

CRÓNICAS ENFERMERÍA

Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja

Gran Vía Rey D. Juan Carlos, 67 - 2º B - 1ª dcha.
☎ 22 83 16 • Fax: 22 03 44 • 26005 LOGROÑO

AÑO II - Nº 5 - Enero 91



Ciencias de Enfermería
Ciencias de la Salud

CRÓNICAS DE ENFERMERÍA

Director:

Rafael Bermejo Ascorbe

Consejo de Redacción:

Pedro J. Vidal Hernández

Ana García Pineda

Juan M. Rodríguez Cazorla

Yolanda Jalle Andrés

Pilar Munilla Atienza

Fotografía:

R. Bermejo

Dibujos:

Pepe G^a Arévalo

Imprime:

Imprenta Vidal, s.a.

Depósito Legal:

LO-150-1984

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Colegio

Oficial de Enfermería de La Rioja

Queda prohibida la

reproducción total o parcial de cualquier artículo o información sin citar su procedencia.

Crónicas de Enfermería no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni se identifica necesariamente con las mismas.

Esta publicación se distribuye gratuitamente.

SUMARIO

- | | |
|----|--|
| 3 | Editorial |
| 4 | Noticias Colegiales |
| 5 | Validez de la altura uterina...
2º PREMIO CIENTÍFICO ENFERMERÍA RIOJANA 1989
<i>Ruiz H., Regina</i> |
| 9 | La visita domiciliaria
<i>Mínguez, J.-Vélaz, E. - Fernández, E.</i> |
| 14 | Dieta Mediterránea, Aceite de Oliva.
<i>Ramalle, E.</i> |
| 20 | Importancia del Profesional de Enfermería en los Cuidados del Anciano
<i>Fernández, B. M.</i> |
| 26 | Uso Racional de Antisépticos ...
<i>Gómez, C - Gómez, J. J.</i> |
| 38 | Noticias Colegiales |
| 39 | Los Libros de la Biblioteca |

NORMAS de PUBLICACIÓN

Crónicas de Enfermería estudiará para su publicación todos aquellos trabajos que estén relacionados con las Ciencias de la Salud y la Enfermería.

La revista consta de las siguientes secciones:

- Cartas al Director.
- Noticias Colegiales
- Colaboraciones
- Agenda
- Tablón de Anuncios
- Los Libros de la Biblioteca
- Otras Secciones.

Los interesados podrán dirigirse a este Consejo de Redacción proponiendo la publicación de artículos que no se adapten a las secciones anteriores.

Presentación de los trabajos

Los artículos aceptados quedan como propiedad de **Crónicas de Enfermería** y no podrán ser

reproducidos total o parcialmente sin permiso escrito de la dirección de la revista.

Los trabajos deberán presentarse impresos mecánicamente, en hojas DIN A-4, a doble espacio dejando un margen de 25 mm. a la izquierda. Debiendo ir numeradas las hojas.

Los escritos serán revisados anónimamente por el Consejo de Redacción, reservándose el derecho de rechazar los artículos que no juzgue apropiados, así como de introducir modificaciones de estilo y/o acortar los textos que lo precisen, comprometiéndose a respetar el contenido del original. **Crónicas de Enfermería** no acepta la responsabilidad de las afirmaciones realizadas por los autores.

Además de estas secciones, **Crónicas de Enfermería** elaborará dos separatas científicas de periodicidad semestral con artículos, revisiones y trabajos originales exclusivamente.

1991: SALUD, DINERO, AMOR y ...

"... Nadie tiene hoy el tino de admirar
el canto o el color de un dragón,
ni el valor de desafiar el fuego con el acero.
¡El mundo se vuelve aburrido!..."

-J.R.R. TOLKIEN, *La visita del dragón*.

Estamos nuevamente en el comienzo de un esperado y prometedor año. En estas fechas siempre se proponen profundas intenciones evocadoras de extraordinarias querencias. Siempre ha sido así y no queremos cambiar la tradición en este aspecto.

Tras el paréntesis festivo, de las vacaciones navideñas y de regocijo, ofrecemos esta nueva presentación de gran extensión científica.

Este es el segundo año consecutivo que esta publicación, CRONICAS de ENFERMERIA, ve la calle. El año pasado supuso concreción, ajuste y consolidación. Este año, 1991, debe traernos superación. Además de la realización de un elemento de comunicación más participativo y más creativo en imaginación que muchos deseamos con afán innovador.

Veamos el porqué de estos propósitos formulados:

Esperamos **superación**, para que de una vez por todas se rompa el hastío de la escasez y pereza de la comunicación interprofesional. Tratando de vencer ese hábito provinciano de la humildad invocada por la vergüenza y lanzando, con interés y pasión verdaderos, nuestras propias teorías y nuestras apreciaciones, cotidianas o excepcionales, referidas al terreno socioprofesional. Sin esta mejora decisiva de nuestra autoestima no habrá nuevos contactos informativos en 1991. Su defecto, posiblemente, vaya a crear amplias demoras ante la escasez de recursos materiales, últimamente algo marchitos y empolvados por las telarañas.

Sobre los recursos materiales-intelectuales también queremos hacer buen hincapié como elemento de **participación** socioprofesional.

La falta de implicación y colaboración, en CRONICAS de ENFERMERIA, de diferentes frentes y puntos de vista, incluso de diverso signo, puede hacer, en muy poco tiempo, cual barco sin marineros. Aunque le pongamos la mejor factura en su apariencia, a falta de quien lo trabaje, no hará ninguna singladura. Como vais viendo todos los deseos para este año de esta publicación requieren fundamentalmente **acción**. Marcha para los que se sienten más jóvenes y movida para los que de verdad lo son. Reivindicar una profesión de enfermería digna y con reconocimiento social es un logro que sólo tendrá visos de futuro cuando todas las necesidades que permanecen mustias calentando algodones se desprecen y decidan dar acción en vez de entumecimiento y pasividad. Cuando la capacidad de reconocimiento en otros enfermeros sea sin sonrojo ni demérito; porque es ésta una profesión réproba de esfuerzo, de sacrificio, de constancia y de responsabilidad, refrendada por una acreditación universitaria que nos hace profesionales y que nos merece altivos: Aún nos adeudan la licenciatura.

La **imaginación**, como alguien escribió por las paredes de nuestro país vecino del norte desde 1968, aún da poder. Lo que realmente entristece y provoca somnolencia es ver cómo el talento, la mediocridad y la negrura de la melancolía hacen blanco en un numeroso elenco profesional que antaño refulgía con virtuosismo.

Es por eso que a este año, 1991, le hemos pedido además de los básicos y de todos bien recibidos salud, dinero y amor, nos traiga acción en forma de superación, participación e imaginación.

Os esperamos. Ojalá sea pronto, leyéndonos o escribiendo, pero no aburridos.

LA CIRCULAR 5/90 DEL INSALUD SOBRE ORGANIZACIÓN DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

En el número 87 de la revista **NUEVA ENFERMERÍA**, correspondiente a octubre de 1990, editada por el *Consejo General de Colegios de Enfermería*, se hace un comentario bajo el título "El INSALUD potencia la Enfermería en Atención Primaria" que merece la pena traer a estas páginas dado el interés que tiene el hecho de que se establece una nueva organización y funcionamiento del personal de Enfermería en los Equipos de Atención Primaria. Destacan, entre otras, las siguientes actividades de los profesionales de **Enfermería**:

- Asignación a cada enfermero/a de una población fija, de tal forma que el usuario identifique a su enfermero/a.
- Potenciación de la visita domiciliaria, centrada fundamentalmente en puerperas y recién nacidos, pacientes inmovilizados, enfermos terminales, enfermos con tratamientos a domicilio (oxigenoterapia, sueroterapia, etc.) y control de crónicos discapacitados.
- Educación para la Salud en alimentación e higiene durante el primer año de vida, pacientes crónicos, tabaco y alcohol, utilización de medicamentos, etc.
- Establecimiento de protocolos que indiquen las normas y procedimientos que deban llevarse a cabo por los distintos profesionales del Equipo y, en concreto,

aquellas que deban realizar los profesionales de Enfermería, tanto en el Centro como fuera de él (colegios, domicilios,...)

- Posibilidad de asistir a Cursos, Jornadas, Congresos, etc. dentro del Programa de Formación Continuada de cada Equipo de Atención Primaria.

En la misma circular, el **INSALUD**, expresa que no deben considerarse criterios de derivación médico-enfermera/o, tanto en consulta como a domicilio, la toma de constantes y cumplimentación de recetas, partes y trámites administrativos que se deriven de la actuación de cada profesional. El médico o la enfermera/o debe realizar la carga administrativa que se derive de su propia actuación.

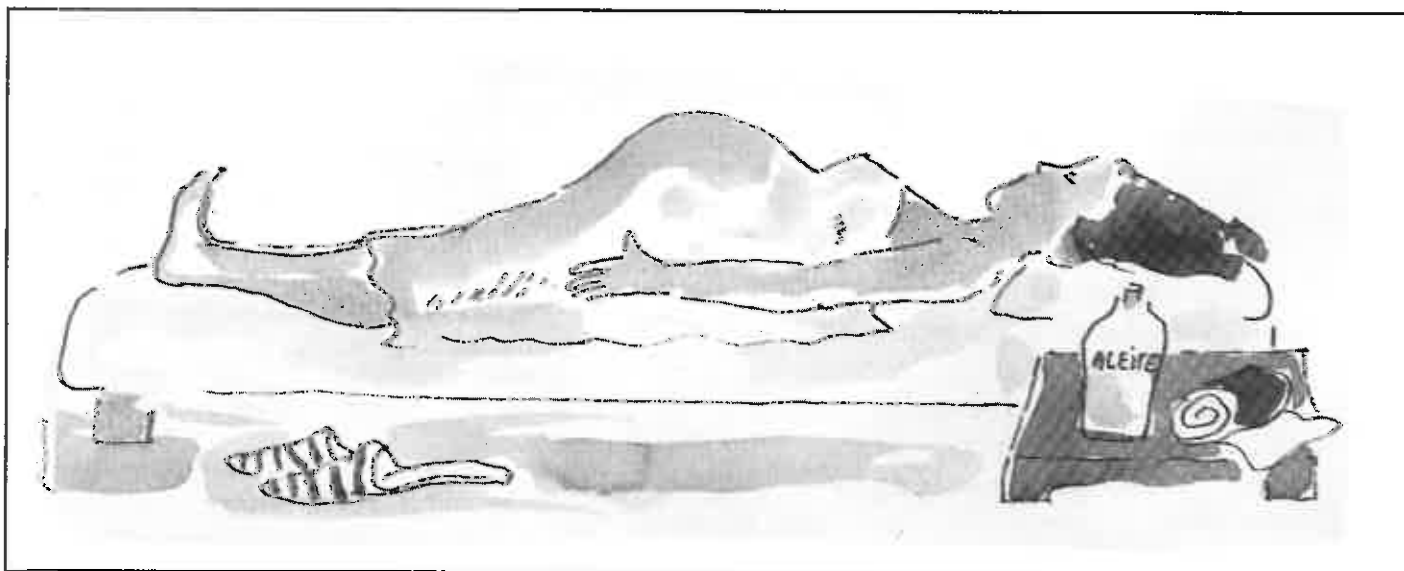
Resulta asombroso e interesante comprobar como, al menos por esta vez el **INSALUD** define funciones, además de las desarrolladas a través de las actividades clásicas de Enfermería (administración de medicamentos, extracción y recogida de muestras clínicas, realización de curas, sondajes, etc.), se llevan a cabo por el personal de Enfermería de los Equipos de Atención Primaria orientadas prioritariamente a la promoción de la salud, la participación comunitaria y la administración de cuidados integrales de salud.



VALIDEZ DE LA ALTURA UTERINA COMO PARAMETRO DE CRECIMIENTO FETAL. ESTUDIO COMPARATIVO EN RECIEN NACIDO DE PESO NORMAL Y RECIEN NACIDO DE BAJO PESO.

Regina Ruiz Hernández

2º PREMIO // PREMIO CIENTIFICO ENFERMERIA RIOJANA 1989.



INTRODUCCION

La altura uterina es una medición que se realiza en todas las visitas que la embarazada realiza para el seguimiento de su embarazo, nos interesaba conocer la importancia de la altura y su validez.

Lo primero que nos preguntamos fue si realmente se podría considerar como parámetro objetivo de crecimiento fetal y si ayudaba en la detección de alteraciones en el crecimiento del feto en relación con la edad gestacional. También nos planteamos la utilidad actual de la medida de la altura uterina existiendo técnicas más modernas, como la ecografía, que permiten determinar exactamente el crecimiento fetal.

A partir del tercer mes es posible limitar el fondo uterino comprimiendo suavemente la pared abdominal por encima del pubis. El crecimiento longitudinal se uniformiza en unos 4 centímetros al mes. De esta forma se puede relacionar la altura uterina con las semanas de gestación. Basándose en unos puntos guías anatómicos como son: pubis, ombligo y borde esternal; **Bartolomew** creó su regla de los cuartos: desde la sínfisis del pubis al ombligo se divide en cuatro partes iguales y a medida que el fondo uterino llega a cada uno de estos niveles se añade un mes, de la misma forma se divide desde el ombligo al borde esternal inferior, teniendo en cuenta que en el último mes descien-

La media de la altura uterina se realiza con un pelvómetro y se mide desde el borde

superior de la sínfisis hasta fondo uterino.

Para medir la altura del útero, se coloca a la embarazada en decúbito supino con las piernas estiradas, con una mano se comprime suavemente la pared abdominal para ir a buscar el fondo uterino y con la otra se busca el borde superior del pubis, una vez determinados ambos puntos se mide la distancia. La medición de la altura uterina no se realiza en unas semanas determinadas sino de forma sistemática siempre que la mujer va a la consulta para el control de su embarazo, al final del mismo estas visitas se realizan semanalmente.

Otros autores, como **Mac Donald**, hicieron cálculos aproximados de la edad gestacional que correspondería a la medida de la altura uterina. Medición de la cuerda uterina/ $4+2$ = meses de embarazo. Cuerda uterina= altura uterina medida con pelvómetro. Esta medición de la altura uterina está sometida a error, ya que en la medición influye: adiposidad de la pared abdominal, biotipo de la mujer (longilíneas o brevelíneas), estática fetal (si el niño está en posición transversa la altura uterina es menor).

Es razonable que no haya apenas estudios que relacionen la altura uterina. Actualmente ante cualquier duda existente de un crecimiento anormal del feto se hace una ecografía en el nivel asistencial especializado, donde por medio de la medida del diámetro biparietal o de la longitud del fémur se puede saber con exactitud el desarrollo de la edad gestacional; sin embargo pensamos que la medición de la altura uterina puede ser un signo significativo y que todavía tiene importancia en el seguimiento del embarazo como reflejo externo del crecimiento del útero y por tanto del feto que está dentro.

Hipótesis de trabajo: El vacío documental nos ha llevado a realizar este trabajo con el que pretendemos demostrar que la altura uterina se correlaciona positivamente con el crecimiento fetal, para lo cual

estudiaremos la curva de crecimiento de altura uterina de 21 recién nacidos de peso normal (2500 a 4000 gramos) y de 21 recién nacidos de bajo peso (inferior a 2500 gramos), para poder comparar ambas curvas, de esta forma podremos ver si hay una diferencia significativa entre ambas curvas o bien si esa diferencia no es importante, lo cual indicaría que nuestra hipótesis es falsa.

MATERIAL Y METODOS

El estudio ha sido realizado por tres matronas durante un período de tres meses (julio, agosto y setiembre) durante el año 1987.

Este trabajo es un análisis retrospectivo de 42 casos, cuyo embarazo fue seguido en la Clínica Universitaria de Navarra. 21 de los cuales corresponden al grupo control, constituido por recién nacidos de bajo peso (inferior a 2500 gramos).

La selección de la muestra se hizo teniendo en cuenta:

- 1.- Que todos los embarazos fuesen a término (entre las semanas 37 y 42).
- 2.- Excluyendo todo tipo de patología materna o fetal.
- 3.- Excluyendo los recién nacidos con peso al nacer mayor de 4000 gramos.

Para conseguir que la muestra resultase homogénea se tuvo en cuenta las características antropomórficas de las embarazadas de ambos grupos: edad, número de hijo, peso basal, incremento de peso, talla.

La variable que hemos estudiado ha sido la altura uterina en relación con la edad gestacional y con el peso del recién nacido.

De cada historia clínica recogíamos: edad, número de hijo, peso basal, incremento de peso y talla materna y peso del recién nacido, y por último todas las mediciones de la altura uterina que se le hicieron a la madre

en el seguimiento de su embarazo entre las semanas 12 y 41, junto a la semana gestacional en la que se realizó dicha medición.

Una vez recogidos los datos comprobaremos si las muestras de ambos grupos son homogéneas, para posteriormente agrupar las mediciones de la altura uterina por semanas de gestación en intervalos de 5 semanas, hallando la media y desviación estándar de la altura uterina en cada intervalo de ambos grupos. A los datos obtenidos en ambos grupos les aplicaremos el test de la "t" de Student, para comprobar la existencia de diferencia estadística significativa entre la altura uterina del grupo control y el grupo estudio.

El material utilizado fueron las historias clínicas de los archivos de la Clínica Universitaria de Navarra en Pamplona.

RESULTADOS

1.- Para comprobar la homogeneidad de las muestras, se ha tenido en cuenta que la edad, nº de hijo, peso basal, incremento de peso de la madre y talla sean semejantes en ambos grupos, porque estadísticamente no difieren significativamente en ambos grupos.

TABLA 1

	grupo estudio		grupo control		t Student
	X	S	X	S	
EDAD	27,76	4,5	27,6	4,43	0,361 n.s.
Nº HIJO	1,7	1,2	1,8	1,3	0,256 n.s.
PESO BASAL	52	7,5	52,1	5,8	0,526 n.s.
I. PESO	10,5	2,75	11,4	3	1,660 n.s.
TALLA	1,58	0,056	1,58	0,05	0,000 n.s.
PESO	2395,7	7,9	3355,7	2,5	3,741 **

n.s.: no difiere significativamente.
 **: difiere significativamente ($p > 0,01$)

La variable que difiere significativamente en ambos grupos es el peso del recién nacido, con lo que queda de manifiesto la homogeneidad muestral.

2.- Respecto al aumento de la altura uterina en relación a la edad gestacional hemos comprobado:

1º - En el grupo control se puede apreciar aumento de la altura uterina conforme avanzan las semanas de gestación. Es uniforme entre las semanas 12 y 31, aumentando unos 5 cms. por intervalo de cinco semanas, mientras que el intervalo que comprende las semanas 31 y 41 el aumento de la altura uterina es menor conforme es mayor la semana de gestación.

• Entre las semanas 12-16 y 17-21 el aumento de la AU es 5,75 cm.

• Entre las semanas 17-21 y 22-26 el aumento de la AU es 4,73 cm.

• Entre las semanas 22-26 y 27-31 el aumento de la AU es 5,15 cm.

• Entre las semanas 27-31 y 32-36 el aumento de la AU es 1,00 cm.

• Entre las semanas 32-36 y 37-41 el aumento de la AU es 0,68 cm.

2º - En el grupo estudio el aumento de la altura uterina disminuye según avanza la edad gestacional excepto en las últimas 5 semanas donde se observa que hay un pequeño descenso de la altura uterina media.

• Entre las semanas 12-16 y 17-21 el aumento de la AU es de 4,53 cm.

• Entre las semanas 17-21 y 22-26 el aumento de la AU es de 4,02 cm.

• Entre las semanas 22-26 y 27-31 el aumento de la AU es de 3,68 cm.

• Entre las semanas 27-31 y 32-36 el aumento de la AU es de 2,81 cm.

• Entre las semanas 32-36 y 37-41 el descenso de la AU es de 0,56 cm.

3º - Comparando el aumento de la altura uterina en ambos grupos se observa:

a) El incremento de la AU del grupo estudio es siempre inferior al grupo control (tabla 1).

b) En cuanto a la media de la AU de ambos grupos la diferencia que existe entre las semanas 12 y 21 no es estadísticamente significativa, mientras que a partir de la semana 22 difiere significativamente ($p > 0,01$).

CONCLUSIONES

1.- Analizando la curva de crecimiento medio de la altura uterina entre las semanas 16-41 en ambos grupos, apreciamos que en el grupo estudio crece siempre por debajo de la curva del grupo control a partir de la semana 16.

2.- En la primera mitad del embarazo las dos curvas de crecimiento de altura uterina no difieren significativamente, es en el resto del embarazo (semana 22-41) donde apreciamos diferencias significativas.

3.- La altura uterina media en las últimas semanas de gestación apenas se modifica, experimentando un discreto aumento en los Recién Nacidos de peso normal (0,68 cm.) y un ligero descenso en Recién Nacidos de bajo peso (0,56 cm.).

4.- A partir de la semana 22 de gestación, la medición de la altura uterina sirve como parámetro de diagnóstico del crecimiento fetal, debido a la diferencia estadística que encontramos en ambas curvas. Antes de la 22 semana no se puede considerar como un parámetro de valoración fiable.

La medición de la altura uterina será un parámetro indicativo de la posibilidad de encontrarnos a término del embarazo con un Recién Nacido de bajo peso cuando:

- Entre las semanas 22-26 la altura uterina no supere 8 cm.
- Entre las semanas 27-31 la altura uterina no supere 22 cm.
- Entre las semanas 32-36 la altura uterina no supere 25 cm.
- Entre las semanas 37-41 la altura uterina no supere 24 cm.

Y siempre que las características antropométricas de la madre correspondan a las

estudiadas:

- Edad entre 25 y 32 años.
- N° de hijo: 1º, 2º, 3º.
- Peso basal de la madre entre 53 y 59 kg.
- El incremento total de peso durante la gestación oscile entre 7,5 y 13 kg.
- Tallas de la madre entre 153 y 160 cm.

DISCUSION

A través de los resultados obtenidos en la realización de este trabajo hemos comprobado la utilidad de la altura uterina (AU) como parámetro válido para el diagnóstico del crecimiento fetal, lo que nos indica que nuestra hipótesis es verdadera.

Creemos que es una técnica sencilla de fácil realización, que no conlleva ningún incremento en el gasto económico, ni riesgo para la madre o para el niño y que puede utilizarse en cualquier medio asistencial, hospitalario o extrahospitalario. Por tanto, consideramos que la medición de la altura uterina no debe ser excluida por la ecografía, sino que es un parámetro más de valoración en el seguimiento del embarazo.

BIBLIOGRAFIA

- Bethea, D.C.: *Enfermería Materno-infantil*. Ed. Interamericana. México, 1987.
- Bleier, I.J.: *Enfermería Materno-infantil*. Ed. Interamericana, México, 1985.
- Dickson/Olden/Schult.: *Asistencia materno-infantil*. Ed. Salvat. Barcelona, 1980.
- Hicman, M.A.: *Ciencias de la enfermería*. Ed. Alhambra. Madrid, 1984.
- Iffy, K.: *Obstetricia y perinatología*. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1985.
- Kaser/Friedberg/Ober et al: *Embarazo y parto*. Ed. Salvat. Barcelona, 1970.
- Merger, R.: *Manual de Obstetricia*. Ed Toray-Masson. Barcelona, 1971.
- Rommey/Gray/Menili et al: *Ginecología y obstetricia*. Ed. Salvat. Barcelona, 1979.
- Schwarz/Sala/Duverger.: *Obstetricia*. Ed. Ateneo. Buenos Aires, 1983.
- Williams/Hellman/Pritchard.: *Obstetricia*. Ed. Salvat. Barcelona, 1973.

LA VISITA DOMICILIARIA

Jorge Mínguez Arias - Elvira Vélaz Vélaz - Emma Fernández Díaz



INTRODUCCION.

La visita domiciliaria es el acercamiento del Equipo de Salud, y en nuestro caso, de los servicios de enfermería al domicilio del usuario o de la familia.

En España, existe el antecedente del practicante. La enfermera y el practicante han tenido siempre unas funciones similares, sin embargo, en la práctica, la enseñanza que recibían unos y otros tenía un enfoque

distinto: las enfermeras cursaban sus estudios en las escuelas dependientes de hospitales y los practicantes lo hacían en las facultades de medicina de las universidades. Esto iba a influir en la posterior elección de las áreas de actuación por parte de los practicantes y las enfermeras. Los primeros actuaban preferentemente en el campo **extrahospitalario** y las segundas lo hacían en los hospitales.

Actualmente, mediante la visita domiciliaria, se pasa de un sistema pasivo a un sistema activo, es decir, somos nosotros los que buscamos a la comunidad y no ésta la que va a reclamar siempre nuestros servicios.

En el domicilio, la familia recibe a la enfermera no como ocurría anteriormente, en donde la enfermera recibía al paciente -generalmente enfermo- en el Centro Sanitario.

¿COMO LLEGAMOS AL DOMICILIO?

Puede ser, en función de la iniciativa, por diferentes vías:

1º Por iniciativa del profesional de enfermería.

2º Por iniciativa de otro profesional del equipo de salud.

3º Por iniciativa de la propia familia:

-Porque existe una urgencia.

-Porque la persona que necesita de nuestros servicios no se puede desplazar al Centro de Salud necesita que se le administren una serie de cuidados, técnicas de tratamiento...

Por tanto podemos hablar de visita domiciliaria a demanda o programada.

Debemos conseguir que el trabajo realizado por demanda de nuestros servicios sea el mínimo posible, ya que si entendemos que la enfermera es una **educadora**, ésta tiene que realizar actividades de prevención de la enfermedad además de promoción y fomento de la salud; por tanto ha de existir por nuestra parte una **iniciativa perso-**

nal, activa y permanente.

En estos primeros años de funcionamiento de la Consulta de Enfermería hemos venido observando que la comunidad viene a nosotros por cuestiones semejantes a las que antes acudía a los Ambulatorios. Esto mismo ocurre en la visita domiciliaria y se nos demanda para aplicar, generalmente, una serie de tratamientos de indicación médica.

Esta situación debe ser aprovechada inteligentemente por los profesionales de Enfermería para introducirse en la familia.

Realizaremos la historia individual del paciente, recogiendo, mediante un proceso de atención de enfermería (PAE) las necesidades y problemas de salud o enfermedad que presenta, aplicándole unos cuidados y evaluando el medio en que vive, para que los servicios que se brinden sean acordes con las necesidades del individuo o de la familia.

Es fundamental que en cada visita realicemos educación sanitaria al individuo y a la familia pues ayudará a fomentar la salud mediante la información prestada.

Esta les puede ayudar a concienciarse sobre la existencia de problemas de salud que habían pasado desapercibidos, motivándoles para cambiar hacia hábitos y costumbres más saludables.

Con todo ello podemos hacer que la salud sea aceptada como un valor fundamental y como un patrimonio comunitario y social.

La visita nos servirá para observar el ecosistema donde se desenvuelve la familia, nos dará una amplia perspectiva del individuo, su entorno y el ambiente en que vive, así como sus relaciones con los otros miembros de la familia, objetivos que nunca lograríamos en la consulta del Centro de Salud.

Recogeremos todos los datos que nos puedan dar a conocer el estado real y objetivo de esa comunidad, detectando situaciones de precrisis o de crisis, es decir, de todas aquellas situaciones que puedan influir sobre su salud.

FINALIDAD DE LA VISITA DOMICILIARIA

La finalidad de la visita domiciliaria es amplia y variada:

- Recogida de datos sobre el medio en que se desarrolla la vida familiar, tanto en el aspecto físico, psicológico y social. Estos datos nos van a ayudar a conocer y entender el estado de salud de una determinada familia.

- Visita de seguimiento de pacientes, para administrar un medicamento, para aplicar unos cuidados de enfermería, para divulgar y orientar sobre estilos de vida saludables (ejercicio, dietas...)

- Ante una urgencia.

- Para llevar a cabo un programa de salud elaborado por el equipo (visitas al recién nacido, al anciano, al enfermo terminal, al postparto,...)

- Para detectar situaciones de precrisis.

- Para detectar situaciones de crisis.

- Visitas a aquellos que no asisten a los distintos programas de salud establecidos y a los que no acuden al Centro de Salud pero se tiene conocimiento de que están enfermos o desatendidos.

ETAPAS DE LA VISITA

La visita domiciliaria es una actividad que se

ha de programar y definir antes de realizarla debido fundamentalmente a que estamos en un medio ajeno, que no es el nuestro, lejos de toda parafernalia (bata blanca, despacho, instrumentos,...) y donde podemos ser bien, regular o mal recibidos.

No todo el mundo entiende la visita domiciliaria del mismo modo y el individuo o familia puede vernos como "intrusos" y considerar molesto el enseñarles cómo alimentar a un niño, cómo proporcionar cuidados higiénicos al anciano...

Por todo esto la visita domiciliaria requiere, ante todo, la utilización de técnicas de comunicación para su puesta en práctica.

La visita domiciliaria debe constar de cuatro etapas:

1ª Preparación de la visita

Se realizará en el propio centro o lugar de trabajo y consiste en:

a) **recogida de datos acerca del medio** (físico, social, cultural), composición del núcleo familiar, antecedentes clínicos, situación actual de salud,...Estos datos

estarán recogidos en una ficha o historia familiar. Si es la primera vez que contactamos con la familia, utilizaremos las técnicas de observación y comunicación para recoger la información y plasmarla en la historia que abriremos en el Centro. El diagnóstico de salud nos ayudará en esta área.

Mediante la recogida de datos podremos:

- Identificar problemas de salud.

- Conocer el grado de vulnerabilidad de los clientes respecto al medio.

- Conocer la realidad en la que desarrolla la vida la comunidad.

De esta forma y con la ayuda de la propia familia, se podrán dar soluciones a las necesidades y problemas detectados.

b) **establecer objetivos**. Tendrá un objetivo central y otros secundarios, que deberán ser conocidos por el Equipo de Salud.

Estos objetivos pueden modificarse de acuerdo con las necesidades del grupo familiar que se vayan detectando. Así pues, es necesaria una actitud *flexible* y *tolerante* para poder:

- *Relacionarnos positivamente*

- *Entender necesidades y problemas*

- *Dar respuestas adecuadas, de acuerdo con los recursos disponibles.*

2ª Introducción en la familia

Es el inicio del desarrollo de la visita. Es necesario desde el primer momento establecer una buena relación con la familia y que ésta se sienta identificada con el servicio que se le va a prestar. Para ello tendremos que:

- Explicar el motivo de la visita y su importancia, así como el funcionamiento del Centro de Salud, si es desconocido por la familia.

- Mantener un clima de confianza.

- Demostrar interés por la salud de la familia.

- Evitar la sensación de tener prisa.

- Valorar los conocimientos (sobre temas de salud, autocuidado, prevención,..) prestando atención a las respuestas iniciales que dé la familia.

3ª Desarrollo de la visita

En esta fase proporcionaremos los cuidados

pertinentes, de acuerdo con los problemas de salud de la familia. Para ello necesitamos aplicar las técnicas de:

- Observación.

- Comunicación:

- Preguntar de forma clara y directa, sin tecnicismos.

- Permitir que el cliente se exprese lo más posible.

- Hacer que la conversación sea fluida y variada en temas de salud.

- Hacer preguntas dirigidas a reafirmar la información previa.

- Matizar las afirmaciones.

- Hacer educación sanitaria.

- Técnicas propias del profesional de enfermería.

4ª Registro y evaluación

Mediante el registro se facilita el acceso a la información sobre el paciente y se muestra el tipo de atención que suministra el profesional de salud. Así se contribuye a la comprensión global del individuo como un ser biosicosocial.

Una vez en el Centro de Salud se hará un registro de:

- *Datos recogidos durante la visita.*

- *Los objetivos.*

- *Planes de actuación.*

- *Cuidados realizados.*

- *Mejoras y logros obtenidos.*

Finalmente, mediante la evaluación podremos introducir cambios, añadir y en resumen, modificar las actividades acordes con los resultados obtenidos y así mejorar y *dar continuidad* a la atención en las siguientes visitas o en la *consulta de enfermería*.

Todas nuestras actividades estarán sometidas a evaluación y serán registradas, lo que ayudará a todos los profesionales que forman el equipo a:

- conocer el ecosistema del individuo.

- determinar aspectos en los que se va a centrar la educación sanitaria (realista y aceptable)

- valorar en el propio medio, los cuidados.

- uniformidad de procedimientos entre todos los profesionales del equipo asistencial. De esta forma, la familia adquiere mayor confianza y seguridad, sintiéndose protegida y cuidada.

TIEMPO DE DURACION DE LA VISITA DOMICILIARIA

Varía según las características propias del personal que la realice.

Como norma general, el profesional de enfermería dedicará un 30%, aproximadamente, de su tiempo a esta actividad, siendo la duración de la visita de unos 30 minutos, teniendo siempre en cuenta que el horario sea compatible con las actividades de la familia.

La eficacia de la visita va a depender en gran parte de la capacidad que

tenga el profesional que la realiza para comunicarse, observar, amabilidad,...; pero no es menos cierto que hay magníficos profesionales que aunque no gozan de estos atributos, realizan la visita con resultados importantes, porque lo fundamental e imprescindible es que está bien programada y con unos objetivos bien delimitados.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA.-

* Guías del Ministerio de Sanidad y Consumo de la Colección: *Atención Primaria de Salud*. Ed. Centro de Publicaciones del Mº de SANIDAD. 1ª Ed. Madrid, 1984.

* CUESTA BENJUMEA, C.: *Atención directa de enfermería: Conceptos generales y procedimientos*. Ed. INSA-LUD. 1ª Ed. Madrid, 1987.

* GIMENEZ, G.; PRESSER, E.; LARROSA, A.: *Salud Pública*. UNED, 1981.

* ALBERDI, R.M.; MOMPART, M.P.; ARROYO, M.P.: *Conceptos de Enfermería*. UNED, 1981.

* Colegio de Enfermería de Asturias: *Boletín informativo nº6*.



DIETA MEDITERRANEA, ACEITE DE OLIVA Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

ENRIQUE RAMALLE GOMARA

1. ATEROESCLEROSIS Y PROBLEMAS CARDIOISQUEMICOS.

La aterosclerosis es uno de los problemas de salud que forman parte de las llamadas "Enfermedades de la vida moderna" y uno de los grandes desafíos del mundo sanitario.

Nuestro conocimiento del envejecimiento de las arterias como enfermedad degenerativa, y por lo tanto propia de la edad avanzada, ha cambiado. Hoy conocemos que la aterosclerosis es un proceso dinámico, que aparece a edades tempranas. En la actualidad la aterosclerosis es contemplada como un trastorno fundamentalmente nutricional y no una consecuencia inevitable de la edad, y lo que es más importante, puede ser en gran medida modificado.

La teoría lipídica que explica la formación de aterosclerosis consiste en: una dieta con elevado contenido en grasa saturada (de origen animal) aumenta el colesterol plasmático. Este, vehiculizado a través de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) se deposita en el endotelio vascular y produce, a través de un complejo mecanismo, el ateroma. Esta lesión se traduce clínicamente en infartos, accidentes cerebro-vasculares, etc.

El éxito de la teoría lipídica ha consistido en facilitar conocimientos sobre una serie de factores de riesgo (tabaco, colesterol, hipertensión, ...) que si son modificados se siguen de un claro descenso de la mortalidad coronaria. Después de los trabajos pioneros de **Keys y Grande**, sabemos que con modificaciones dietéticas podemos corregir el colesterol plasmático y que las distintas mortalidades coronarias entre países pueden ser explicadas por sus hábitos nutricionales. La alimentación ha pasado a ser un eslabón fundamental en la prevención de estas enfermedades.

Goldstein y Brown descubrieron los receptores para lipoproteínas de baja densidad (LDL) que explican el metabolismo del colesterol. Posteriormente se ha demostrado que la dieta, según su contenido en grasa, modifica la cantidad de receptores para lipoproteínas. Según el tipo de grasa que contenga la dieta (saturada, monoinsaturada y poliinsaturada) tendremos distinta dotación de receptores y consecuentemente distintos niveles de colesterol.

Hoy en día no se debe considerar sólo el colesterol total, pues la fracción de éste transportada por las lipoproteínas de alta densidad (HDL) está inversamente relacionado con la tasa de mortalidad coronaria, mientras que el colesterol transportado por las lipoproteínas de baja densidad (LDL) tiene una correlación positiva con este tipo de mortalidad.

Los factores de riesgo reconocidos en la actualidad por la Sociedad Europea de Arteriosclerosis en relación a la cardiopatía isquémica son los siguientes:

- Hiperlipemia.
- Descenso del HDL-Colesterol.
- Fumar cigarrillos.
- Hipertensión arterial.
- Obesidad.
- Diabetes mellitus.
- Falta de actividad física.
- Factores psicosociales adversos.
- Factores Trombogénicos.
- Otros..

La misma Sociedad Europea de Arteriosclerosis recomienda una estrategia destinada a la población general para reducir y/o modificar los factores de riesgo y que están basadas en los siguientes aspectos:

Nutrición.

Tratamiento no farmacológico de la hipertensión.

Hábito de fumar.

Actividad física.

Consumo de alcohol.

En el momento actual la Sociedad Española de Arteriosclerosis está elaborando un documento con recomendaciones encaminadas a reducir la incidencia de cardiopatía isquémica en nuestro país. Conviene recordar que, aunque las cifras españolas de mortalidad por cardiopatía isquémica continúan siendo inferiores a las de otros países europeos, los datos recogidos en 1979 mostraron un significativo aumento para el período 1968-1977, pasando la tasa bruta de 43 a 80 por mil.

2. COLESTEROL: LIPOPROTEINAS DE BAJA Y ALTA DENSIDAD

Los lípidos, debido a su insolubilidad, requieren para su movilización en el plasma la unión de ciertas proteínas, formando con ellas partículas complejas denominadas Lipoproteínas. Las proteínas que se unen son muy diversas, ejerciendo no sólo el papel transportador, sino que actúan directamente en el metabolismo de las lipoproteínas y reciben el nombre genérico de apolipoproteínas.

En la actualidad conocemos que el colesterol es transportado en el plasma en unión de dos proteínas diferentes, dando lugar a las denominadas "lipoproteínas de alta densidad" (HDL) y "lipoproteínas de baja densidad" (LDL).

Numerosos estudios han dado lugar a la hipótesis según la cual, las lipoproteínas de baja densidad (LDL) tienen un efecto aterogénico, mientras que las de alta densidad (HDL) tendrían un efecto antiaterogénico o "protector" frente al desarrollo de la lesión ateromatosa. Por ello, hoy en día, no se debe considerar la cifra de colesterol total como índice aterogénico, pues la fracción de éste transportada por las lipoproteínas de alta densidad (HDL) está inversamente re-

lacionado con la tasa de mortalidad cardiovascular, mientras que el colesterol transportado en las lipoproteínas de baja densidad (LDL) tiene una correlación positiva con este tipo de mortalidad. Las cifras de colesterol que se estudian en la actualidad son:

* Colesterol total.

* Colesterol-HDL.

* Colesterol-LDL.

* Índice aterogénico Colesterol total/HDL Colesterol.

La mayoría de los varones adultos que viven en países industrializados presentan cifras del 20 al 25 por ciento de colesterol total transportado por la HDL. La mujer posee un nivel de HDL-colesterol superior al hombre. **Barr** y colaboradores (1951) fueron los primeros en observar una baja concentración de HDL-colesterol en sujetos que padecían complicaciones de aterosclerosis y cuyo nivel de colesterol total era particularmente elevado.

Posteriormente, otros estudios han confirmado esta idea. Así, en el estudio de Framingham (**Castelli** y cols., 1977) la incidencia de enfermedad coronaria fue mucho mayor en sujetos con cifras más bajas de HDL-colesterol, que en aquellos con cifras más elevadas, tanto en hombres como mujeres.

En el estudio de la ciudad noruega de Troms (**Millar** y cols., 1977), el riesgo coronario en varones de veinte a cuarenta y nueve años, mostró una relación inversa con la concentración de colesterol transportado por la lipoproteína de alta densidad (HDL-colesterol).

Por otra parte ha podido demostrarse que las HDL reaccionan con los receptores para las LDL en la superficie celular. De este modo pueden reducir la fijación de la LDL, su captación, introducción y su degradación por las células de los tejidos (**Stein** y **Stein**, 1976; **Carew** y cols., 1976). Las HDL ejercen así una acción competitiva frente a las LDL a nivel de los receptores para estas últimas de la superficie celular, lo que puede

contribuir a frenar el proceso aterogénico. Si las HDL tienen en efecto el papel antiaterogénico que en la actualidad se les atribuye, es evidente que las medidas dietéticas encaminadas a prevenir la aterosclerosis y sus complicaciones deben perseguir no sólo la reducción de los niveles plasmáticos de colesterol total sino también la elevación de la fracción del mismo transportada por las HDL.

Entre los factores capaces de elevar la concentración plasmática de HDL-colesterol, el sexo desempeña un papel bien documentado. La proporción de colesterol total transportada por la HDL es más elevada en la mujer que en el hombre. La reducción del peso corporal, el ejercicio físico y el consumo moderado de alcohol (Thornton y cols., 1984) tienden a elevar la cifra de HDL-colesterol.

Por otro lado, el efecto de las grasas de la dieta sobre la fracción de colesterol transportada por la HDL ha sido objeto de numerosos estudios. Por lo que a las grasas poliinsaturadas (aceites de semillas: girasol, maíz, pepita de uva) se refiere, varios estudios indican que el descenso del nivel de colesterol total por ellas producido se acompaña de un descenso de la fracción HDL-colesterol.

Las grasas monoinsaturadas (aceite de oliva) es capaz de mantener el mismo nivel de colesterol total que el conseguido con las grasas poliinsaturadas, a la vez que eleva significativamente la cantidad de HDL-colesterol.

Las grasas saturadas (carne, leche, huevos) elevan el colesterol total.

3. ACEITE DE OLIVA Y ACIDOS GRASOS ESENCIALES

Los ácidos grasos esenciales son aquellos que no pueden ser sintetizados por el organismo, siendo indispensables para el crecimiento normal de éste y de muchas de sus funciones fisiológicas. Los tres más importantes son: linoléico, linolénico y araquidónico.

La deficiencia de ácidos grasos esenciales produce alteraciones en la membrana celular, quizás debido al cambio en la composición en ácidos grasos de los fosfolípidos que forman esta membrana. También se altera la permeabilidad mitocondrial.

Actualmente conocemos las necesidades de ácidos grasos esenciales. En los niños supone el 0,5 por ciento de las calorías. El adulto necesita 7,5 gr./día de ácido linoléico lo que representa el 2 por ciento de la ingestión calórica.

El aceite de oliva rico en ácidos grasos monoinsaturados (oléico) tiene una proporción de ácido linoléico que puede llegar hasta el 10 por ciento. Una dieta de 30-40 gr./día aporta la suficiente cantidad de ácidos grasos esenciales.

4. ACEITE DE OLIVA Y PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

En la actualidad se está demostrando que el consumo de grasas monoinsaturadas es mejor para el sistema cardiovascular que el consumo de grasas poliinsaturadas. El consumo de aceites de semillas (poliinsaturados) era la corriente dietética en boga hasta hace unos años, en respuesta al elevado consumo de grasas saturadas (de origen animal).

El estudio continuado de los 12.000 hombres de distintos países que conformaron en su día el conocido "Estudio de los siete países" de Ancel Keys ha demostrado recientemente (1986) que el porcentaje de ácidos grasos monoinsaturados en dietas tradicionales se correlaciona significativamente con la menor frecuencia de mortalidad por enfermedad cardioisquémica durante un periodo de 15 años. Es decir, las dietas con mayor porcentaje de ácidos grasos monoinsaturados se asocian a bajas incidencias de mortalidad coronaria.

El estudio de los siete países fue publicado en 1970 con datos de hombres de edad media de Estados Unidos, Holanda, Finlandia, Italia, Yugoslavia, Grecia y Japón. Su objetivo era demostrar la relación entre la frecuencia de muerte coronaria y el coleste-

rol plasmático. La correlación entre la cantidad de grasa saturada de la dieta y el nivel de colesterol plasmático dio resultados significativos, así como la relación entre nivel de colesterol plasmático y la frecuencia de mortalidad coronaria.

Al estudiar la relación entre la dieta y la mortalidad coronaria en los distintos países existen diferencias notables: en Finlandia, donde la dieta es elevada en grasa saturada (carne y lácteos), la mitad de la mortalidad era de origen coronario. Como contraste, en Creta, donde la dieta es elevada en grasa monoinsaturada, sólo el 5 por ciento de la mortalidad fue de origen cardioisquémico. La ingesta total de grasas en la dieta no parece tener correlación con la frecuencia de mortalidad cardioisquémica. En la dieta de los cretenses la grasa representaba el 36 por ciento de las calorías, mientras que en Finlandia era el 38,5 por ciento. Por ello, el tipo cualitativo de grasa parece ser el factor más importante, mucho más que la grasa total. En este sentido, las últimas recomendaciones en cuanto al consumo de grasa son: 20-22 por ciento de ácidos grasos monoinsaturados, 7 por ciento de ácidos grasos poliinsaturados y 10 por ciento de ácidos grasos saturados.

El otro componente de la dieta mediterránea que nos diferencia de los demás países es la ingesta abundante de pescado. Los ácidos grasos muy poliinsaturados que constituyen el aceite de pescado descienden el colesterol y, de forma más evidente, los triglicéridos; de ésta manera se puede explicar la baja incidencia de cardiopatía isquémica de los esquimales.

Si analizamos las cifras óptimas de colesterol plasmático, vemos que han variado en los últimos años. Antes, en España, se consideraba normal hasta 250 mg./dL. de colesterol. Ahora sabemos que la mortalidad coronaria comienza a elevarse alrededor de los 250 mg./dL. y que en cifras de 300 mg./dL. esta mortalidad se multiplica por seis. Por ello las últimas recomendaciones de las Sociedades Europeas y Españolas de Aterosclerosis aconsejan un colesterol de 200

mg./dL. para la población menor de 30 años y hasta 230 de esa edad en adelante.

Por otro lado, no podemos olvidar la concentración del HDL-colesterol como factor protector frente al riesgo estadístico de padecer cardiopatía isquémica. Cuanto más elevado sea el colesterol transportado por las lipoproteínas de alta densidad (HDL) menor probabilidad de padecer un infarto de miocardio.

En este sentido sabemos que el consumo de aceite de oliva produce un aumento del HDL-colesterol y desciende el LDL-colesterol, de forma que el índice aterogénico (resultado de dividir el colesterol total por el HDL-colesterol) es menor.

El alcohol, aunque aumenta el HDL-colesterol, altera el metabolismo lipídico, produciendo una hiperlipemia y especialmente una hipertrigliceridemia. El hígado, al metabolizar el alcohol mediante la alcohol-deshidrogenasa, produce compuestos tóxicos además de lesionar las mitocondrias. Estos dos efectos producen un descenso de la oxidación de ácidos grasos, aumentando la síntesis de dichos ácidos y de los cuerpos cetónicos. Como consecuencia los triglicéridos se acumulan en el hígado, produciendo esteatosis e hiperlipemia. Todas las clases de lipoproteínas aumentan, incluidas las HDL, pero ello no compensa los demás males como para recomendar la ingestión alcohólica.

El ejercicio físico moderado constituye un buen mecanismo para elevar las HDL-colesterol.

5. ACEITE DE OLIVA Y APARATO DIGESTIVO

A/ Acción sobre el estómago.

Es bien conocido desde hace tiempo que la abundancia de grasa en el estómago disminuye la presión del esfínter interior esofágico (facilitando el reflujo ácido) y retrasa la evacuación gástrica.

Hoy conocemos que las grasas saturadas disminuyen la presión del esfínter interior esofágico y retardan claramente la eva-

ción gástrica. Las grasas monoinsaturadas (aceite de oliva) no modifican el tono del esfínter esofágico interior y no reducen el tiempo de evacuación gástrica. Los ácidos grasos poliinsaturados (aceite de girasol) producen efectos intermedios, pero más próximos a las grasas saturadas.

En cuanto al efecto del aceite de oliva sobre la secreción de ácido clorhídrico, existen en la literatura datos discordantes. Hay autores que piensan que disminuye la secreción ácida y otros que no la disminuye.

B/ Acción sobre el intestino delgado.

El aceite de oliva activa el peristaltismo intestinal debido a la liberación de colecistoquinina que estimula la contracción vesicular, a la vez que activa la motilidad intestinal.

C/ Acción sobre vías biliares.

Una de las características biológicas mejor estudiadas y antes descubiertas del aceite de oliva es su efecto colerético (expulsión de bilis por el hígado) y colagogo (expulsión de bilis por la vesícula biliar). Su mecanismo se debe a la liberación de colecistoquinina, que causa la contracción de la vesícula biliar y activa el esfínter de Oddi. Por ello su uso está indicado en las hipotonías y disquinesias biliares.

Con relación a la colelitiasis, se trata de una enfermedad paralela al desarrollo económico y, en particular, al consumo de dietas ricas en grasas saturadas y colesterol. Sabemos que existe una relación inversa entre colesterol-HDL y colelitiasis.

Por otro lado, si establecemos una jerarquía de las grasas alimentarias en cuestión de digestibilidad según composición en ácidos grasos, vemos que el aceite de oliva (ácidos grasos monoinsaturados) es la más digestiva, la mantequilla (ácidos grasos saturados) es la menos digestiva y el aceite de girasol (ácidos grasos poliinsaturados) posee efectos intermedios.

Asimismo el aceite de oliva continúa siendo igualmente digestivo después de haber sido calentado, incluso a temperaturas de 200 grados centígrados durante 3 horas.

6. EL PAPEL DEL ACEITE DE OLIVA EN LA NUTRICION

El aceite de oliva produce efectos nutritivos concretos (eupépticos, cinéticos en el siste-

ma biliar, secretorios en el páncreas) y efectos en terapia nutricional (antiulceroso, tónico en colecistitis, probablemente preventivo en la litiasis de colesterol).

El aceite de oliva se encuentra en una posición intermedia entre las grasas saturadas (animales), fuertemente aterogénicas, y los aceites de semillas, ricos en ácidos grasos poliinsaturados que se degradan rápidamente con el calor, formando compuestos tóxicos, por ejemplo al freír.

Conocemos también el papel del aceite de oliva en la prevención de las cardiovasculopatías. Las grasas monoinsaturadas son especialmente útiles en la prevención de aterosclerosis y trombosis.

Además de estos efectos conocidos desde hace tiempo, en la actualidad se ha descubierto un nuevo efecto del aceite de oliva que resulta sorprendente y es su acción preventiva de la osteoporosis. Sobre este aspecto cabe destacar que:

a) Para la que mineralización ósea sea óptima, la actividad física debe mantenerse activamente (con deporte y trabajos dinámicos).

b) La mineralización disminuye fuertemente con la absorción regular de antibióticos (tratamiento para la sinusitis, por ejemplo) o con los sedantes (insomnio).

c) El consumo de carne debiera reducirse a partir de los 45 años.

d) El consumo de productos lácteos influye débilmente en la mineralización ósea.

e) El ácido oléico (aceite de oliva) mantiene mejor que cualquier otro ácido graso la mineralización de los huesos, comportándose como un auténtico agente de prevención de la osteoporosis.

En cuanto al aporte de vitaminas, contiene de 150 a 170 mg./Kg. de tocoferol, valiosa fuente de vitamina E.

Cabe destacar también que el aceite de oliva tiene una proporción de ácido linoléico (AGE) que puede llegar al 10%. Una cantidad de 30-40 mg./día de aceite de oliva aporta la cantidad suficiente de AGE.

7. ORIENTACIONES DIETETICAS

La dieta debe tener un contenido calórico adecuado a las necesidades de cada individuo para evitar la obesidad. Los principales cambios que se recomiendan consisten en reducir la ingestión de grasa total, grasa

saturada, colesterol, azúcar refinado y sal, aumentando paralelamente el aporte de carbohidratos complejos (cereales) y grasa poliinsaturada. El consumo de aceite de oliva (monoinsaturada) en España es considerable y constituye un 15-20% del aporte energético total y no debe ser modificado. Nuestro país se distingue también por una ingestión particularmente alta de pescado, rico en grasa poliinsaturada. Por este doble motivo, las recomendaciones de la Sociedad Española de Arterioesclerosis sobre la contribución deseable de la grasa dietética al aporte calórico total son distintas de las propugnadas por el National Institute of Health de Estados Unidos y la Sociedad Europea de Aterosclerosis. Estos organismos aconsejan reducir la ingestión de grasa total a no más del 30% del aporte calórico total diario, con un equilibrio entre las contribuciones de grasa saturada, monoinsaturada y poliinsaturada (10% para cada una de ellas), mientras que la Sociedad Española recomienda mantener el consumo de aceite de oliva, siendo la distribución porcentual deseable de los principios inmediatos 15% de proteínas, 45-50% de glúcidos y 35-40% de lípidos, con un equilibrio entre grasa saturada y poliinsaturada (10% para cada una de ellas) y el resto para grasa monoinsaturada. Se recomienda también

reducir la ingestión de colesterol a menos de 300 mg. al día y limitar el consumo de sal para disminuir las cifras tensionales de nuestra población.

La dieta recomendable se basa en el consumo de cereales complejos, pasta, arroz, legumbres, frutas, verduras, aceites vegetales y pescado, tanto blanco como azul, limitando la ingestión de carnes rojas, huevos, quesos y jamón y desaconsejando dulces, despojos, embutidos, chocolates, sopas de sobre y bebidas azucaradas. La leche entera y derivados pueden sustituirse por productos desnatados. El aumento de la ingestión de fibra vegetal es también beneficioso. Esta dieta es variada, completa, agradable y difiere poco de la dieta mediterránea tradicional. Su implantación sería deseable para toda la población desde la infancia.

BIBLIOGRAFIA

- CERVERA, P. et al. ALIMENTACION Y DIETOTERAPIA. Edit. INTERAMERICANA-Mc GRAW HILL.- 1ª Ed: 31-37 y 387-392. Madrid, 1987.
- GUYTON, A.C. TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA. Edit. INTERAMERICANA. 5ª Ed.: 910-921. Madrid, 1977.
- FARRERAS-ROZMAN. MEDICINA INTERNA. Edit. MARIN. 9ª Ed: 514-520. Barcelona, 1980.
- GRANDE COVIAN, F.; DE OYA, M.; MATA LOPEZ, P.: BOLETIN PARA LA CAMPAÑA DE DIFUSION DEL CONOCIMIENTO CIENTIFICO DEL ACEITE DE OLIVA, ... nº 1 a 6. 1988.
- ASCANO, J.F.; SERRANO, S.; MARTINEZ-VALLS, J.; ARBONA, C.; CARMENA, R. EFECTO DEL ACEITE DE OLIVA DE LA DIETA SOBRE HDL. Rev.Clin.Esp. nº180: 486-488.1987.



IMPORTANCIA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LOS CUIDADOS DEL ANCIANO

Blanca M^a Fernández Pérez

Psicóloga y Diplomada en Enfermería
ATS Visitadora del INSALUD-LA RIOJA

En el libro del Génesis se dice que Noé tenía 600 años cuando ocurrió el diluvio y la tradición añade que vivió 950 años.

Sin pretender disquisiciones sobre la realidad de esta materia, ni desear llegar a vivir estos años, lo que sí es cierto es que en la actualidad la esperanza de vida al nacer cada vez es mayor. Por tanto es también mayor el número de ancianos.

Ello significa que su atención, hoy y cada día más, será más importante. Interesa resaltar, en primer lugar, que si el cuidado y atención del anciano es **cosa de grupo**. No es tema de un solo profesional, sino de **un equipo multidisciplinario**, en el cual todos y cada uno tienen distintas tareas que, adecuadamente coordinadas, inciden sobre el anciano mejorando su calidad de vida.

Este equipo ideal **integrado** por médicos, enfermeras, fisioterapeutas, ergoterapeutas, podólogos, psicólogos, asistentes so-

ciales,... actuará de manera coordinada, **elaborando las líneas de actuación** que marcarán la atención del anciano.

No obstante y una vez elaboradas estas líneas, la **actividad de los componentes** de este equipo multidisciplinario **será diferente**.

Podemos encontrar al anciano con dos tipos de problemas de salud:

- Urgentes/agudos.
- Crónicos.

En el primer tipo -agudos- la actuación principal estará a cargo del médico, ayudado por la enfermera y será eminentemente **asistencial**.

En el segundo tipo -crónicos- la labor médica quedará relegada, cobrando una mayor importancia la labor de enfermería.

Los cuidados que ésta preste, no serán exclusivamente de asistencia, sino también de ayuda psicológica, recreativa, educativa,...

Por otra parte, al anciano en situación de urgencia, lo encontraremos, en general, hospitalizado.

Los cuidados deben ir encaminados a:

1. Cumplir el tratamiento médico: sueroterapia, sondajes, medicación distintas vías.

2. Mantenimiento y vigilancia de las constantes: oxigenación, temperatura, ritmo cardíaco.

3. Evitar complicaciones: procurar una buena higiene (enfermo seco y limpio) cama bien hecha, sin arrugas. Procurar cambios posturales (tabla de posturas horarias, movilización adecuada, no arrastrar al paciente).

4. Alimentación adecuada: en relación con la edad, enfermedad base, estado de la dentición, apetito, presentación de los alimentos.

5. Gimnasia respiratoria: evitar complicaciones pulmonares.

Todo anciano que no se encuentre con un proble-



**NUEVO PLAN
DE ESTUDIOS:
*DOS POSTURAS
ENCONTRADAS***

Desde que en noviembre de 1987 fue publicado el R.D. 1497/87, que establece las directrices generales de los planes de estudios de los títulos de carácter oficial, nuestro colectivo se ha visto convulsionado en varias ocasiones ante lo que hemos entendido como una amenaza a nuestros intereses profesionales.

En Octubre de 1988 conocido el texto del proyecto de R.D. que establecía el Título de Enfermería y aprobaba las directrices generales propias, todos los estamentos profesionales fuimos movilizados en contra del mismo.

La alarma venía motivada porque este proyecto de R.D. decía:

• Los estudios deben articularse como enseñanzas **"solo"** de primer ciclo, estableciendo una duración máxima de 2.700 horas y un desarrollo de las materias troncales y su adscripción a las correspondientes áreas de conocimientos que considerábamos lesivos.

Que fuesen declarados estudios **"solo"** de primer ciclo, cerraba la puerta definitivamente a una de nuestras mayores esperanzas: La Licenciatura.

La directiva 77/453 de la CEE establece para los estudios de Enfermería una duración de 3 años o 4.600 horas, ante esta ambigüedad se opta por reivindicar 3 años y 4.600 horas, buscando el garantizar que quede dentro de su ámbito y por tanto la libre circulación de los profesionales españoles por Europa.

Respecto de las materias troncales, es evidente la trascendencia que tiene a todos los efectos el que sean incluidas en el área de conocimientos de Enfermería.

Ante la movilización del colectivo y las diversas gestiones realizadas por el Consejo General, quedó todo aplazado, con la promesa por parte de la Administración de dar satisfacción a las reivindicaciones de los profesionales.

En Agosto de 1990, aparece otro proyecto de R.D., en el que lo único relevante respecto de lo anterior es que desaparece el término **"solo primer ciclo"**. De nuevo comienzan las gestiones, aunque esta vez sin movilizar al colectivo por estar en plena época estival, pero con exhaustiva información por parte

del Consejo General a los Colegios, Escuelas Universitarias, A.E.E.D. y Direcciones de Enfermería.

El Consejo General, con el apoyo de las entidades mencionadas, emite el informe preceptivo en sentido negativo, basándose una vez más en la homologación previa respecto de la directiva comunitaria y la inclusión de determinadas materias troncales en el área de conocimientos de Enfermería.

Con fecha 23 de Octubre del 90, el Secretario de Estado de Universidades e Investigación contesta, que respecto a la garantía previa que se exige sobre el reconocimiento a nivel europeo de nuestro Plan de Estudios, **el Estado Español es soberano en sus decisiones** y no puede condicionarlas a la previa autorización por órgano alguno exterior a su soberanía, pero que **él como tal Secretario de estado**, a través de esa misiva **proclama la garantía Institucional de que sí se acoge a la ya reiterada directriz europea**. Manifiesta también su conformidad a la inclusión en el área de conocimientos de enfermería de las materias troncales reivindicadas.

El martes 20 de Noviembre aparece publicado en el BOE nº 278 el R.D. 1466/90, por el que se establece el Título Universitario de Diplomado en Enfermería y las directrices propias para su extensión. En él se establece un mínimo de 180 créditos lectivos y un máximo de 270 pero sin contemplar como áreas de conocimientos exclusivos de enfermería, las materias troncales de Enfermería geriátrica y Enfermería de salud mental.

Ante la nueva transgresión de las promesas realizadas el Consejo General interpone un recurso contencioso-administrativo y la A.E.E.D., recurso de suspensión cautelar.

Con fecha 21-12-90 el Consejo General recibe un fax de la Secretaría de Estado de Universidades e investigación, por el que se comunica que la no adscripción exclusiva de éstas dos materias área de enfermería es un error de transcripción y que será rectificado en breve, cosa que sucede en los BOE de fecha 28-12-90 y 17-1-91.

Lo dicho hasta aquí, es el resumen de los

sucesivos pasos que se han dado. Es a partir de este momento cuando surgen las discrepancias de la A.E.E.D. con la postura del Consejo General de Enfermería.

La A.E.E.D. mantiene que, las cargas lectivas quedan reducidas de 4.600 h. a 1,800 mínimas, ocasionando un deterioro del programa de formación teórico clínico, una indirecta repercusión en la calidad asistencial y por incumplimiento de una directiva europea un posible no reconocimiento de la titulación y libre circulación de los profesionales, con claro agravio comparativo con los planes de estudio de Medicina y Farmacia que explicitan en sus directrices el cumplimiento de esta normativa.

Mantiene también que dada la escasez de horas del plan de estudios y como condición circunstancial de cada Universidad, puede minimizarse o desaparecer la enseñanza mediante asistencia clínica a instituciones, además de una ilógica distribución de los créditos entre las diversas materias troncales.

EL CONSEJO GENERAL por contra, piensa que se ha conseguido un plan de estudios aceptable, basándose en los siguientes puntos:

- El plan de estudios se acoge a la normativa europea, puesto que cumple una de las dos opciones planteadas en la misma: tres años o 4.600 h.

Las directrices de estudios universitarios, marcan un máximo de 270 créditos, por lo que desarrollándose al completo, queda garantizada la enseñanza en cuanto a duración se refiere.

Este planteamiento es argumentado en base a que es opinión generalizada entre los docentes, que el alumno debe dedicar al tiempo lectivo, un promedio de 6 horas diarias, es decir, 30 semanales. Teniendo en cuenta que el período lectivo en la Universidad Española es de 30 semanas, nos daría 900 por curso y por tanto 2.700 en total.

El plan de estudios, permite establecer para los créditos de enseñanzas clínicas una equivalencia superior a la de las enseñanzas teóricas, por lo que puede rebasarse este límite de las 2.700 horas, pero mantener las 4.600, supondría una

dedicación por parte del alumno superior a las 10 horas diarias, lo que considera inviable.

- Acepta el aval que presenta el Secretario de Estado de Universidades sobre la homologación del plan de estudios con la normativa europea.

- El plan de estudios establece un alto índice de troncalidad en sus mínimos (79%), lo que garantiza la homogeneidad entre las distintas universidades.

- En todas la materias troncales está incluida Enfermería como área de conocimientos, siendo cuatro de ellas exclusivas de Enfermería.

Estos mismos planteamientos son compartidos por la Junta de Directores de Escuelas estatales, que tratan de lograr un compromiso al respecto por parte de todas las Universidades.

El pasado 29 de Enero se celebró en Logroño una reunión informal en la que tomaron parte miembros del Colegio Oficial, E.U.E., Direcciones de Enfermería del Hospital San Millán, de Atención Primaria y de la Consejería de salud y la S.E.E.G.G. El objeto de esta reunión era el debate de este plan de estudios así como el análisis de la información existente al respecto, sin que ello supusiera actuaciones vinculantes. Por considerarlo de interés, en cuanto representa la opinión de una serie de profesionales caracterizados de nuestra comunidad, exponemos aquí sus conclusiones.

El R/D 1466/90 debiera ser rectificado, una vez más, de forma que

- Garantice que las enseñanzas constarán de una duración mínima de 2.700 horas.

- Se establezcan las equivalencias de los créditos clínicos en un tiempo superior a 10 horas.

- Que figure expresamente que el plan de estudios cumple la normativa europea.

El objetivo de este artículo, como puede desprenderse de su lectura, no es el análisis o discusión de las diversas posturas, si no exclusivamente facilitaros la información que generan las mismas, de forma que cada cual pueda crear su propia opinión.

SENTENCIA SOBRE CONSULTAS DE ENFERMERÍA

Con la Revista ya en imprenta, ha surgido la noticia de la Sentencia nº 697 que ha dictado la Sala de lo contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, por la cual se declaraba la nulidad de una circular del INSALUD en instituciones abiertas de la seguridad social.

Sin entrar en valoraciones de la misma, que requieren un análisis más profundo, sí es conveniente dejar claros los siguientes puntos:

-La circular a que se refiere la sentencia, es la referente a Enfermería en instituciones abiertas remitida en el año 86 y no la remitida en los primeros meses del 90, por

la que se regulaba la organización del trabajo de Enfermería en Equipos de Atención Primaria.

Por consiguiente, dicha sentencia no tiene repercusión alguna en la organización del personal de atención primaria.

-La sentencia fue promovida por el Consejo General de Médicos contra la Administración sanitaria, por lo cual ha de ser ésta exclusivamente quien la recurra. Según nuestras noticias esto ya ha sucedido y por lo tanto la mencionada circular sigue vigente hasta tanto no haya nueva sentencia del oportuno tribunal.

Tras la Elecciones celebradas en este Colegio el pasado día 18 de Diciembre de 1990, la Junta de Gobierno ha quedado constituida por los siguientes miembros:

PRESIDENTE

D. Pedro J. VIDAL HERNANDEZ.

VICEPRESIDENTA:

D^a Ana Felisa GARCIA PINEDA

SECRETARIO:

D.J.Javier SOLDEVILLA AGREDA

TESORERO Y VOCAL A.P.D.

D. Juan Manuel RODRIGUEZ CAZORLA

VOCAL I:

D^a M^a Luz OLMOS GARRIDO

VOCAL II:

D^a M^a Rosa Elena NESTARES NAJERA

VOCAL III:

D^a Yolanda JALLE ANDRES

VOCAL IV Y MATRONA:

D^a Regina RUIZ HERNANDEZ

VOCAL V:

D^a Pilar MUNILLA ATIENZA



ma agudo y por lo tanto no esté hospitalizado, podemos encontrarlo:

- En su casa: solo y/o con su mujer.
- En casa de sus familiares: hijas, nueras u otros parientes.
- En un centro especial: residencias para ancianos de carácter privado, bené-

fico o de la Seguridad Social.

En su casa.

Posiblemente es la situación ideal. El anciano sigue anclado en su comunidad. Vive rodeado del entorno habitual y querido por él. Las personas de su alrededor son conocidas, con ellas puede hablar. Co-

noce y se interesa por sus problemas y viceversa (estas personas se interesan por los problemas del anciano).

No se sentirá solo, ni perdido, ni aburrido. El salir a hacer las compras, el tomar el sol, asomarse a la ventana,.. son motivos suficientes para entablar conversaciones con los ve-

cinos.

Por otra parte, al estar **en su casa**, se siguen sintiendo propietarios: pueden seguir ordenando, dirigiendo, haciendo..., aunque dentro de **su casa**.

El problema comienza cuando el anciano queda:

- solo: viudo/ viuda.

- disminuido: enfermo/enfermizo.

La solución en estas circunstancias es pasar a vivir con familiares (hijos o parientes más o menos próximos) o ingresar en algún centro especial (Residencia, asilo de ancianos).

En casa de sus familiares.

Esta solución (hijos y familiares), tiene el inconveniente de hacer perder al anciano la autonomía. En el mejor de los casos pasa a ser el **"huésped"** en la casa de sus familiares. Por otra parte, las casas actuales con espacios físicos generalmente pequeños, las mujeres trabajadoras y los niños pequeños, pueden hacer que el anciano sienta que **"estorba"**.

En un centro especial.

Los Centros Especiales pese a su construcción moderna, adelantos, comodidades, etc. que pudieran homologarse como hoteles de muchas estrellas, son lugares donde el anciano

se siente recluso, abandonado, separado de su entorno físico y social habitual, y en muchos casos **"aparcado"** y hacinado.

De estructura alegre y funcional, grandes ventanales, luminosidad, jardines, paseos, etc. vaga sobre ellos una sombra de tristeza.

De todo ello se deduce que la mejor solución es mantener al anciano **en su casa, en su hogar**, y aquí es donde Enfermería tiene su función primordial.

El servicio encargado de llevarlo a cabo, que ya funciona en algunos lugares con éxito, es la Atención Domiciliaria, consistente en la presentación de las ayudas específicas que cada anciano requiera para vivir con un máximo de autonomía.

Por tanto la atención no va a ser igual, ni indiscriminada, en cada caso, ni tampoco realizada por un solo estamento o grupo de profesionales.

Se atenderán aspectos diferentes como limpieza, compra, entretenimiento, cuidados de enfermería, asistencia médica, psicológica,... y ello involucrará a profesionales diferentes, es decir al **Equipo interdisciplinario**.

Hay otra situación, de la que no se ha hablado, también puesta en marcha en algunos lugares,

que es el **hospital de día**, y que como su nombre indica, consiste en la estancia diurna del anciano en una sala del hospital, donde recibe los mismos cuidados que en un hospital normal (día-noche), pero sólo durante un determinado número de horas. Suele funcionar de lunes a viernes y de 9 a 17 horas aproximadamente.

En cualquiera de las situaciones en que encontremos al paciente, siguiendo a Virginia Henderson, las necesidades del mismo serán:

- *Respiración.*
- *Alimentación.*
- *Eliminación.*
- *Temperatura.*
- *Actividad-Reposo.*
- *Descanso-Sueño.*
- *Higiene.*
- *Aspecto psicológico.*
- *Religión (necesidad espiritual).*
- *Recreo-Ocio.*

Vamos a comentar alguna de ellas.

RESPIRACION

Son tan frecuentes los problemas respiratorios en ancianos, que se ha considerado, por algunas personas, como un proceso de envejecimiento.

La elasticidad de los pulmones se encuentra reducida y los músculos debili-

tados por la edad. Esto conlleva una hipoxia que, en general, no tiene demasiada importancia ya que las personas mayores tienen, por su poca actividad, reducida su necesidad de oxígeno.

El problema se producirá cuando a esta situación de base se añade un problema agudo como bronquitis, neumonía, tuberculosis,...

La actuación de enfermería consistirá en los procesos agudos:

- En estar en contacto con ellos para obtener un diagnóstico precoz, llevar a cabo el tratamiento médico en la forma adecuada (horario de medicación, dosis, tipos). Ayudar a una correcta ventilación con oxigenoterapia si es preciso. Evitar complicaciones (cuidar la alimentación, la movilización,...).

En una situación normal, no aguda, enfermería se ocupará:

- de enseñar ventiloterapia, gimnasia respiratoria, oxigenoterapia si es preciso.
- ventilación de la habitación.
- vacunación e inmunizaciones (anticatarral, antigripal).

ALIMENTACION

Deberemos tener en cuenta la situación de cada

anciano, su enfermedad básica: diabetes, hipertensión, hepático, úlcus,...

Se deberá dar al anciano una tabla de alimentos permitidos y prohibidos, así como la cantidad. Deberemos tener en cuenta:

- las necesidades calóricas según actividad.
- la situación funcional dental. Dentaduras mal adaptadas, inexistentes, existencia de lesiones bucales.
- el apetito, la anorexia.
- la presentabilidad de los alimentos.
- la palatabilidad de los alimentos.
- la pérdida total o parcial del gusto y del olfato.

ELIMINACION:

ORINA

La vejiga puede hacer un vaciamiento total o completo, incompleto, incontinente, por rebosamiento.

Es importante en un incontinente obtener una gráfica de incontinencia. Esta gráfica se relacionará con alimentación, situaciones sociales o de otro tipo y nos permitirá adelantarnos al "accidente". Ingesta de líquido: micción a X minutos. Visitas, se olvidan de llamar...

Recordar que el amoníaco es alcalino dando lugar a quemaduras en la piel.

La actuación de enfermería ante el anciano incontinente será:

1. Enseñar donde está el cuarto de baño, si está ingresado.
2. Enseñar a llamar al timbre, si está ingresado.
3. Enseñar como llamar en casa a la familia.
4. Enseñar a llamar a tiempo, no esperar.
5. Tranquilizarse por los "accidentes".
6. Gráfica de incontinencia.
7. Gráfica de cuarto de baño.

Si todo esto falla:

1. Utilización de pañales.
2. En último extremo, sondaje.

HECES

Podemos encontrar las siguientes situaciones: estreñimiento, diarrea e incontinencia.

Estreñimiento: Podemos encontrar en el anciano la disquesia rectal o impactación rectal, que consiste en la existencia de material fecal endurecido como una piedra y con el recto distendido.

Complicaciones de la disquesia rectal:

A. Obstrucción - cólico.

B. Diarrea: las heces líquidas vencen las heces impactadas y endurecidas y se emiten al exterior.

C. Incontinencia fecal: las heces impiden cerrar el esfínter anal.

D. Retención urinaria: Por el volumen de las heces retenidas que impiden la evacuación.

E. Hemorroides.

F. Fisura rectal.

Soluciones:

1. Gráfica de heces: número de deposiciones, cantidad y consistencia de las heces.

2. Evitar el estreñimiento: alimentación rica en fibra, agua caliente en ayunas.

3. Defecación cómoda e íntima.

4. Actividad física y mental: favorece el tránsito intestinal.

5. Si todo falla: laxantes, enemas supositorios.

Diarrea: el tratamiento usual (coprocultivo).

Mantener hidratado al paciente.

Alimentación astringente.

Incontinencia: importante saber cual es la causa. Normalmente se debe a un problema cerebral. Son de difícil solución.

Tratamiento con control de dieta y situación de la situación.

TEMPERATURA

En el anciano es más

baja que lo normal en el adulto.

Es importante resaltar que no siempre se eleva como respuesta a la infección. Por ello se debe vigilar el pulso y la respiración (en infecciones agudas). Importante también las condiciones de la vivienda. La calefacción es muy útil y conveniente para los ancianos.

Si precisamos conocer la temperatura exacta, tomar la temperatura rectal.

De la misma manera, recordar que el dolor tampoco se manifiesta en el anciano de la misma manera que en el joven. Su reacción es más suave, anodina.

ACTIVIDAD REPOSO / DESCANSO-SUEÑO

La jubilación es una liberación del trabajo que puede llegar a crear traumas con la inactividad. Más acusado en los hombres que en las mujeres, en general, ya que éstas al tener que realizar las tareas del hogar, tienen su tiempo ocupado.

Es importante que el anciano tenga ocupaciones que mantengan su atención, el gusto por la vida, la sensación de ser y vivir para algo.

No es conveniente que

se refugie en actividades "pasivas", lectura, T.V., música, sino que debe completar éstas con marquería, pintura, paseos, jardinería...

El anciano no totalmente válido, ictus, claudicación, etc...se debe integrar en la sociedad, haciendo que él haga mayor número de tareas por su cuenta. Es más rápido, para Enfermería, realizar estas tareas ella misma, pero no es útil con vistas al futuro del anciano, que seguirá independiente.

Enfermería enseñará al anciano a moverse, a levantarse de la cama, a andar, sentarse y levantarse de la silla, a comer, ir al cuarto de baño, realizar la higiene corporal, etc.

Cuanta mayor actividad despliegue diariamente, mejor estado de ánimo tendrá y las posibilidades de dormir por la noche serán mayores.

El trabajo físico del anciano tampoco debe ser agotador, sino que irá en relación con sus energías.

Es conveniente evitar, por otra parte, que el anciano esté aburrido y adormilado durante el día. Si evitamos que duerma o dormite durante el día, por la noche su descanso será mejor.

Es fácil oír decir a los ancianos: "No duermo", "Toda la noche me la paso

en vela, he oído las 2, las 3,...", y es cierto, pero no cuentan que durante el día estuvieron dormidos.

Si el anciano no puede moverse por sí mismo, será enfermería quien le movilizará. Es imprescindible, si se quiere evitar las úlceras por decúbito. La movilización debe ser hecha de una manera continua, no en unas horas sí y otras no, yadecua-damente. **Jamás arrastrando.**

HIGIENE

Aspecto importante en el cual enfermería tendrá dos misiones:

- Enseñar y educar.
- Realizar por sí misma.

En los ancianos no válidos, la higiene de la boca, manos, pies, uñas y resto del cuerpo será realizada por personal de enfermería.

En los válidos deberá, con tacto, ir diciendo como deberían lavarse, cortarse uñas, bañarse, etc. y todo

ello sin herir la susceptibilidad del anciano.

AYUDA PSICOLOGICA

Enfermería debe saber escuchar, intentar comprender e inyectar optimismo. A veces somos los únicos que oímos o estamos dispuestos a oír.

Los ancianos nos cuentan "batallas". Es más importante para ellos el tiempo pasado, en que fueron protagonistas, que el actual, en el cual sólo están de espectadores.

En definitiva Enfermería realizará en relación con los ancianos:

1.- Control, vigilancia y mantenimiento de constantes.

2.- Prevención de complicaciones (Ventiloterapia, Oxigenoterapia, Movilizaciones).

3.- Aplicaciones de medicación (Insulina, Hipotensores, Inyectables).

4.- Realización de curas.

5.- Realización de sondajes.

6.- Confección de dietas.

7.- Educación sanitaria concomitante a todas sus tareas.

EN CONCLUSIÓN

Enfermería es una parte, no importante sino imprescindible, en Geriátrica a efectos de mejorar la calidad de vida del anciano, de manera que no sólo consiga que **viva bien**, sino que **desea vivir**.

BIBLIOGRAFÍA

- **Mc LEOC, F.R.:** *Geriátrica*. Ed. Medica y Técnica S.A. 1980.

- **BURNS, E.M.; ISAACS, B.; GRACIE, T.:** *Enfermería Geriátrica*. Ed. Morata. 1980.

- **ALBERDI, R.M.;** **MOMPART, M.P.;** **ARROYO, M.P.:** *Conceptos de Enfermería*. UNED. 1981.

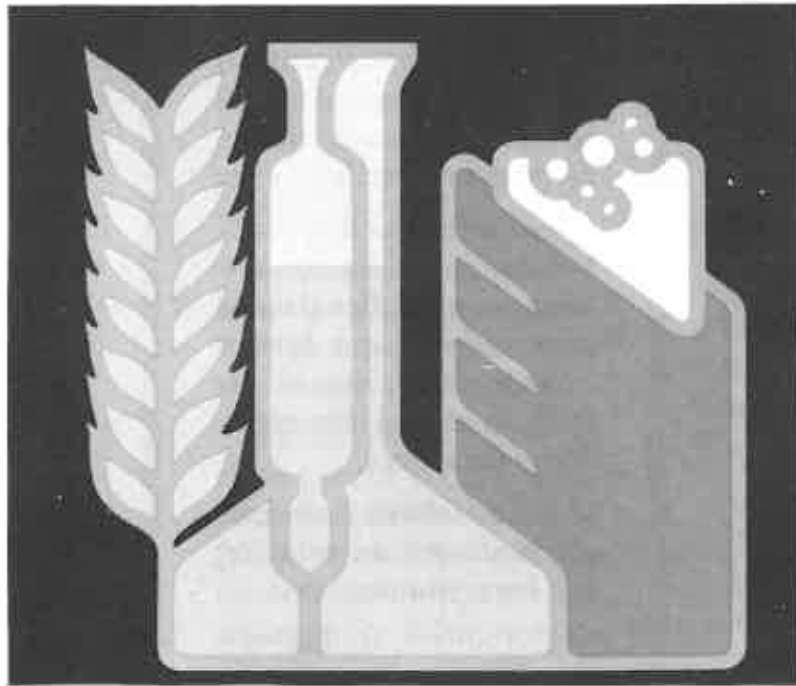
- **GIMENEZ, G.;** **PRESSER, E.;** **LARROSA, A.:** *Salud Pública*. UNED. 1981.

- **SAN MARTIN, H.:** *Salud y Enfermedad*. La prensa médica mexicana. 3ª Ed. 1980.



USO RACIONAL DE ANTISEPTICOS EN ATENCION PRIMARIA

Carlos Gómez Calvo
J. Jaime Gómez Calvo



OBJETIVO DEL TRABAJO

En la práctica diaria de nuestra profesión utilizamos frecuentemente antisépticos, en los distintos ámbitos donde desarrollamos nuestra labor asistencial, bien sea en un Centro de Salud, en un Hospital, en un Ambulatorio.

El objetivo de este estudio es realizar una somera exposición de cada uno de los productos más utilizados. Su uso racional pasa obligatoriamente por su conocimiento en profundidad. No intentamos crear ningún dogma de utilización de estas drogas, sino crear una puerta abierta hacia la investigación, de la utilidad (o inutilidad) de estos productos, a fin de determinar su actividad terapéutica y racionalizarla.

BREVE HISTORIA DE LOS ANTI-SEPTICOS

Nuestros antepasados desde la antigüedad, ya utilizaban sustancias para contro-

lar la supuración de heridas y la difusión de enfermedades contagiosas.

Así, los egipcios usaban especias, aceites vegetales y gomas para conservar a sus muertos, los persas guardaban el agua en recipientes de cobre bruñido, y desde los tiempos de **Hipócrates**, se usaba vino y vinagre para el cuidado de las heridas.

Durante el siglo XIX, los agentes usados empíricamente por su acción germicida incluyeron varios compuestos que todavía hoy son de uso cotidiano como son yodo y cloro.(4)

Fue **Lister** (1867) quien introdujo la técnica de cirugía aséptica, empleando de forma sistemática ácido fénico (fenol) para desinfectar el material quirúrgico y la sala de operaciones, basándose en estudios de **Koch** y **Pasteur**. (4)

En la actualidad existen centenares de productos antisépticos en el mercado, pero es lamentable que muchos sean poco efica-

ces en presencia de suero o sustancias orgánicas o bien lesionen demasiado los tejidos sobre los que actúan.(1)

Hasta hace pocos años e incluso hoy en día, los antisépticos eran frecuentemente utilizados de forma ritual e irracional, por ello, en ocasiones resultaban ineficaces.(4)

Por tanto el uso clínico racional de los antisépticos pasa necesariamente por su conocimiento en profundidad.

CLASIFICACION DE ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES

GRUPO	PRINCIPIO ACTIVO
Acidos orgánicos	Acido bórico Acido acético
Colorantes	Violeta de genciana Eosina
Aldehídos	Formaldehído Glutaraldehído Paraformaldehído
Detergentes cationicos	Cloruro de benzalconio Cetrimida Cetrimonio
Clorhexidina	Clorhexidina
Fenoles y derivados	Fenol Hexaclorofeno
Halógenos y derivados	Iodo Povidona iodada Cloramina y análogos Hipocloritos y análogos
Metales pesados	Nitrato de Plata Timerosal Mercuriales
Oxidantes	Agua oxigenada Permanganato potásico

ANTISEPTICOS

Básicamente se denomina antiséptico a aquel producto capaz de eliminar o evitar el crecimiento de microorganismos sobre tejidos vivos. (6)

Por contra, los desinfectantes son sólo usados sobre material inanimado (fundamentalmente objetos y material quirúrgico).

A veces se usa la palabra germicida como sinónimo de antiséptico, pero por germicida debe entenderse en sentido lato la sustancia que extermina o destruye gérmenes. Según la naturaleza de los gérmenes, se llama bactericida cuando destruye bacterias, fungicida si actúa sobre hongos y viricida si lo hace sobre los virus.

Cuando un producto utilizado impide únicamente el crecimiento y multiplicación de microorganismos se hablará de germistático, y por extrapolación de bacteriostático y/o fungostático.

MECANISMO DE ACCION

Los agentes antisépticos pueden matar o impedir el crecimiento de gérmenes por diversos y específicos mecanismos de actuación. (4) (7)

1.- Precipitación y por tanto desnaturalización de las proteínas del protoplasma bacteriano o fúngico (alcoholes, iodados y fenoles).

2.- Combinación e inhibición consiguiente de los enzimas de los microorganismos, ya sea mediante bloqueo de los grupos sulfídricos (mercuriales), o de los enzimas fosfato (caso del ácido bórico).

3.- Oxidación de los constituyentes esenciales de los gérmenes, especialmente de su sistema enzimático. (Agua oxigenada, permanganato potásico, iodados y derivados del cloro).

4.- Combinación con grupos amínicos de las proteínas bacterianas, fúngicas o víricas; los presentan todos los aldehídos (formaldehído, glutaraldehído y paraformaldehído).

5.- Alteración de la membrana celular de los gérmenes, citaremos a los detergentes catiónicos (de amonio cuaternario), y clorhexidina.

6.- Combinación con los grupos ácidos y básicos del protoplasma bacteriano especialmente nucleoproteínas (colorantes: violeta de genciana y eosina).

ESPECTRO ANTIMICROBIANO

Los antisépticos presentan, según los diferentes grupos y para los distintos principios activos que los componen, unos espectros específicos y bien diferenciados. Esto hace que se deban tener en cuenta las susceptibilidades relativas de los numerosos microorganismos, para elegir el antiséptico óptimo. Casi todos son activos frente a Gram positivos (estafilococos, estreptococos y similares).

Frente a Gram negativos, la eficacia es algo inferior, presentándose casos de resistencia específicas sumamente peligrosas (caso de la clorhexidina frente a *pseudomonas* y *proteus*). (4)

El mayor problema lo constituyen los virus (caso de la hepatitis) y las formas esporuladas debido a la escasa eficacia que frente a ellos presentan la mayoría de los antisépticos. (1)

Por orden de mayor a menor resistencia se agrupan en: bacterias Gram positivas, bacterias Gram negativas, micobacterias (bacilos ácidoalcohol resistentes), hongos, virus y esporas. (3) Ver tabla 1.

CONDICIONES IDEALES DEL ANTISEPTICO

En realidad no existe el antiséptico ideal, aunque muchos reúnen gran número de condiciones que el ideal debiera cumplir (4) (3):

1º- **Amplitud de espectro:** que sea activo frente a bacterias, virus, hongos y esporas, con el fin de evitar posibles sobreinfecciones.

2º- **Actividad germicida rápida y sostenida.**

3º- **Poder de acceso a todas las zonas de la piel y mucosas:** esta capacidad depende en gran manera de la tensión superficial del producto. Cuanto menor sea ésta, tanto mejor será la accesibilidad del antiséptico hasta las zonas más difíciles (pliegues de la piel y poros).

4º- **No ser absorbido a través de la piel:** esta condición puede soslayarse si el producto a utilizar es lo suficientemente inocuo a nivel sistémico.

5º- **No ser inactivado por productos de origen orgánico** (sangre, suero, sudor,...).

6º- **Estabilidad del producto.**

7º- **Olor y color agradables.**

8º- **Aplicación simple y bajo costo del producto.**

- Tabla 1 -

Actividad de diferentes agentes antimicrobianos.							
AGENTE	ACTIVIDAD	BACTERIAS GRAM (+)	BACTERIAS GRAM (-)	ESPORAS	MICRO BACTERIAS	HONGOS	VIRUS
Ac. Orgánicos	Germicida	+	+	+	-	+	-
Alcoholes	Germicida	+	+	-	+/-	+/-	+/-
Aldehídos	Germicida	+	+	+	+	+	+
Cloro	Germicida	+	+	+/-	+/-	+	+/-
Clorhexidina	Germistática	+	+	-	-	+/-	-
Colorantes	Germistática	+	+/-	-	-	+	-
Deter. Cation.	Germistática	+	+/-	-	-	+/-	+/-
Fenoles y der.	Germistática	+	+	-	+	+	-
Iodo y deriv.	Germicida	+	+	+	+	+	+
Mercuriales	Germistática	+	+	-	+/-	+	+

Desde luego, de las características señaladas se deduce que los que más se acercan al antiséptico ideal son los iodados (alcohol iodado y povidona iodada).(4)

FACTORES QUE MODIFICAN LA ACCION ANTISEPTICA

La actividad antiséptica y por tanto la eficacia clínica de los productos antisépticos, está influenciada por elementos que condicionan su grado de validez terapéutica. Entre ellos señalaremos:(4)(3)(5)

1.- Concentración del antiséptico: es obvio que a mayor concentración mayor actividad antiséptica, pero también mayor riesgo de efectos tóxicos y/o yatrogénicos. La única excepción es el alcohol etílico.

2.- Tiempo de contacto: guarda una relación directa con el poder germicida del antiséptico y con las propiedades específicas del mismo.

3.- Grado de humedad: en general para que un antiséptico sea efectivo es necesario la presencia, en mayor o menor grado, de agua. Por ejemplo, ningún detergente es activo en seco. O también, el poder antiséptico del alcohol de 70°, es considerablemente mayor que el de 96°.

4.- Temperatura: normalmente a mayor temperatura se observa un menor tiempo de exposición necesario para obtener el efecto antiséptico deseado.

5.- Presencia de materia orgánica: en ocasiones y para muchos productos (mercuriales, clorhexidina, iodados,...) es el factor limitativo de su poder antiséptico.

6.- Accesibilidad al germen: antes de la aplicación de un antiséptico debe lavarse la zona.

7.- Tiempo de la solución: las soluciones preparadas se deterioran con el tiempo; se aconseja su renovación cada 10 días.

8.- Tipo de microorganismos: algunos microorganismos son destruidos con mayor facilidad que otros. Ejemplos de formas resis-

tentes son: los virus de la hepatitis por suero, el bacilo de la tuberculosis y algunas esporas bacterianas.

CONSERVACION DE LOS ANTISEPTICOS

Los antisépticos elaborados han de ser conservados adecuadamente, a fin de evitar dos tipos esenciales de alteraciones: (4)

I- Pérdida de su eficacia antiséptica.

II- Riesgo de contaminación por gérmenes frente a los que el antiséptico no es activo.

La contaminación con microorganismos no susceptibles constituye un peligro real, no siempre suficientemente previsto. Descartaríamos, como más frecuentes, las contaminaciones de mercurocromo y similares, por acción de *Pseudomona aeruginosa*, menos frecuentes son las producidas por *Proteus*, *Alcaligenes*...

Ha de tenerse un cuidado especial en la conservación de los iodados, dado que por la acción de la luz son inactivados y decolorados con gran rapidez.

Como norma general, los antisépticos deben ser conservados en envases inertes, lejos de la luz y focos de calor.

USO ADECUADO DE ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES

A.- Cuando se empleen dos o más antisépticos, se deberá prever que no sean incompatibles. Asimismo deberán emplearse aquellos que presenten un espectro antimicrobiano complementario.

B.- Que el o los antisépticos sean poco afectados por la materia orgánica (sangre, suero, suciedad,...). Si ello no es posible, se deberá limpiar lo mejor posible la zona a tratar.

C.- Evaluar la toxicidad cutánea (agresividad) en relación a la enfermedad a tratar o curar. Es absurdo emplear agentes muy agresivos en situaciones de poco riesgo.

D.- Evaluar el grado de absorción cutánea del antiséptico, así como su toxicidad sistémica. En este sentido, hay que tener presente que la absorción epidérmica aumenta enormemente en piel desnuda.

E.- Guardar los antisépticos en frascos y lugares adecuados.

CARACTERISTICAS DE LOS ANTI-SEPTICOS MAS USUALES

1.- ALCOHOLES: ALCOHOL ETILICO.

*** Características:** Líquido transparente, inflamable, volátil, miscible en agua y otros fluidos orgánicos.

*** Mecanismo de acción:** Bactericida. Produce la precipitación y, por tanto, la desnaturalización de las proteínas del protoplasma bacteriano o fúngico. La intensidad de esta precipitación dependerá de la cantidad de agua presente en la solución. Si es elevada la precipitación será menor que si la cantidad de agua fuera menor. La precipitación de las proteínas forma una capa de proteínas coaguladas que impide la penetración del alcohol a través de ella. Por tanto, la actividad antiséptica no se desarrolla por debajo de aquella, protegiendo a bacterias localizadas en estos niveles. Es por ello, que existen diferentes concentraciones en el alcohol comercializado. El alcohol de 96° casi no posee agua, y debido a esto, aunque sea de mayor efectividad en planos superficiales, en planos más profundos no tiene apenas actividad. El alcohol de 70° ofrece unos márgenes de seguridad antimicrobiana algo menores que el de 96°, pero actúa a niveles más profundos con lo cual destruye floras microbianas situadas en planos de difícil acceso (poros de la piel, folículos pilosos...).

*** Espectro antibacteriano:**

Bacterias	BUENO.
Hongos	BUENO.
Micobacterias	MALO.
Virus	MALO.
Esporas	NULO.

*** Rapidez de acción:** Dejar actuar durante uno o dos minutos para disminuir al 5% el recuento bacteriano. Recomendamos repetir la frotación al evaporarse la primera.

*** Poder residual:** Es reducido, hasta que se evapora.

*** Curiosidades:** Para conseguir etanol a concentraciones de 70°, diluir 77 cc. de alcohol absoluto con 23 cc. de agua destilada o, también, 80 cc. de alcohol de 96° con 20 cc. de agua.

*** Poder de acceso a todas las zonas de la piel:** Elevado.

*** Absorción a través de la piel:** Casos de absorción a través de quemaduras en niños, han producido comas hipoglucémicas y necrosis del tejido nervioso.

La exposición excesiva puede producir deshidratación de la córnea.

*** Inactivación por:** Presencia de material orgánico.

*** Estabilidad:** Se pierde por evaporación. No dejar abierto el recipiente de almacenamiento.

*** Utilización:** Puede utilizarse solo o como vehículo de otras sustancias:

A.- SOLO: Como antiséptico para asepsia de la piel. Muy utilizado para frotaciones previa punción de la piel en casos de inyectables, extracciones de sangre, punturas,... Sin embargo, deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos: 1º) Su evaporación es rápida. Esto significa que el tiempo de exposición no llega a ser suficiente, por lo que disminuye su potencial germicida. Para evitarlo, pueden repetirse las frotaciones o, sustituir el uso de este antiséptico por otro de acción más rápida y duradera (solución acuosa de clorhexidina, con la ventaja de que no se evapora, permaneciendo en contacto con la piel durante más tiempo; 2º) No debe utilizarse para inyección de vacunas de virus vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis). Mejor utilizar productos no alcohólicos.

Al aplicarlo sobre una herida abierta, produce irritación de los tejidos, facilita su

absorción sistémica y produce dolor. Mejor usar otros productos más inocuos.

No es recomendado para desinfección de instrumental.

B.- COMO VEHÍCULO DE OTRAS SUSTANCIAS: Estas soluciones antisépticas cuyo vehículo es el alcohol se denominan tinturas. Tintura de iodo, de clorhexidina,... El efecto de estos antisépticos se ve potenciado por la presencia del alcohol (preferible de 70%), porque les proporciona mayor capacidad de difusión y penetración.

2.- ALCOHOLES: ALCOHOL ISOPROPILICO.

***Características:** Líquido transparente, volátil, de sabor amargo, miscible con el agua, etanol, éter, cloroformo.

***Mecanismo de acción:** Similar al etanol, pero sus efectos bactericidas se ven potenciados porque este antiséptico llega con mayor facilidad a sitios difícil de la piel (pliegues, espacios interdigitales,...), al tener menor tensión superficial. Es mejor solvente de las grasas. Por estas razones, está desplazando al etanol en EE.UU. (4)

***Espectro bacteriano:**

Bacterias	BUENO
Hongos	BUENO
Micobacterias	MALO
Virus	MALO
Esporas	MALO ⁽¹⁾

***Rapidez de acción:** Dejar 1-2 minutos de contacto con la piel. Repetir frotación.

***Poder residual:** Hasta su evaporación.

***Poder de acceso a todas las zonas de la piel:** Mayor que el del etanol.

***Utilización:** Las mismas indicaciones que el etanol.

***Otras características:** Es más irritante para la piel. No es bebible.

3.- CLORHEXIDINA.

***Mecanismo de acción:** Bactericida. Provoca la disgregación de la membrana de la célula bacteriana. El contenido celular se pierde.

***Espectro antimicrobiano:**

Bacterias Gram (+)	BUENO
Bacterias Gram (-)	Ineficaz contra <i>Pseudomona</i> , <i>Serratia</i> y <i>Proteus</i> .(3)(4)
Hongos	REGULAR
Micobacterias	NULA
Virus	NULA
Esporas	NULA

***Rapidez de acción:** Efectos rápidos, alrededor de 1 minuto, tanto para soluciones acuosas, como para tinturas.

***Poder residual:** Con efectos antibacterianos de 1-2 días de duración. El 26% del producto continua activo a las 29 horas.

***Poder de acceso a todas las zonas de la piel:** Tanto la presencia del agua (para las soluciones acuosas), como del alcohol (en tinturas), favorecen esta faceta.

***Absorción a través de la piel:** Toxicidad sistémica: Su absorción a través de la piel como de las mucosas es prácticamente nula, por tanto, no existe riesgo de toxicidad con su uso. Existen casos de sensibilización.

***Inactivado:** Frente a productos tales como detergentes aniónicos (jabones), hipocloritos y agua oxigenada: No utilizar conjuntamente. No es inactivado por el material orgánico y su acción se potencia delante de un pH neutro, detergentes catiónicos y alcoholes.

***Estabilidad:** Debe tenerse la precaución de no conservarlo en recipientes de vidrio nuevo, pues éste absorberá gran cantidad de esta sustancia, disminuyendo su concentración y, por tanto, su eficacia. No la absorbe el polietileno. Su comercialización en forma concentrada obliga a la dilución, excepto las soluciones jabonosas. Como norma general, se recomienda la elaboración de soluciones en cantidad justa para su uso evitando el almacenamiento indefinido

⁽¹⁾ (No es seguro que destruya las esporas de *Clostridium Tetani*, *Welchii* y *Bacillus Anthracis*)(1)

de las diluciones. Así como evitar la exposición a la luz (recipientes opacos) y cambios bruscos de temperatura.

***Utilización:** Puede utilizarse en soluciones acuosas, jabonosas o en forma de tinturas, como excipientes más corrientes para el uso práctico diario:

- Solución acuosa de clorhexidina al 4%.
- Solución jabonosa de clorhexidina al 4%.
- Tintura de clorhexidina al 0,5%.

Recomendamos su uso para:

1.- La limpieza pre y postquirúrgica de la piel, utilizando tanto las soluciones acuosas, jabonosas como las tinturas. Reducen la población bacteriana cutánea en mayor grado que la povidona yodada (sólo si esta flora no esta predominantemente compuesta por bacterias Gram (-). La tintura, mejor con alcohol de 70°, es más efectiva si se pincela dos veces. Si se utilizan detergentes, preferir aquellos que proporcionan un pH neutro con respecto a la piel (aproximadamente un 5.5), y siempre y cuando sean catiónicos.

2.- Para el tratamiento de las heridas abiertas, quemaduras, irrigación de heridas, heridas quirúrgicas,...

En estos casos, recomendamos aplicar solución acuosa o jabonosa, en vez de tinturas, por ser éstas irritantes y producir dolor.

3.- Recomendamos aplicar solución acuosa de clorhexidina previa punción venosa o cualquier tipo de inyectable, antes que el alcohol de 70° o 96°, puesto que proporciona mayor tiempo de contacto al no evaporarse.

4.- DETERGENTES. GENERALIDADES

*** Clasificación:** Para su estudio pueden dividirse en dos grupos clásicos: aniónicos (jabones) y catiónicos (compuestos de amonio cuaternario). Siendo incompatible el uso conjunto de ambos por ser eléctricamente opuestos.

El mayor interés para su uso clínico reside en los compuestos de amonio cuaternario (ver las diferentes sustancias en la clasificación general de antisépticos). Existe una idea errónea de que los jabones y otros detergentes aniónicos son, de alguna manera, germicidas como limpiadores de la piel. El lavado de la piel puede eliminar la suciedad contaminada con bacterias y gérmenes fijados a la capa de desprendimiento del estrato córneo, pero, el cepillado enérgico, en realidad aumenta el número de bacterias superficiales (2); por tanto, es necesario añadir germicidas potentes a los agentes de cepillado quirúrgico y a los limpiadores cutáneos (hospitalarios especialmente).

El lavado de las heridas con jabones aumenta la incidencia de las infecciones. Ciertos detergentes de amonio cuaternario poseen una potente actividad bactericida in vitro y, a veces, son efectivos germicidas sobre la piel y mucosas.

COMPUESTOS DE AMONIO CUATERNARIO

*** Mecanismo de acción:** Bactericidas. Producen cambios en la permeabilidad de la membrana bacteriana, haciéndola perder los elementos nutritivos necesarios. También, producen la precipitación de las proteínas de la membrana e inhiben sistemas enzimáticos necesarios para la glucólisis y la respiración celular.

Generalmente, podemos encontrar a estas sustancias bajo la forma de detergentes. Esta presentación comercial facilita la acción antiséptica, ya que se eliminan microorganismos por la acción de lavado y arrastre (sin frotar enérgicamente) de la superficie cutánea por sus efectos emulsionantes y humectantes, facilitando, a su vez, el contacto del germicida con el germen en zonas de difícil acceso.

*** Espectro antimicrobiano:**

BACTERIAS: Gram (+): BUENO (especialmente para *cocos*).

Gram (-): NULOS (2) (4) (5).

HONGOS:

REGULAR

MICOBACTERIAS:	NULA
VIRUS:	REGULAR
ESPORAS:	NULA.

* **Rapidez de acción:** Acción rápida (por comparación, es más lenta que los yodados), fundamentalmente el cloruro de benzalconio y el cetrimide (5-10 minutos).

* **Poder residual:** De esta faceta podemos sonsacar un importante defecto de estas sustancias. Al aplicarse sobre la piel, tienden a formar una película, por debajo de la cual su poder bactericida está claramente disminuido, favoreciendo la proliferación bacteriana, mientras por encima de la misma su poder bactericida es potente.

* **Poder de acceso a todas las zonas de la piel:** La acción detergente facilita esta faceta, al ser agentes catiónicos tensioactivos.

La propiedad de limpieza depende de la actividad superficial del agua, que se extiende y moja fácilmente toda la superficie sobre la que se aplica. Esto es favorecido por las propiedades humectantes de los detergentes.

* **Absorción sistémica: TOXICIDAD:** A concentraciones efectivas no son muy irritantes de los tejidos. Con el tiempo, el uso habitual en una zona del cuerpo favorece la aparición de dermatitis. Se han dado casos de necrosis cutáneas. La toxicidad sistémica es relativamente baja (ingestión oral).

SENSIBILIZACION: Con el uso prolongado se facilita la aparición de alergias.

* **Inactivados por:** los detergentes aniónicos (jabones), aguas duras, algodón, materia orgánica y pus. Si se utilizan para desinfectar material, tener en cuenta que los materiales porosos (esponjas, guantes de goma, endoscopios, objetos de polietileno), absorben a estas sustancias con lo cual, baja la concentración por debajo del límite bactericida. Aconsejamos no emplear la misma solución en repetidas veces para la desinfección de estos materiales.

* **Utilización:** Casi todos los autores desaconsejan su uso como antisépticos puros. Si pueden utilizarse conjuntamente con otros antisépticos. Como precaución no aplicar durante periodos largos de tiempo en una misma zona cutánea para evitar futuras dermatitis. Se comercializan en soluciones concentradas por lo que es necesaria la disolución para su uso (0.02-0.5 %).

Otros usos aconsejados son como desinfectantes de materiales recuperables antes de pasar a su esterilización. Deben tomarse precauciones en el caso de desinfectar materiales porosos.

5.- YODO.

Fue utilizado por primera vez por un cirujano francés en 1839. Ha sobrevivido gracias a su eficacia (amplísimo espectro antibacteriano), economía y baja toxicidad. Es uno de los tres mejores antisépticos que existen. Su aproximación al antiséptico ideal es notoria, salvo en los apartados de absorción y sensibilización, aunque ello dependerá del uso racional que se haga de él.

*Espectro antimicrobiano:

Bacterias	BUENO
Hongos	BUENO
Micobacterias	BUENO
Virus	BUENO
Esporas	REGULAR
Protozoarios	BUENO

* **Mecanismo de acción:** Germicida. Produce la precipitación de las proteínas del protoplasma celular. También produce la oxidación de constituyentes esenciales de los gérmenes, especialmente de su sistema enzimático.

* **Rapidez de acción:** Muy rápida (sólo unos segundos). Dependerá de su preparación bajo formas acuosas, jabonosas o tinturas y, de su grado de concentración. Aun así, es de los más rápidos en global.

* **Poder residual:** Su poder residual no es muy amplio. Mantiene su eficacia máxima durante casi una hora y ejerce cierta

acción durante varias horas. El yodo forma compuestos con los grupos amino de los tejidos, para formar yodoforos (derivados del yodo), a partir de los cuales, el yodo se va liberando con lentitud, contribuyendo de esta manera a mantener una actividad sostenida.

***Poder de acceso a todas las zonas de la piel:** En soluciones alcohólicas y jabonosas, mayor que en las acuosas. Como guía aconsejamos utilizar unas u otras en dependencia de la zona a aplicar. En zonas lisas, sin arrugas, basta con las soluciones acuosas. En zonas con pliegues y arrugas con gran número de folículos pilosos, poros,...son recomendables las otras preparaciones.

***Absorción sistémica:**

TOXICIDAD: debe evitarse, utilizando las formas de preparación de una manera racional. En heridas abiertas, úlceras, quemaduras,...con pérdida de continuidad de la piel, con mayor superficie descubierta, prolongación en el tiempo, sera mayormente absorbido tanto a nivel local como sistémico, en comparación con las superficies cubiertas. En estas situaciones si se utiliza el yodo, deben evitarse las formas alcohólicas que facilitan la diseminación y penetración del producto y será conveniente vigilar la concentración del mismo (a mayor concentración, mayor absorción). Igualmente facilita su absorción el cubrir con un apósito oclusivo.

SENSIBILIZACION: Para evitarla se tomarán las mismas precauciones.

***Inactivado por:** los derivados mercuriales, la exposición a la luz, la materia orgánica y los tiosulfatos.

***Utilización:** Tiene un alto grado terapéutico, en particular la solución acuosa al 2% que puede aplicarse en heridas abiertas con poco o nada de picazón, ni interferencias con las defensas locales. Al 5% produce dolor en las heridas. Al 7% se han producido quemaduras en la piel. La concentración de mayor aplicación en la práctica no debe sobrepasar el 2%.

Puede utilizarse en tres formas diferentes:

1.- Solución de yodo: Se realiza en agua purificada en una concentración aproximada al 2%. Se utiliza como germicida no irritante muy eficaz a pesar de su bajo contenido en yodo. A esta concentración son infrecuentes las quemaduras por yodo.

2.- Solución de yodo fuerte: Se prepara con agua purificada en una concentración aproximada al 4,5-5,5 %. Se utiliza en las mismas situaciones que la tintura de yodo, pero sin provocar las desventajas de aquellas, como la irritación, el dolor,...en las heridas abiertas. Puede utilizarse para aplicaciones directas en la piel pero son preferibles concentraciones más bajas. Tiene eficacia en caso de dermatitis asociadas a un exceso de queratina por contener dentro de su formulación un compuesto con propiedades queratolíticas (yoduro potásico). Como inconveniente, la presencia de esta sal (no presente en las soluciones de yodo) es irritante para las heridas.

3.- Tintura de yodo: La solución se realiza en alcohol de 70° y agua con concentraciones de yodo aproximadas al 2%. El contenido en alcohol es del 45-50%. El vehículo alcohólico facilita la diseminación y la penetración cuando se pincela sobre la piel, siendo por ello por lo que su eficacia germicida es la más elevada. En heridas, abrasiones, es preferible utilizar soluciones acuosas diluidas o tinturas muy diluidas. Para diluir las tinturas basta con añadir agua purificada hasta alcanzar la proporción que consideremos apropiada al caso. La presencia de yoduro de sodio torna miscible la solución alcohólica con agua en todas las proporciones.

Otra utilidad de este elemento es como desinfectante del agua potable: 5-10 gotas de tintura de yodo al 2% en un litro de agua son amebicidas y bactericidas en 15-30 minutos.

6.- POVIDONA YODADA

Al ser un derivado del yodo, lo describiremos de una manera comparativa con el caso anterior.

*Espectro antimicrobiano:

BACTERIAS: BUENO (para GRAM (+) y (-))

HONGOS: BUENO

MICOBACTERIAS: BUENO

VIRUS: BUENO

ESPORAS: BUENO

PROTOZOARIOS: BUENO

***Características:** La povidona yodada se obtiene a partir de la unión de un polímero, la povidona, con yodo elemental, para formar un compuesto que contiene un 10% de yodo disponible. Ello supone, que un producto (comercial o preparado) con una concentración al 10% de povidona yodada sólo contendrá 1% de yodo. Este componente povidona aumenta la solubilidad del yodo dentro del preparado y provee, una vez pincelado, una liberación lenta y prolongada de yodo.

*** Mecanismo de acción:** Bactericida. Su acción bactericida es sólo moderada respecto a las soluciones de yodo. Su actividad se basa en la precipitación proteica del protoplasma y en la oxidación de los sistemas enzimáticos bacterianos.

***Rapidez de acción:** Su acción es más lenta (1-3 minutos), debido a la lenta liberación del yodo. Por ello se debe dar tiempo al pincelar y aplicar con apósitos.

***Poder residual:** Mayor que el yodo por el mecanismo de liberación prolongada.

***Absorción a través de la piel:** El riesgo de toxicidad y de sensibilización es menor, al ser la concentración de yodo mucho menor (1%) y a su liberación de manera prolongada.

***Inactivación:** Por exposición a la luz, materia orgánica y tiosulfatos. Incompatibilidad con mercuriales.

***Estabilización:** Son de aplicación las normas generales de los antisépticos.

***Utilización:** Ofrece un excelente mar-

gen de seguridad en el control de las infecciones locales. Se recomienda su uso en lavados quirúrgicos (tratamiento de la piel pre y postoperatorio), así como profilaxis de heridas, quemaduras, laceraciones,...

A diferencia de la tintura de yodo, este preparado puede aplicarse sobre heridas abiertas. Sólo advertir que estos preparados provocan "picor" en las heridas abiertas.

Se encuentra comercializado en forma de soluciones acuosas, jabonosas, pomadas dérmicas y tules grasos impregnados.

7.- CLORAMINA T

*Espectro antimicrobiano:

BACTERIAS BUENO

HONGOS BUENO

VIRUS REGULAR

ESPORAS REGULAR

***Mecanismo de acción:** Bactericida. Produce la oxidación de constituyentes esenciales del germen, especialmente de su sistema enzimático. Aparte, puede contribuir de manera mecánica (lavado a chorro) a la limpieza, y a favorecer un medio más fisiológico, por sus efectos astringentes (protector de heridas abiertas, descongestionante, antiedematoso).

***Rapidez de acción:** Elevada.

***Poder residual:** El cloro se libera de forma lenta y progresiva, por tanto, ofrece márgenes de seguridad.

***Inactivación:** En presencia de materia orgánica y por utilización conjunta con detergentes catiónicos (amonios cuaternarios).

***Estabilidad:** Las soluciones acuosas son muy inestables. Deben utilizarse conforme se preparen. La luz facilita su inactivación.

***Utilización:** No es un antiséptico muy utilizado. Es interesante como antiséptico cutáneo para el tratamiento de heridas por sus efectos de limpieza mecánicos, astringente, liberador de tejidos inertes y su poder germicida.

Puede ser más eficaz en la prevención del crecimiento de bacterias cutáneas que la clorhexidina. (5)

Otra utilización consiste en el uso para esterilización de urgencia del agua potable con fines de saneamiento.

8.- CARACTERISTICAS GENERALES DE OTROS ANTISEPTICOS

8.1. MERCURIALES: Divididos en sales inorgánicas y orgánicas. Las primeras (sublimado corrosivo) están en desuso, por sus efectos tóxicos y por su facilidad para crear resistencias bacterianas.

Las sales orgánicas, con mecanismos de acción bacteriostáticos no poseen espectros de acción amplios con escaso poder residual. Sus principales representantes son:

8.1.1. Mercromina: De uso muy cuestionado. Posee ciertos efectos epitelizantes. Su uso popular y terapéutico nunca mereció tenerlo. (1)

8.1.2. Timerosal: Igual que el anterior su utilidad es muy cuestionada. Algunos autores consideran que es más eficaz el etanol por si solo. (1)(4)

8.2. SALES DE PLATA:

8.2.1. Nitrato de Plata: Actúa frente a bacterias Gram (+) como son estafilococo y estreptococo así como frente a gram (-), *pseudomonas*, *serratias*, *proteus* y *gonococos*.

En concentraciones bajas (1-10%) funciona como astringente y epitelizante.

Su uso prolongado en heridas abiertas y quemaduras desencadena su principal inconveniente: perturbaciones electrolíticas en las que el ion plata se combina con el ion cloruro presente en los exudados. Actualmente están siendo desplazados por la sulfadiazina argéntica.

Además, el nitrato de plata presenta incompatibilidades con astringentes y enzimas proteolíticos.

8.3. OXIDANTES:

8.3.1. Peróxido de hidrógeno (agua oxigenada): antiséptico de escasa potencia. Ac-

túa tras ser descompuesto por la enzima catalasa, presente en los eritrocitos. Su interés se centra en la limpieza mecánica de heridas y por su actividad antianaeróbica.

Debiera comercializarse al 6% (22 volúmenes). En España su presentación es al 3%.

No debe ser utilizado como antiséptico único.

8.4. NITROFURAZONAS:

8.4.1. Nitrofurantoína: A pesar de su amplio espectro antibacteriano su uso en el tratamiento de quemaduras es muy discutible (7), por no ser activo frente a *pseudomonas*. Ha sido desplazado en este terreno por la sulfadiazina argéntica (eficaz frente a *pseudomonas*).

8.5. COLORANTES:

8.5.1. Violeta de Genciana: Bacteriostático de acción lenta, débil y de poco espectro antibacteriano. Su coloración puede ocasionar complicaciones al ocultar evolución en lesiones tisulares.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Remington; Farmacia: **Drogas antimicrobianas**. Ed. Panamericana.
- 2.- Puig-Paradella, P. **Farmacología de antisépticos y desinfectantes (II)**. El Farmacéutico, nº 48, FEB.1988.
- 3.- Gamundi, M.C. **Antisépticos y desinfectantes**. El Farmacéutico, nº 23, MAR.1986.
- 4.- Gómez y Ortiz, S. **Antisépticos y desinfectantes**. El Peu, nº20-21, MAY.-JUN.1986
- 5.- Lozano, J.A. **Antisépticos y desinfectantes tópicos**. OFFARM, vol.8, nº 3, MAR.1989.
- 6.- Dafonseca, A. **Manual de terapéutica dermatológica**. Ed. JIMS. 1986.
- 7.- Ruiz Lara, R. **Nuevo Diccionario Médico**. Ed. Teide. 1984

AGRADECIMIENTO

Nuestro más sincero agradecimiento al Ilustre Colegio de Farmacéuticos de La Rioja y en particular al personal de laboratorio por su desinteresada ayuda para la realización de este trabajo.

ATS

PROXIMA CONVOCATORIA OPOSICIONES

(POR COMUNIDADES)

para ATS y DE para impartir clases como profesores de Auxiliares de Clínica en Institutos de Formación Profesional (MEC). Exámenes en las propias Comunidades Autónomas y plazas para toda España.

INFORMACION **completa y gratuita** sobre la oposición, temas, remuneración, jornada laboral, lugar y fecha de exámenes, etc., mandando 25 ptas. en sellos para su contestación.

ADOS

**Avda. Primado Reig, 133 Atico
VALENCIA 46020**



Nombre

C/ Nº

Ciudad Tel.

Prov. Cód.

Deseo recibir amplia información gratuita y sin compromiso alguno por mi parte sobre la oposición.

Los interesados pedir lo antes posible la información para evitar que pase el plazo de matrícula.

POR TU SALUD TRABAJAMOS EN COMUNIDAD

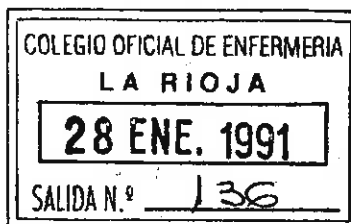
Gobierno de  La Rioja

Consejería de
Salud, Consumo y Bienestar Social



**Colegio Oficial de
Diplomados en Enfermería
de La Rioja**

Gran Vía Rey D. Juan Carlos, 67 - esc. B - 1ª dcha.
☎ 22 83 16 • 26005 LOGROÑO



De conformidad con lo establecido en los Estatutos de la Organización Colegial artº. 76.1, se convoca Asamblea General Ordinaria para el día 15 de Febrero de 1.991 a las 18 horas - en primera convocatoria, y a las 18'30 horas en segunda convocatoria, a celebrar en el Salón de Actos "Navarrete el Mudo" de IBERCAJA - c/. San Antón, nº 3 de Logroño. Con el siguiente Orden del Día :

- 1º.- Lectura y aprobación, si procede, del Acta de la Sesión Anterior.
- 2º.- Presentación de la nueva Junta de Gobierno.
- 3º.- Balance de gestión del 2º semestre de 1.990.
- 4º.- Balance económico de 1.990.
- 5º.- Actualización de cuotas colegiales.
- 6º.- Presupuestos para 1.991.
- 7º.- Ruegos y preguntas.

Logroño, a 28 de Enero de 1.991

VO.Bº.

EL PRESIDENTE

Fdo.: Pedro J. VIDAL HERNANDEZ



EL SECRETARIO

Fdo.: J. Javier SOLDEVILLA AGREDA



INGENIERIA HUMANA.

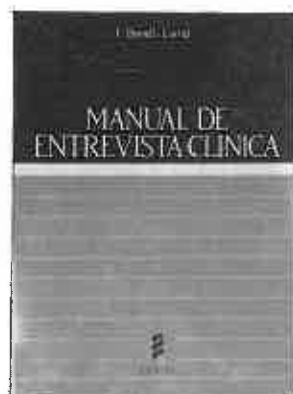
Por John Lenihan. 1980. Rústica. 251 págs. Alianza Editorial.

Este libro presenta una interesante y poco habitual visión del organismo humano: el cuerpo humano analizado por un ingeniero. En él es explicada la fisiología humana desde una perspectiva novedosa para los sanitarios.

Según palabras del autor, el libro, se ocupa de la tecnología del hombre, considerando el cuerpo humano como una fuente autopropulsada de energía con múltiples e ingeniosos rasgos en su diseño.

Acostumbrados a esquemas biológicos la lectura de este libro propone un viaje por el interior del organismo como si éste fuera una compleja máquina de producir vida.

E.R.G.



MANUAL DE ENTREVISTA CLINICA.

Por F. BORRELL I CARRÍO. 1989. Rústica. 245 págs. Ed. Doyma.

La entrevista clínica es un tema sin generalizar en nuestro país. Borrell es uno de los pocos estudiosos actuales de las enseñanzas de las técnicas de la entrevista clínica. Este libro, aquí presentado, permite desarrollar aptitudes necesarias para conseguir una relación enfermera/cliente basada en la confianza mutua. Retomando parte de la cita que encabeza el capítulo I, la entrevista clínica, generalidades, valoramos la necesidad de **formación en comunicación**: "Los resultados de las consultas...son demasiado importantes para dejarse al azar o a la conveniencia teórica". El índice de capítulos recopila las secuencias concretas y ordenadas que desarrolla su autor de las técnicas de comunicación. Cada capítulo concreta las secuencias con cuadros resúmenes de visión fotográfica que hace del libro una consulta aplicable al quehacer diario para la comprensión del acto asistencial y optimización de la calidad de las actividades sanitarias. ¿Qué aporta al profesional de enfermería?:

- Nos aproxima a evaluar las actividades vitales a partir de la historia clínica de Atención Primaria. Se dan prioridad a las técnicas imprescindibles para la apertura de la historia clínica.
- Habilidades para la educación sanitaria individual: cómo emitir correctamente mensajes informativos.
- Técnicas de comunicación para lograr eficaz colaboración del paciente en el proceso terapéutico al conseguir aproximación al conocimiento de las preferencias del paciente.
- Se enmarca en el contexto teórico del Proceso de Atención de Enfermería.

A.C.W.



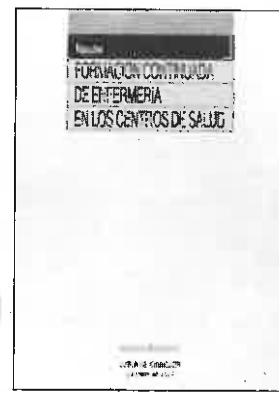
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA.

Por Gonzalo Piédrola Gil y Colaboradores. 1990. 1160 págs. Ed. Salvat.

Esta obra resume la labor de estudio, experiencia, vivencia y vocación de un grupo de profesores universitarios, relacionados de distintas formas con la Medicina Preventiva y la Salud Pública, sobre materias y problemas sanitarios que han preocupado, preocupan y continuarán preocupando a los estados y comunidades a fin de lograr, conservar, promocionar y mejorar la salud de sus habitantes.

Considerado libro de texto básico en salud pública, recoge entre sus páginas temas y materias de ayuda, consulta y guía a estudiantes y profesionales de la salud. Su variada temática abarca desde el concepto de salud a su planificación pasando por los aspectos epidemiológicos, medio ambientales, patológicos y educativos de la salud.

R.B.A.



FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA EN LOS CENTROS DE SALUD.

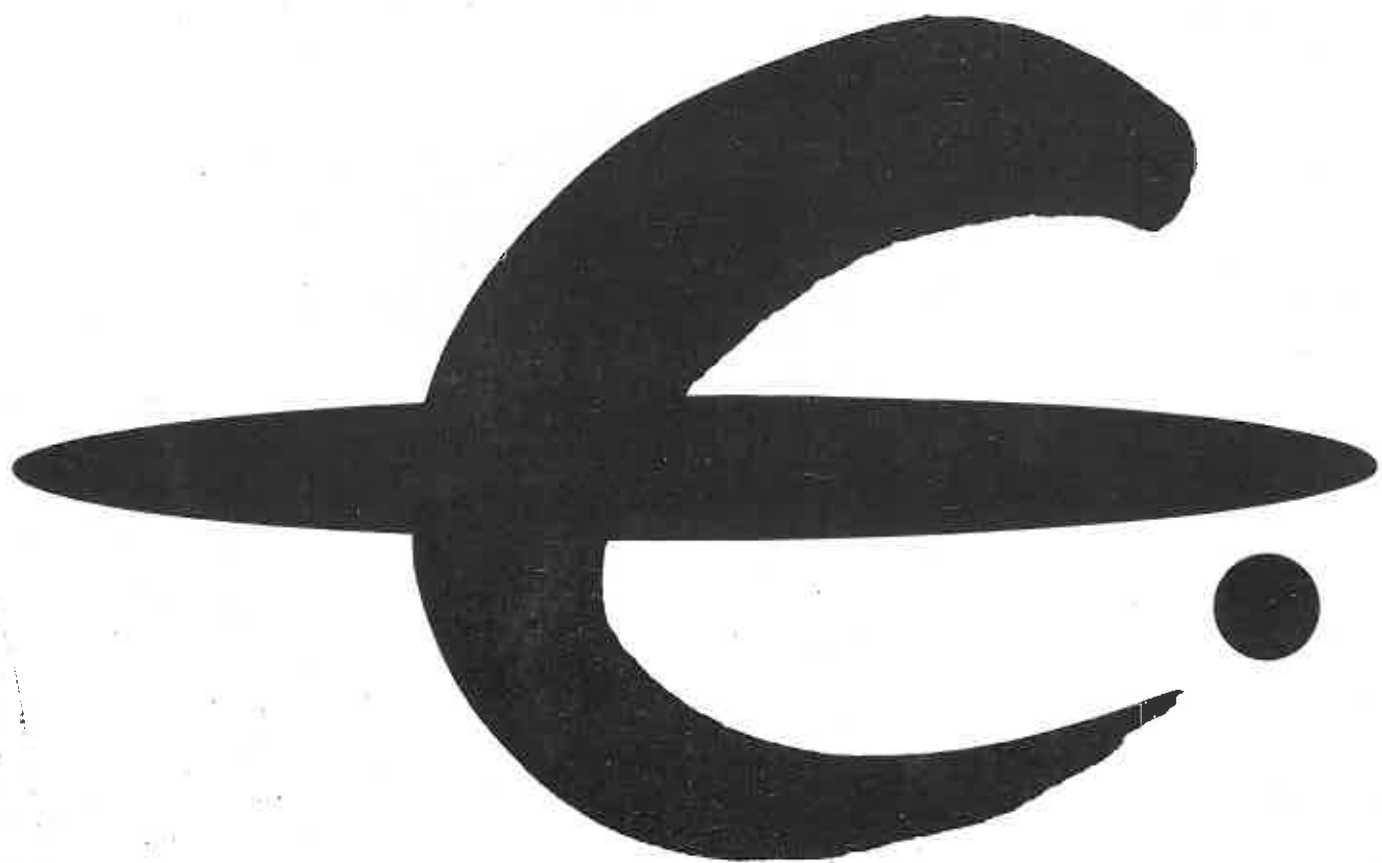
Por María de la O JIMENEZ OTERO y María del Carmen GUTIERREZ ZARENA. 1987. 62 páginas. Ed. Consejería de Salud/JUNTA de ANDALUCIA.

Los profesionales de enfermería conforman el colectivo sanitario que en mayor medida ha experimentado transformaciones en sus tareas, a causa de la puesta en marcha de los Centros de Salud. El análisis comparativo de las antiguas y de las nuevas modalidades de trabajo, ha exigido la elaboración de esta obra para la formación específica de la enfermería, con objeto de que cada Centro de Salud pueda detectar sus necesidades educativas y pueda establecer, bien de forma autónoma o en coordinación de otros el programa de Formación Continuada.

Este manual describe los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el nuevo papel del personal de enfermería comunitaria, facilitando su capacitación progresiva. No pretende por tanto su introducción de forma inmediata, sino que su aplicación y desarrollo debe servir de instrumento para el diseño de las actividades de formación a medio y largo plazo.

Sirva también su presencia en este rincón bibliotecario como homenaje y reconocimiento a sus autoras y a toda la enfermería andaluza en el esfuerzo común de una profesión más digna y una asistencia a la salud más solidaria.

R.B.A.



iberCaja

Ibercaja es la respuesta de la Caja de Ahorros de
Zaragoza, Aragón y Rioja al futuro.
Ibercaja es, por encima de todo, el compromiso de hacer
las cosas mejor cada día para ser
más útiles a cuantos viven y trabajan en nuestra tierra.

Paso a paso, al futuro.

iberCaja  Rioja