

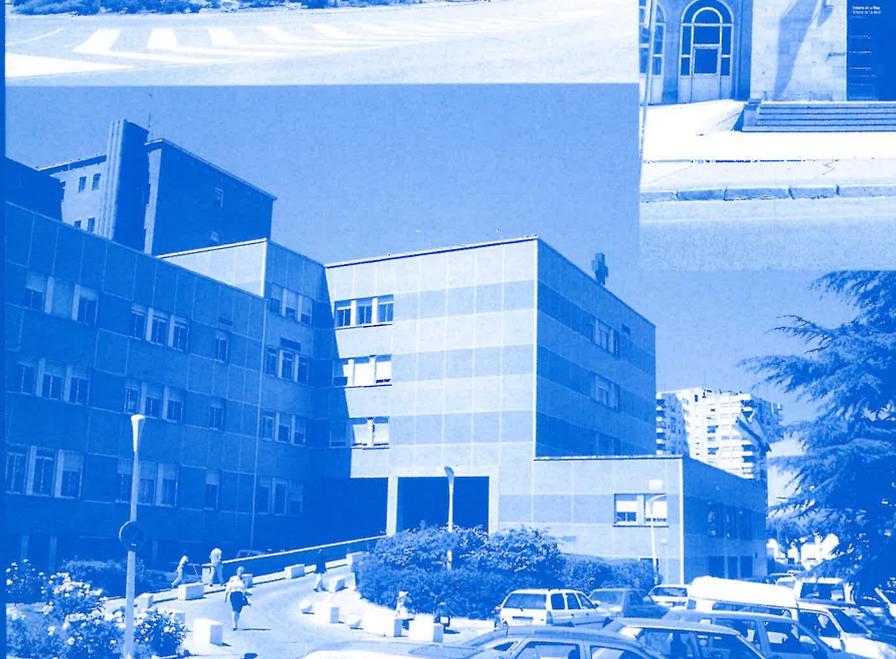
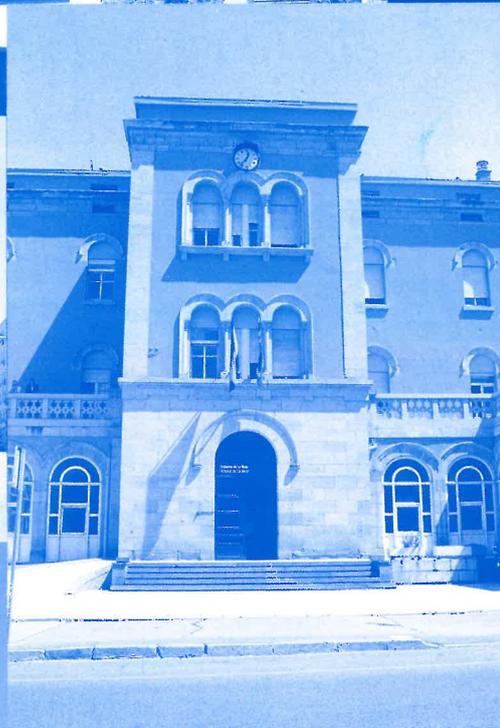
Crónicas

de

E
N
F
E
R
M
E
R
I
A

FRANQUEO CONCERTADO. AUTORIZACION n° 26/28 AÑO VII. N° 18. JUNIO 1996

Renovación



Soporte válido del Ministerio N.º SV 91017R

SUMARIO



3 Editorial
Por la unidad



4 Cuidados
paliativos y
enfermería

Noticias Colegiales
5.ºs Encuentros de Enfermería
Riojana



5 Crónica Científica
Lesiones por calor



10 Noticias Colegiales
La Enfermería Escocesa visita
La Rioja



12 Noticias Colegiales
Doce de mayo. Día Internacional
de la Enfermería



13 Avisos



14 Crónica Social
Crónica de un enfermero en
Bosnia. 2ª parte.
Joaquín Fidalgo Pernía



18 Entrevista con...
Cristina Pascual Navajas



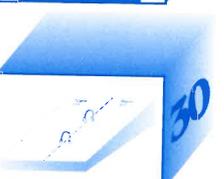
20 Noticias Colegiales
Primer curso sobre cuidados de
Enfermería al paciente ostomizado



22 Crónica Científica
Cuidados al paciente ostomizado
Pilar Alejandre Castillo



26 Crónica Científica
Protocolo de actuación del personal
sanitario ante exposición accidental
de material biológico
*F. Arroyo Solanas; M.E. Francia Alguea;
M.M. Suelves Sucunza; B. Ocina Santos*



30 Agenda



31 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 - 1º dcha.
Tfo. 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.

Por la unidad

En este adviento del verano los despachos se tornan protagonistas de una escena enfermera confusa, de un ambiente enrarecido en el que todo parece pender de un hilo. La incertidumbre que germinaba ya por marzo a la espera de los inciertos resultados de unas elecciones generales, parece retoñar entre los sillones de aquéllos que ahora podríamos llamar puestos de desconfianza. Gerencias y direcciones de enfermería dudan en un ir y venir de nombres y fechas. Esta situación turba no sólo a los encargados de conducir los designios de la enfermería desde las administraciones públicas, sino que confunde también a los propios enfermeros, quienes en alerta espera, confeccionan quinielas de poder. Vanal entretenimiento que esconde una inquietud que vacila entre el temor y la esperanza.

Conflicto de anhelos para todos. Por un lado, ilusión compartida entre los recién llegados y los que confían al menos en las buenas intenciones de quien rebose ánimo al estrenar cargo. Por otro, recelo y hastío entre los que se despiden y sus afines. Época de contradicciones, por tanto, en la que nos volvemos juez y parte de un proceso que falla sobre lo hecho y lo que resta por hacer. Dos caras de una misma moneda. La cruz y la cara de una obligada transición de la que desde aquí esperamos y exigimos honestidad, transparencia y respeto.

Que los naturales cambios sucedan con normalidad. No sería bueno para nuestra querida enfermería invertir excesiva pasión juzgando y eligiendo a quién debe estar y a quién no debe. Posiblemente fuera más positivo centrar nuestro interés en el papel del cargo, independientemente de la persona al frente. Más importante nos parece que las Direcciones de Enfermería cobren, a nivel administrativo y operativo, ese protagonismo que les otorgamos nosotros ahora, como rumor de pasillo y cafetería. Que los cometidos de dichas direcciones no se vean limitados como meros gestores de personal. Corremos el riesgo de desandar el camino ya avanzado y volver a un tiempo pasado que nunca fue mejor; donde el jefe del servicio era amo y señor de un feudo asistencial en que la enfermería dormía a la sombra del médico.

Por todo ello, parece razonable abogar en estos días por la unidad de un colectivo que necesita, más que nunca, del esfuerzo de cada uno de sus miembros por el bien común; felicitar a los que con afán ya lo buscan, y por eso se asoman al desagradecido oficio de la gestión, como nuestro secretario Javier Soldevilla Agreda, recientemente nombrado Jefe de Enfermería del Hospital Provincial y al que transmitimos nuestra más sincera enhorabuena, no sin antes despedir a Cecilia Bujanda Chasco, agradeciéndole su cordialidad e interés en el cargo; y, en definitiva, desear suerte, la de todos, a quienes a partir del cierre de estas páginas sean llamados a administrarla.

Aunque no ajenos a estos aires cambiantes, los enfermeros/as reciben el verano con la mente puesta en su futuro más inmediato. Aunque para la mayoría significa descanso y ocio, cada vez son más los que afrontan estos meses con la ilusión de trabajar. Una época, por tanto, esperada por todos, en la que cada cual a su manera disfrutará haciendo el agosto.

Viene la estación del estío este año con la intención de dividir la enfermería, de partirla en dos mitades: entre ganadores y vencidos, entre titulares y suplentes. Demostremos que es mayor la fuerza que nos une, y que inmunes a esa trampa, los enfermeros/as sabemos lo que realmente conviene a nuestra profesión y luchamos por ello.

5^{os} Encuentros de Enfermería Riojana

Logroño, 25 Octubre 1996

A falta de confirmar diversos aspectos puntuales, adelantamos el avance del programa de los 5^{os} Encuentros de Enfermería Riojana que serán celebrados el próximo 25 de Octubre

TEMA: "Cuidados Paliativos y Enfermería"

AVANCE DE PROGRAMA

9.00 - 9.45 h.	Entrega de documentación
9.45 - 10.00 h.	Acto de Apertura
10.00 - 10.45 h.	1ª Conferencia "POSIBLES ESTRUCTURALES FORMALES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA. EQUIPOS MULTIPROFESIONALES" <i>Dña. Enriqueta Pérez</i> Enfermera. Fundación "Alba". Asturias
10.45 - 11.00 h.	Coloquio
11.00 - 11.30 h.	Descanso - Café
11.30 - 12.15 h.	2ª Conferencia "CUIDADOS DEL CONFORT" <i>D. Teodoro Bondyale</i> Enfermero. Unidad de Medida Paliativa. Hospital "El Sabinal". Las Palmas de Gran Canaria
12.15 - 12.30 h.	Coloquio
12.30 - 13.45 h.	Comunicaciones Orales
14.00 - 16.30 h.	Almuerzo de Trabajo
16.30 - 17.30 h.	Mesa Redonda "CUIDADOS EN EL FINAL DE LA VIDA EN NUESTRA COMUNIDAD" <ul style="list-style-type: none">• Pediatría• Geriatría• Oncología• SIDA• Atención Domiciliaria
17.30 - 17.45 h.	Coloquio
17.45 - 18.30 h.	3ª Conferencia "FORMACION EN CUIDADOS PALIATIVOS. UNA REVISION" <i>D. Alfonso M. García Hernández</i> Enfermero. Profesor de Enfermería Fundamental Universidad de La Laguna. Tenerife.
18.30 - 18.45 h.	Coloquio
19.00 h.	Entrega de Premios a las Comunicaciones Acto de Clausura

LESIONES POR CALOR

“El golpe de Calor”

Introducción

En estado de salud, la temperatura del cuerpo humano se conserva dentro de unos límites muy estrechos a pesar de los extremos en las condiciones ambientales y la actividad física. El cuerpo produce constantemente calor como producto secundario de las reacciones metabólicas y pierde continuamente calor que pasa al medio externo, estableciéndose un equilibrio calórico. Los centros termorreguladores localizados en el hipotálamo son los encargados de regular este equilibrio conservando la T° corporal, en reposo en torno a los 37°C . Cuando por diversas causas se producen alteraciones en dichos centros pueden sobrevenir las llamadas **lesiones por calor**, como es golpe de calor, que pueden causar graves secuelas e incluso la muerte.

Recordemos los diversos métodos físicos por lo que pierde calor el organismo

Roberto Grijalba Martínez

Colegiado N°: 1.913

(En condiciones de T° normal):

- A) Radiación (60%): Es el intercambio de calor entre el cuerpo y el ambiente externo radiante en forma de rayos infrarrojos (Ondas electromagnéticas).
- B) Convección (18%): Transferencia de calor del cuerpo al medio externo, a objetos (3%) y sobre todo hacia el aire (15%). El aire al calentarse se eleva y el aire nuevo no calentado entra en contacto con la superficie corporal, produciéndose corrientes de aire.
- C) Evaporación (22%): Cuando el agua se evapora de la superficie corporal, se pierde calor (Aprox. 0,58 Cal./ g. de agua evaporada).

Cuando se eleva la T° corporal, dos mecanismos fisiológicos de defensa permiten disipar el exceso de calor :

A) Vasodilatación cutánea: Un aumento de la circulación sanguínea de la piel y de los tejidos subcutáneos sirve para llevar calor de los lugares profundos del cuerpo hacia la superficie, de donde "puede escapar" por **radiación** y por **convección**

B) Diaforesis: por "evaporación" del agua corporal como sudor.

Factores Predisponentes

Los principales son:

- I. Temperatura ambiental elevada: La pérdida de calor por convección es ineficaz.
- II. Humedad relativa elevada: Dificulta el efecto refrigeración de la evaporación.

A los anteriores podemos añadir:

1. Falta de viento (o ventilación).
2. Falta de aclimatación
3. Ejercicio físico extenuante y/o falta de entrenamiento.
4. Deshidratación previa (Insuficiente ingesta de líquidos, diarrea, fiebre reciente, etc.)
5. Ropa excesiva o poco transpirable.
6. Edad (Ancianos, niños).
7. Consumo de alcohol y/o drogas en ancianos.
8. Enfermedades crónicas predisponentes: Cardiovasculares, diabetes mellitus, obesidad, displasia ectodérmica (Ausencia congénita de glándulas sudoríparas).

9. Tratamiento médico incompatible:

- Extractos tiroideos, anfetaminas: Generan calor.
- Antisicóticos (Haloperidol): Disminuye la sed.
- Antihistamínicos, anticolinérgicos, fenotiacinas, bloqueadores betaadrenérgicos: Disminuyen la diaforesis.

Todos estos factores, que a menudo se suman, explican que el golpe de calor no sea exclusivo de regiones calurosas ni de determinadas épocas del año como el verano.

El Golpe de Calor

Es una **verdadera urgencia vital**. Aparece cuando se sobrecalienta el hipotálamo y fracasan los mecanismos de termorregulación, la T° corporal se eleva, se perturba el mecanismo celular y comienza la lisis y degradación de las células, pudiendo afectar a cualquier órgano o sistema.

Para su diagnóstico precoz y correcto debemos realizar una adecuada anamnesis (Ver exposición de factores predisponentes) y conocer los síntomas típicos.

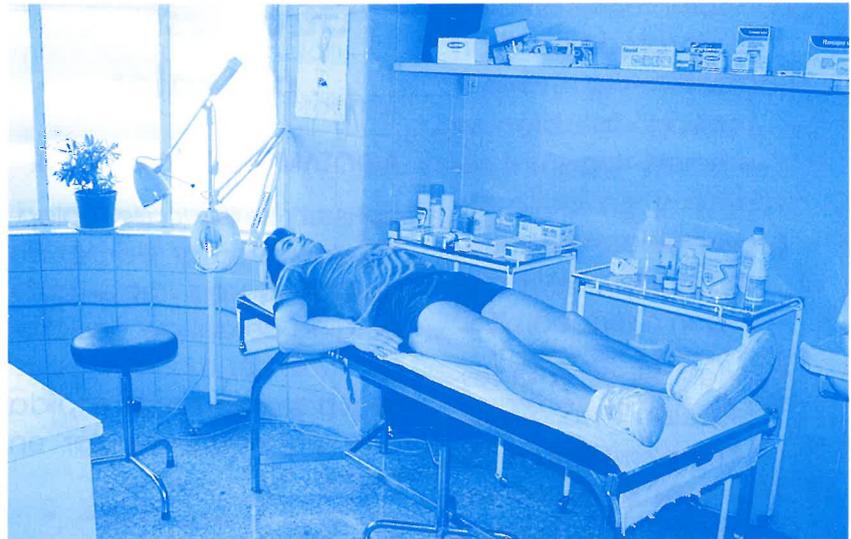


Síntomas

- Cuadro de malestar general: Cefalea intensa, fatiga, vértigo, sed.
- Piel seca, enrojecida y caliente.
- Falta de sudoración, aunque a veces puede haberla.
- Alteraciones de la conciencia: Desde confusión mental hasta coma. La pérdida de conciencia puede ser el primer signo en aparecer (Pronóstico grave).
- Hipertermia: T^o rectal > 40,5° C (Puede llegar a los 44,5° C aprox.).
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Hipotensión.
- A veces vómitos y diarreas.
- ECG: Puede revelar además de taquicardia y arritmia sinusal, eventuales signos de isquemia miocárdica, con depresión del segmento S-T e inversión de la onda T.

Tratamiento.

El factor tiempo (En comenzar el tratamiento) es lo que mas cuenta y es determinante en su evolución.



1. Medidas generales:

- Mantenimiento de constantes vitales: Puede precisar respiración asistida.
- Decúbito supino con cabeza alta.

2. Refrigeración (Enfriamiento corporal):

- Colocar a la víctima a la sombra, en sitio fresco y ventilado pero sin corrientes de aire.
- Desnudar, quitar ropa.
- Aplicar paños húmedos y fríos de agua o bolsa de hielo.
- Baño en agua helada: Es la medida más efectiva, no causa shock ni vasoconstricción cutánea importante. Puede aparecer intensa agitación. Suspender el baño cuando la T^o <38,5 - 39° C para evitar hi-

potermia de rebote. Reanudar el baño si reaparece la hipertermia.

3. Masaje de la piel: Durante la refrigeración para contrarrestar la vasoconstricción cutánea y favorecer el intercambio calórico.

4. Reposición hidrosalina (Oral o I.V. según necesidades).

5. Oxigenoterapia: En casos de cianosis o coma 6-10 l./m.

6. Tto. Farmacológico:

- Antitérmicos: La aspirina es útil por su efecto vasodilatador y estimulante de la transpiración.
- Neurolépticos: En caso de escalofríos intensos o convulsiones (Que aumentan la producción de calor endógeno) y en los casos de hipertermia

resistente, se emplea clorpromacina (Largactil). Vigilar hipotensión. También se emplea tiopental sódico y en caso de convulsiones francas se puede utilizar diazepam o fenobarbital.

- Analépticos: Si la respiración está alterada y persiste la hipotensión, podemos emplear un estimulante beta adrenérgico como el isoproterenol (Aleudrina).

7. Tto. Específico: Según complicaciones que surjan.

La muerte del paciente puede sobrevenir en las primeras horas por shock o cierto tiempo después por complicaciones tales como C.I.D., insuficiencia renal aguda, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, bronconeumonía o bacteriemia.



Otras lesiones por calor

AGOTAMIENTO POR CALOR

Es el resultado del colapso vascular periférico debido a una importante pérdida de agua y de sales. No suele ser mortal y es de recuperación más rápida que el golpe por calor, en horas.

Síntomas:

- Cuadro de debilidad intensa: Fatiga, cefalea, mareo, vértigo, náuseas, vómitos.
- Piel pálida, fría y húmeda.
- Sudoración excesiva.
- Temperatura normal o moderadamente elevada.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Hipertensión ortostática.

Tratamiento

1. Medidas generales:
 - Mantenimiento de constantes vitales.
 - Decúbito supino con piernas elevadas.
2. Refrigeración: Enfriamiento corporal, pero no tan drástico como en el golpe de calor
3. Reposición hidroelectrolítica: Es la medida más efectiva. Se precisa una reposición más intensa que en el golpe de calor. Según necesidades:
 - Oral (Sueroral)
 - I.V. (Solución salina, plasma o sangre total). Controlar P.V.C.

Calambres por calor

Son debidos a la pérdida excesiva de agua y sales. Suelen aparecer con el ejercicio o al final de éste.

Síntomas

- Contracciones musculares espasmódicas y dolorosas, principalmente en los músculos de las extremidades y a veces abdominales.
- Temperatura normal.

Tratamiento:

Reposición hidrosalina.

Otros trastornos relacionados con el calor incluyen la aparición de edemas, tetania, síncope por calor e insolación (Acción local sobre la cabeza descubierta del calor y la luz solar), requieren medidas básicas de sostén y enfriamiento general.

PREVENCIÓN - EDUCACIÓN SANITARIA

Si atendemos a los factores predisponentes enumerados anteriormente, podemos

aconsejar las siguientes medidas de prevención:

- Aclimatación progresiva
- Entrenamiento progresivo y programación adecuada (Horarios, etcétera.)
- Períodos de descanso adecuados
- Adecuada hidratación antes y durante el ejercicio
- No ingestión de alcohol, estimulantes, etc.

- Vestimenta adecuada
- Evitar exposiciones al sol prolongadas
- Cesar en el ejercicio ante los primeros síntomas

Las medidas anteriormente expuestas, tienen especial relevancia en el caso de ancianos, lactantes, enfermos crónicos, pacientes con medicación, drogodependientes, pacientes que siguen una dieta estricta, etcétera.

BIBLIOGRAFIA

PETERSDORF, R.G. y ROOT, R.K.: Trastornos en la regulación del calor. En Harrison et al.: PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. De. Interamericana-McGraw-Hill. 11º De. 1987.

POTTER, D.O. y ROSE, M.B.: URGENCIAS EN ENFERMERIA. De. Interamericana-McGraw-Hill.

XIMENEZ VICENTE, L.: URGENCIAS EN MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES. 1986.

NIÑO NOGORRA, P.: Sobre prevención del golpe de calor en el Ejército. En REVISTA EJERCITO Nº 559. Agosto 1986.

GUYTON, A.C.: Temperatura corporal, regulación térmica y fiebre. En: TRATADO DE FISIOLÓGIA MEDICA. De. Interamericana. 6º De. 1986.

LA ENFERMERIA ESCOCESA VISITA LA RIOJA

Un grupo de escoceses de Dunfermline, una localidad cercana a Glasgow, visitó recientemente nuestra comunidad.

La visita, que fue organizada por nuestro Colegio, formaba parte de las actividades que el Gobierno de Aragón junto con el Colegio Oficial de Zaragoza preparó para este grupo de jóvenes estudiantes.

La colaboración de ambos Colegios Oficiales de Enfermería se debe a que los actuales estudios de este grupo de chicos y chicas van encaminados, en el futuro, a formarse como enfermeros/as.

Para ello fuimos acompañados por don Andrés Manrique -Presidente del Colegio de Enfermería de Zaragoza, y don Javier Toledo, un simpático médico de la Diputación General de Aragón, que hizo las veces de intérprete allí donde no llegaba nuestro escaso inglés.

El grupo estaba formado por 15 estudiantes bajo la tutela de Mr. Paul Powrie, Mr. John Macaffry y Mrs. Marion Scot, Profesores de dichos estudiantes.

El recorrido por nuestra tierra, resultó bastante interesante para todos. A los

escoceses les dio la oportunidad de conocer costumbres, gentes diferentes, además de una ciudad y su entorno singular, de los que hicimos destacar el marco histórico y la actividad vitivinícola casi desconocida para ellos. A nosotros nos sirvió para presumir ampliamente de los mismos lugares de los que posiblemente nos cansemos durante el resto del año, además de practicar algo de inglés y darnos cuenta de lo mucho olvidado.

El apretado programa que el Gobierno de Aragón tenía previsto para el grupo, no permitió dilatar en el tiempo más de un día su visita. Pero sin duda, y a juzgar por sus comentarios, mereció la pena, o eso nos pareció entender.

Comenzó la mañana con una visita a la Escuela Universitaria de Enfermería, donde los más agradablemente sorprendidos fueron los chicos, a la vista por supuesto, del nutrido Helenco de morenas de las que dicha escuela hace gala.

Seguidamente nos acercamos a las bodegas Marqués de Murrieta, donde de forma amable y puntual se explicó el proceso de elaboración del vino y se ofreció

una cata de diversos vinos, obsequio de dicha bodega. Más de uno confundió lo que significa catar con beber, y se entregaron sin pudor a unos caldos que, como nunca, agradecieron sus paladares. A medida que las botellas se fueron vaciando, desaparecieron las inhibiciones y las dificultades del lenguaje. No faltó quien aprovechó para comprar un succulento souvenir en forma de cajas de vino.



"Cata de vinos en Marqués de Murrieta"

La comida en el Hotel NH, resultó del agrado de casi todos, a excepción de una o dos escocesas algo remisas a la carne española. Curioso ¿verdad?.

Antes de abandonar el hotel, el comedor se convirtió en un enjambre de rubias revoloteando y fotografiándose a brazos del apuesto camarero, quien perplejo, no alcanzaba a entender el secreto de su éxito, pero que esperaba inocente ver recompensada su buena disposición y trato durante el servicio. Le duró tan sólo el entusiasmo hasta saber que a la tarde debían regresar para "dormir" en Zaragoza.

Con el estomago lleno nos subimos al autobús para dirigirnos a San Millán de la Cogolla y Nájera. En el tedioso trayecto, dificultado en parte por el temor al adelantamiento del conductor desde su posición a la derecha, aprovechamos para enseñar a los visitantes el significado de la palabra siesta.

La belleza arquitectónica del Monasterio de Yuso junto con el entorno natural que lo acoge adivinándose ya la sierra de la

Demanda, dejó encantados a los jóvenes escoceses. Aunque Paul no pudo evitar hacer comparaciones entre San Millán y sus montes y los Castillos Medievales enclavados en los Highlands del Norte.

Con el ánimo de ver éstos algún día con nuestros propios ojos, recogimos direcciones y teléfonos, después de pasar por Nájera y su Catedral.

Finalizaba así una interesante jornada donde todos nos dimos por satisfechos.

La despedida estuvo llena de buenos propósitos y de cordiales invitaciones a repetir el encuentro.

Por unos momentos, al quedarnos solos, llegamos a creer que dentro de poco devolveríamos la visita y pisaríamos la verde y húmeda Escocia de la que tanto nos hablaron.

Una vez en Logroño, y al mismo tiempo que volvíamos a la realidad, las piernas nos recordaban el cansancio acumulado, pero eso sí, con el orgullo aumentado, aún más si cabe, de ser Riojanos.



"Entrada al Monasterio de Yuso"

DOCE DE MAYO

DIA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERIA

Desde hace ya algún tiempo, se viene celebrando cada 12 de Mayo el Día Internacional de la Enfermería.

En los diferentes Colegios Oficiales del territorio Español se le ha venido dando un carácter festivo en algunos y científico en otros.

El Colegio Riojano ha querido este año sumarse a dicha iniciativa, con el objeto de instaurar tal celebración para años venideros. De momento, el pasado domingo 12 de Mayo, se consiguió congregarse en las inmediaciones de la playa del Ebro a un grupo

de Colegiados y algunos estudiantes de Enfermería, que olvidándose por un día del trabajo y los estudios, se reunieron con el único propósito de compartir unas horas de ocio.

Aunque la afluencia de enfermeros/as no fue masiva, se organizaron campeonatos de mus y parchís, así como una curiosa piñata que no llegó a término por dificultades técnicas.

Tras unas duras eliminatorias, los vencedores en ambos juegos fueron:

Parchís: Yolanda Viguera - Laura Torrecilla

Mus: Pedro Vidal - Beatriz Sampetro.

Después de la entrega de trofeos, y viendo que el tiempo no acompañaba de forma agradable, se despidieron los asistentes con la intención de juntarse en mayor número el año que viene.



Tertulia de Sobremesa



Apasionante partida de tute

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.



**Colegio Oficial de
Enfermería de La Rioja**

Horario de Atención al Público

- Lunes a Jueves 9-14 h. y 17 h. - 19 h.
Viernes 9 14 h.
- Durante los meses de:
Julio, Agosto y Septiembre el Colegio sólo estará abierto en su horario de mañana 9 - 14 h.

Cursos Segundo Semestre

- Curso de Educación Sexual. 40 h.
- Operador de Rayos X con fines diagnósticos. 17 + 4 h.
- Atención de Enfermería en Salud Mental. 40 h.

El Plazo de solicitudes para estos cursos será del 30 de septiembre al 2 de octubre. Tendrán preferencia los colegiados que no hicieron ningún curso en el primer semestre. (Mas información en el colegio)

Devolución del Correo

La Secretaría del Colegio viene recibiendo la correspondencia enviada a las siguientes colegiadas por algún error en la dirección.

Rogamos a quien se pueda poner en contacto con las mismas que se lo hagan saber para que lo subsanen.

- Inmaculada del Barrio Apellániz
- Ana Margarita Aldama León
- María del Carmen Villafranca Alvarez
- María Teresa Mendi Navarro
- M^ª Magdalena Sáenz de Juvera Viguera
- Soledad Pérez Caro
- M^ª Teresa Sáenz Gómez

Crónica de un enfermero en Bosnia



2ª parte

Joaquín Fidalgo Pernia
Colegiado N.º: 1.962

Estimados compañeros/os, os seguire relatando mi experiencia de trabajo que pudisteis leer en el anterior número de nuestra revista de enfermería de La Rioja y que por cuestión de espacio no pudimos incluir en dicho ejemplar la totalidad del artículo.

Si hacéis memoria, o simplemente releéis la primera parte, os estaba relatando al final del artículo, y cronológicamente, los sucesos más anecdóticos de lo que nos sucedió por la ex-yugoslavia. Estaba narrando como fue nuestra primera intervención de urgencia, en la cual el protagonista era un suboficial del ejército francés al cual se le produjo un estrangulamiento de una hernia inguinal.

A mediados de esa semana a eso de las ocho de la tarde-noche, sonó una ráfaga de ametralladora y luego otra mucho más larga y cercana a nosotros que estábamos en la UCI; en seguida comprendimos que sucedía algo grave pues las que solíamos escuchar se oían muy lejanas y esta no estaba a más de cien metros; ¡tal vez estaban ata-

cando el destacamento!. Instintivamente mi compañero y yo nos fuimos a mirar por la ventana, cosa que aprendimos que nunca se debe hacer, desde allí vimos que el jaleo era en el control de entrada y que traían a alguien que gritaba mucho, en serbo-croata, hacia el EMAT. Rápidamente nos pusimos unos guantes, nos fuimos a recibirlo a la entrada en la sala de triaje y apareció "el Gringo" (su verdadero nombre es Malic, todos le llaman así, y es el dueño de uno de los bares cercanos al destacamento al que solíamos ir). Gritaba mucho más que antes y sangraba por la manga de su cazadora de una manera que nunca había visto, al quitársela observamos como un disparo había desgarrado su brazo en el tercio distal entre el hombro y el codo, en esos momentos llegó nuestra otra compañera enfermera y el anestésista que también había oído los disparos desde su alojamiento y comprendió que había sucedido algo importante, (todavía no se había atado las botas). Rápidamente hizo un torni-

quete con sus manos pues no se podía taponar y lo reforzamos con varios smach de goma, Vicente y yo lo habíamos desnudado y cogido rápidamente una vía periférica pues había perdido mucha sangre. Descubrimos también una herida incisa en el vientre que podía ser el orificio de entrada de otro disparo, el Gringo también la vió y comenzó a decir: "capito, capito" -me muero, me muero-, "dormire, dormire" -dormirme, dormirme-. Aquello debía de doler muchísimo y la verdad es que no tenía buen aspecto. Lo pasamos rápidamente al quirófano, mientras el cirujano que acababa de llegar se preparaba y los demás también lo hacíamos. El anestésista, demostrando una gran valía profesional en esos momentos, seguía trabajando con él; con una rapidez increíble le colocó, él solito, dos vías centrales por la yugular y lo entubó. También antes de lo que me podía imaginar y tras una laparotomía realizada por el cirujano (en estos momentos no se hace por planos) estábamos buscando lo que había entrado por esa herida entre

sus vísceras abdominales, tuve que hacer de ayudante pues el traumatólogo no había llegado aun y aquello apremiaba. Solo descubrimos unos leves desgarros en el mesonero intestinal, que suturamos, pero nada más, posteriormente descubrimos el porqué. Cerramos la laparatomía para continuar con el brazo que requería mucho mas tiempo. Además ahora ya estaba el traumatólogo allí. Como no le había fracturado el húmero decidieron reconstruir todo lo que pudieran aunque no era mucho, pues estaba destrozado todo el tejido muscular. Le hicieron anastomosis término-terminales con las arterias que pudieron y cerraron de la mejor manera posible después de un duro trabajo.

Lo pasamos a la UCI para estabilizarlo hemodinámicamente y prepararlo para la evacuación a un hospital civil donde pudiera ser reconstruido su brazo por un equipo de cirugía vascular. No había pasado una hora cuando llegó un helicóptero francés de ONU para trasladarlo al hospital de Split en Croacia que tenía estos medios, además *Gringo* era croata.

Al día siguiente nos enteramos del principio de la historia que desconocíamos. Esa tarde había tenido lugar la subasta de otro de los bares cercanos al campamento, en ella, habían discutido el *Gringo* y el arrendatario del bar que estaba en puja. Por lo que dicen, había habido más que palabras, y me refiero a amenazas y disparos con pistola. Fue cuando *Míro*, propietario del bar en liza, se refugió en él y al llegar *Gringo* con su coche a buscarlo sacó su *Kalashnikov AK-47* y lo ametralló sin mediar palabra.

Todo esto ocurrió frente al destacamento, tan cerca, que por la mañana pudimos ver algún impacto de bala rebotada en los contenedores que formaban el EMAT. Esto también fue la causa de que *Gringo* salvara su vida pues si hubiese ocurrido un poco más lejos no habría llegado con sangre suficiente para poder contarle. Ese día, tuvo mucha suerte ya que la bala que le destrozó el brazo era un rebote que había atravesado el coche en el que iba, para impactar en el brazo, de ahí el desgarró tan brutal, y después continuar hasta la parte inferior del tórax y chocar con un enorme medallón de oro que llevaba colgado, por eso, nosotros solo encontramos en el abdomen pequeños desgarros sin importancia, que debieron ser producidas por las esquirlas que se desprendieron del medallón.

Me diréis que esto sólo ocurre en las películas, pero yo y todos los que lo presenciábamos, os podemos asegurar que la vida misma es el guión de todo lo que vemos en el cine.

Los días posteriores al incidente transcurrieron rápidamente y todo el trabajo que tuvimos no tenían importancia en comparación a la historia del *Gringo*; además, allí todos los días eran iguales: lunes, lunes, lunes, lunes y "*San Paquete*" que era el día que llegaban las cartas y los paquetes de España, para continuar con lunes, lunes.....

Sin darnos cuenta nos metimos en Navidad y con ello lo que implican estas fechas, más cuando estás tan lejos de tu casa. Deciros que siempre las recordaré pues no volveré a vivir unas como aquellas. Allí formamos una gran familia todos juntos y las celebramos lo

mejor que pudimos, intentando estar unidos para que la nostalgia no nos invadiera. Contaros, por ejemplo, que la Nochebuena la celebramos con sesenta italianos que estaban de transeúntes en nuestro destacamento porque acababan de llegar a Bosnia. Al estar con mas personas de las habituales, el comedor tuvo que hacer tres turnos de cena de 45 minutos exactos, así cuando se inicia-



ba el turno, el Comandante Jefe del destacamento tocaba el silbato para empezar y lo volvía a hacer sonar para indicar que nuestro tiempo había terminado y debíamos salir para que pudiera entrar el siguiente turno.

En Nochevieja no hubo tantas prisas para cenar y lo curioso fue que los componentes del EMAT organizamos un cotillón en un refugio que cuando la guerra estaba en plena virulencia, se transformó en quirófano de urgencias, y ahora no se utilizaba. Así la mesa de intervenciones se transformo en barra y las lamparas de quirófano en luces de discoteca, previa cobertura con papel de colores, daban un *ambientillo* distinto al local que a lo largo de la noche se llenó hasta la bandera, tanto que casi tenemos que poner un portero para "*seleccionar ambiente*", sobre todo dando preferencia

a las pocas mujeres que había.

También vivimos a fondo el día de los Santos Inocentes. Nos mandaron un telex, supuestamente del Ministerio de Defensa, en el que decía que nuestra misión se prolongaba mes y medio más debido a que se iba a cambiar de misión ONU a OTAN. Menos mal que a media tarde llegó otro diciendo que el anterior se anulaba a todos los efectos pues alguno estaba cerca del soponcio. Otra de las anécdotas de este día fue que un soldado que acababa de llegar de permiso de España comenzó con un fuerte dolor de abdomen. Su médico de unidad nos lo trasladó y cuando llegó se le diagnosticó otra apendicitis aguda; el cirujano le comunicó que deberíamos operarlo, él se lo tomó a broma en un primer momento, por el día que era, pero cuando vio que empezamos a rasurarlo, preparar el campo y activar el quirófano casi tenemos que correr detrás de él. Tal era su agitación que el anestesista tuvo que sedarlo para poder meterlo en el quirófano. Esta intervención también transcurrió sin problemas (después del incidente del Gringo tuvimos otra). Nos llamaban el "EMAT apendicitis", no era normal tener tantas, pues la media que se venían haciendo era de una cada seis meses y nosotros ya habíamos hecho tres y nos quedaba por estar en Bosnia un mes. Se decía entre los componentes de la Agrupación Aragón: "si estas enfermo no vayáis al EMAT que os quitaran el apéndice".

Cuando nos quisimos dar cuenta, estábamos recogiendo los adornos navideños, ese Portal de Belén con sus fi-

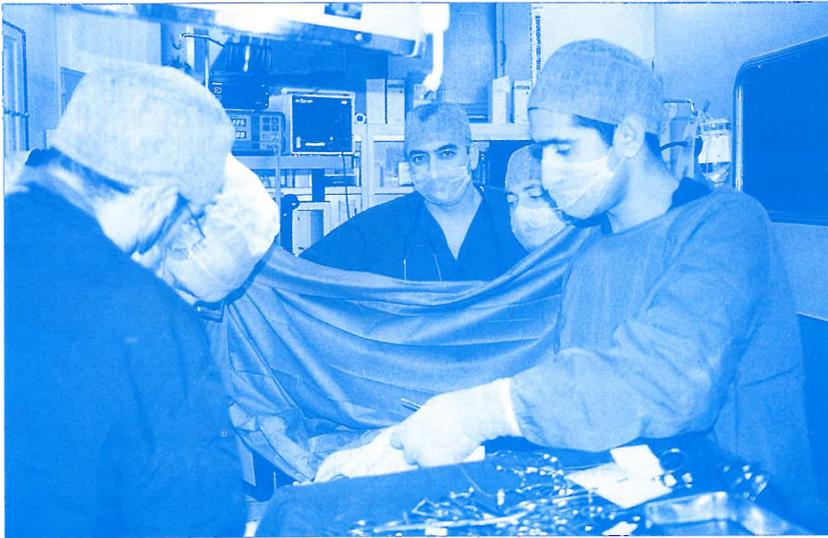


guras de escayola cuyo parecido con ciertas personas era tan grande, y que tanto nos había costado hacer, el árbol de Navidad que nos había traído el equipo de estabilización en una de sus salidas y todas las cintas y detalles que nos habían mandado de nuestras casas. Estábamos a mediados de enero y nos restaba menos de un mes para que llegara nuestro relevo, ese que parecía que habíamos hecho nosotros el otro día.

Durante este período no pasó nada importante que relatar, además no se porque razón el trabajo disminuyó enormemente; tal vez fuera por que los franceses terminaron de montar su hospital de campaña en Mostar, ya que se había elevado su contingente a más de 7.000 hombres al transformarse en misión IFOR. La paz se había firmado (acuerdo de Dayton), cambiamos nuestros vehículos del blanco al verde y se estaba empezando a circular libremente por todas las fronteras con lo cual el abas-

tecimiento era más fácil y podía llegar a más lugares.

Durante este período, surgió algo que hasta este momento no le habíamos dado importancia, y es el tema de las relaciones personales entre los componentes de un equipo que se encuentra viviendo y trabajando tan estrechamente como nosotros lo estábamos haciendo. Imaginaros que después del trabajo, te siguieras encontrando para comer, tomar café, en la cola del teléfono, ver un rato la televisión o la película de vídeo, etc, etc, a tus jefes, compañeros y subordinados del trabajo, y además, el único lugar para estar sea el lugar de trabajo con lo cual todo se mezcla. El espacio para aislarte sería tu contenedor-dormitorio que además compartes con otra u otras dos personas. Tened en cuenta que estábamos de guardia-alerta las 24 horas del día, pues éramos los únicos que tenía la Agrupación española en estas tierras, y por lo tanto, no podíamos salir del campamento si no era en unas condiciones muy es-



Quirófano del EMAT

peciales o a realizar algún servicio sanitario.

Como deduciréis hubo ciertas discusiones durante estos últimos días, por las causas mas ridículas; por ejemplo: que fulanito no recoge el vaso después de tomar café, que terminas el agua y no la repones, que por las mañanas no me dices buenos días, que hoy me toca a mi ir a Mostar y has ido tu y bla,bla, bla, bla...., etc, etc . Esto se debió, a que el trabajo había disminuido, dominábamos la situación y controlábamos todo el material, además que nuestra marcha estaba cerca.

Pero esos días pasaron y llegamos a principios de febrero , y con él llegaría el A/B-7; Se empezó a organizar el relevo, los papeles burocráticos para la vuelta, una excursión para cuando estuviera el otro equipo allí y pudiéramos salir de nuestra clausura... Comenzamos a cruzarnos las direcciones y teléfonos con los compañeros de la Agrupación que habíamos conocido, a mandar por paquete postal a nuestras casas los enseres particulares, re-

cuerdos y demás cosas que uno almacena en tres meses.

Y por fin a mediados del mes mas corto del año llegaron "*los tan esperados*" desde hacia días. Bajaron del autobús con la misma cara de *pardillo* que debimos hacerlo nosotros hacia tres meses y se repitió lo mismo: vino-pincho-cena de bienvenida, repartirlos entre sus dormitorios, relatos después del café de las anécdotas y así los días siguientes les explicamos gustosamente lo "*fácil*" que funcionaba todo y el material que disponían para trabajar (ja, ja, ja, ja.....). La verdad era que nuestras caras habían cambiado, sólo se oían risas, chistes graciosos, buenas anécdotas y de lo malo nadie se acordaría más.

Los últimos días los pasamos en una excursión a la ciudad de Dubrovnik, en la costa del mar Adriático, al sur de Croacia, y muy cercana de Montenegro, que fue una preciosidad; es una ciudad antigua toda de piedra amurallada que se conserva perfectamente desde los tiempos en que Carlomagno reinaba por estas tierras; por

supuesto, la guerra no había podido con ella.

El día 15 de febrero estamos volando hacia España en un Hércules del Ejército del Aire después de esperar ocho horas en el aeropuerto croata de Split debido a problemas burocráticos del aeropuerto, pero nada importaba porque esa noche veríamos a nuestras familias en Madrid.

Esto, amigos míos ha sido el relato de casi cuatro meses de trabajo en una situación que no es la habitual en nuestro día a día. Fue una experiencia de lo más positiva que os podéis imaginar, pues todos los conocimientos que tienes los debes de adaptar al lugar y la forma de trabajo. También os puedo decir que la enfermería realiza un trabajo muy importante en estos lugares, y no es por echarnos flores, pero "somos los pilares fundamentales de estas formaciones sanitarias".

También me gustaría puntualizar que lo relatado, como anteriormente expresé, son los hechos más anecdóticos sucedidos durante este periodo de tiempo ya que el trabajo fue superior al que aquí he narrado. Así como, comentaros, que gracias a un reciente curso de enfermería en el área quirúrgica impartido por nuestro colegio profesional, pude refrescar y aumentar mis conocimientos en la enfermería de quirófano, que llegado el momento, me fueron muy útiles.

Y por último sólo espero que os haya entretenido esta historia de un compañero vuestro que cambió su trabajo habitual por otro diferente durante unos meses.

FIN

Entrevista con ...

Cristina Pascual Navajas

Enfermera Colegiada Nº. 2.048

Voluntaria de la Asociación Española contra el cáncer



Cristina forma parte del voluntariado de hospitales de la Asociación Española contra el cáncer, que actualmente visitan enfermos oncológicos en el Hospital de La Rioja.

Viene colaborando con esta Asociación desde la formación, en Noviembre de 1994, del Voluntariado de Hospitales. Su objetivo fundamental, es el de colaborar a que el paciente oncológico y su familia desarrollen aquellas facultades y relaciones sociales que han perdido o disminuido a causa de la enfermedad. Al mismo tiempo, se intenta mejorar la calidad de vida de los mismos procurando que acepten la enfermedad, e intentando hacer su estancia hospitalaria más agradable.

■ **Pregunta:** Cristina, ¿Qué te impulsó a acercarte a la Asociación?, ¿Influyó en algo el hecho de ser enfermera?

□ **Respuesta:** Bueno, la verdad es que el tema del cáncer siempre me pareció fascinante, aunque debo reconocer que lo que de verdad me decidió a dar el paso fueron las experiencias con familiares cercanos de enfermos que me tocaron vivir. Yo detecté la Asociación a través de anuncios de prensa y carteles, e inmediatamente me di cuenta de que quería hacer algo por los demás enfermos y sus familias. Además, es un tema que me ha ayudado mucho en mi propia autorrealización. En cuanto a lo de ser enfermera; no tiene nada que ver, de hecho, hago exactamente lo mismo que el resto de voluntarios que no lo son.

■ **P:** De todas formas, tus conocimientos sobre la enfermedad en general y sobre ésta en particular, te habrán ayudado a enfocar tus actividades. ¿Os forman en este sentido a todos los voluntarios?

□ **R:** Sí. Primero recibimos un curso de Voluntariado General, a cerca de las funciones de la Asociación y de los voluntarios. En esta etapa, al explicarnos que no vamos a ser profesionales de nada, hay un buen número de personas que se echan atrás. Gente que pretendía poner en práctica sus habilidades como psicólogo, médico, etc., dentro de la Asociación.

Después de este curso que suele durar un día completo nos dan otro de tres días, específico para hospitales, a cerca de la enfermedad, tratamientos y sobre todo, habilidades en la comunicación.

Aparte, de vez en cuando el Dr. Cebas nos recicla un poco. También hay otro curso para los voluntarios que hacen visitas a domicilios.

■ **P:** Supongo que todo el mundo no estará igualmente preparado para soportar la carga psíquica que conlleva tratar con estos enfermos.

□ **R:** No. Hay una selección previa a través de una entrevista con una psicóloga, y ella valora si está capacitado o no.

Jamás hacemos nada que sea labor de cualquier profesional del centro. Ni siquiera tareas de limpieza o tocar un suero.

■ **P:** En este sentido, ser enfermo oncológico o familiar cercano de alguno, a la vez de servir de estímulo para ser voluntario, ¿Puede entorpecer dicha labor por implicación excesiva?

□ **R:** Desde luego, hay personas enfermas o en etapa de duelo, con tendencia a la depresión, que acaban dejando las visitas.

■ **P:** ¿Qué actividades realizais en el Hospital?

□ **R:** Principalmente, nuestra función es de acompañamiento. Es muy importante saber escuchar y no hablar de la enfermedad si el paciente no lo reclama. Además, hacemos también de guía hospitalario solucionando problemas burocráticos cuando a la familia le resulta especialmente complicado. También intentamos suplir a la familia cuando ésta no puede estar.

■ P: ¿Alguna vez realizas actividades propias de Enfermería?

□ R: Quiero que quede muy claro que jamás hacemos nada que sea labor de cualquier profesional del centro. Ni siquiera tareas de limpieza o tocar un suero. Nuestro objetivo es el de complementar o colaborar con la enfermera, pero nunca interferir en sus funciones.

Cuando detectamos un problema, lo notificamos al profesional correspondiente para que éste actúe. Si es referente a la familia y creemos que la asociación puede hacer algo, lo hacemos saber a la Coordinadora de Hospitales.

■ P: ¿Qué acogida habéis tenido durante estos dos años por parte de la administración y el personal hospitalario?

□ R: Al principio había un cierto temor a que entorpeciéramos su trabajo diario. Pero a medida que nos han ido conociendo nos han aceptado, y ahora la relación es cordial. Aunque de momento sólo actuamos en el Hospital de La Rioja, ya que no estamos autorizadas a entrar en el Hospital San Millán.

■ P: ¿Cuánto tiempo dedicas a las visitas? ¿Os marcan algún tipo de horario, o depende de las posibilidades de cada voluntario?

□ R: En la asociación nos proponen la frecuencia de las visitas. Tampoco es bueno excederse, ya

que corres el peligro de sobrecargarte o coger cariño a los enfermos. Yo voy al Hospital cada 15 días. Esto me permite compaginarlo bien con mi trabajo y mi tiempo de ocio.

Tratamos de dar esperanzas de calidad de vida, no de vida prolongada

También es verdad que a veces algunos pacientes demandan visitas más a menudo, y si el caso lo requiere, se puede aumentar esa frecuencia.

■ P: Para terminar –por tu experiencia con este tipo de enfermos, ¿crees que el cáncer sigue siendo un tema tabú?– ¿qué la creencia aún extendida de cáncer=muerte dificulta la aceptación de la enfermedad y la mejora física y psíquica del individuo?

□ R: Quizás cada vez menos. Yo veo muchas personas que luchan por vivir. Nosotros tratamos de dar esperanzas de calidad de vida, no de vida prolongada. Hacemos ver que hay muchos y buenos profesionales trabajando para ellos, y si nos preguntan abiertamente si van a morir, les remitimos al médico. No estamos autorizados a dar ese tipo de información.

Después de agradecer a Cristina sus respuestas, queda el tiempo para la reflexión.

Personas que invierten su tiempo libre en ayudar a los demás, en especial a enfermos muchas veces mal llamados terminales, merecen el reconocimiento de quienes a menudo, hemos pensado hacer algo parecido, pero que siempre hemos encontrado una excusa para no dar el paso definitivo. El trabajo diario como enfermeros, no suele dejarnos tiempo dentro del horario, para acompañar y conversar con estos enfermos lo que requieren. Por eso debemos ser, cuando menos respetuosos, con aquéllos que vienen a complementar una labor que quizás debiera ser nuestra.

VOLUNTARIADO

Reglas Básicas:

- Confidencialidad
- NO ofrecer ningún tipo de información técnica (médica, psicológica, etc...).
- NO ofrecer datos personales (teléfono, dirección, etc...)
- NO tomar decisiones por más simples que parezcan sin consultar primero con la coordinadora.
- La actividad del voluntario debe siempre encuadrarse dentro de los márgenes (horario, días, etc ...) estipulados por la coordinadora y la A.E.C.C.
- NO opinar y/o sugerir acerca de cualquier dinámica preexistente en el hospital o dentro de la familia del paciente.
- NO dar consejos u opinar acerca de la enfermedad.
- NO llevar al enfermo alimentos.



Sede Central

García Morato, 17, 1º 2º
Teléf. 941 - 24 44 12
26002 LOGROÑO

HOSPITAL DE LA RIOJA
Télf. 941 - 26 13 37

INFO-CANCER

Información gratuita
sobre la enfermedad
Teléf. 900 100036

Primer curso sobre cuidados de Enfermería al paciente ostomizado

Resumen

Durante los días 22, 23, 25 y 26 de abril del presente año tuvo lugar, en el Salón de Actos de Ibercaja, el *Primer curso sobre cuidados de Enfermería al paciente ostomizado*, organizado por el Colegio de Enfermería de La Rioja y patrocinado por los "Laboratorios COLOPLAST". La asistencia fue de setenta personas, procedentes del entorno de nuestra Comunidad Autónoma, así como de Navarra, y diversidad de unidades de origen: Hospitales, tanto de INSA-LUD como de índole autonómica, y Centros de Salud.

Bajo la coordinación científica de Pilar Alejandre, Especialista en Estomatología, se abordaron varios temas que perseguían, de un lado, lograr una adecuada relación Atención Especializada - Atención Primaria, así como adquirir un nivel básico de conocimientos y destrezas sobre las ostomías y cuidados al ostomizado.

El modelo metodológico empleado fue el de la participación conjuntando activi-

dades teóricas con las prácticas ("Talleres de dispositivos"), abarcando desde conceptos básicos sobre ostomías y su clasificación, hasta los cuidados intrahospitalarios y extrahospitalarios.

No menos importante fue el estudio de las posibles complicaciones que pueden aparecer inmediata o tardíamente.

DOCENTES:

- **Estrella Marín Fernández**
Enfermera. Profesora Escuela Universitaria de Enfermería de Logroño.
- **Juan Pellejero Sabando**
Supervisor Urología Hospital San Millán.
- **Carmen Pombo Manero**
Enfermera Urología Hospital San Millán.
- **Isabel Blasco Sáenz**
Enfermería de cirugía
- **Nieves López.**
Enfermera especializada Coloplast Productos Médicos S.A.



El público resultó gratamente satisfecho con los conocimientos adquiridos

Así mismo, se tocó el tema de los dispositivos de continencia y sus técnicas, como una alternativa útil para estos pacientes.

En este sentido se contó con la experiencia de Josefina Armenta, Estomate-rapeuta del Hospital Foral de Navarra, quien disertó acerca de las experiencias llevadas a cabo con Dispositivos de continencia, y dentro de los mismos, los resultados obtenidos con Obturadores.

Por último, tuvimos la ocasión de cambiar impresiones con ostomizados cono-

ciendo su punto de vista sobre la situación que les rodea: sexualidad, reinserción laboral, vida familiar y social, trato con el Personal de Enfermería...

Como colofón del curso se llevó a cabo una "Mesa Redonda" con el tema "Comunicación Atención Especializada - Atención Primaria" que dio lugar a un debate no exento de polémica.

A modo de despedida, Laboratorios Coloplast ofreció a todos los presentes un Vino Español.

Agradecemos a COLOPLAST su valiosa colaboración, en especial a Nieves López por su exquisita cordialidad.



Componentes de la mesa redonda:

Gloria Llaría Rubio
Responsable de Enfermería de Área Gerencia de Atención Primaria

Pilar Alejandre Castillo
Enfermera especialista en Estomaterapia

Estibaliz Baldeón Iñigo
Supervisora Servicio Cirugía. Hospital de La Rioja

María Soledad Martínez Sáenz
Enfermera Consulta Cirugía. Hospital San Millán-San Pedro

Coordinador:
José A. León Mangado. *Vocal III.*



Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja



Coloplast

CUIDADOS AL PACIENTE

OSTOMIZADO

Pilar Alejandre Castillo

Colegiada Nº: 1.614

Introducción

Cada día aumenta el número de ostomizados a quienes es preciso dar una atención adecuada a su nueva situación.

Por otro lado, los avances tecnológicos en cirugía están generando nuevas necesidades y nuevos tipos de cuidados a realizar por Enfermería, incluso una exigencia de adaptación a dichos avances.

Sin embargo, en el caso de las ostomías, parece que la función de Enfermería podría resumirse en administrar "bolsas", siendo este aspecto el menos importante, a pesar de que es necesario conocerlo.

Pero es preciso asumir una nueva concepción en este campo: hay que pasar de ser administradores de dispositivos a lograr ser intermediarios en el proceso de normalización del ostomizado, lo que viene a suponer dos aspectos complementarios:

- Atender el estoma, prescribiéndole cuantos cuidados requiera.
- Atender al ostomizado como persona.

En cualquier caso, actuar sobre el cambio de un dispositivo es, relativamente fácil; pero no lo es tanto la actua-

ción ante un ostomizado. Esto supone que la tarea de Enfermería debe ir acompañada de una actitud adecuada, positiva, empática, en la que las funciones van a presentar unos nuevos matices:

- explicar la nueva situación: orientar;
- enseñar los autocuidados: educar;
- proponer la inserción social y laboral: socializar;
- demostrar y adiestrar actitudes positivas: animar.

Cabe añadir que no es papel de Enfermería la integración socio-laboral como tal, pero sí el de fundamentar el proceso con su actuación y colaborar con las instancias y niveles que así lo requieran, puesto que, al final, el trabajo sólo tiene un fin: el ser humano, además ostomizado.

Conceptos clave

1. Ostomías:

Derivación quirúrgica de una víscera (intestino o vías urinarias), para que aflore en la piel en un punto diferente al orificio natural de excre-

ción. Se construyen con un fin terapéutico.

2. Persona ostomizada:

Persona que ha sido objeto de una intervención quirúrgica, para obtener una derivación fisiológica que aboca al exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándose alteraciones biológicas, psicológicas y sociales a la persona.

Clasificación de las ostomías

a) Atendiendo a los órganos implicados:

Digestivas, urinarias y respiratorias.

b) Según su función:

- De alimentación: faringostomía, gastro-ostomía y yeyunostomía.
- De eliminación: colostomías, ileostomías y urostomías.

c) Según el tiempo de permanencia:

- Temporales y definitivas.

d) Atendiendo a la localización abdominal:

- Hemiabdómen derecho: ileostomía, cecostomía, colostomía ascendente

y colostomía transversa derecha.

- Hemiabdómen izquierdo: colostomía transversa izquierda, colostomía descendente y sigmoideostomía.

e) Según el número de bocas:

- Única: una sola boca (Colostomía terminal, que puede ser definitiva o temporal).
- Doble: dos bocas, de las que:
- Abocan a la pared abdominal dos estomas, uno proximal que excreta materia fecal y el distal que excreta mucosidad, llamándose fístula mucosa.
- Doble asa, o cañón de escopeta, en el que se exteriorizan dos estomas por medio de un tutor (colostomía transversa temporal).

f) Dependiendo de la localización anatómica:

- Ileostomía.
- Cecostomía.
- Colostomía ascendente.
- Colostomía transversa.
- Colostomía descendente.
- Sigmoideostomía.

Sistemas Colectores o dispositivos

El objetivo de los sistemas colectores es lograr una recogida cómoda y eficaz de las excreciones intestinales, por lo que debemos conocer los materiales que actualmente están al alcance de nuestras

manos, así como las características de los mismos.

En cualquier caso, primeramente, debe ser el criterio del profesional para la implantación del sistema quien decida el dispositivo; si bien, más adelante, según se gana en experiencia por parte de la persona ostomizada, debe ser esta misma quien vaya indicando su opinión, siempre que no exista un problema objetivo.

Características del colector:

a) Óptima recogida de excreción fecal y gases:

- bolsa cerrada
 - manualmente (pinza o válvula o varilla),
 - sellado mecánico.
- filtro incorporado compuesto de carbono activado que elimina la fuga de olores desagradables.

b) Adaptación adecuada al tamaño del estoma:

La mediación con ayuda de guías milimetradas del contorno de la boca ostomática determinará el tamaño del dispositivo.

La oferta es amplia, abarcando desde 10 a 100 mm.

c) Protección de la piel periestomal:

Los materiales a utilizar previenen las irritaciones periestomales, así como evitan las fugas y filtrados de los diferentes exudados, por lo que es necesario insistir en colocar, como medida preventiva, los más adecuados.

- Dispositivo único
 - bolsa con disco de resina natural o sintética.
- Dispositivo doble
 - placa con aro de conexión a la bolsa, la placa puede mantenerse de tres a seis días sin ser retirada.

	Porción anulada	Tipo de fluido
Colostomía sigmoidea	Parte de sigma y recto	Deposición formada
Colostomía descendente	Colon descendente y recto	Deposición formada
Colostomía transversa	Parte de colon transverso, descendente y recto	Deposición pastosa
Colostomía ascendente	Colon transverso, descendente y recto	Deposición semilíquida
Cecostomía	Todo el colon y recto	Deposición líquida
Ileostomía	Todo el colon, incluido ciego y recto	Deposición líquida y continua

d) Manejabilidad:

Para facilitar su manipulación por parte de la persona ostomizada o familiares que la cuiden.

e) Seguridad y sujeción.

f) Distribución y suministro fluido de los recambios.

Elección del colector según la ostomía

Los dispositivos a utilizar deberán ser:

- Adecuados al estoma.
- Adecuados al efluente.
- Adecuados a la piel del paciente y a él mismo.
- Vigilar que el diámetro del dispositivo sea el adecuado al estoma, ya que así protege la piel e impide que el efluente entre en contacto con la piel.

Cuidados al paciente ostomizado

Constan de los siguientes ámbitos:

- a) Cuidados del estoma y piel periestomal.
- b) Elección del dispositivo.
- c) Cambio del dispositivo.
- d) Alimentación.
- e) Aspectos psicológicos del ostomizado.

a) Cuidados del estoma y piel periestomal:

+ Observación del estoma y piel periestomal.

- Localización del estoma
- Aspecto y color del estoma: el color normal de la mucosa del estoma es rosado-rojo, porque se encuentra muy irrigada.
- Tamaño: la mayoría de los estomas sobresalen ligeramente de la pared abdominal. El tamaño variará en función del órgano

abocado y la técnica empleada.

- Observación de la piel periestomal: valorar la coloración y la integridad cutánea.

+ Cuidados:

- La piel que circunda el estoma requiere una gran atención y dedicación, ya que en la mayoría de los casos es un problema que sufren los pacientes en su vida de ostomizados.
- El mejor lavado se realiza con agua templada, sin uso de jabones (salvo los neutros), ni alcoholes o sus derivados como colonias, que dañarían la piel destruyendo sustancias protectoras.

No se deben realizar fricciones enérgicas.

- El secado debe ser cuidadoso, empapando y nunca frotando.
- Si es posible, se realizará ducha diaria sin dispositivo, para permitir la oxigenación de la piel cubierta por el adhesivo.
- No utilizar depilatorios ni productos irritantes; si el vello es abundante se corta con tijeras.
- En caso necesario, además del dispositivo, se colocarán protectores cutáneos.

b) Elección del dispositivo:

Aunque ya se ha comentado con anterioridad sobradamente, baste recordar que:

- Sellado perfecto.

	Bolsa		Filtro		Fijación	
	Cerrada	Abierta	Incorpo.	Adap.	Sist. Unico	Sist. Doble
Colostomía	X	-	X	X	X	X
Ileostomía	-	X	X	X	-	X

- Bien tolerado por el paciente.
- Ajuste perfecto al estoma.
- Facilidad de cambio o vaciado.
- Fijación segura a la piel.
- Adhesivo efectivo, impermeable, adaptable al relieve y pliegues de la piel, hipalérgico, no-oclusivo, permitiendo la normal transpiración de la piel.
- Bolsas cerradas si las heces están formadas, y con filtro para la salida de gases.
- Bolsas abiertas si las heces son líquidas y abundantes, cerrando con una pinza diseñada para ello.

c) Cambio de dispositivo:

Actualmente los dispositivos de ostomía son todos desechables y han de ser cambiados en función de la calidad y cantidad de los desechos, de las necesidades psicológicas del paciente y del tipo de dispositivo utilizado.

La finalidad del cambio de dispositivo consiste en:

- Valorar y cuidar la piel del estoma.
- Aplicar un colector limpio.

Los consejos a tener en cuenta:

- Lavado de manos,

- material preparado –a mano–: agua templada, toallas de papel, esponja para ese uso,
- retirar el dispositivo con suavidad, tirando con delicadez, en la dirección del nacimiento del vello,
- limpiar y secar la piel suavemente, a toques, procurando no dejar rastros,
- comprobar el tamaño del estoma, sobre todo los primeros días que irá disminuyendo, para adecuar el dispositivo a la cambiante situación,
- si el contorno de estoma es irregular, se colocará un dispositivo que sea adecuado y recortable, para su correcta adaptación, incluso aplicar pasta protectora para rellenar las irregularidades,
- colocar la bolsa de acuerdo a la posición en la que generalmente va a permanecer el paciente mientras la lleve puesta,
- esta limpieza se realizará, al menos, una vez diaria.

d) Alimentación del paciente:

- + puede ser variada, comiendo lo que desee, salvo que el especialista haya indicado lo contrario.
- + Es necesario indicar que algunas comidas como el

repollo, cebolla, frutos secos, legumbres... pueden generar gases, lo mismo que las bebidas gaseosas.

- + No son recomendables comidas picantes por la posibilidad de irritación.
- + Se debe acostumbrar a un horario de comida rígido, que permitirá el control de las evacuaciones.
- + Las deposiciones serán más consistentes con arroz y zanahoria bien cocida, pastas, sémola, tapioca, maizena, carnes y pescados magros.
- + Alimentos como el yogur, requesón, cuajada, mantequilla y perejil disminuyen los malos olores y flato.

e) Aspectos psicológicos del ostomizado:

- + Precisa de una completa información, así como de gran apoyo emocional.
- + Alentar al paciente, por su incertidumbre y el hecho de una intervención altamente invasiva.
- + La comunicación y sentirse apoyado emocionalmente por el personal que le atiende, y su familia, le ayudará a la pronta reintegración y recuperación.

BIBLIOGRAFIA

Vaquero Casas, G. (1990): Guía del ostomizado digestivo. Madrid: M^o. Sanidad y Consumo.

Molina García, A. M. et al: Atención integral al paciente ostomizado. Ed. especial para COLOPLAST

Varios (1989-1^o): Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona: Sims.

“PROTOCOLO DE ACTUACION DEL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA EXPOSICION ACCIDENTAL DE MATERIAL BIOLÓGICO POTENCIALMENTE CONTAMINADO POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B Y C, E INMUNODEFICIENCIA HUMANA.”

F. Arroyo Solanas

Colegiado N.º: 2.140

M. E. Francia Alguea

Colegiada N.º: 1.975

M. M. Huelves Sucunza

Colegiada N.º: 1.979

B. Ocina Santos

Colegiada N.º: 2.054

Agradecemos la colaboración prestada por el Servicio de Medicina Preventiva del Complejo Hospitalario San Millán - San Pedro de Logroño y al Servicio de Salud Laboral de la Comunidad Autónoma de La Rioja

Objetivos

- Proporcionar pautas de actuación a seguir por el personal sanitario en el momento de la exposición.
- Prevenir la transmisión del agente infeccioso al entrar en contacto el personal sanitario con material biológico.
- Definir un protocolo de seguimiento del personal expuesto.
- Aplicar al personal sanitario expuesto las medidas de inmunización o quimio-profilaxis disponibles.

- Valorar las posibilidades de tratamiento en caso de seroconversión.
- Prevenir posibles problemas legales derivados de la exposición.

Introducción

En el momento actual las enfermedades infecciosas más importantes y a las que durante su práctica se ven expuestos los profesionales sanitarios con mayor frecuencia, son las de etiología vírica, resaltando entre ellas las que originan los virus de la hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC) y virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH).

Los estudios acerca del riesgo del personal sanitario se centran fundamentalmente en centros hospitalarios. Aun así, el personal sanitario de cualquier nivel asistencial está en riesgo de infección por VHB, VHC y VIH, aunque este riesgo se focaliza principalmente en unos grupos profesionales (gráfico 1) y en gran parte se debe a una serie de técnicas y procedimientos (gráfico 2).

En el medio Laboral sanitario se conoce como exposición ocupacional a la lesión percutánea (pinchazo o corte), y al contacto de membranas mucosas o pie (principalmente si existen le-

siones) con sangre, tejidos y otros fluidos corporales:

- Semen, secreción vaginal y otros fluidos contaminados con sangre.
- LCR, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico y amniótico (el riesgo de transmisión de estos fluidos todavía no está determinado).
- Muestras de laboratorio que contengan VHB, VHC, VIH. (gráfico 3)

Entre los factores que van a condicionar el riesgo de infección tenemos:

- La frecuencia con la que se producen accidentes que implican contacto con la sangre, en los diversos procedimientos y entre los diferentes profesionales.
- El volumen de sangre transferida.
- La infecciosidad de los distintos momentos de la enfermedad.
- La prevalencia de la infección en la población general y entre los pacientes atendidos.

Se estima que el riesgo de contagio después de un accidente se encuentra alrededor del 20% para el VHB, del 2% para el VHC y del 0,3% para el VIH. De ahí la importancia de que el personal sanitario, especialmente el de enfermería, sea consciente de este riesgo en su ámbito laboral.

Medidas profilácticas

- Adoptar medidas de precaución, ante todo contacto con sangre, fluidos corporales o material con-

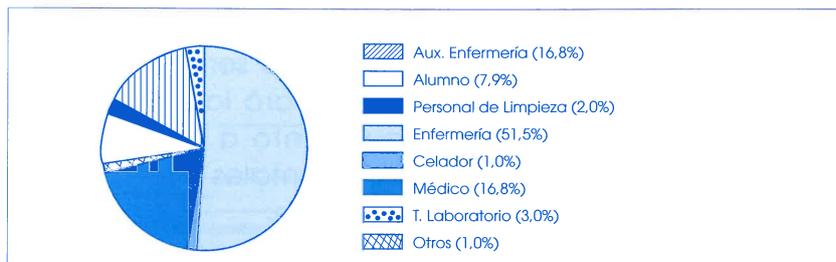


Gráfico 1. Distribución según estamentos

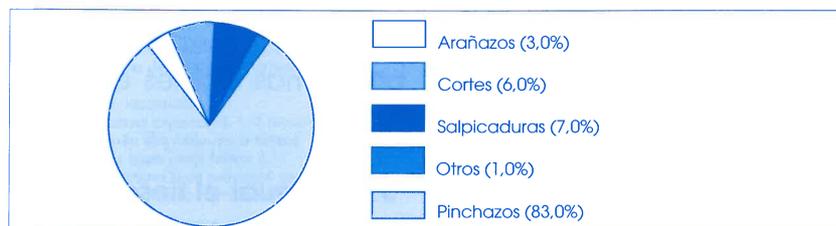


Gráfico 2. Tipo accidente personal Enfermería



Gráfico 3. Material contaminante

taminado (elementos de protección de barrera y normas de higiene personal).

- No realizar maniobras de riesgo, tales como reencauchar, doblar o romper las agujas, así como separarlas de la jeringa o manipularlas innecesariamente.
- Utilizar contenedores especiales para el desecho de las agujas y otros objetos punzantes o cortantes. Tales recipientes deberán ser de material rígido e impermeable (plástico o metal), resistentes a las roturas y desechables. Se colocarán en lugares idóneos para facilitar el uso inmediato y se cambiarán con regularidad.

- Tomar las adecuadas precauciones al administrar inyecciones o terapias de infusión en pacientes poco colaboradores.

- Extremar el cuidado al recoger y limpiar el material reutilizable usado en procedimientos invasivos.

- Se recomienda la vacunación de la hepatitis B a todo personal que desarrolle su labor en el medio sanitario.

Todo el material biológico debe considerarse siempre potencialmente infectado. La adopción de estas medidas preventivas elimina la necesidad de utilizar una señalización especial (punto rojo, indicador alto riesgo, etc.)

3.4. Actitud postexposición VHB

Actitud postexposición		
Situación del expuesto	Fuente	Recomendación
1. No vacunado	1.1. HBsAg (+)	1.1.1. Extracción sangre marcadores
		1.1.2. IGHB*: 1 dosis/i.m.
		1.1.3. 1.ª dosis vacuna recombinante VHB a) Adultos 20 µg/i.m./deltoídes b) Niños menores 10 años: 10 µg/i.m./deltoídes
	1.2. HBsAg (-)	1.1.4. Continuar dosis vacunales, meses: 1, 2, 12
		1.2.1. Primera dosis vacunal
		1.2.2. Continuar dosis vacunales meses: 1 y 6
	1.3. Desconocida	1.3.1. Iniciar vacunación
		1.3.2. Completar esquema: 0, 1, 6 meses
	2. Vacunado y anti-HBs (+)	2.1. HBsAg (+)
2.1.1. Si el receptor tiene suficiente título anti-HBs (+), no hay necesidad terapéutica		
2.2. HBsAg (-)		2.1.2. Si el título es bajo, aplicar una dosis de recuerdo vacunal
		2.2.1. Sin necesidad terapéutica
2.3. Desconocido		2.3.1. Sin necesidad terapéutica, pero valorar 2.1.2
		2.3.1. Sin necesidad terapéutica, pero valorar 2.1.2
3. Vacunado completo (sin respuesta anti-HBs)	3.1. HBsAg (+)	3.1.1. Una dosis IGHB/i.m. A 1 mes repetir segunda dosis IGHB/i.m. (*)
		3.1.2. Pudiera aplicarse una dosis vacunal de recuerdo
	3.2. HBsAg (-)	3.2.1. Pudiera aplicarse una dosis vacunal de recuerdo
		3.2.1. Pudiera aplicarse una dosis vacunal de recuerdo
	3.3. Desconocido	3.3.1. Ante alto riesgo actuar como si fuera HBsAg (+) pauta fuente 3.1
		3.3.1. Ante alto riesgo actuar como si fuera HBsAg (+) pauta fuente 3.1
4. Vacunado completo (sin valoración anti-HBs)	4.1. HBsAg (+)	4.1.1. Extracción de sangre y valorar anti-HBs a) Si es negativo: aplicar 2 dosis de IGHB (*) con intervalo a un mes/i.m. b) Si es positivo: sin necesidad terapéutica, pero valorar 2.1.2.
		4.1.1. Extracción de sangre y valorar anti-HBs
		4.1.1. Extracción de sangre y valorar anti-HBs
	4.2. HBsAg (-)	4.2.1. Sin necesidad terapéutica
		4.2.1. Sin necesidad terapéutica
	4.3. Desconocido	4.3.1. Positivo anti-HBs: sin necesidad terapéutica, pero valorar 2.1.2
		4.3.2. Negativo anti-HBs: una dosis de IGHB/i.m. y una dosis de recuerdo vacunal
		4.3.2. Negativo anti-HBs: una dosis de IGHB/i.m. y una dosis de recuerdo vacunal
		4.3.3. Ante alto riesgo: proceder como pauta fuente 4.1

(*) IGHB: 0,06 ml/kg peso. Para adultos, 5 ml.

3.5. Actitud postexposición VIH.

Si la fuente es anti-VIH (+) o desconocida, se ofrece la posibilidad de iniciar el tratamiento profiláctico con Zidovudina (ZDV). Sin em-

bargo, por el momento no existe suficiente evidencia para poder evaluar la eficacia y la seguridad de emplear ZDV como quimioprofilaxis de infección por VIH tras accidentes en profesio-

nales sanitarios. Por tanto, la profilaxis con ZDV no debe ser considerada como una práctica rutinaria hasta que no dispongamos de datos fidedignos.

El tratamiento profiláctico con ZDV debe ser estrictamente individualizado y que el personal sanitario después de una amplia y detallada información, sea capaz de evaluar las ventajas y desventajas del tratamiento. Una vez tomada la decisión, tras un análisis de pros y contras, el inicio del tratamiento deberá ser lo más precoz posible (ideal en las siguientes tres o cuatro horas).

Se realizará un seguimiento serológico del personal expuesto a las 6 semanas, 3, 6 y 12 meses.

Si la fuente es anti-VIH (-), actualmente no se realiza seguimiento, pero se recomienda un control posterior por una posible seroconversión de la fuente.

Si después de una exposición accidental se manifiesta una seroconversión del receptor, se procedería a su seguimiento clínico y a la valoración con tratamiento antiretroviral.

BIBLIOGRAFIA

- K. FITCH, L. PÉREZ, R. DE ANDRÉS y R. NAJERA. "Transmisión accidental del VIH en el ámbito sanitario". Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA, volumen 4, nº 9, 1993.
- C. FERNANDEZ. "Protocolo catalán ante posibles pinchazos". Diario Médico, 9/11/1995.
- M. CAMPINS, J. ROSELLO, M. OLONA, B. TERÉS, J. VAQUÉ. "Pinchazos accidentales en el hospital. Prevención y Tratamiento". Revista de Enfermería ROL, Nº 109, 1987
- J.L. ARRIBAS et cols. SIDA, un concepto en evolución. Guía de autoapoyo para el profesional sanitario.
- V. MONJE JODRA. INSALUD. Accidentes biológicos, 1995

AGENDA

I CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA GERIATRICA



1st INTERNATIONAL CONGRESS ON GERIATRIC NURSING

PRIMER ANUNCIO - FIRST ANNOUNCEMENT



VII CONGRESO NACIONAL DE LA S.E.E.G.G.
7th NATIONAL CONGRESS OF THE S.E.E.G.G.



II SIMPOSIO NACIONAL SOBRE ULCERAS POR PRESION
2nd NATIONAL SYMPOSIUM ON PRESSURE ULCERS

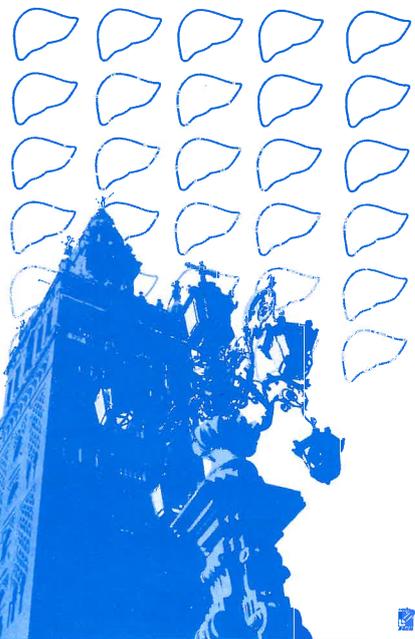
SOCIETAT NUEVA EN UN MUNDO ENVEJECIDO

BARCELONA (España)
28-31 de Mayo de 1997

El II Simposium Nacional sobre U.P.P., el VII Congreso Nacional de la S.E.E.G.G. y el I Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica coincidirán en Barcelona del 28 al 31 de mayo de 1997

V JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA DE TRASPLANTE HEPATICO

Sevilla 25-26-27 Septiembre 1996



21º CONGRESO CUADRIENAL DEL C.I.N.



COMPARTIENDO EL DESAFIO DE LA SALUD

Programa Preliminar

Vancouver, Canada, 15-20 de junio 1997

El Congreso Internacional de Enfermeras celebrará su 21º Congreso Cuatrienal en Vancouver, Canadá, del 15 al 20 de junio de 1997.

VIDEOTECA Y BIBLIOTECA

Videos disponibles en el Colegio



Videoteca

El ABC de la reanimación cardiopulmonar

Health Sciences Consortium, 1989

Realizado para informar al espectador de los pasos a seguir en la asistencia a víctimas de ataques cardíacos o asfixia.

1) Prácticas de reanimación cardiopulmonar.

2) Procedimiento de actuación frente a la obstrucción de vías respiratorias.

3) Prácticas de reanimación cardiopulmonar en niños y adolescentes.

4) Reanimación cardiopulmonar a cargo de 2 personas.

VI-U-1

38 min.

Técnicas básicas de sutura en urgencias

Health Sciences Consortium, 1988

VI-U-3

27 min.

Politraumatismo

Health Sciences Consortium, 1987

La cinta revisa la forma de atención a los pacientes politraumatizados y cómo tratarlos tanto en lugar del accidente como en la sala de urgencias.

VI-U-9

32 min.



Biblioteca

Historia de la enfermería española e hispanoamericana

Cecilio Eseverri Chaverri
Editorial Universitas, S.A.

Este libro es la obra madura surgida después de más de quince años de trabajo de investigación del autor sobre la *Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana*. Es un libro riguroso por su contenido documental y por su rigor en el tratamiento de los datos.

España es el estado, nación o país más rico posiblemente en materia enfermera. Donde mejor documentación disponemos y de procedencia original muy alta: Reyes, instituciones, organismos, etc. Su conservación es perfecta, y sólo consiste en quererla conseguir, poderla encontrar y saberla cotejar con otras áreas del conocimiento histórico, geográfico, antropológico, cultural y filosófico.

La historia es el patrimonio más rico de los pueblos, de las personas, de las instituciones y de las profesiones. Puede asegurarse que una profesión sin historia resulta una pobre profesión. Por esto enfermería está "haciendo lo posible para que te des cuenta de tus raíces históricas. Solamente así serás un ser humano. Solamente así serás más que un mono desnudo. Solamente así evitarás flotar en el vacío". J. Gaarden.

El libro resulta imprescindible para cualquier profesional relacionado con la salud. Y en máximo grado, fundamental para los profesionales Diplomados en Enfermería. Las Escuelas Universitarias de Enfermería tienen en esta obra una herramienta y unos contenidos completos para la asignatura de Historia de la profesión.

Cook. Enfermería psiquiátrica

Cook, J. S., Fontaine, K. L.
Edición: 2ª fecha de PUB: 1994

El objetivo básico de este libro es ofrecer a los estudiantes un texto que contenga todos los conocimientos necesarios sobre enfermería psiquiátrica y de salud mental, aunque por la calidad, extensión y profundidad de su contenido es también útil para el profesional de esas áreas.

Está estructurado en dos partes: Una primera sobre conceptos en enfermería de salud mental, que aporta una sólida base teórica, y una segunda sobre cuidados de enfermería del cliente psiquiátrico, mucho más práctica, con diagnósticos y planes de cuidados.

Hay un capítulo totalmente nuevo que aborda aspectos de gran actualidad, como el SIDA. También se ha añadido un índice analítico que no aparecía en la edición anterior y que facilita la consulta del libro.

Pags. 900

Manual de cuidados respiratorios

Springhouse

Diseñado para consultas rápidas, acompañan al texto general cuadros e ilustraciones clarificadores. Ello permite un manejo ágil y rápido de su amplio contenido y la respuesta puntual sobre las técnicas y procedimientos más modernos en cuidados respiratorios.

Resumen del contenido: Anatomía y fisiología. Evaluación respiratoria. Pruebas diagnósticas y procedimientos de control. Trastornos restrictivos. Trastornos obstructivos. Trastornos vasculares pulmonares. Trastornos agudos causados por inhalaciones. Complicaciones respiratorias de los trastornos neurológicos. Insuficiencia respiratoria. Fisioterapia respiratoria y terapias de hiperventilación. Terapia con oxígeno y aerosoles. Procedimientos para el cuidado de las vías aéreas. Procedimientos para la ventilación asistida. Cirugía torácica y tubos de drenaje torácico. Terapia farmacológica respiratoria. Apéndices: Cuidados de urgencia. Ecuaciones. Programa de rehabilitación pulmonar. Abreviaturas y símbolos. Toxicidad pulmonar: fármacos causantes.

416 págs.

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 