

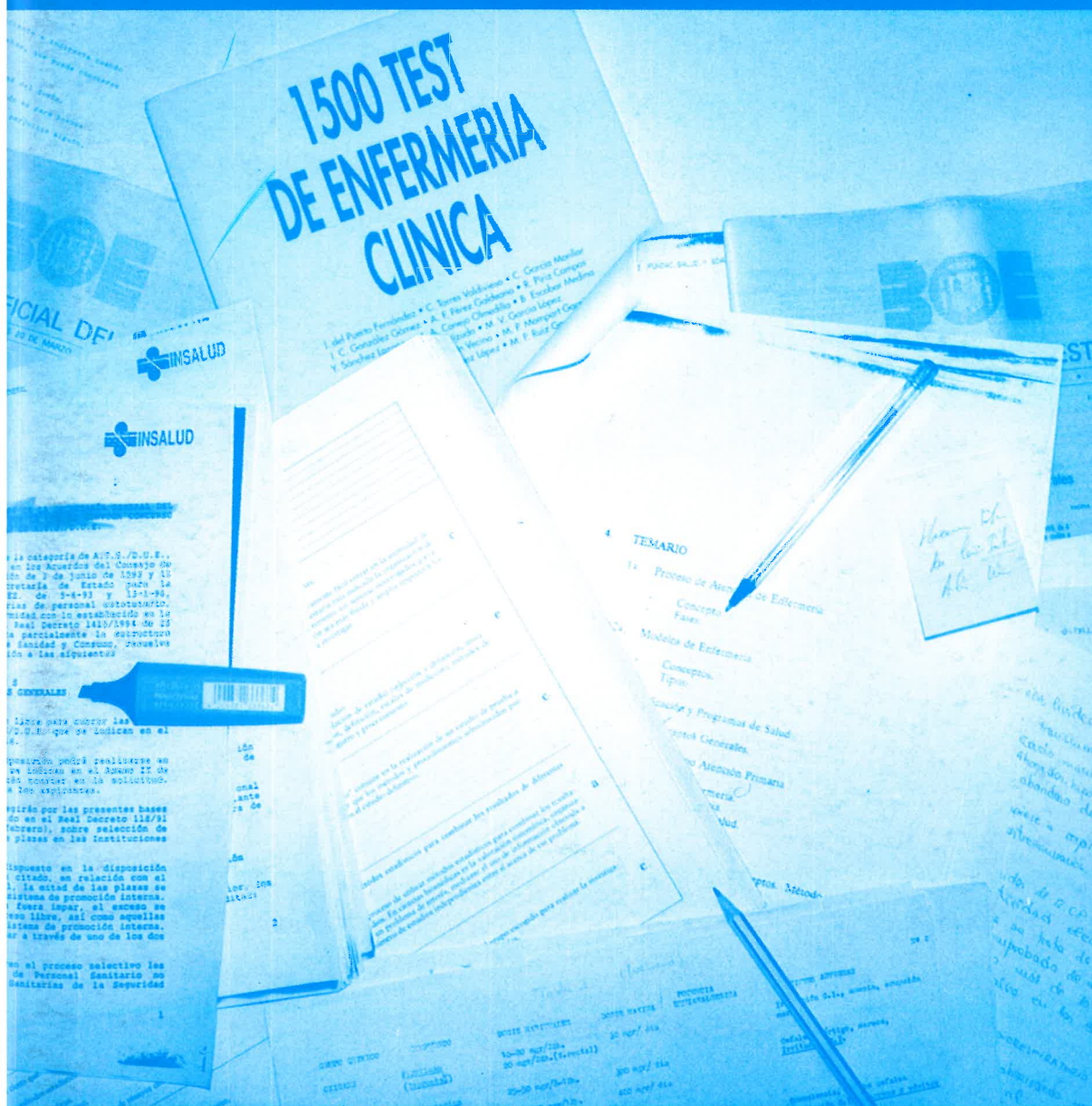
Crónicas

FRANQUEO CONCERTADO. AUTORIZACION n° 26/28 AÑO VII. N° 17. MAYO 1996

Tiempo de Oposiciones

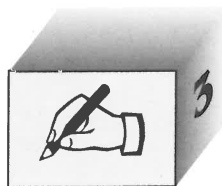
de

E
N
F
E
R
M
E
R
I
A

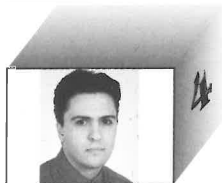


Soporte válido del Ministerio N.º SV 91017R

SUMARIO



Editorial
Posiciones frente a oposiciones



Nueva Dirección



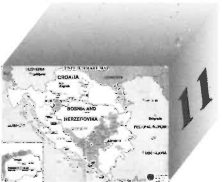
Noticias Colegiales
Nueva Junta de Gobierno



Crónica Científica
P.A.E. de un paciente sometido a ventilación mecánica en U.C.I.
Eva María Monterde Calonge
M^a Yolanda Viguera Argáiz



Noticias Colegiales
Becas 1995



Crónica Social
Crónica de un enfermero en Bosnia
Joaquín Fidalgo Pernia



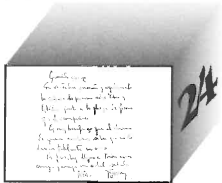
Noticias Colegiales
1^{er} Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión



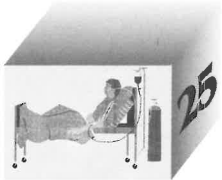
Noticias Colegiales
Comisión de Parados



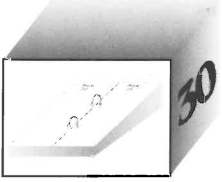
Crónica Científica
Enfermería = Profesión
Enfermería = Responsabilidad
Blanca Jodrá Esteban
Cristina Rillova Rodríguez



Noticias Colegiales
Ética y estética



Crónica Científica
Eutanasia
Anunciación Pérez Marín



Agenda



Biblioteca y Videoteca

CRONICAS DE ENFERMERIA

Dirección: Adolfo Gil Andrés.

Subdirección: Pilar Blanco Navarrete.

Coordinación: Sagrario García Ramos.

Consejo de Redacción y Consejo de Administración, Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja.

Fotocomposición e Impresión: Mogar Linotype, S.A.

Dep. Legal: LO-150-1984.

ISSN: 1136-2316.

Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja:

Gran Vía Rey D. Juan Carlos I, 67 -esc. B - 1^o dcha.

Tífo. 22 83 16 * Fax. 22 03 44 * 26005 LOGROÑO

Queda prohibida la reproducción total o parcial de cualquier artículo 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.



Posiciones frente a Oposiciones

Años de espera han dado paso a la convocatoria de oposiciones de Enfermería tanto para Atención Primaria como Especializada, pero (desgraciadamente siempre hay al menos uno), el número de plazas es tan sólo una muestra de lo "pendiente". Desde el año 1991 en que se dió por finalizado el concurso abierto y permanente, no se habían vuelto a conceder plazas en propiedad y, descubrimos que para esta nueva oportunidad el número convocado es sólo el correspondiente a un año, al menos así nos lo presentan al ligarlo con la oferta pública de empleo anual, lo que supone que siguen debiéndonos 4 años. Esta cuenta "de la vieja", simplista, sólo quiere poner de manifiesto una realidad encubierta por la Administración: El desorbitado número de profesionales enfermeros con contratos interinos o eventuales. ¿Quizá el 10 o el 50%? ¿No se conocen oficialmente o no interesa que se conozca?

Otro despropósito que parece acompañar a este movimiento. Previamente a cualquier convocatoria se organiza un concurso de traslados, como fórmula más razonable, dando la oportunidad de optar y quizá volver a su tierra a aquellos que tuvieron que emigrar en busca de un puesto de trabajo. ¿lo va a haber? ¿cuándo?, o quizá sólo seguirán alimentando las numerosas comisiones de servicios, siempre más injustas y además temporales. En esa misma línea, ¿para cuándo la posibilidad de traslados y entre la red del Insalud y los Servicios de Salud Regionales y viceversa?

Parece avalada con estas escasas referencias la complejidad laboral que acompaña al profesional de Enfermería y que supera ampliamente a la oferta de unas pocas (aunque bienvenidas) plazas de vez en vez, que nos callen y ocupen, coincidiendo casualmente con épocas preelectorales que las enriquece con un más profundo aroma de inestabilidad.

Si, como se presume, al cierre de estas páginas, en un futuro próximo contaremos con un nuevo Gobierno en la Nación, quizá sea el momento, con energías también renovadas, de exigir que anualmente se convoquen las plazas vacantes, así como esta acumulada deuda.

No obstante, para muchos será ésta la primera oportunidad de participar en una oposición, seguro inundados por el respeto al proceso pero, premiados por el estímulo de estar en juego una plaza fija. Otros, los más veteranos, tal vez estén deshojando si será "mi plaza", la que ocupó desde hace años, la que "saldrá". ¿Puedo competir con los recién salidos?, ¿tengo tiempo de prepararme? ¿merece la pena o lo tengo todo perdido? Alto al desaliento. Todos, los que vayamos a concurrir, deberemos de transfigurarnos y "tomar" el cuerpo y el espíritu del opositor, para unos desconocido, para otros quizá relajado después de tantos años de concurso abierto y permanente. No existen o al menos no conocemos fórmulas mágicas para "ganar" esta contienda, pero sí algunas herramientas para allanar el campo de batalla: el tesón y el esfuerzo personal. El resto, los temarios, los cursos son elementos secundarios. Desde el Colegio Profesional sólo podemos contribuir con éstos, con la disposición de abundante material bibliográfico al alcance de todos que facilite la elaboración de un temario personal y la provisión de aliento y ánimo a los que habéis decidido presentaros.



NUEVA DIRECCION

Estimados compañeros:

Quisiera aprovechar la edición n.º 17 de "Cronicas de Enfermería", para saludar a todos los colegiados como nuevo director de la misma.

Desde su presentación en 1990 han sido muchos los que han hecho posible que "Cronicas" llegara cada trimestre.

Se suma ahora la colaboración de quien pretende que esta, vuestra revista, sea el reflejo de nuestro colectivo y de sus inquietudes, y que como él, crezca cada día con más energías. Del

mismo modo, os animo a participar más activamente en la forja de sus páginas, ya sea con trabajos científicos, o con otras aportaciones que estiméis de interés; encontraréis para ello, sin duda, el incondicional apoyo del Colegio.

Está en vuestra mano, por tanto, hacer una revista de todos, y contribuir con ello a situar a la Enfermería y sus Crónicas en el lugar que merecen.

Os saluda atentamente.



ADOLFO GIL ANDRÉS
Director
Col. nº 2.073

NORMAS DE PUBLICACION

Crónicas de Enfermería estudiará para su publicación todos aquellos trabajos que estén relacionados con las ciencias de la salud y la enfermería, o que de alguna manera puedan interesar a este colectivo.

El derecho de publicación de los trabajos aceptados quedan como propiedad de la revista, por lo que no podrán ser reproducidos total o parcialmente sin permiso de la Dirección de la revista.

El Consejo de redacción comunicará la aceptación o rechazo de los originales, y propondrá la modificación de los mismos si así lo cree oportuno.

Los autores deberán identificarse ante el Consejo de redacción, sin ser necesario que su nombre figure en la publicación.

Toda la correspondencia deberá dirigirse a Consejo de redacción de Crónicas de Enfermería. Gran Vía Rey D. Juan Carlos I, 67 esc. B-1.º dcha. 26005 LOGROÑO.

La revista consta de las siguientes secciones:

- **Editorial:** Artículo de opinión sobre cuestiones de interés relacionadas con la profesión, tanto a nivel nacional como autonómico.

- **Entrevista con...:** Espacio donde una persona de cierta relevancia en nuestro colectivo, o relacionada con él expone sus opiniones sobre diferentes temas.

- **Cartas al director:** Comentarios, observaciones o críticas a artículos publicados en la revista o a otros temas; y experiencias que por sus características puedan ser reducidas a un breve texto. Su extensión máxima será de fos folios.

- **Crónica científica:** En esta sección tienen cabida originales, revisiones bibliográficas, casos clínicos, notas de enfermería, comunicaciones, etc. La extensión de los trabajos no deberá ser superior a ocho folios.

- **Biblioteca/Videoteca:** En este apartado se pretende informar sobre libros y cintas de vídeo disponibles en el Colegio de Enfermería.

- **Otras secciones:** Todas aquellas colaboraciones que sean enviadas a la revista, aunque no tengan cabida en las secciones anteriores, serán estudiadas por el Consejo de redacción y se publicarán si se consideran de interés.

PRESENTACION DE LOS TRABAJOS

Se enviarán a la revista acompañados de una carta en la que se solicite su publicación en alguna de las secciones de la revista.

El mecanografiado de los trabajos se hará en hojas DIN-A4 a doble espacio.

Las hojas estarán numeradas y cada parte del trabajo comenzará con una nueva página.

El texto de los originales: Se deberán respetar los apartados siguientes: Título, resumen, introducción, material y métodos, resultados, discusión y bibliografía.



Nueva Junta de Gobierno

Como resultado de las elecciones colegiales del pasado día 7 febrero 1996, queda estructurada la nueva junta de Gobierno como sigue:



Presidente
Pedro J.
Vidal Hernández
Colegiado nº: 361



Vicepresidenta
Yolanda
Jalle Andrés
Colegiado nº: 440



Secretario
Javier
Soldevilla Agreda
Colegiado nº: 1.162



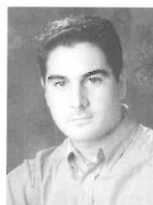
Tesorero
Juan Manuel
Rodríguez Cazorla
Colegiado nº: 1.306



Vocal I
Pilar Blanco
Navarrete
Colegiado nº: 1.648



Vocal II
María Dolores
Serván León
Colegiado nº: 1.674



Vocal III
José Antonio
León Mangado
Colegiado nº: 1.904



Vocal IV y Matrona
Pilar
Munilla Atienza
Colegiado nº: 685



Vocal V
Belén
Marín Palacios
Colegiado nº: 1.471

PERSONAL ADMINISTRATIVO



Sagrario
García Ramos



Isabel
Fernández Hueto



P.A.E. de un paciente sometido a ventilación mecánica en U.C.I.

Curso de Cuidados Intensivos

Eva María Monterde Calonge

Colegiada N.º: 2.082

M^a Yolanda Viguera Argáiz

Colegiada N.º: 2.160

La ventilación mecánica es un medio terapéutico al que se recurre cuando el intercambio gaseoso de un paciente es insuficiente para cubrir las necesidades mínimas de O₂ y eliminación de CO₂, lo que comporta un riesgo vital inminente.

1. Diagnóstico de Enfermería

Alteración crítica de la función respiratoria.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la función respiratoria.

a) *Objetivo específico:*

Prevención de la obstrucción de la vía aérea.

■ *Actividades:*

- Humidificación del aire inspirado:
 - mediante la utilización de un humidificador de cascada o una nariz artificial.
- Aspiración de secreciones:
 - antes de aspirar ventilar al paciente con una FiO₂ al 100% durante 1 ó 2 minutos.
 - controlar el ritmo cardíaco durante la aspira-

ción pues una hipoxia puede provocar alteraciones del ritmo.

- realizarla en las mayores condiciones de asepsia.
- emplear la mínima presión de succión efectiva.
- duración máxima de 15 segundos.
- emplear conexiones en T para evitar desconectar totalmente al paciente del respirador.
- introducir la sonda con la mayor delicadeza posible y sin aspirar.
- sacar la sonda aspirando de forma intermitente.
- nunca reintroduciremos la misma sonda.

Una vez terminada la aspiración:

- reducir la FiO₂ al valor anterior.
- registrar la respuesta del enfermo y características del material aspirado.



- Comprobar la eficacia de la aspiración.

- Lavado bronquial en caso de secreciones espesas, purulentas o hemáticas.

- Vigilar posibles deficiencias técnicas:

- fijar el tubo adecuadamente.

- mantener una adecuada presión de inflado del balón.

- vigilar que el paciente no muerda el tubo endotraqueal poniéndole un mordedor entre los dientes.

- mantener las tubuladuras sin acodamientos y ordenarlas si fuera preciso.

b) Objetivo específico:

Prevenir la infección broncopulmonar.

■ Actividades:

- controlar la temperatura corporal periódicamente.
- cambiar el equipo respirador-paciente-humidificador según protocolo establecido.
- extremar las medidas de asepsia en todas las manipulaciones.
- toma de muestras y estudio bacteriológico ante la aparición de algún signo indicativo de sobreinfección broncopulmonar.

2. Diagnóstico de Enfermería

Posibles complicaciones propias de la ventilación mecánica y a las derivadas de su patología de base.

OBJETIVO GENERAL

Comprobar la eficacia de la ventilación mecánica y



detectar a tiempo posibles complicaciones.

■ Actividades:

- Comprobar la eficacia de la insuflación.
- Comprobar la adaptación del paciente al respirador.
- Comprobar el correcto hinchado del balón.
- Control de los gases arteriales para poder corregir los parámetros ventilatorios

del respirador por orden médica si fuera preciso.

- Control de los parámetros ventilatorios cada hora:

- asegurarnos de que el volumen minuto y FiO₂ establecidos por el facultativo son los correctos.

- controlar la presión en vías.

- controlar la frecuencia respiratoria del paciente.

- Valoración del estado clínico estableciendo un control de: - presión arterial - pulso - PVC - diuresis - aspecto de la piel (color, Ta, humedad y turgencia) - estado de consciencia - balance hídrico cada 24 horas.

- Mantenimiento de las vías de entrada y salida:

- manipulación aséptica.

- control de su permeabilidad.

- detención precoz de cualquier signo que indique complicación o infección.

- En cuanto a la vigilancia del respirador:

- conectar las alarmas para que se disparen en el momento preciso.

- conocer su significado y forma de actuar cuando se disparan.



- sacudir las tubuladuras del respirador cuando sea necesario.
- vaciar el condensador cuando esté lleno.

3. Diagnóstico de Enfermería

Incapacidad para satisfacer sus necesidades básicas. Objetivo General Cubrir las necesidades básicas.

a) Objetivo específico:

Prevenir la alteración de piel y mucosas.

■ Actividades:

- Baño diario.
- Cambio de las ropas de la cama.
- Peinado.
- Afeitado.
- Cambio de las ropas del enfermo.
- Higiene bucal para impedir la infección y la desecación de la mucosa mediante:
 - frecuencia de 4 a 6 veces al día.
 - aspiración cuidadosa de la boca.
 - limpieza de dientes, lengua y encías con una solución antiséptica.
 - irrigación bucal.
- Cuidados para evitar la formación de úlceras labiales:
 - aplicación de vaselina.

- colocar el tubo endotraqueal en posición central, lejos de las comisuras labiales protegido con espuma adhesiva.

• Cuidado de los ojos en pacientes sedados o en coma:

- mantener los ojos cerrados para conservar la humedad de la cornea.
- limpiar de secrecciones los ojos.
- instilar lagrimas artificiales si precisa.
- frecuencia de los cuidados cada 6 u 8 horas.

b) Objetivo específico:

Prevenir las posibles alteraciones de la movilidad.

■ Actividades:

- Colocar el cuerpo bien alineado y los miembros en posición funcional durante el reposo y mientras el paciente esté inconsciente.
- movilizar todo aquello que pueda ser movilizado.
- realizar ejercicios pasivos (flexión, extensión y elevación de las articulaciones).
- Realizar cambios posturales frecuentes cada 3 ó 4 horas.
- Masajes en las zonas expuestas para favorecer el riego sanguíneo.

c) Objetivo específico:

Prevenir las posibles alteraciones de la nutrición.

■ Actividades:

- Aportar al organismo la energía necesaria para mantener sus funciones, y el intenso catabolismo al que está sometido debido a su situación de estrés.
- Colocación de sonda nasogástrica para proteger la mucosa gástrica local y controlar un posible sangrado.
- Utilización de nutrición enteral o parenteral según prescripción médica.

d) Objetivo específico:

Prevenir las posibles alteraciones de la eliminación.

■ Actividades:

- colocación de sonda vesical.
- Extremando las medidas asépticas.
- Controlar la diuresis horaria.
- Controlar la eliminación intestinal diariamente.

e) Objetivo específico:

Prevenir las posibles alteraciones del reposo-sueño.

■ Actividades:

- Procurar que el enfermo duerma de 4 a 6 horas ininterrumpidamente.
- Evitar la luz directa.
- Evitar los ruidos innecesarios.



- Aspiración de secreciones antes del reposo nocturno.
- Contribuir al bienestar físico y psíquico con medidas como: higiene, apoyo psicológico, temperatura corporal agradable,...
- Mantener la comodidad del paciente en la medida de lo posible.

4. Diagnóstico de Enfermería

Ansiedad importante.

OBJETIVO GENERAL

Suprimir o reducir la ansiedad.

■ Actividades:

- Facilitar la comunicación:
 - proporcionar medios de escritura.
 - formularle preguntas cerradas sobre lo que siente, teme, desea,...
- Permitir la entrada de los visitantes, siempre valorando la situación del paciente.
- Tratar al paciente con amabilidad empleando comunicación verbal y no verbal.
- Explicarle tanto los aparatos a los que está conectado como todo lo que se le va a realizar.
- Orientarlo en el medio en el que se encuentra.
- Indicarle que no articule palabras con los labios mientras porte un tubo endotraqueal para evitar un edema de las cuerdas vocales.
- Realizar técnicas de relajación.
- Evitar estímulos estresantes.
- Mantener la comodidad del paciente.
- Administrar medicación si precisa (por orden médica).



BECAS 1995

El pasado día 9 de enero fueron adjudicadas en la Sede Colegial las becas de formación continuada, edición 1995.

Hicieron entrega de las mismas, D. Pedro J. Vidal Hernández, presidente del Colegio y D.ª Yolanda Jalle Andrés, vicepresidenta. Así como D. José Alberto García Aguayo, jefe comercial zona norte de IBERCAJA.



LISTA BECARIOS

Beca Tipo A:

Blanca Jodra Esteban

Beca Tipo B:

Enrique Ramalle Gómara
Blanca Jodra Esteban
Estrella Asenjo Gorricho
Ana Carmen Guillén Sota

Beca Tipo C:

Rafael Bermejo Ascorbe
Flora Montoya Madariaga
M.ª Isabel Viguera Martínez
María Barrio Díez
Elena Estecha Fernández
Inmaculada Mtnéz. Laborería
M.ª del Mar Cerezo García
Raquel López Hernández

Becas Ibercaja:

Belén Marín Palacios
Isabel Viguera Martínez
Blanca Jodra Estéban
Flora Montoya Madariaga
Inmaculada Mtnéz. Laborería
M.ª del Mar Cerezo García
Luis A. Pevidal Rodríguez

Accesit Especial:

Rosa M.ª Gil Argaiz

AVISOS



TITULO DE EXPERTO UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA DE URGENCIAS



Se comunica a todos los colegiados interesados en el mismo, que sigue abierto el plazo de inscripción hasta el día 9 de agosto de 1996.

CURSO DE EDUCACION SEXUAL

En la página n.º 3 del programa de formación continuada, para los cursos del segundo semestre, fue censurado por causas ajenas a nuestra voluntad, el título del primer curso.

Esperemos que de aquí en adelante los duendes informáticos no vuelvan a traicionarnos de tal forma.

Curso de Educación Sexual

Carga lectiva: 40 horas

Número de plazas: 45

Fechas de celebración: 14, 15, 16, 17 y 18 de octubre



Joaquín Fidalgo Pernia
Colegiada N.º: 1.962

Hola amigos, soy un compañero vuestro de La Rioja que ha pasado los últimos meses, noviembre, diciembre, enero y febrero, trabajando como diplomado de enfermería en esta parte de Europa que llevaba en guerra civil cuatro años y que en estos momentos disfruta de una reciente y frágil paz. Fuimos allí para cuidar del contingente militar español de las Naciones Unidas de interposición entre los bandos beligerantes y que en estos días trabajan en la misión IFOR para el mantenimiento de la paz por el acuerdo de Dayton.

Me gustaría relataros brevemente mi experiencia en esta misión de paz en un

país que vive esta cruel guerra civil.

Tuvo su inicio allá por el mes de octubre cuando nos reunimos en el hospital militar Vigil de Quiñones de Sevilla para formar el EMAT A/B-6 (Equipo Médico Avanzado de Ayuda a Bosnia nº 6), allí nos conocimos por primera vez los veintidós integrantes de esta formación sanitaria. En esta ciudad nos dieron un "baño" durante una semana de la misión que íbamos a realizar durante los próximos tres meses y medio, en el que se incluía por ejemplo: la historia del conflicto en la ex-yugoslavia, el papel de la ONU en las operaciones de mantenimiento de la paz, conocer las posibilidades sanitarias en la zo-

na del conflicto, aprender las características y composición del EMAT A/B-6, actualizar los protocolos de emergencia de la NATO, ver un Puesto Quirúrgico Avanzado similar al desplegado en Bosnia y realizar prácticas de aeroevacuaciones sanitarias "in situ" con material igual al empleado en la zona.

Pasado este periodo nos trasladamos a Madrid donde nos suministraron el equipo personal necesario para pasar la temporada invernal en la zona de operaciones. El día 9 de noviembre a las seis de la mañana estábamos embarcados en un Aviocar C-235 en el aeropuerto de Getafe con destino al aeropuerto civil de Split (Croacia) en la costa



del mar Adriático. El viaje, cuya duración es de cuatro horas y media en estos aviones militares, no tiene nada que ver con los de línea aérea civil que conocemos.

El paisaje de la costa Dálmata vista desde el avión era de lo mas agradable que uno se pueda imaginar, tanto que nadie podía decir que estábamos en un país en guerra. Lo primero que hicimos al llegar fue ir a la base internacional conjunta de Divulje donde el contingente español tenía un destacamento logístico de retaguardia muy próximo al aeropuerto de Split que es el nexo de unión con el territorio nacional. El objeto de la visita era proveernos de la documentación que nos acreditaba como miembros de la ONU en la zona, proporcionarnos el transporte hasta nuestro destino final en Dracevo (Bosnia) y de paso comer



Instalaciones de EMAT A/B-6 en Dracevo

ya que eran las dos de la tarde y nuestro estomago, que había madrugado, se nos revelaba.

Llegamos a las ocho de la tarde-noche después de tres horas de curvas para bordear la costa y adentrarnos hacia el interior del país. Allí, en Dracevo, nos esperaban los miembros del A/B-5 que nosotros íbamos a relevar, todos tenían

una sonrisa que les llegaba de oreja a oreja. Lo primero que hicimos, después de descargar las mochilas del autobús, fue asistir a un pincho-cena para celebrar que estábamos allí ("por fin han llegado", se decían los miembros de este equipo), nos dijeron que era costumbre hacer ese acto a la llegada de los nuevos.

A la mañana siguiente después de un buen desayuno en el comedor del destacamento a las 7.30 h de la mañana, nuestros compañeros comenzaron a enseñarnos el EMAT. Nos distribuimos de la siguiente manera: tres enfermeros en el modulo quirúrgico, que lo componía el quirófano, la UCI, la sala de ingresados (diez camas ampliables hasta veinte), laboratorio, esterilización, rayos X y la farmacia; en este modulo estaban los médicos especialistas (intensivista, ciruja-



Slavco: junto a miembros del destacamento español



no, anestesiista-reanimación y traumatólogo). Los otros dos enfermeros, éramos cinco en total, formaban los dos equipos de estabilización con dos médicos, trabajaban desde dos BMR-ambulancia (blindados medios sobre ruedas) dotadas de los elementos necesarios para realizar una RCP avanzada, estabilización del herido y poder trasladar a cualquier posible accidentado de la zona de influencia española hasta el EMAT en Dracevo.

“Cada oveja con su pareja”. Los tres primeros días nos pegamos literalmente al compañero que debíamos a sustituir para que nos indicara cual seria nuestro trabajo y funciones durante los siguientes meses, esto ocurría desde los encargados del mantenimiento de los grupos electrógenos y oficinista hasta el ultimo de los médicos especialistas. El que suscribe se encargaría del quirófano (instrumentista), la esterilización y la farmacia pero también debíamos saber como funcionaba el aparato de RX con su reveladora, los respiradores, monitores y desfibriladores de la UCI y los analizadores de parámetros bioquímicos y de gases. Como veréis al equipo de enfermería siempre le toca bailar con la mas fea pues imaginaros la cantidad de material que puede existir en una unidad sanitaria como la que os estoy descri-



Pasarela construida sobre el antiguo puente de Stari-Most

biendo. Nuestros colegas también nos enseñaban cual era el mejor turno para comer, que repostero se “enrollaba” más, que ducha funcionaba siempre y que w.c debíamos utilizar. Nos presentaban a sus “amigos” de la cocina, de la S.E.A (servicio económico y administrativo), al soldado encargado de la videoteca, teléfono, paquetería y cartas, etc., etc. No sólo íbamos a trabajar sino que deberíamos vivir allí. Por las noches después del café nos relataban las anécdotas que les habían sucedido y nos hablaban de la jerga que deberíamos aprender a hablar con los bosnio-croatas y bosnio-musulmanes. Palabras como: “boli”, “dobrollutro”, “doberdan”, “cacosten”, “sutra”, “kuna” y “dobro” (que era el apelativo por el cual los soldados españoles se referían a los bosnios pues de cada cin-

co palabras que pronunciaban una era “dobro” (por cierto significa: bueno).

Nos presentaron a Slavco que era la persona que mejor conocía el destacamento español de Dracevo, tenía salvoconducto para cualquier lugar y hora del día y también era la mas querida por todos. Slavco es un niño de nueve años bosnio-croata que vivía muy cerca del campamento y pasaba la mayor parte del día en el, eso si, sin descuidar sus labores en la escuela, recogida de ropa sucia para que su madre la lavara a cambio de diez marcos y “recolectar” todo aquello que le fuera útil para su familia. Hablaba el español con una fluidez que hacia envidiar al mejor de los interpretes que trabajaban para la agrupación y aunque alguna palabra no supiera pronunciar si que era



capaz de entender todo lo que le decíamos, así como de aprender cualquier otra expresión que le enseñaras de un día para otro.

Pasados estos días el A/B-5 se despidió de nosotros y puso rumbo hacia sus familias que les esperaban en España después de tres meses y medio. A partir de este momento no habría nadie que nos respondiera nuestras dudas de donde estaba la pinza fulanita o el medicamento menganito por lo cual empezó una carrera desenfundada que duró una semana para sacar todo el material del cual disponíamos, conocer su funcionamiento, reposición y cual era el que iban a utilizar cada medico especialista en particular.

Fue el segundo fin de semana de estancia allí cuando averigüé realmente donde me encontraba. Aproveché el viaje que se hacía a Mostar con el equipo de estabilización en su BMR para acompañarles en el relevo semanal para ver esta ciudad de la que tanto me habían hablado mis compañeros. La distancia hasta Mostar es de unos 50 Km por la carretera M-17 que es la vía de comunicación mas importante con Sarajevo, que ha sido línea de confrontación, discurre bordeando el río Neretva cuyas aguas son de un verde inimaginable. Durante este trayecto observe como era el aspecto de una

casa después de ser bombardeada con un mortero y acribillada a balazos, como es un jardín abandonado en el que solo crece la mala hierba, como el oxido corroe a los coches incendiados y cual es el aspecto de una aldea que ha sufrido el paso de una contienda. Eran dos paisajes realmente opuestos: por un lado el río verde que discurre entre sus montañas formando un estrecho y fértil valle, y por el otro las casas destruidas y abandonadas (pues se supone que eran de los serbios que habitaban en la zona y habían sido expulsados).

Después de este trayecto llegamos a Mostar que esta en la parte mas amplia de este valle rodeado por montañas, semanas mas tarde se nevarían y no abandonarían el aspecto blanco en toda la misión. La carretera esta cortada en varios puntos por controles bosnio-cro-

atas y bosnio-musulmanes, en todos ellos acompañados por tropas de la ONU españolas. Nos adentramos en la ciudad por la zona del "bulevar", que es el barrio del río que parte la ciudad en dos, también es la parte deshabitada, la línea de combate entre las dos ciudades, la este y la oeste, es un gran queso de gruyere formado por las fachadas de las casas quemadas y agujereadas por la fusilería de los dos bandos, es la zona al alcance de las granadas y de los morteros son los restos de muchas batallas en esta guerra. Por lo menos las casas conservaban sus fachadas por que los puentes no tenían ni pilares ni ojos, únicamente existía una vía de comunicación que era un puente de hierro fabricado por los ingleses e instalado por los zapadores españoles, mas adelante utilice la pasarela que tanto vemos en los telediarios y que solo



Mostar



Ambulancia blindada

permite el paso de personas, construida por nuestro país sobre el antiguo puente, "Stari-Most", que en estos momentos estaba destruido y era el símbolo de esta ciudad, en tiempos turística por su barrio antiguo habitado por orfebres del cobre.

En nuestro recorrido por la zona musulmana para llegar al destacamento español de Mostar Este (existe otro en la zona oeste croata), vi la pobreza de la guerra, observe que era la zona mas castigada. Había mucha gente en la calle, tanto niños como adultos lo cual indicaba que no había trabajo ni escuela, había muchas casas destruidas y todo tenía un aspecto oscuro, las cúpulas de las mezquitas estaban voladas y los cementerios se podían observar con demasiada facilidad debido al gran numero de tumbas y flores que los poblaban.

Una vez en el destacamento, hicimos el relevo de personal y material y nos dirigimos hacia el hospital de Velmos en la zona musulmana para llevarles la sangre que nos "sobraba" en nuestro EMAT y que regularmente nos llegaba en avión desde el hospital Gómez Ulla de Madrid. Esta ubicado en el sótano del antiguo mercado de abastos y formado por contenedores que habían sido donados por Surafrica, en estos se encontraban los quirófanos, las UCIs, laboratorios, salas de Rx, zonas de hospitalización, etc. En estos momentos el trabajo no era mayor que en cualquiera de nuestros hospitales de España aunque en tiempos de confrontación bélica contaban como los pacientes se amontonaban en su interior esperando a ser intervenidos por causa de un disparo, me-

tralla o destrozos de una mina. En el conocimos a un grupo de españoles que formaban parte de la C.E.A (cirujanos y enfermeras en acción) que es una organización no gubernamental que mandaba profesionales desinteresadamente a este hospital en tiempos de mucho trabajo.

La primera urgencia que tuvimos provino de la división francesa a la cual apoyábamos sanitariamente. Fue a media semana cuando apareció una ambulancia blindada francesa con los prioritarios encendidos que nos trajo a un suboficial de unos cuarenta años doblado como una bisagra y gritando de dolor. Lo trasladamos a la UVI rápidamente por la alarma causada y después de una dificultosa exploración averiguamos que era una hernia estrangulada. El equipo de enfermería se pone en acción para preparar una posible intervención (se le coge una vía periférica, toma de constantes, analítica general, Rx, ECG, preparación del quirófano, etc.). Primero el cirujano probaría a reducirla bajo una sedación lo cual es todo un éxito y no tenemos que utilizar el quirófano. El subteniente francés se despierta con una cara de felicidad de oreja a oreja dándonos las gracias a todos y no jurando y perjurando en su idioma como lo había hecho momentos antes.



1^{er} Simposio Nacional sobre Úlceras Por Presión



Palacio de Congresos y Exposiciones de La Rioja

Alrededor de setecientos profesionales sanitarios mayoritariamente enfermeras, se han reunido en Logroño los pasados días 1 al 3 de febrero en torno al que ha sido PRIMER SIMPOSIO NACIONAL SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN. Organizado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y el Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja, se ha construido un foro específico alcanzando, entendemos, unas elevadas cotas tanto en el terreno científico como en el de la convivencia.

Durante tres jornadas intensivas se han trabajado temas tan relevantes como la

Investigación, La Educación Sanitaria, la Calidad asistencial, la Infección o la Nutrición en su relación con las Úlceras por Presión. Sesiones construidas a través de conferencias, mesas redondas y talleres de trabajo, en algunos de los

cuales, representantes de distintas empresas del sector tuvieron la oportunidad de presentar sus últimas novedades y esencialmente departir con los congresistas sobre sus líneas y productos de curación y/o prevención.

Sala de ponencias





*Aula de
Talleres*



*Acto de
clausura*

Del mismo modo es obligado resaltar la aceptación por parte del Comité Científico y la posterior presentación y lectura de más de setenta comunicaciones científicas, lo que nos puede dar una idea de la multiplicidad de sesiones y aulas que se habilitaron al tiempo que de la progresión e interés que este tema ha suscitado.

En nombre del comité organizador quisiera agradecer la participación y el esfuerzo desarrollado por parte de las empresas que han contribuido activamente en este evento, Concavatec, S.A. Smith & Nephew, 3-M España, S.A., Coloplast, S.A., Johnson & Johnson, Lab. Unitex-Hartmann, Lunax-Boot, B. Braun Medical, S.A., Laboratorios Knoll, S.A., Lorca-Marín, Biesdorf, S.A., Laboratorios Inibsa, S.A., Hernández-Curro, S.L., Lab. Bama-Geve, S.A., Talexco, Nutricia, Arjo Spain, S.A., y Ediciones Rol, así como distintas autoridades, instituciones y empresas de la región.

Las conclusiones finales de este encuentro pudieran extractarse en:

- Destacar la importancia que tiene el control de las úlceras por presión como medidor de calidad asistencial del trabajo enfermero.
- Manifestar la necesidad de desarrollar programas de formación específicos tanto para cuidadores profesionales como para los informales.
- Resaltar la necesidad de desarrollar programas de formación específicos tanto para cuidadores profesionales como para los informales.
- Resaltar la necesidad de profundización en los campos del saber científico para legitimar la profesionalización de los cuidados y la unificación de criterios de actuación en las UPP.
- Clarificar los agentes específicos que generan las UPP con el objetivo de identificar con prontitud los factores de riesgo y su control.
- Establecer una adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales relacionados.

La sensación percibida es la de satisfacción, tanto por las sesiones científicas, como por el trato dispensado y la combinación de otros elementos, lúdicos-teatrales, culinarios y organizativos que contribuyen a dejar huella.

Mil novecientos noventa y seis y Logroño han marcado un punto de referencia y de partida.

El relevo está listo. Se abre una nueva edición para el próximo año que permita continuar este proceso de discusión, de unidad y de universalización acerca de estas lesiones. La cita es en Barcelona en el mes de mayo de 1997.



COMISION DE PARADOS

Recientemente nos hemos decidido a impulsar de nuevo la Comisión de parados desde el Colegio, ya que en los tiempos que corren creemos necesaria su existencia. Dos son los motivos fundamentales que nos han llevado a ello: primero, asociar de alguna manera al colectivo afectado por el problema del paro en nuestra profesión dentro del ámbito de esta Comunidad y, segundo, tener un punto de apoyo para poder llevar a cabo los proyectos que desde esta comisión surjan.

El día 12 de febrero tuvo lugar el acto formal de presentación y la acogida fue buena en principio. A partir de ese día nos pusimos manos a la obra y la comisión ya está en marcha.

Animamos a todos los compañeros interesados a que se inscriban en la lista de la comisión de parados existente en el Colegio, ya que así será más fácil haceros llegar la información que nuestra actividad genere.



Presentación de la Comisión de Parados en la Sede de Ibercaja.

CONCURSO DE IDEAS

Debido al aparente malestar y a las críticas, no muchas por cierto, recibidas en relación con el sistema de adjudicación de los cursos del programa de formación continuada que desde aquí, nuestro colegio, se lleva a cabo; nos hemos decidido a que tengais la oportunidad de dar rienda suelta a vuestra imaginación mediante un concurso de ideas.

Ya que al fin y al cabo los únicos beneficiarios de estos cursos somos todos nosotros y dado que este Colegio está siempre abierto a la participación activa de sus integrantes, nos parece la mejor alternativa para lograr una solución que pueda llegar a satisfacer a la mayoría.

Todos los interesados/as podéis depositar vuestras ideas mediante escrito presentado en la Sede Colegial antes del 30 de Agosto de 1996.

Esperando que la fórmula sea acogida con el máximo interés y la seriedad que el motivo requiere y en la completa seguridad de que la participación será mayoritaria, dejamos las puertas abiertas a cuantas sugerencias queráis presentar.

José Antonio León Mangado
Vocal III - Docente



ENFERMERIA = PROFESION

ENFERMERIA = RESPONSABILIDAD

Agradecemos el apoyo y la colaboración prestados por el Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de La Rioja.

Blanca Jodrá Esteban

Colegiada N.º: 1.579

Cristina Rilova Rodríguez

Colegiada N.º: 2.070

**«La práctica
de enfermería
es una
combinación
de las ciencias
de la salud y
del arte de los
cuidados.»**

La profesión ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, debido a la influencia de los muchos avances científicos y técnicos, así como también influyen en su práctica muchos factores sociológicos.

Uno de los personajes más relevantes de nuestra profesión es Florence Nightingale, que durante el siglo XIX luchó por unas teorías que hoy son la base de nuestra profesión:

- Formación.
- Práctica.
- Higiene.
- Prevención.

conceptos que fueron ignorados en épocas posteriores y volvieron a resurgir con fuerza, siendo en la actualidad parte de nuestra profesión.

Toda la evolución de la enfermería nos lleva a la ac-

tualidad en la que no actuamos de forma intuitiva, ni somos únicamente el "auxilio y pañuelo del enfermo", sino que actuamos sobre bases científicas y utilizando técnicas y tecnologías avanzadas con áreas de conocimientos propios y llevando a cabo un trabajo en equipo con otros profesionales... esto nos lleva a la conclusión siguiente: "la enfermera tiene una total responsabilidad sobre las acciones que ejerce en la práctica de su profesión, debiendo asumir tal responsabilidad.

"El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado"... es lo que dice el artículo 1902 del Código Civil.

En base a este artículo hemos realizado un trabajo, que no pretende ser científico ni de investigación, pero



si de gran interés para todo profesional de enfermería. En él se dan una serie de pautas a seguir, no necesariamente estrictas ni limitadas, como método de apoyo para no dejar ningún cabo suelto en el desarrollo de nuestro trabajo diario, que puedan dar lugar a situaciones o riesgos no deseados.

También se explica de manera sencilla cuál es nuestro contrato de seguro de responsabilidad civil, así como las pautas a seguir una vez que nos encontremos ante una situación de demanda.

Nuestro objetivo primordial es hacer saber a nuestros compañeros cuáles son:

- Nuestros riesgos.
- Nuestras actuaciones para evitar demandas.
- Nuestro soporte colegial y jurídico para poder afrontar las posibles demandas.

Como objetivos derivados del anterior:

- Concienciar a los profesionales sanitarios de la gran responsabilidad que conlleva nuestro trabajo.
- Despertar el interés por este tipo de problemas legales, que pueden surgirnos diariamente y en cualquier ámbito de nuestra profesión.

- Motivar al profesional hacia la búsqueda de una mayor información.

Guía para un trabajo responsable

Cuando existe responsabilidad, ésta nos va a ser exigida por enfermos, familiares, empresarios,... con el fin de evitar negligencia, impericia,...

En la actualidad, cada vez existen más demandas a profesionales sanitarios (DUE, médicos,...) e instituciones sanitarias por errores cometidos, o creídos, en la práctica de su profesión.

Por eso, es necesario, que todo profesional sanitario, tenga claras unas pautas a la hora de ejercer su profesión.

A continuación se enumeran una serie de pautas que, de algún modo, sirvan para evitar errores y mala práctica en nuestras funciones diarias:

1. Conocer nuestras funciones (delegadas, independientes y de posible delegación).
2. Ante actuaciones delegadas, asegurarnos de la constancia escrita por parte del que las delega.

3. Ante funciones delegadas (a personal subalterno o familiares del enfermo), tener en cuenta que la responsabilidad que se deriva de ello es siempre nuestra y, ante cualquier error, dicha responsabilidad recae sobre nosotros.

4. Actuar con conocimientos suficientes sobre nuestro trabajo (técnicas,...), con el fin de poder explicarlo a pacientes y familiares de forma clara, para que disminuyan sus miedos y temores y aumente la confianza en nosotros y nuestra profesión.

5. Apoyarnos SIEMPRE en los registros de enfermería. Dejando en ellos constancia de nuestras técnicas, administración de medicamentos, comportamiento del médico, paciente y familia.

6. Estar en posesión de los conocimientos básicos que requiere la profesión. Conocer las técnicas y los aparatos especiales del servicio en el que se está trabajando y, si existen dudas, preguntar a la persona encargada del servicio.

7. Actuar con seguridad, pero sin prepotencia.

8. Evitar comentarios irrespetuosos sobre los pacientes ("es un pesado") utilizando palabras apropiadas ("está ansioso").



9. No inmiscuirnos en la contestación a preguntas que deban ser contestadas por otros profesionales, para evitar malas interpretaciones. No dar falsas esperanzas.
10. Cumplimiento riguroso del horario establecido; no abandonar el servicio sin asegurarnos del relevo por otro compañero. Cumplimiento de las normas de régimen interno de la institución.
11. Tener siempre en cuenta el SECRETO PROFESIONAL.

¿Conocemos nuestra póliza aseguradora?

Aún teniendo en cuenta todos los puntos anteriores, y muchos más que puedan surgir, recaen sobre nosotros demandas que nos

exigen responsabilidad por nuestras actuaciones.

Los daños causados suelen ser evaluables económicamente, ya que pueden ser convertidos en "pesetas compensatorias", por lo cual el causante deberá hacer frente a su responsabilidad civil, o lo que es lo mismo, a su obligación de indemnizar. Cuando un Tribunal condena a una persona por la comisión de un hecho ilícito le obliga al pago de una indemnización al perjudicado. Por ello, es importante, tener cubiertas este tipo de situaciones (asegurar la responsabilidad civil), debido a las magnitudes económicas que se pueden barajar y que hacen imposible la autofinanciación para responder a aquellos riesgos a los que se está profesionalmente expuesto; más aún cuando nuestra profesión está sujeta a una fuerte presión social y reivindicativa.

Es conveniente saber que al tiempo que nos colegiamos somos beneficiarios de una POLIZA ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD CIVIL. Cuyas características son:

- BENEFICIARIOS o ASEGURADOS: ATS con titulación académica de practicantes; ATS; DUE (con o sin especialidad); fisioterapeutas; matronas; podólogos.
- COBERTURA ECONOMICA: en caso de que se dictamine una indemnización económica, dicha póliza nos cubre hasta cien millones de pesetas.

En caso de existir alguna otra póliza aseguradora, bien a nivel particular o colectivo, la indemnización la cubre aquella cuya cuantía sea superior, aunque puede darse el supuesto de que el Tribunal dictamine que dicha indemnización sea cubierta por ambas compañías aseguradoras. Es decir, en ningún caso la existencia de más de un seguro de responsabilidad civil supone la adición de su cobertura. Ej.: ante la existencia de una póliza de cien millones de pesetas y otra de quinientos millones de pesetas, la persona asegurada está cubierta hasta quinientos millones de pesetas.



Riesgos cubiertos:

aquéllos derivados de:

- Daños materiales (menoscabo, deterioro o destrucción de una cosa, así como lesiones físicas ocasionadas a animales).
- Daños corporales (muerte, heridas, pérdida de uso de órganos o miembros, fracturas, secuelas, quemaduras o intoxicaciones y cualquier situación que altere el estado de salud).
- Perjuicios (pérdida económica consecuencia directa de los daños corporales garantizados, sufridos por el reclamante de dicha pérdida) causados a terceras personas como consecuencia de faltas, errores, omisiones o negligencias INVOLUNTARIAS, cometidas por él mismo, en el desarrollo propio de su profesión.

Condiciones para que exista cobertura:

Es imprescindible:

- Certificar la colegiación en el Colegio Profesional, así como que está al corriente del pago de las cuotas (ASEGURADO).
- Certificar que el Colegio Profesional (ASEGURADOR) también se encuentra al corriente del pago

de sus cuentas con el Consejo General de Diplomados de Enfermería de España (TOMADOR DEL SEGURO).

Riesgos excluidos:

Reclamaciones formuladas:

- Por el cónyuge, ascendientes, descendientes y hermanos del asegurado.
- Por los socios, encargados o dependientes del asegurado que trabaja de forma autónoma.
- Como consecuencia de una actividad prohibida legalmente y ejercida durante la práctica de la profesión declarada.
- Por daños causados por los vehículos que pueda usar el asegurado o sus asalariados en el ejercicio de su profesión.
- Por obligaciones contractuales del asegurado que sobrepasan la responsabilidad legal.
- Por reclamaciones derivadas del SIDA, su transmisión o agentes patógenos del mismo.
- Por daños corporales causados por campos electromagnéticos.

Salvo pacto expreso:

- Uso de aparatos de Rayos X para diagnóstico y tratamiento.

- Uso de otros aparatos médicos.
- Tratamiento con Radio u otras sustancias radiactivas.
- Responsabilidades o hechos ocurridos fuera de España.

Supuesto de Nulidad

El contrato del seguro será nulo si el riesgo o siniestro se produjera tras la conclusión de dicho contrato.

Pérdida del derecho a la indemnización

- Hechos intencionados, dolo o fraude.
- En caso de agravación del riesgo por actuación con mala fe.
- Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima.
- En caso de omisión de información sobre las consecuencias del siniestro, habiendo existido dolo o culpa grave.
- Si con intención de perjudicar, o engañar al asegurador, no se aminoran las consecuencias del siniestro.
- En caso de que se omita la comunicación de la existencia de otros segu-



ros con otras aseguradoras que cubran los mismos riesgos.

Que hacer en caso de demanda

Es conveniente, ante la sospecha de que nos puedan demandar, ponerse en contacto con el Colegio de Enfermería para que nos puedan informar convenientemente, a través de la Asesoría Jurídica.

Aunque la póliza, en el apartado III, expresa que: No existe la obligación de comunicar el daño, por el asegurado, hasta que dicho perjuicio o reclamación no haya sido notificado en cualquier forma.

Cuando se recibe una citación judicial por una demanda de responsabi-

dad civil, el asegurado comunicará al asegurador dicha demanda en un plazo máximo de 7 días.

El hecho será comunicado a la Asesoría Jurídica del Colegio de Enfermería, que pondrá a nuestra disposición un letrado para nuestra defensa; existiendo la posibilidad de la libre elección de otro letrado, en cuyo caso, el asegurador correrá con los gastos de dicha dirección jurídica, de acuerdo con las tarifas mínimas establecidas por el Colegio Profesional, sin que en ningún caso pueda exceder de quinientas mil pesetas.

Queda prohibido que el causante de los hechos realice acto alguno de reconocimiento de responsabilidad sin previa autorización del asegurador.

Información sobre:

- Existencia de otros seguros.
- Circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo.
- Circunstancias posteriores que puedan agravar el riesgo.
- Circunstancias generales del siniestro.

Emplear todas las medidas posibles para aminorar las consecuencias del siniestro.

Facilitar todos los poderes necesarios para la defensa judicial.

Transmitir cualquier comunicación y documentos judiciales y extrajudiciales relacionados con el siniestro.

BIBLIOGRAFIA

Ilustre Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Zaragoza. "Noticias de Enfermería". Pág. 13. Marzo-Abril, 1991.

KOZIER, B. Biblioteca Enfermería Provisional. "Enfermería Fundamental". Tomo I. Pág. 4. Ed. Interamericana-Mc. Graw-Hill. 2ª ed. Madrid, 1990.

MEDINA, L.J. "Cuestión y Problemas Legales en la Profesión de Enfermería" Universidad Complutense de Madrid. 1995.

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional. Contrato nº.941239114-7. Madrid A.G.E. 1995.



Ética y Estética

Este fue el título de la comunicación presentada por nuestra compañera Blanca M.^a Fernández Pérez, Col. n.^o 375, en los últimos ENCUENTROS DE ENFERMERIA RIOJANA, celebrados el pasado 27 de Octubre de 1995. Como consecuencia de dicha comunicación se recogieron firmas que avalaban un voto de "gracias" al Filósofo y Escritor D. Fernando Fernández Savater y otro de "castigo" a la serie de TV. "Médico de familia", que este Colegio Oficial hizo llegar a sus destinatarios.

La Dirección de Crónicas de Enfermería se congratula de poder publicar las respuestas habidas

a dicha gestión, e informar con ello a todos los colegiados, que nuestros desvelos profesionales al menos por esta vez, no ha caído en saco roto.

Por falta de espacio nos es imposible publicar el texto íntegro de "ETICA Y ESTETICA", los interesados en conocerlo lo tienen a su disposición en la Sede Colegial.

ETICA Y ESTETICA fue premio "Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja" edición 1995. Enhorabuena de nuevo a Blanca M.^a, y a ti y a todos los compañeros, nuestro apoyo y ánimo para seguir en "la lucha" por esta profesión.



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DEL CONSUMO



Se acusa recibo de su escrito de fecha 23 de Febrero pasado, referente a la comunicación Ética y Estética, de la que es autora D.^a Blanca Fernández Pérez, cuyo contenido, referente al uso habitual de estereotipos negativos relacionados con el ejercicio profesional del colectivo femenino de enfermeras, la Junta de Gobierno del Colegio asume como propios, agradeciendo las sugerencias y planteamientos en él contemplados.

Asimismo se informa que se da traslado del mismo al Instituto de la Mujer, por estimar que las cuestiones planteadas tienen incidencia en el ámbito de los objetivos de ese Instituto.

Madrid, 14 de marzo de 1996

El Subdirector General de ordenación del Consumo.

Oscar López Santos

Querido amigo:
Con verdadera emoción y agradecimiento
he recibido la ponencia sobre "Ética y
Estética" junto a la plegia de firmas

que la acompañan.
Es muy beneficioso para el ánimo
de quienes escribimos saber que no lo
hacemos totalmente en vano.
Por favor, haga llegar a todos esos
amigos y amigas mi cordial saludo.
ATA.
TSamy.

«Querido amigo:

Con verdadera emoción y agradecimiento he recibido la Ponencia sobre "Ética y Estética" junto a los pliegos de firmas que la acompañaban.

Es muy beneficioso para el ánimo de quienes escribimos, saber que no lo hacemos totalmente en vano.

Por favor, haga llegar a todos esos amigos y amigas mi cordial saludo»

Atentamente.
Savater



EUTANASIA

Anunciación Pérez Marín

Colegiada N.º: 2.092

*«La muerte es
algo que no
debemos
temer porque,
mientras
somos, la
muerte no es,
y cuando la
muerte es
nosotros no
somos»
(A. Machado)*

Determinaciones Conceptuales

La palabra "eutanasia" procede etimológicamente de dos palabras griegas: "eu", que significa bien, bueno; y "thanatos", que significa "muerte". Su significado semántico es muerte dulce, muerte sin agonía, sin sufrimiento físico.

Morirse no es un momento, sino un proceso que se desarrolla de forma lenta. Comienza en los centros vitales cerebrales o cardíacos y se va extendiendo de forma progresiva a los diferentes órganos y tejidos. El único signo cierto, fiable de muerte es la descomposición del cadáver, aunque las diferentes culturas, de la mano de las nuevas tecnologías médicas, no cesen de buscar marcadores previos a este hecho, dando lugar a nuevos conceptos, como: muerte cardiopulmonar, muerte cerebral y muerte cortical, aparecidos en el último cuarto de siglo.

Muerte cardiopulmonar

Consiste en el cese irreversible de la función cardíaca, seguida del fin o parada de la respiración y de toda la actividad encefálica y nerviosa.

La cesación de estas funciones se establece mediante el examen clínico, que revela como mínimo, la ausencia de respuesta a estímulos, latido cardíaco y esfuerzo respiratorio. También se puede completar con un electrocardiograma.

La irreversibilidad se reconoce por la ausencia de funciones durante un período apropiado de observación, variable o diferente, dependiendo de las situaciones clínicas en las que se presente la muerte.

Este es el concepto más tradicional, que si bien en el pasado indujo a errores diagnósticos, en la actualidad son prácticamente inexistentes.



Muerte Cerebral

Se define, según los criterios recogidos en el informe de la President's Commission (Washington, 1981), como en el caso de la muerte cardiopulmonar: "Un individuo en el que existe una cesación irreversible de todas las funciones del encéfalo, incluido el tronco cerebral, esta muerto.

- a) La cesación es reconocida cuando la evaluación evidencia que:
 - Las funciones cerebrales están ausentes.
 - Las funciones del tronco cerebral están ausentes.
- b) La irreversibilidad es reconocida cuando la evaluación descubre que:
 - La causa del coma es establecida y suficiente para dar cuenta de la pérdida de las funciones encefálicas.
 - La posibilidad de recuperación de todas las funciones encefálicas esta excluida.
 - La cesación de todas las funciones encefálicas persiste por un período apropiado de observación y/o proceso terapéutico con la determinación clínica de la cesación de todas las funciones encefálicas por al menos seis horas, es diagnóstico de muerte"

Muerte Cortical

Aunque este concepto no se recoge en la legislación actual, es muy importante y conflictivo a nivel moral y ético.

Se trata de los casos en que únicamente se pierden las funciones cognitivas superiores, integradas en la corteza cerebral y que, sin embargo, no cumplen criterios de muerte cerebral porque su tronco cerebral sí funciona. Nos encontraríamos con pacientes en estado vegetativo permanente; sus cuerpos permanecen vivos en ausencia de su "alma". ¿Vida vegetal o muerte, en definitiva?

Muerte Legal

La ley 30/79 del 27 de Octubre de 1979, en su Art. 5º.1 adopta como concepto de muerte: "Existencia de datos de irreversibilidad de las lesiones cerebrales, por lo tanto incompatibles con la vida"

El Real Decreto desarrolla la norma (R.D. 42/80, del 22 de Febrero de 1980, BOE 13 - III 1980) y establece, Art. 10:

"(...)comprobación de la muerte cerebral, basada en la constatación y concurrencia, durante 30 minutos, al menos, y la persistencia 6 horas después del comienzo del coma, de los siguientes signos:

1. Ausencia de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia.
2. Ausencia de respiración espontánea.

3. Ausencia de reflejos céfalícos, con hipotonía muscular, midriasis (pupila fija y dilatada).
4. Electroencefalograma "plano" demostrativo de inactividad bioeléctrica cerebral.

Los citados signos no serán suficientes ante situaciones de hipotermia inducida artificialmente o de administración de fármacos depresores del sistema nervioso central".

Buena Muerte

i Hasta cuándo alargar la vida de un enfermo terminal, irreversible? Este ha sido, es y seguirá siendo un tema polémico en la vida sobre la muerte.

Conceptos

- a) EUTANASIA: el acto de acortar voluntariamente la vida del moribundo, con el objetivo de evitar el sufrimiento de éste y seguramente el de sus familiares y amigos.

Hay dos formas de hacerlo: eutanasia pasiva y eutanasia activa.

- La eutanasia pasiva, que consiste en dejar morir al enfermo, bien por no aplicarle determinadas medidas terapéuticas necesarias para seguir "viviendo", o bien retirárselas.
- La eutanasia activa, que implica una acción dirigida a detener la vida aplicando algún producto o elemento



que cause la muerte de forma rápida.

- b) DISTANASIA o mala muerte, que sería la prolongación de la vida por medios artificiales y eventualmente dolorosos.
- c) ORTOTANASIA: que sería la muerte producida dentro de un proceso de utilización normal, no abusiva, de los medios terapéuticos.

Recomendaciones de la asamblea parlamentaria del Consejo de Europa sobre Derechos del enfermo y moribundo.

La Asamblea considera que el médico debe esforzarse en aliviar los sufrimientos y que no tiene derecho, incluso en los casos que le parezcan desesperados, de apresurar indefinidamente el proceso natural de la muerte.

Subraya también la Asamblea que la prolongación de la vida por medios artificiales depende, en gran medida, de factores tales como el equipo disponible; los médicos que trabajan en hospitales, en los que las instalaciones técnicas permiten prolongar la vida durante un período particularmente largo, se encuentran a menudo en una situación delicada en lo que concierne a la continuidad del tratamiento, particularmente en el caso en el que la detención de todas las funciones cerebrales de una persona sea irreversible.

Se recomienda al Comité de Ministros invitar a los Estados miembros:

- a) A vigilar que todos los enfermos tengan la posibilidad de prepararse psicológicamente para la muerte; y a prever la asistencia sanitaria a este fin, haciendo también llamada al personal que le trata (médico, enfermeras y ayudantes), que deberán recibir una información de base, para poder discutir estos problemas con las personas que se aproximan a este fin, tales como psiquiatras, sacerdotes o asistentes sociales especializados, vinculados a los hospitales.
- b) A crear Comisiones nacionales de investigación, compuestas por representantes de la profesión médica, juristas, teólogos, moralistas, psicólogos y sociólogos, encargados de elaborar las reglas éticas para el tratamiento de los moribundos, determinar los principios médicos de orientación en la materia de utilización de medidas especiales para la prolongación de la vida y, examinar entre otras, la situación en la cual podrían encontrarse los miembros de la profesión médica (por ejemplo, en la eventualidad de sanciones previstas por la legislación civil y penal) cuando éstos han renunciado a tomar medidas artificiales de prolongación del proceso de la muerte, en los enfermos en que la agonía haya comenzado y cuya vida

no puede ser salvada en el estado actual de la Ciencia Médica o, cuando han intervenido tomando medidas destinadas, ante todo a aliviar los sufrimientos de tales enfermos y susceptibles de tener efectos secundarios sobre el proceso de la muerte; y de examinar la cuestión de las declaraciones escritas hechas por personas jurídicamente capaces, autorizando a los médicos a renunciar a las medidas para prolongar la vida, en particular en el caso de la parada irreversible de las funciones cerebrales.

La Eutanasia en el Derecho Español

Nuestro Código Penal no emplea en ningún caso la palabra "eutanasia". Sin embargo, el artículo 409 del Código Penal dice textualmente: "El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide, será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestase hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, será castigado con la pena de reclusión menor".

El suicidio no es delito en nuestro Derecho, pero sí se castigan ciertas conductas como la inducción, el auxilio y el homicidio-suicidio

Auxilio al suicidio

La acción consiste en prestar ayuda a otro para que se suicide.

La conducta ha de ser positiva (proporcionar los



medios materiales necesarios para que el que quiere suicidarse lo haga). Se discute en la doctrina la posibilidad del auxilio pasivo u omisivo (por ejemplo, el dejar que el que quiera suicidarse coja una pistola y se de un tiro).

El Tribunal Supremo, en sentencia de 8 de Noviembre de 1961, recoge el siguiente caso: una mujer que quiso suicidarse tomo un veneno a tal efecto. El marido avisó al médico, pero cuando éste llegó le dijo que su mujer había vomitado el veneno, cosa que no era cierta; esperó a que no tuviera salvación para volver a llamar al médico, pero éste no pudo hacer nada para evitar la muerte. El Tribunal Supremo condenó por auxilio al suicidio y no por omisión del deber de socorro. Hay que entender que, en este caso, la situación de garante se fundamenta por la situación de peligro creada por la conducta omisiva.

Inducción al suicidio

Inducir al suicidio significa, persuadir, convencer, aconsejar o determinar a una persona a que se suicide. Para que pueda apreciarse este delito, la inducción ha de ser directa y eficaz; es decir, que el sujeto resuelva suicidarse como consecuencia de la inducción (persuasión, instigación). Condición indispensable para que exista delito, es que el inducido consume el hecho, es decir, que se suicide, de lo contrario, la conducta de inducir es impune. Se plantea el siguiente caso: se le dice a una persona que tiene un cáncer incurable

del que morirá en unos meses con dolores horribles, sin insinuarle para nada la posibilidad de suicidio, pero conociendo el carácter y la psicología del sujeto, sabemos que es fácil que el sujeto se suicide. Lo que, en efecto, se produce.

La conducta de la persona que informa al paciente es impune, porque no es una inducción directa.

Entendemos nosotros que se trata de una conducta dolosa y eficaz, y que persigue un objetivo claro: el determinar a una persona a que se suicide. Por tanto, el hecho debe ser punible.

Homicidio-suicidio

También se denomina auxilio ejecutivo al suicidio. No sólo se presta auxilio, sino que se lleva éste hasta tal punto que se ejecuta la muerte de quien no quiere vivir más.

El homicidio-suicidio se castiga con la misma pena que el homicidio (reclusión menor), lo que parece excesivo, si tenemos presente que muchas veces el móvil de la persona que ejecuta el suicidio es por motivos piadosos, humanitarios, como es acortar los dolores de quien sabe que va a morir pronto. Deberían considerarse al menos estos motivos altruistas como atenuantes de la pena. La acción consiste en "ejecutar él mismo la muerte".

Se discute si es admisible la comisión por omisión. Creemos que no hay ningún inconveniente en el supuesto de que ambos sujetos, el que mata y el que no quiere vivir,

se ponen de acuerdo en que la forma de producir la muerte sea dejando (enfermera-enfermo) de suministrar la medicina. Siempre que la enfermera tenga el deber jurídico de suministrarla, es decir, que sea garante de la vida del que quiere morir.

Finalmente, hay que decir que en algunos códigos penales la figura del homicidio-compasivo es un tipo privilegiado en cuanto a la pena con relación al homicidio. Así, el Código Penal ruso de 1922 decía en su artículo 143: "El homicidio cometido por compasión a solicitud del que es muerto, está exento de pena". El Código noruego de 1902 señala una reducción de la pena "para los que dan muerte por piedad a un enfermo desesperado".

Recapitulación

A la luz de las opiniones dadas por relevantes juristas, el Consejo de Europa y la propia Iglesia Católica, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- a) La eutanasia activa debe ser condenada en todo caso, pues nadie puede disponer de la vida de una persona.
- b) Respecto a la eutanasia pasiva y ortotanasia deben ser aceptadas y en ningún caso incriminadas tales conductas. Eso si, se adoptaran una serie de medidas para garantizar que no se cometan abusos, como, por ejemplo, los familiares del enfermo que desean su muerte para un rápido deslizamiento de la herencia.



DERECHOS DEL HOMBRE A MORIR DIGNAMENTE

*(Documento de Southwester Michigan in
Service Education Council (1973))*

1. Tengo derecho a ser tratado como una persona humana hasta el final de mi vida.
2. Tengo derecho a mantener un sentimiento de esperanza cualquiera que sea el cambio que me pueda sobrevenir.
3. Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener ese sentimiento de esperanza ante cualquier cambio que me pueda acaecer.
4. Tengo derecho a expresar a mi manera mis sentimientos y emociones ante mi propia muerte.
5. Tengo derecho a participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se me van a prestar.
6. Tengo derecho a recibir la atención del equipo médico y de enfermería, aunque sea evidente que no voy a curarme.
7. Tengo derecho a no morir solo.
8. Tengo derecho a no sufrir dolor.
9. Tengo derecho a que se responda honestamente a mis preguntas.
10. Tengo derecho a no ser engañado.
11. Tengo derecho a recibir la ayuda de mi familia para aceptar mi muerte; y mi familia tiene derecho a recibir ayuda para aceptar mi muerte.
12. Tengo derecho a morir en paz y con dignidad.
13. Tengo derecho a conservar mi individualidad y a no ser juzgado por el hecho de que mis decisiones puedan ser contrarias a las de los que me atienden.
14. Tengo derecho a discutir y compartir mis vivencias religiosas, aunque sean diferentes de las de los otros.
15. Tengo derecho a esperar que se respete la dignidad de mi cuerpo después de mi muerte.
16. Tengo derecho a ser cuidado por personas compasivas y sensibles, competentes en su profesión, que se esfuercen por comprender mis necesidades y que encuentren satisfacción personal al prestarme ayuda cuando deba confrontarme con mi muerte.

BIBLIOGRAFIA

GÓMEZ SANCHO, M " Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales"
ICEPSS, Las Palmas, 1994

MARCIANO VIDAL "Diccionario de Etica"

RODRÍGUEZ MORENO, S

CASTELLANO SUÁREZ, A "Intervención clínica y Psicosocial en el anciano"

ICEPSS, Las Palmas, 1995

SERRANO M. P. " Etica y Legislación en Enfermería"
"Documento de Southwester Michigan in
Service Education Council (1973)"



AGENDA

-  **IV CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACION DE ENFERMERIA PATOLOGICA DIGESTIVA**
Jaén, 8, 9 y 10 de Mayo de 1996
-  **XV CONGRESO NACIONAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA ESPECIALISTAS EN ANALISIS CLINICOS. ALERGIAS Y ANALISIS CLINICOS**
Zaragoza, del 8 al 11 de Mayo de 1996
-  **VII JORNADAS ANDALUZAS DE ENFERMERIA RADIOLOGICA**
Huelva, 9, 10 y 11 de Mayo de 1996
-  **TALLER DE INICIACION A LA INVESTIGACION DE ENFERMERIA**
Santiago de Compostela, del 20 al 24 de Mayo de 1996
-  **IV CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACION PARA EL ESTUDIO DE LA MENOPAUSIA**
Santander, 22, 23, 24 y 25 de Mayo de 1996
-  **I SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA "HACIA UN LENGUAJE COMUN". ¿DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA?**
Barcelona, 23 y 24 de Mayo de 1996
-  **II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA "SANTIAGO VERGARA". LA VEJEZ**
Aguadulce (Almería), 6, 7 y 8 de Junio de 1996
-  **V JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA DE TRANSPLANTE HEPATICO**
Sevilla, 25, 26 y 27 de Septiembre de 1996
-  **X CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN ANESTESIA, REANIMACION Y TERAPIA DEL DOLOR**
Alicante, 6, 7 y 8 de Noviembre de 1996

CENTRO DE FARMACOVIGILANCIA

La Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social nos comunica:

La Ley 25/1990, de 20 de diciembre del Medicamento, establece que todos los profesionales sanitarios tienen el deber de comunicar con celeridad a las autoridades sanitarias, o a los centros especializados que aquellas designen, los efectos adversos o tóxicos para las personas o la salud pública que pudieran haber sido causados por medicamentos (art. 57).

Para facilitar esta actividad, en la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social se ha puesto en funcionamiento el Centro de Farmacovigilancia de La Rioja,

con el objetivo de detectar, registrar y evaluar las reacciones adversas causadas por el consumo de fármacos y productos sanitarios en nuestra Comunidad Autónoma.

Su sistema de funcionamiento se basa en la técnica de "Notificación Espontánea de Reacciones Adversas" por todos los profesionales sanitarios a través de un impreso normalizado llamado "tarjeta amarilla", que contiene un formulario instaurado por la OMS con los datos que deben comunicarse sobre el paciente y la reacción. La distribución de las mismas al profesional sani-

tario se realiza desde el Centro Regional (Tfno.: 29 11 00 Ext.: 5095) y una vez cumplimentadas son enviadas por correo y con franqueo en destino al Centro de La Rioja.

Cuando esta información es recibida en el Centro de Farmacovigilancia, se evalúa con el apoyo técnico de un Comité constituido por expertos de todas las profesiones sanitarias y, manteniendo la confidencialidad del paciente y del notificador, se informa al Centro Español de Farmacovigilancia ubicado en Madrid y dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo.





VIDEOTECA Y BIBLIOTECA



Videoteca

El Cuidado de las Heridas

Health Sciences Consortium, 1987

La cinta ofrece al personal de Enfermería una guía completa sobre el cuidado de las heridas. Se incluye: técnica aséptica, curación de heridas, funciones del apósito y su colocación, técnicas de irrigación y de taponamiento y anotación de la evolución del estado de la herida.

VI-EN-27 30 min. 5.000 pts

Técnicas de Traslado

Se describen técnicas para incorporar al paciente en la cama, para hacerlo girar sobre sí mismo con el cuerpo extendido, para hacerlo sentar con las piernas colgando y para pasarlo de la cama a la silla de ruedas. También se muestran técnicas para el alzado y traslado de un paciente por parte de 3 personas, la manera adecuada de incorporar a un paciente sentado, y la correcta colocación de almohadas de sujeción y de rodillas.

VI-EN-12 13 min. 5.000 pts.

Control de Vías Respiratorias

A las víctimas de enfermedades o lesiones graves, incapaces de respirar por sí mismas, es preciso aplicarles algún sistema de respiración artificial. La cinta explica cómo manejar tres tipos distintos de vía aérea artificial: la orofaríngea, la nasofaríngea y la esofágica.

VI-EN-5 17 min. 5.000 pts.



Biblioteca

Guía de pruebas diagnósticas y de laboratorio

Pagana, K.D.
Profesora asociada.
Departamento de enfermería.

Esta guía proporciona al usuario una referencia esencial que le permite el fácil acceso a 564 pruebas de laboratorio y diagnósticas clínicamente importantes. Una característica singular de este manual es su coherente estructura que permite una referencia rápida sin sacrificar la profundidad del detalle, necesario para una comprensión completa del importante papel de la enfermera/o en las pruebas diagnósticas y de laboratorio. Todas las pruebas se enumeran en orden alfabético por su nombre completo, lo cual permite su rápida localización.

Incluye los valores normales de los pacientes adultos, ancianos y pediátricos. Cuando resulta apropiado también se presentan los valores diferenciados para varones y mujeres. En cada prueba hay una sección dedicada a su

explicación y a la de la fisiología relacionada. Destaca los posibles valores críticos. Incluye notas sobre información al paciente.

858 páginas; 11x19 cm.

Apoyo nutricio en cáncer

Robles Gris

En este libro, que viene a llenar el vacío editorial que existía en este campo, se describen los problemas más importantes acerca de la nutrición del paciente con cáncer, desde la determinación de la frecuencia y las causas de la desnutrición y la valoración del estado de nutrición hasta las alteraciones metabólicas, incluida la caquexia y su tratamiento.

Se abordan los métodos actuales de alimentación, dietoterapia y alimentación enteral y parenteral, tanto en el hospital como en el domicilio del paciente, y se hace hincapié en el apoyo nutricio de las neoplasias más frecuentes del aparato digestivo. Otros temas interesantes y de

gran actualidad son el niño con cáncer, el futuro de la alimentación artificial, el paciente con estomas y la terapéutica nutricia y su influencia sobre el crecimiento tumoral.

408 páginas; 17,5 x 25,5 cm

Farmacología para enfermería

Mosquera

Este libro fue concebido para estudiantes de enfermería y destaca por su elevado nivel didáctico. Presenta un enfoque clínico y trata los fundamentos de la farmacología y las principales aplicaciones prácticas para los profesionales de enfermería. Para esta segunda edición los autores han revisado y actualizado completamente toda la obra; se ha hecho un mayor énfasis en la orientación de enfermería, el cual se refleja en toda la obra pero especialmente en el nuevo capítulo de presentación y administración de fármacos; y se ha incrementado notablemente el número de ilustraciones.

450 páginas.

Servicio Telefónico Ibercaja



A partir de ahora, cualquier teléfono es una oficina Ibercaja

En Ibercaja queremos facilitarle sus gestiones.

Por eso hemos puesto en marcha un Servicio Telefónico con el que podrá realizar todas sus operaciones con total comodidad: conocer su saldo, solicitar tarjetas, realizar transferencias, pedir moneda

extranjera... Desde cualquier teléfono y con un horario mucho más amplio: de 8:00 h. a 22:00 h.

de lunes a sábado. Ya lo sabe, a partir de ahora cualquier teléfono es una oficina Ibercaja. Infórmese en su oficina o

llamando al 902 11 12 12.



iberCaja 