectivas: 100. -50 h. Trabajo de Investigación. -50 h. prácticas (conferencias, seminarios, talleres, visitas a instalaciones).
PERFIL	Enfermeros , médicos, farmacéuticos, veterinarios, profesores, otros graduados. Conocimientos previos: fisiología, bioquímica, genética básicas.
PLAZAS	50. Reserva: 28 plazas para enfermeros.
MATRÍCULA	1-12 Septiembre.
LUGAR	Aulas, Seminarios y Laboratorios de E.U. Enfermería Universidad Huelva.

PROGRAMA

BLOQUES TEMATICOS	HORAS	BLOQUES TEMATICOS	HORAS
1.- ANTROPOLOGIA ALIMENTARIA	4	8.-LA ALIMENTACION EN LA ENFERMEDAD.	54
2.- ENERGIA, NUTRIENTES Y REQUERIMIENTOS.	12	LA ALIMENTACION EN EL HOSPITAL DIETOTERAPIA.	
CONCEPTO DE ENERGIA. FINALIDAD.		MODIFICACIONES EN LOS ELEMENTOS NUTRICIONALES.	
MACRONUTRIENTES		DIETOTERAPIA EN LAS ENFERMEDADES.	
MICRONUTRIENTES		DISEÑO DE DIETAS.	
FIBRAS		9.-NUTRICIÓN ARTIFICIAL	8
AGUA		NUTRICIÓN ENTERAL.	
ANTINUTRIENTES		NUTRICIÓN PARENTERAL.	
NECESIDADES NUTRICIONALES		NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA.	
3.-METABOLISMO INTERMEDIARIO	12	10.- NUTRICIÓN Y SALUD PUBLICA	32
PRINCIPALES CICLOS METABOLICOS		INVESTIGACION Y EPIDEMIOLOGIA.	
BALANCE ENERGETICO. BALANCE NITROGENO		EPIDEMIOLOGIA NUTRICIONAL.	
REGULACION		PATOLOGIA NUTRICIONAL Y SALUD PUBLICA.	
4.- FISILOGIA DIGESTIVA	4	NUTRICIÓN COMUNITARIA.	
ANATOMIA FUNCIONAL		EDUCACION NUTRICIONAL.	
CONTROL NEUROENDOCRINO DE LA INGESTA			
5.- VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL.	4	SEMINARIOS	
COMPARTIMENTOS CORPORALES		EDUCACION NUTRICIONAL	12
SISTEMAS DE VALORACION		VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL	8
6.- BROMATOLOGIA E HIGIENE ALIMENTARIA	12	ANOREXIA. BULIMIA.	8
7.- LA ALIMENTACION EN LA SALUD.	8	CONFERENCIAS	8
ALIMENTACION EN LAS DIFERENTES		TRABAJOS DE INVESTIGACION	64
ETAPAS DE LA VIDA.			
FORMAS ALTERNATIVAS DE ALIMENTACION.			

DOCENTES

ISABEL GONZALEZ TORMO Dpto. Antropología. Universidad de Sevilla
FRANCISCO INFANTE MIRANDA Ex-Director Escuela Dietética de Ginebra
ENRIQUE BONO SANTOS Dpto. Enfermería Univesidad de Huelva.
JUAN CARLOS GOMEZ HENRY Ud. Nutrición H. Reina Sofía. Córdoba.
JULIO CESAR MOYANO JURADO Jefatura de Ganadería. Almadén.
ISABEL REBOLLO PEREZ Ud. Nutrición H.Juan R. Jiménez .Huelva.
ADORACION LINARES RIVAS Dpto. Nutrición. Universidad de Granada.
JOSE LUIS SANCHEZ RAMOS Ud. Docente M.F. y Comunitaria. Huelva.
JUANA RABAT RESTREPO Ud. De Nutrición H. Virgen Macarena. Sevilla.
VALLE LOPEZ SANTOS Dpto. de Enfermería. Universidad de Huelva.
SOLEDAD SOLER PEREGRIN Centro de Salud Pino Montano. Sevilla.



BUZÓN



2, 3 Y 4 de Octubre, 1997

V CONGRESO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
MEDICINA DE EMERGENCIAS
AGRUPACIÓN ANDALUCÍA

Durante los días 2, 3 y 4 de octubre del presente año, celebraremos en la Ciudad de Huelva el **V Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias - Agrupación Andalucía**, dirigido a médicos, personal de enfermería, auxiliares y técnicos en emergencias que realizan su labor asistencial en hospitales, atención primaria y equipos de emergencias.

La sede elegida es el Palacio de Congresos y Exposiciones "Casa Colón", donde tendrán lugar las Sesiones Plenarias y las Comunicaciones científicas.

El programa científico está compuesto por temas pertenecientes al cuerpo de doctrina de la medicina de urgencias y emergencias, siendo el nexo de unión de todos ellos el **garantizar la seguridad y satisfacción del paciente asistido en situación de urgencia**. Las sesiones previstas que desarrollan el programa son Mesas Redondas Expositivas, Sesiones de Revisión y Puesta al Día, Conferencias, Talleres y Mesas Redondas, Debate. Pretendemos, además, poder introducir nuevas tecnologías y realizar alguna Sesión Interactiva.

Aspiramos con entusiasmo, a que la celebración de este Congreso en nuestra ciudad sea pretexto que actúe de estímulo y acicate para los profesionales que trabajan en nuestro ámbito, en aras de la profundización científico-técnica que contribuya a la consecución de la mejora continua de la calidad asistencial, hecho éste de indudable interés social.

En nombre de los Comités Organizador y Científico, te invitamos a una participación activa, estamos convencidos que entre todos seremos capaces de conseguir los mejores resultados. Recibe un cordial saludo.

Dr. J. Chaves Vinagre
Comité Organizador

Dr. M. Herrera Carranza
Comité Científico

D. J.A. Manjavacas G^a del Pozo
Vocal de Enfermería
SEMES Andalucía



QUEMADURAS POR CAL Y YESO EN LOS OJOS

Presentamos en esta ocasión una técnica que precisaba ser dominada en una época en la cual el uso de la **cal** era muy abundante, originando con frecuencia accidentes de quemaduras en los ojos, durante su manipulación. Junto al trabajo desarrollado por **Isidoro Colado Merino**, practicante de la Coruña, se exponen una serie de apuntes sobre la cal.

En torno a la cal en Andalucía existe todo un rito que origina una serie de actividades muy distintas, desde el encalado de las viviendas, pasando por la argamasa de la albañilería hasta la literatura.

El *encalado* o *blanqueo* es la acción de dar cal diluida en agua, lechada de cal a las paredes y/o techos de los edificios, cuidando previamente de raspar o frotar las paredes para que queden perfectamente limpias. Se dan dos manos de blanca cal, y si se quiere dar un tono especial se agrega algo de core, negro de humo o añil.

El *encalado* en Andalucía es un rito ancestral, cuyo fin es conservar los edificios en su zona exterior y como medio de limpieza e higiene en el interior de la vivienda, convirtiendo la más humilde de las casas en blanquísimos palacetes.

«Renovaron los muebles y blanquearon las paredes por dentro y por fuera». García Márquez.

«Blancas de cal las casas que en el alba se alejan». Fernando Ortiz. 23-II-1810

DEFINICION

Llámase quemadura a la lesión producida en los tejidos por la acción del calor bajo diversas formas o bien por las sustancias llamadas cáusticas.

que poseen un defecto de refracción y usan gafas, suelen estar exentos de estos peligros.

SINTOMAS

Las quemaduras en los ojos son producidas por la penetración de partículas de masa de Cal y Yeso, y que al ponerse en contacto con el tejido conjuntival o corneal, mortifican éstos en un grado más o menos elevado. Según la intensidad de la quemadura, se dividen en tres grados:

Primer grado.- Se caracteriza por un enrojecimiento parcial o total de la conjuntiva, quedando la córnea libre, picor, lagrimeo y sensación de tener arenas o cuerpo extraño en el ojo. Este enrojecimiento es más intenso en el fondo de saco inferior y parte inferior de la conjuntiva, por ser el sitio más expuesto.

Segundo grado.- En éste aparecen los síntomas más pronunciados, sobre todo el dolor, que es muy vivo, existiendo al mismo tiempo una ligera midriasis, quémosis conjuntival y ligero empañamiento de la capa superficial de córnea, siendo el lagrimeo el que más persiste, por hallarse los puntos lagrimales edematizados; fotofobia, ligero edema palpebral, secreción mucosa del ojo, etc.

Tercer grado.- Caracterízase por gran quémosis conjuntival, que, a veces ocluye toda la córnea y enrojecimiento de la conjuntiva con desprendimiento de escaras presentando la córnea un tono porcelánico, engrosada, desepitelizada y salpicada de úlceras, intensa midriasis, gran edema palpebral y abundante secreción; pero lo que más caracteriza este grado son las grandes



Un medio profiláctico para evitar estas quemaduras es el proteger los ojos con gafas de cristal neutro.

ETIOLOGIA

Generalmente, quienes padecen esta clase de quemaduras son los albañiles, peones y todos aquellos que trabajan con la Cal y Yeso, en sus diversas preparaciones, sobre todo al empastar los techos, encalar, etc....Un medio profiláctico de gran eficacia para evitar estas quemaduras es el proteger los ojos con gafas de cristal neutro; por eso los



Aplicaciones de la cal en su forma de lechada de cal en el blanqueo de fachadas.

LA CAL

La cal ordinaria es el producto conseguido de la calcinación de rocas calizas (carbonato cálcico, CaCO_3) en hornos preparados al efecto, en los cuales se alcanza una temperatura del orden de los 1.000°C . Una vez quemada la piedra y hecha terrones se obtiene la denominada cal común o *cal viva*.

La cal viva se combina con el agua absorbiéndola con gran avidez, a causa de la porosidad de la cal y se hincha, pero al poco tiempo se verifica una reacción con gran producción de calor resquebrajándose la cal y queda reducida a un polvo blanco y suelto, formándose la *cal apagada*.

La cal apagada desleída en agua forma la *lechada de cal* que se utiliza en el blanqueo o encañado de paredes y/o techos. Y si se amasa mezclada con arena forma la argamasa o mortero para la albañilería.

En la antigüedad ya se conocía la preparación de la cal viva por la calcinación de las conchas de moluscos y de la piedra calcárea.

La cal viva es un producto que toma con avidez la humedad, por lo cual debe conservarse en recipientes o locales secos.

La cal viva, debido a la facilidad con que se combina con el agua resulta extremadamente caustica, ataca los tejidos y produce grandes quemaduras, por contacto, en la piel y en la mucosas.

La salpicadura de cal viva sobre el ojo origina una ulceración inflamatoria de la cornea (queratitis), que compromete la función visual al originar un tejido o paro cicatricial que impide la entrada de rayos luminosos en el interior del ojo.

escaras necrosadas que se desprenden, con abundante supuración, y el dolor tan atroz que sienten al intentar el menor movimiento del globo ocular, durante este estado de cinco a ocho días; después de esta fase empieza la regeneración de los tejidos que a veces, es temida por las cicatrices retráctiles que ocasionan y por la formación del inevitable simbléfaron. Acompañan a estos síntomas un mal estado general y frecuentes cefaleas, etc.

PRONÓSTICO

El primero y el segundo grado, la mayoría de las veces es benigno, limitándose a una hiperemia más o menos intensa, de unos ocho días de duración; no así el tercer grado, por las secuelas que dejan las cicatrices, hasta el punto de quedar grandes leucomas, que impiden la función visual, y formarse el simbléfaron por la unión de la conjuntiva

bulbar y palpebral y desaparecer el fondo de saco conjuntival inferior, que es precisamente donde asientan la mayoría de las quemaduras de esta índole; por lo que extremará su vigilancia para evitar la unión de dichas conjuntivas; otras veces se forman al mismo tiempo unas bridas de tejidos conjuntivo, que se insertan en diversos puntos del globo ocular, recubriendo total o parcialmente la córnea, y de difícil reparación aún por tratamientos quirúrgicos.

TRATAMIENTO

Comprobada la quemadura, hay que anestesiarse lo más completamente posible el ojo con solución de Cocaína al 4 por 1000, ya que de otra manera nos sería imposible abrirle, por el dolor que provoca; una vez anestesiado convenientemente, se procede a una meticolosa limpieza de todos los restos de Cal o Yeso que hubiera, ransversando al

efecto los párpados, y extremar esta limpieza en el surco marginal del párpado superior y de fondo de saco conjuntival inferior, por ser estos dos sitios lugares predilectos donde se alojan los cuerpos extraños, después se irriga abundantemente el ojo con suero fisiológico o agua hervida templada, pasando al mismo tiempo unos algodones o gasas muy suave y arrastrar las partículas que existan; terminando este minucioso lavado ocular y comprobando que no existe resto alguno, se pasa a la aplicación dentro del ojo de una pomada de plata coloidal al 15 por 100, llenando a tal fin la preparada con Argirol Barnes, dos o tres veces al día, durante los cinco u ocho primeros, practicando después una cura diaria hasta que empiece el periodo de regeneración conjuntival. Al mismo tiempo se aplica los primeros días una pomada midrásica, al objeto de mantener constantemente una dilatación pupilar. Un dato muy importante es pasar todos los días, antes de hacer la cura, una varilla de cristal por todo el fondo del saco inferior para mantener en lo posible separadas las dos conjuntivas, por la tendencia que tiene a adherirse éstas, y evitar de tal forma el simbléfaron.

También es de suma importancia no ocluir el ojo por la facilidad de las adherencias y por la continua secreción que emana, por lo que se mantendrá un apósito flotante con un esparadrapo o pantalla; pero, a pesar de esto, los enfermos suelen levantarse con el ojo completamente pegado por dichas secreciones; para abrirlo se reblandecen las costras con agua hervida o boricada templada y se limpian después con un algodón o gasa seca.

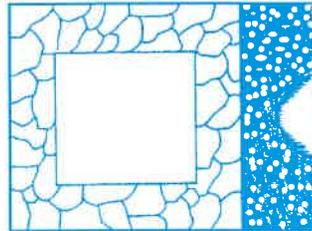
Con este tratamiento, las causticaciones por cal suelen curar en un corto plazo (ocho o diez días) y debe tenerse en cuenta que las aplicaciones de medicamentos con plata no deben prolongarse más de quince días, ya que fácilmente se pueden producir argirosis, que dejará un tatuaje indeleble, de tono marrón, en los fondos de saco conjuntivales.

Fuente- Revista del Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de España. Sección Científica. 1.947.

HORNO PRIMITIVO



Alzado



Planta

HORNO DE HOGARES LATERALES



Tipos de hornos de cal

VOCABULARIO

Blanquear: Poner blanca una cosa. Dar una o varias manos de lechada de cal a las paredes, techos o fachadas de los edificios.

Blanqueo: Acción y efecto de blanquear.

Cal Viva: Piedra caliza quemada y hecha terrones.. Oxido de calcio (CaO), substancia blanca, ligera, caustica y alcalina, que en estado natural se halla siempre combinada con otra que al introducirla en agua desarrolla calor.

Cal Apagada: Cal viva, que en contacto con agua ha sido hidratada o apagada, hinchandose con desprendimiento de calor. Hidróxido de calcio (Ca (OH)2). Se trata de un polvo amorfo blanco ligeramente soluble en agua, de reacción y sabor alcalino.

Calero: Horno donde se calcinan las piedras calizas para la obtención de la cal.. Persona que vende cal.

Encalar: Dar cal o blanquear una cosa. Se usa principalmente hablando de las paredes.

Encalador/a: Persona que encala o blanquea. Mas frecuente mujeres que hombre.

Encalo- Encalijo: Blanqueo hecho con cal.

Encalado- Encaladura: Acción y efecto de encalar.

Lechada de cal: Masa muy fina obtenida de desleír solo cal apagada en agua, que se utiliza en el blanqueo de paredes.

BIBLIOGRAFIA

- Manual de la Arquitectura Española.- Tomo 6. Exclusivas de Ediciones S.A. Zaragoza 1987.
- Diccionario de la Lengua Española R.A.E. de la Lengua.- Madrid 1984.
- Enciclopedia Universal Europeo-Americana.- José Espasa e Hijos, Editores. Barcelona 1923.
- Gran Enciclopedia Larouse. Ed. Planeta Barcelona 1987.
- Gran Enciclopedia de Andalucía.- Promociones Culturales Andaluzas S.A. Sevilla 1979.
- Proyectar es Fácil. Construcción. Tomo I. Ediciones AFHA. Barcelona 1976.
- Enciclopedia de Enfermería. Ed. Planeta. Barcelona 1985.
- Diccionario Médico Teide. Ed. Teide. Barcelona 1978.
- Nuevo Diccionario Enciclopédico Universal. Ediciones Durvan S.A. Bilbao 1990.
- El Médico del Hogar. Jenny Springer. Ed. Orbir. Barcelona 1923.



HEMOS LEÍDO

**ACTION ON FATIGUE:
CURSO DE FORMACIÓN PROFESIONAL**

Casi 200 enfermeros oncológicos de 16 países de todo el mundo participaron en el curso de formación profesional "Action on Fatigue".

El objetivo del curso fue facilitar el intercambio internacional de ideas entre enfermos expertos en el tratamiento de la fatiga del cáncer.

EL IMPORTANTE PAPEL DE LOS ENFERMEROS

Nora Jodrell (Profesora Macmillan de Enfermería del Cáncer, University of Edinburgh, Reino Unido), presentó un análisis de los resultados de los grupos de trabajo. La definición de la fatiga debida al cáncer resulta difícil, ya que nuestro conocimiento actual sobre su fisiopatología es insuficiente. Desde un punto de vista más práctico, los enfermeros pueden desarrollar unos descriptores de la fatiga que

estén determinados culturalmente, y sean clínicamente relevantes y significativos. La elaboración de una definición que diferencie causas, indicadores y efectos de la fatiga constituye un verdadero reto para los investigadores.

Los enfermeros consideran que una evaluación continuada es importante para identificar la fatiga antes de que ésta haya afectado de manera importante a la calidad de vida de los pacientes y cuidadores de éstos. *La participación de la familia fue considerada importante, en especial por parte de los enfermeros españoles*, para aprovechar al máximo las posibilidades de hacer frente al problema de una manera eficaz. En distintas culturas se experimentan dificultades diferentes en la evaluación de la fatiga. En consecuencia, la elaboración de un instrumento pan europeo para la evaluación de la fatiga constituirá un verdadero reto para los enfermeros de Europa. Este instrumento deberá ser válido en diversas culturas y en distintos estadios del cáncer y su tratamiento.

La Sra. Jodrell concluyó afirmando que es

posible elaborar *unas normas de calidad para los cuidados de Enfermería en el tratamiento de la fatiga*. Los enfermeros desempeñan un papel de liderazgo en la investigación y tratamiento de la fatiga debida al cáncer y deberían capitalizar, por tanto, su experiencia y sus iniciativas punteras en este campo. Será preciso que desarrollen sistemas de cuidados oncológicos centrados en el paciente, en los que se utilicen los conocimientos y capacidades propias de la Enfermería.

Alrededor del 25% de la población mundial se ve afectada, en algún momento de su vida, por el cáncer, y todas estas personas sentirán fatiga en algún grado. Los enfermeros deben encargarse de asegurar que la fatiga debida al cáncer esté incluida en los programas clínicos, sociales y políticos de sus respectivas comunidades y deben encontrar formas de informar al público acerca de esta importante cuestión.

*Fuente: Oncology Nurses Hoy
Volumen 2 nº 1, 1.997.*

LINDA JUALL CARPENITO, R.N.,M.S.N.

MANUAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA



En 1973 la North American Diagnosis Association (NANDA) publicó su primera lista de diagnóstico de Enfermería. Su aplicación clínica ha crecido sustancialmente.

Ahora que hay un consenso general sobre la necesidad de una taxonomía formal, el tema actual es la ejecución de los diagnósticos de enfermería. El reto que las enfermeras afrontan hoy es el de identificar los diagnósticos específicos de enfermería para aquellas personas asignadas a su cuidado y la incorporación de estos diagnósticos en el plan de cuidados.

Este manual está pensado para complementar los textos de diagnóstico de enfermería de tres formas:

- * Proporcionando una referencia rápida de cada etiqueta diagnóstica en lo que a su definición, características que lo definen y factores de riesgo se refiere.

- * Identificando los diagnósticos de enfermería posibles y los problemas interdisciplinarios que pueden estar asociados con las situaciones médicas o tratamientos principales.

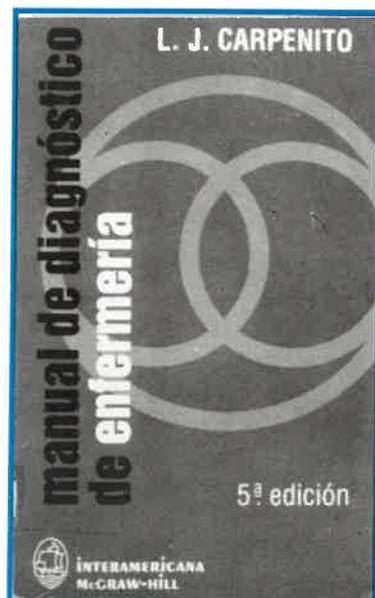
- * Proporcionando actuaciones y criterios de re-

sultados para cada diagnóstico de enfermería que sirvan como recuerdo conciso del cuidado de enfermería indicado.

La sección I del manual consta de 115 diagnósticos de enfermería incluyendo 102 aproba-

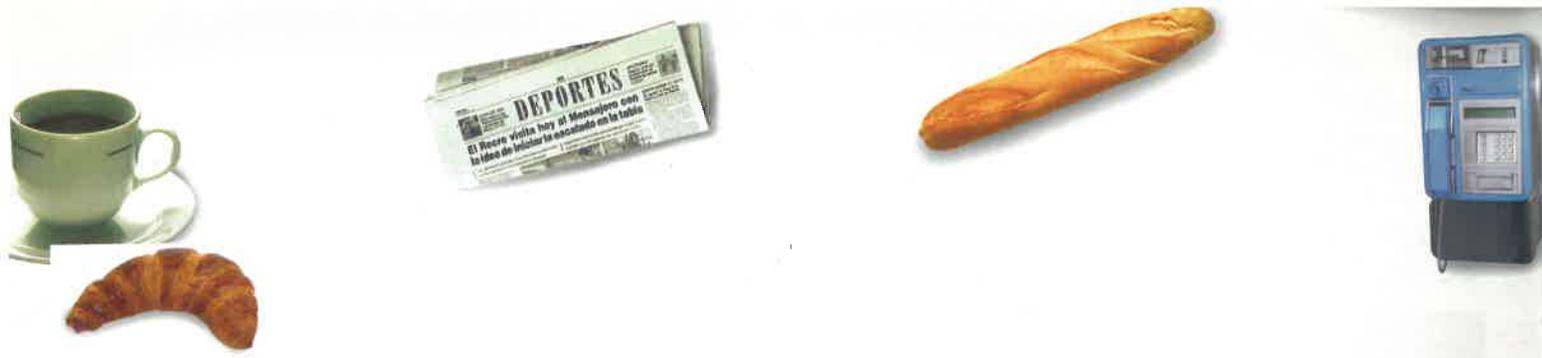
dos por la NANDA y 13 de categorías adicionales.

La sección II consta de siete partes: (1) Problemas médicos, (2) Procedimientos quirúrgicos, (3) Problemas obstétricos/ginecológicos, (4) Problemas neonatales, (5) Trastornos pediátricos del adolescente, (6) Trastorno de la salud mental y (7) Procedimientos de diagnósticos y tratamiento. Cada uno de estos temas está representado por una serie de grupos de diagnósticos bajo los cuales se enumeran los diagnósticos de enfermería y problemas interdisciplinarios asociados



BIBLIOTECA

Los libros presentados en esta sección se encuentran en la biblioteca del Colegio de Enfermería de Huelva a disposición de todos los colegiados.



Nuevo Monedero Electrónico de *la fuerte*



El dinero está en el *chip*

DESDE AHORA PARA PAGAR
todas estas pequeñas compras diarias
no hará falta llevar encima monedas ni billetes.

Sólo con el nuevo **MONEDERO ELECTRÓNICO VISA CASH** que *la fuerte* incorpora desde ahora, podrás pagar cómodamente todo sin llevar encima dinero en metálico.

El dinero para el café en el bar de siempre, el pan, coger un taxi, el periódico, una revista, ir al cine, pagar en la pescadería... hasta para llamar por teléfono desde una cabina, lo llevarás en el *chip* de *la fuerte*

A chip de cómodo, práctico y limpio.

Infórmese en cualquiera de las oficinas de Caja Rural de Huelva.



la fuerte tu tarjeta más chip.



SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA
901 • 111 333