

Crónicas

FRANQUEO CONCERTADO. AUTORIZACION n° 26/28 AÑO VII. N° 19. DICIEMBRE 1996

A Virginia Henderson

Desde ahora la nostalgia será
un viento fiel que hará flamear tu muerte
para que así aparezcan ejemplares y nítidas
las franjas de tu vida

Mario Benedetti

Soporte válido del Ministerio N.º SV 91017R

de

E
N
F
E
R
M
E
R
I
A

SUMARIO



3

Editorial
Cuidados hasta el final
de la vida



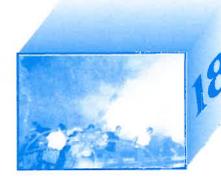
15

Crónica Científica
La ética del cuidado
enfermero en paliativos
Maravillas Giménez Fernández
Diego Gutiérrez Gambin
M^a José Torralba Madrid
Rosario Gómez Sánchez
Cristóbal Meseguer Lizo



4

Noticias Colegiales
5.ºs Encuentros de Enfermería
Riojana



18

Crónica Científica
La actuación en las catástrofes
Dolores Serván León



10

Noticias Colegiales
Servicios al Colegiado



23

Crónica Científica
La sexualidad en la tercera edad
Patricia Martínez Guerra
María Cruz Lázaro Iglesias



12

Noticias Colegiales
Comisión de parados



28

**Biblioteca y
Videoteca**



13

Noticias Colegiales
Nueva sede



29

Agenda

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.
Tlfo. 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.

Cuidados hasta el final de la vida

Los cuidados Paliativos han rebasado en la actualidad el ámbito sanitario, convirtiéndose en un verdadero movimiento social.

Los últimos años han posibilitado el desplazamiento del proceso de la agonía y la muerte desde sólo el más íntimo núcleo familiar hasta unidades especializadas en ese arte de cuidar aliviando, de aliviar cuidando. Lugares éstos dónde se pueda aligerar el peso del sufrimiento, del dolor, incluso de la soledad, es decir, refugios de huidos en busca de una mayor calidad de vida para los que se encuentran en el final de su enfermedad, al límite de su vida. Esta situación y la disponibilidad de estos servicios "especiales" han sacado a la luz sin pretenderlo, la continua y callada labor de numerosos profesionales enfermeros. Durante muchos años "generando vida" hasta el final, en aquellos lugares donde acontecía la muerte. Porque ayudar a alcanzar una muerte digna a través de unos cuidados especializados a la vez que humanos es esencia, parte vital y noble de los cuidados enfermeros.

Hoy que ese testimonio ha sido aireado, es necesario reconocer estos cuidados, paliativos o "de los últimos días" prepararse y preparar para que esta actividad siga articulándose mediante Ciencia, Arte y Humanidad.

Las necesidades del enfermo en sus últimos días y sólo éstas dictarán y modelarán los cuidados. Luego, quizá el cuidar, pueda no requerir de grandes procedimientos, pero nunca debe ser improvisado. Para cuidar hay que: Saber y conocer. Quererlo hacer y tener la oportunidad y los recursos.

Ser consciente de que los cuidados son la única herramienta que resta, afianza al cuidador como principal aliado del enfermo, y ayuda a traspasar la frontera del desaliento, del desánimo que para muchos puede suponer la escena de cuidar a alguien "sin futuro".

Cuidar significa dar, pero también escuchar, apoyar, sentir, acompañar. Cuidar no es, rendirse, dejar, compadecer,...

Durante los pasados Quintos Encuentros de Enfermería Riojana centramos nuestra jornada anual de trabajo en profundizar en este rescatado nuevo espacio con sello de cuidador

5^{OS} ENCUENTROS DE ENFERMERIA RIOJANA



ORGANIZACION
COLEGIAL DE ENFERMERIA
Colegio Oficial de La Rioja

Cuidados Paliativos y Enfermería



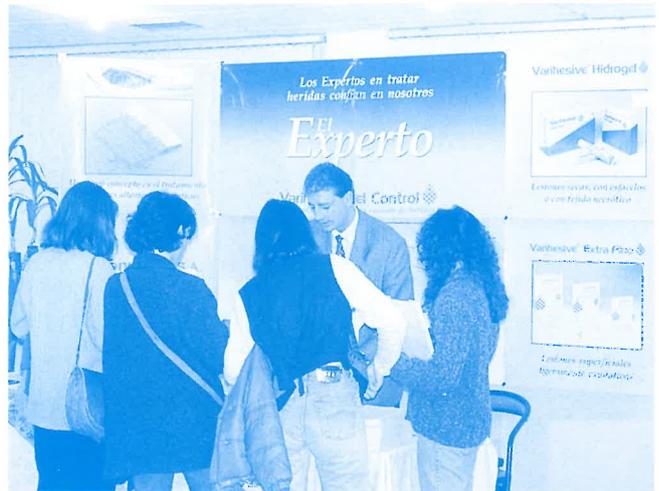
ENTREGA DE
DOCUMENTACION
Y
ACTO DE
APERTURA

CONFERENCIA:
"POSIBLES
ESTRUCTURAS
FORMALES DE LOS
CUIDADOS PALIATIVOS
EN ESPAÑA. EQUIPOS
MULTIPROFESIONALES"
DÑA ENRIQUETA
PÉREZ GARCÍA





DESCANSO-CAFE



EXPOSICION DE MATERIAL TECNICO



CONFERENCIA: "CUIDADOS DEL CONFORT"
D. TEODORO BONDYALE OKO



COMUNICACIONES ORALES



ALMUERZO DE TRABAJO





ENTREGA DE REGALOS



ENCUENTRO DE GENERACIONES



HOMENAJE A JUBILADOS



HOMENAJE A JUBILADOS



CONFERENCIA: "FORMACION EN CUIDADOS PALIATIVOS. UNA REVISION"
D. ALFONSO M^o GARCIA HERNANDEZ



MESA REDONDA



PONENTES:

- ALFONSO M^o GARCIA HERNANDEZ
- TEODORO BONDYALE OKO
- ENRIQUETA PÉREZ GARCIA



PREMIOS CIENTIFICOS



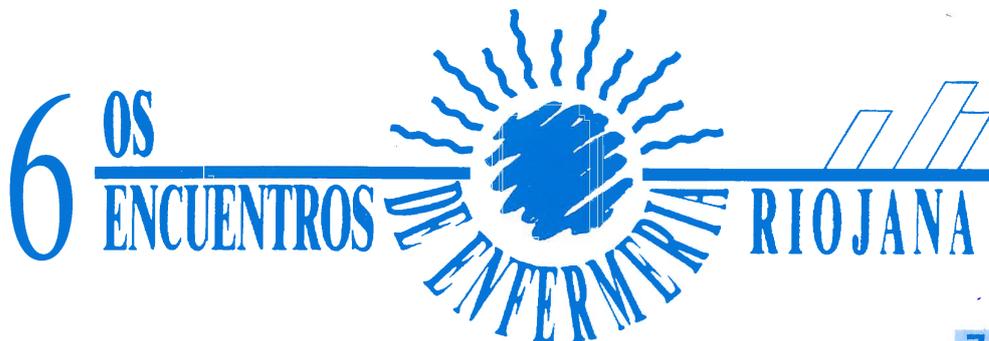
JURAMENTO NUEVOS COLEGIADOS

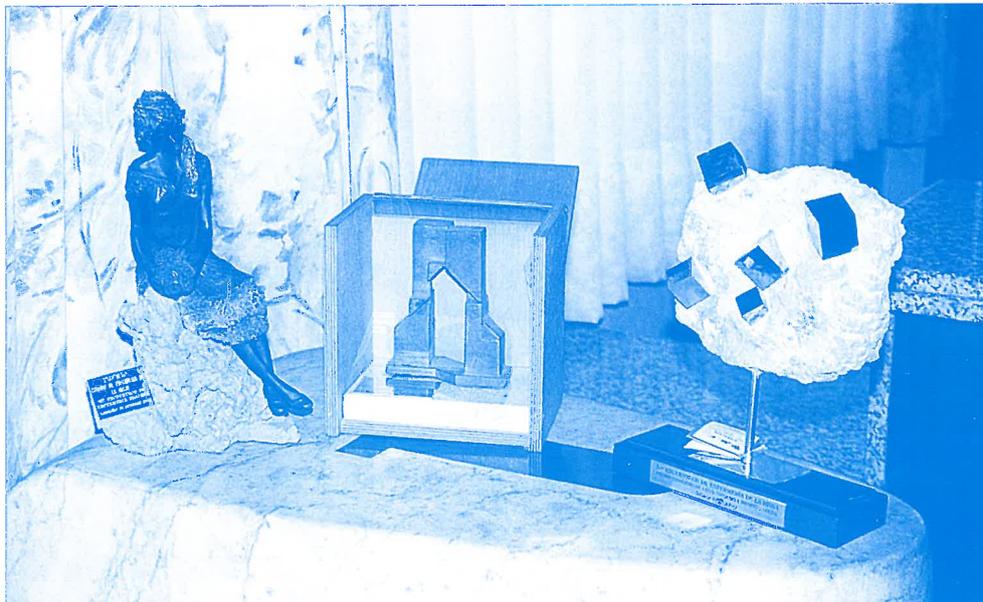


ACTO DE CLAUSURA



ESPERANDO LOS...





COMUNICACIONES PREMIOS CIENTIFICOS



PREMIO COLEGIO OFICAL DE ENFERMERIA

Autor: Mercedes Heras Roseñada

El trabajo en los hospitales está orientado hacia el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, con tecnologías complicadas, luchando por salvar vidas y contra la muerte. Esto está bien, pero se deja en un segundo plano las necesidades espirituales y humanas. Hay circunstancias en las que la propia enfermedad no surge de forma putual o remediable por estas mismas armas terapéuticas. Me pongo en el caso de la enfermedad terminal y, ¡por qué no!, en el caso de una enfermedad crónica, donde el curar pierde su pleno significado y donde el objetivo pasa a ser paliativo, es decir, de cuidado integral del paciente y, como complemento, el alivio de alguno de sus síntomas.

Hasta hace un tiempo yo desempeñaba mi profesión de enfermería, con lo que pensaba total dedicación y cubriendo todo aquello que mis pacientes necesitaban. Luego, y de forma inesperada, cambié mi papel al de receptora de todo ese cuidado. Es por ello que me gustaría transmitir cómo se siente uno desde el otro lado.

Ante el shock que supone todo diagnóstico, y el de cáncer entre ellos, aparece un vacío existencial que condiciona tus sentimientos en sentimientos de

confusión, de vacío, soledad... te sientes con ansiedad, insegura, pequeña y pierdes tu propia identidad; y, a pesar de tener a tu lado a tu familia, personal sanitario y amigos, dicho vacío, como enferma, ha sido lo más difícil de reorganizar en mi camino.

Así, creo que una persona se tiene que crear sus pensamientos positivos, recuperar sus fuerzas, sentido de su vida; reconociendo que bajo este suceso inesperado se ha reencontrado con la fragilidad de su propia existencia; una parada en la vida que le hace valorar ésta.

Es un momento de repaso: ¿Qué has hecho? ¿Qué te queda por hacer?; es el momento de la encrucijada entre el sentido de la vida y la existencia de la muerte. En el que las cosas no sólo les ocurren a los demás; me ha ocurrido a mí y a partir de aquí mis valores cambian y es el momento de su reorganización.

La omnipresencia de la muerte en la vida permite discernir lo importante de lo trivial, lo esencial de lo accesorio, quitar importancia a los problemas de la vida diaria; y nos prepara para ayudarnos a nosotros mismos y desde aquí poder ayudar y transmitírselo a los demás.

Todo esto, que no se ve ni se transmite, pero que pasa, es lo que yo en mi experiencia he echado en falta.

Cuidar estas facetas es un objetivo paliativo esencial. Creo que si cuidamos más y mejor a estas personas con una enfermedad, potenciaremos esta armonía física y mental, de lo que a su vez se beneficiará su salud integral en los tres planos: Biológico, psicológico y social.

Los cuidados paliativos, por tanto, considero necesario que se realicen por un equipo multidisciplinar para dar cabida a todos estos objetivos mencionados, tanto en el caso de enfermedad terminal como en aquella que no lo es.

Esta visión es un cuidado paliativo, porque si sabemos aceptar que nada es permanente, gozaremos más de la vida presente.



PREMIO CIUDAD DE LOGROÑO

Título: MANUAL DEL CONFORT EN EL ANCIANO

autores: • Eva María Galilea San Miguel
• Azucena Martínez Sáenz
• Itziar Hernández Moreno,
• Ana Barquín Martínez,
• M^oCruz Ruiz Pérez
• Teresa García Bretón.

Centro de Trabajo: Residencia San Agustín

Con este póster, queremos dar unas pinceladas de humor sobre el cuidado del anciano en todos sus estadios, con el objetivo de conseguir el máximo CONFORT de la persona.

Para englobar en un metro cuadrado un tema tan amplio como éste, lo hemos concentrado en seis pilares básicos.

Nuestro objetivo es reflejar en este póster una parte fundamental de nuestra labor, que muchas veces se da por hecha o sabida y, sin embargo, debe ser el punto de partida de nuestro trabajo diario.

PREMIO CONSEJERIA DE SALUD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL.

Título: ¿METAMORFOSIS DE LA ENFERMERA?

autores: • Emilia León León
• Raquel Ortigosa Martínez
• Mirem Aurken Prestamero Ocio

Centro de Trabajo: Escuela Universitaria de Enfermería

Tema: Cualquier acto de relación enfermero-paciente tiene que estar encaminado a no perder de vista que el objetivo fundamental es procurar un mayor bienestar al paciente (como un ente biopsicosocial): se debe tratar de disminuir en la medida de lo posible su ansiedad, no aumentarla. Por este motivo abogamos por una medicina en la que la relación enfermero-paciente sea lo más estrecha posible, con una mayor preocupación por la calidad de vida.

El personal sanitario se enfrenta con el paciente no como un mero investigador de la importancia de los síntomas, sino como alguien que, valorando el conjunto de la situación y teniendo en cuenta las demandas del paciente, está presto a ayudarle en todos los sentidos.

“A lo largo de los cruces de tu camino te encuentras con otras vidas: conocerlas o no, vivirlas a fondo o dejarlas correr es asunto que sólo depende de la elección que efectúas en un instante. Aunque no lo sepas, en pasar de largo o desviarte, a menudo está en juego tu satisfacción personal y la de quien está a tu lado.”

La educación profesional está enfocada a preservar la vida y no a afrontar la muerte, por ello, desde nuestro punto de vista como estudiantes queremos destacar la importancia de impartir, ya desde la Escuela, conocimientos sobre cuidados paliativos y aspectos psicológicos del paciente terminal.

MENCION ESPECIAL

Título: ETICA DEL CUIDADO ENFERMERO EN PALIATIVOS

autores: • Maravillas Gimenez Fernández
• Diego Gutierrez Gambin
• M^o José Torralba Madrid

Centro de Trabajo: Escuela Universitaria de Enfermería de Murcia.

SERVICIOS AL COLEGIADO

PROGRAMA ANUAL DE FORMACION CONTINUADA

CURSOS GRATUITOS Y
ACTIVIDADES CIENTIFICAS

BECAS

CONVOCATORIA ANUAL

ASESORIA JURIDICA

CONSULTAS GRATUITAS TEMAS PROFESIONALES
25% DESCUENTO PLEITOS JURIDICOS

PREMIOS CIENTIFICOS

CONVOCATORIA ANUAL

AULA INFORMATICA

PREVIA PETICION

SALA DE REUNIONES

PREVIA PETICION

PARKING

UNA HORA GRATUITA

BIBLIOTECA-VIDEOTECA

USO EXCLUSIVO EN EL COLEGIO

INFORMACION GENERAL

EN HORARIO DE ATENCION
AL PUBLICO

PUBLICACIONES

CRONICAS DE ENFERMERIA
Y ENFERMERIA ACTUALIDAD

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

La Organización Colegial de Enfermería tiene concertado con Zurich International, desde 1 de Enero de cubierto por la póliza 941239114-7 con las siguientes características, entre otras:

Tomador del seguro: Consejo General de Diplomados en Enfermería de España en representación del conjunto de los Colegios de España.

Asegurados: Se entienden por asegurados los colegios.

Riesgos cubiertos: Los derivados de los daños corporales causados a terceras personas, a consecuencia de faltas, errores, omisiones o negligencias involuntarias cometidas por él mismo en el desarrollo propio de su actividad profesional como Enfermero, Cualquier especialidad de Enfermería, Fisioterapeuta o Podólogo.

Garantías: Desde 1 de Enero de 1995 se establece una garantía máxima por siniestro de Ptas. 100.000.000.-

Este certificado tiene validez, en tanto la póliza se halle en vigor, para todos los colegiados del Estado, siempre y cuando estén al corriente de sus obligaciones con su Colegio Provincial.

En caso de siniestro:

- Pondrá el hecho en conocimiento de su Colegio inmediatamente.
- No deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar nada.
- Si es citado por el Juzgado, exija que le informen si lo hacen como "imputado" o como "testigo".
- Los servicios jurídicos de la Organización Colegial (exclusivamente) darán las instrucciones precisas personalizadas a los afectados y designarán abogados y peritos si fuese necesario.

Horario de Atención al Público

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

CONVENIOS

EL COLEGIO DE ENFERMERIA DE LA RIOJA RENUEVA SUS ACUERDOS CON VIAJES ECUADOR
Y HOTELES NH EN BENEFICIO DE TODOS SUS COLEGIADOS.



VIAJES
ECUADOR S



SERVICIOS

- 72 Oficinas en todo el territorio nacional.
- Precios especiales en más de 250 hoteles nacionales e internacionales (Las tarifas a aplicar estarán entre el 10% y el 25% por debajo del precio oficial)
- Bonificación del 25% en coches de alquiler de la compañía EUROPCAR, sobre tarifas regulares tanto en la península como en Baleares y Canarias.
- Precios especiales en los Hoteles de nuestro grupo: NOVOTEL, SOFITEL E IBIS (más de 2.000 en todo el mundo).
- Seguro de viajes de 10.000.000 ptas. (gratuito).
- Seguro de asistencia (gratuito).
- Bonificaciones especiales para viajes vacacionales de cualquier tour operador.

LOGROÑO: Gran Vía, 38 Tel.: 227550
FAX: 206341
CALAHORRA: Bebricio 24 - Tel.: 134400
FAX.: 146989

SERVICIOS

- 78 Hoteles en todo el Territorio Nacional.
- Tarifa especial empresa aplicada de Lunes a Jueves. (3ª persona 35% de descuento sobre el precio por persona en doble)
- Tarifa especial fin de semana aplicada de Viernes a Domingo (3ª Persona 33% de descuento sobre el precio por persona en Doble) Niños menores de 12 años gratis compartiendo hab. doble.
- El Hotel Herencia Rioja dispone de un restaurante con salones privados para cualquier tipo de celebración. Además en función de gustos o necesidades podreis elaborar vuestro propio menu contando siempre con el asesoramiento de profesionales.

Logroño: Hotel NH Herencia Rioja
c/Marqués de Murrieta

COMERCIOS CON ACUERDO VIGENTE

JOYERIA *Balsary*

Jorge Vigón, 9 - Tel.: 25 54 35
26003 LOGROÑO

20% dto.

JOYERIA RELOJERIA DOMINGUEZ

Hnos. Moroy, 2 - Tel.: 25 14 26
26001 LOGROÑO

BASICA

LIBRERIA PAPELERIA REGALOS

C/ Ingeniero de la Cierva, 6
TEL.: 26 29 83

10-20% dto.

NEUMATICOS

LLANTAS ALBERTO

Marqués de la Ensenada, 24
TEL.: 23 41 86
LOGROÑO

15-25% dto.

AMFER OPTICOS

Chile, 17-19 Logroño
Revisión vista gratuita

20-50% dto.

SOLO DEPORTES

Gran Vía, 20
Telf.: 941 22 95 97
26002 LOGROÑO

10% dto.

MAGAÑA PAPELERIA TECNICA

NIF B-26182865

Telf.: 26 29 83 Fax: 26 10 60
Huesca, 22- 260021 LOGROÑO

10% dto.

OPTICA ANGULO

Gonzalo de Berceo, 2
TEL.: 20 91 91
26005 LOGROÑO

20% dto.

Estimados compañeros:
De nuevo aprovechamos las páginas de esta revista para dirigirnos a vosotros.
En el número de Mayo de Crónicas de Enfermería nos dimos a conocer y os animamos a acercarnos a nosotros siendo la respuesta bastante mayoritaria.

Quizás no se hayan cubierto las expectativas de algunos a la hora de formar parte de la Comisión pero os puedo asegurar que nuestra intención es seguir adelante y prestas la ayuda necesaria en aquello que necesiteis.

El verano ya pasó y quien más quien menos vuelve a la situación de "parado" que tan poco gusta y a la que desafortunadamente estamos acostumbrados, con ello os quiero reiterar nuestro interés en que forméis parte de esta Comisión, si no lo sois ya, y sobre todo a aquellos nuevos colegiados que en Mayo quizás tenían otras preocupaciones y no estuvieron al tanto de la creación de este grupo de trabajo.

Por otra parte estamos ultimando detalles para una próxima Asamblea Informativa de la que os mantendremos puntualmente informados.

Como siempre quedamos abiertos a todas aquellas sugerencias que os parezca interesante hacernos llegar.

Hasta pronto, un saludo:



José Antonio León Mangado
Vocal III- Coordinador Comisión de parados

COMISION DE PARADOS

Cartas al Director

Así mismo se recuerda que sigue abierta la sección de cartas al Director, aunque últimamente no ha aparecido por no recibir ninguna a tal efecto.



NUEVA SECCION DE RELATOS BREVES

En un intento de premiar la creación literaria y el esfuerzo que ésta supone, se comunica a todos los colegiados que la dirección de Crónicas se complace en reservar algunas páginas para publicar relatos cortos, siempre que éstos tengan relación con el mundo sanitario. Para facilitar su publicación, es aconsejable que no superen cinco folios. No teniendo carácter científico, no se entregarán certificados de publicación. El único objetivo, por tanto, es el de animaros a descubrir el gratificante sabor de la escritura, despertar la imaginación, y si es posible, entretener al resto de colegiados con vuestras experiencias y ficciones.



PROYECTO DE DISTRIBUCION NUEVA SEDE COLEGIAL

Como ya se informó en su día, el Colegio ha adquirido un local donde se ubicará la nueva sede. Dispone de casi 400 metros cuadrados y se sitúa en la futura plaza de Tomás y Valiente, entre las calles San Millán y Cantabria. La fachada se orientará al paseo Prior, aún en construcción y que discurre paralelo al Ebro.

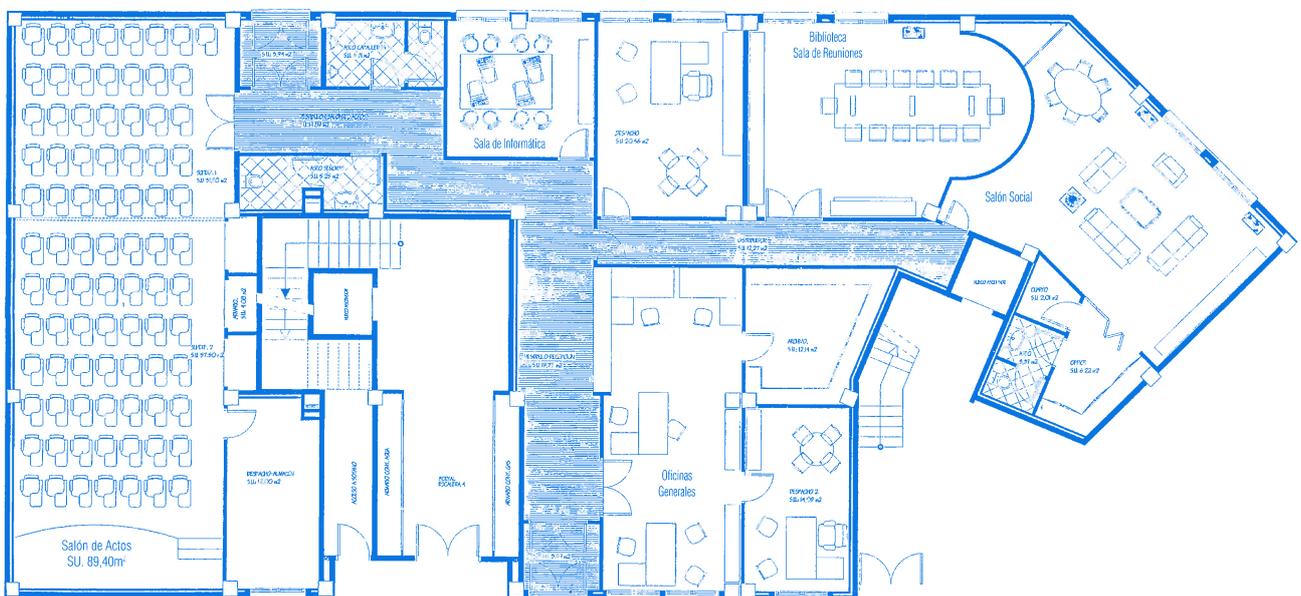
Esta zona de Madre de Dios gozará en poco tiempo de abundantes zonas ajardinadas, quedando muy próxima al creciente campus universitario.

Las ventajas de la nueva sede son numerosas. Entre ellas cabe destacar que se podrá contar con un aula propia donde poder realizar los cursos de formación continuada, así como otra destinada a sala de informática, una biblioteca más amplia e incluso un salón social que servirá de lugar de reunión para los colegiados.

La adecuada gestión económica del colegio, permitirá hacer frente al pago del 50% de los 43 millones de pesetas a que asciende la operación. El resto será financiado con un crédito a largo plazo y con el piso donde está instalada la sede actual. Todo ello sin alterar de ningún modo el ritmo de actividades que se vienen desarrollando hasta ahora.

Aunque la entrega del inmueble no se prevé hasta finales de 1997, y teniendo en cuenta las posibles variaciones hasta entonces, os adelantamos un proyecto de distribución.

Esperamos que todo el esfuerzo e ilusión invertidos en esta empresa sean compartidos por todos de buen grado



NOMBRAMIENTOS

A pesar de tener esta revista un carácter más científico que informativo, creemos conveniente hacer una relación de los cargos que han sufrido modificaciones últimamente, ya que las variaciones habidas en estos puestos del organigrama administrativo de la Sanidad Riojana, pueden ser importantes para nuestra profesión.

Nuevo Director Gerente del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro:
D. JOSE MARIA ROMO GIL. En sustitución de D. ENRIQUE GOMEZ FERNANDEZ

Nueva Directora Gerente de Atención Primaria:
DÑA MARGARITA GOLDARACENA TANCO En sustitución de D. Iosu SENOSIAIN IBAÑEZ

Nueva Directora Provincial del Insalud:
DÑA ANUNCIACION TORMO DOMINGUEZ. En sustitución de D. PEDRO BADOS ACEBES

Nuevo Director Médico del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro:
D. ENRIQUE BARINAGA. En sustitución de DÑA REGINA MUZQUIZ.

Deseamos suerte a los recién incorporados, esperando que su buen hacer discurra en armonía con los profesionales de la salud y con este Colegio en particular. Aprovechamos al mismo tiempo para despedir a los que abandonan cargo.

Al cierre de estas páginas seguimos a la espera de posibles nuevos nombramientos entre los cuales podrían estar las direcciones de enfermería aún no renovadas.

Avisos

- Se ruega a los colegiados que todavía no han pasado a recoger fianzas y títulos de cursos, así como carnets nuevos, lo hagan cuanto antes.
- Del mismo modo se recuerda que los trabajos de dichos cursos han de ser entregados dentro de los plazos fijados.
- Se agradecerá que aquellos colegiados que hayan cambiado, o lo hagan en el futuro, de dirección o teléfono, lo comuniquen en la secretaría, a fin de que tanto las publicaciones como la información general les llegue con exactitud.

LA ÉTICA DEL CUIDADO

ENFERMERO EN PALIATIVOS

Maravillas Gimenez Fernández
Diego Gutiérrez Gambin
M^a José Torralba Madrid
Rosario Gómez Sánchez
Cristóbal Meseguer Lizo

El objetivo de nuestro trabajo es resaltar la importancia de la ética profesional llevada a la práctica a través de una ética del cuidado enfermero en paliativos.

Si algo es realmente trascendental en nuestra existencia, es la relación de dos términos, nacer y morir. Pero parece como si en nuestros días la muerte no existiera, nuestra sociedad la ve como un fracaso, pues ya no se produce, ya no se consume; todo esto está provocando la desocialización de la muerte.

Haciendo un breve análisis del porqué del aumento de la demanda de los Cuidados Paliativos, podemos observar que se ha producido:

Un **CRECIMIENTO ECONÓMICO**, lo que ha provocado la **EVOLUCIÓN DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**, sobre todo desde la Segunda mitad del s.XX, debida ésta a dos revoluciones:

La **Primera Revolución** fue la **TERAPÉUTICA**: donde se produce el descubrimiento de sulfamidas, antibióticos, logrando terminar con gran cantidad de enfermedades infecciosas, por lo tanto con las Epidemias, causa de muchas muertes hasta ese momento.

A su vez, esta revolución también afecta a los avances en los Tratamientos de Prolongación o No de la Vida, la Calidad de dicha vida y la Experimentación Clínica.

La **Segunda Revolución** fue la **BIOLÓGICA**: donde se produce el descubrimiento del Código Genético, esto le ha dado al hombre el poder para el Control

de la Reproducción y todo lo que ella engloba.

Por lo tanto, estas dos revoluciones, la terapéutica y la biológica son las que han provocado, como hemos mencionado anteriormente esta evolución en las Ciencias Sanitarias, produciéndose: **EL AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA, LA DISMINUCIÓN DE LA NATALIDAD Y LA DISMINUCIÓN DE LA ÓRBIMORTALIDAD NATAL E INFANTIL.**

De lo cual se puede deducir el **ENVEJECIMIENTO DE NUESTRA SOCIEDAD**, es un hecho evidente que la Pirámide de Población se está invirtiendo, provocando el **AUMENTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS**, debemos mencionar a este respecto que aumentan sobre todo las **DEGENERATIVAS.**

Ante estas enfermedades se puede proporcionar cuidados eficaces y cambiar su pronóstico de vida durante largo período de tiempo, siendo un hecho frecuente que estos enfermos recibían atención sanitaria antes de morir; de lo que se deduce el **AUMENTO DE LA DEMANDA DE CUIDADOS PALIATIVOS**, ya que estas personas los necesitarán en la fase final de su vida.

Todo lo mencionado anteriormente ha hecho cambiar por completo la vida del hombre, planteándose cuestiones morales que anteriormente ni tan siquiera se planteaba, pues ignoraban que tales circunstancias se pudieran dar.

Estos avances científicos y tecnológicos han provocado cambios sobre las Instituciones, la Comunidad y los Valores mismos del Individuo, pero a pesar de todos los cambios culturales que se

están dando, es un hecho irrefutable que **LA MORAL ES FUNDAMENTO NATURAL DEL ACTO HUMANO**; por lo tanto los **PRINCIPIOS ÉTICOS EN LOS QUE SE BASA LA ENFERMERÍA** así como todos los profesionales de las Ciencias de la Salud, no varían, siendo siempre válidos:

- EL VALOR SAGRADO DE LA VIDA
- LA LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD

Pensamos que el problema de nuestra sociedad actual radica, no en los avances científicos, pues bien dirigidos pueden ayudar al hombre a mejorar su "calidad de vida". Sino en la especie de **DELIRIO DE INMORTALIDAD GENERALIZADO** que estamos sufriendo. De hecho, cuando los **CUIDADOS DE ENFERMERÍA** no van dirigidos a conseguir la independencia del enfermo, con la consiguiente prolongación de su vida, sentimos que toda nuestra actuación está sin contenido, lo vemos como un fracaso profesional, viéndonos impotentes en esta situación por muchos motivos: por falta de preparación universitaria y profesional, por falta de vocación, por falta de moderación, etc.

No debemos olvidar a las instituciones Sanitarias, que como buenas empresas se plantean el problema de los costes, resultados y beneficios.

Ante esta problemática se plantean varias soluciones como la "EUTANASIA", la cual se presenta como una garantía de "MUERTE DIGNA", de "CALIDAD DE VIDA", ante el peligro de "ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO". Pero no se trata de buscar el camino más fácil para uno o para otro, si no de HUMANI-

ZAR LA MUERTE, viendo a ésta como un proceso más de la vida. Enfocar bien el problema es ayudar al enfermo a vivir lo más dignamente posible la última fase de su existencia.

Asimismo, recordamos que la ESENCIA de la profesión enfermera reside en cada uno de nosotros pues, es la más antigua de las artes y la más moderna de las ciencias: desde que el hombre es hombre ha estado recibiendo cuidados desde la hora de su nacimiento hasta la llegada de su muerte.

Enfermería es la disciplina que nunca da de "ALTA" a la persona a la que está cuidando, es decir, su objetivo es el cuidado holístico, individual y continuando de la persona Sana o Enferma, así como de su familia. Los cuidados dados a la persona sana tienen como fin la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y los cuidados aplicados a la persona enferma buscan que ésta recupere su independencia en el menor tiempo posible, y en caso de no poder alcanzar su restablecimiento debemos ayudarle al BIEN MORIR.

A continuación nos planteamos la siguiente cuestión:

¿QUÉ CUIDADOS DEBEMOS PRESTAR A LOS ENFERMOS A TRAVÉS DE LA ÉTICA ENFERMERA?

Cuando tratamos con el enfermo terminal debemos tener en cuenta una serie de VALORES que deben guiar nuestra decisión y práctica:

- La Enfermera y todo el personal sanitario tienen que tener como Objetivo Básico el prolongar la vida del enfermo, teniendo en cuenta la realidad del mismo; se le aplicarán aquellos medios que sean necesarios, pues tiene puesta su confianza en nosotros.
- Todos los cuidados proporcionados por la Enfermera deben ir dirigidos al alivio del dolor físico y psíquico del enfermo. *Aliviar el dolor No significa "disminución de su consciencia", sino que su fin es el Humanizar y Dar Sentido a su proceso de muerte, para que de igual forma que ha gozado de una vida digna, su muerte también lo sea.*
- Respetar en todo momento la decisión del enfermo ante la consciencia y lucidez hacia la muerte. Si el enfermo está capacitado para ello debe de estar bien informado, pues tiene derecho a saber sobre su estado, evolución, cuidados aplicados... ya que nadie es quién para decidir por él.

Así pues, la profesión enfermera tiene en el Área de Cuidados Paliativos una gran responsabilidad, y para aplicar dichos cuidados, debemos basar todas nuestras funciones, desde el punto de vista ÉTICO Y MORAL, en un código de conducta que guíe todas aquellas acciones a realizar por los profesionales de la enfermería, ya que alrededor del

enfermo terminal giran muchos interrogantes; existiendo una cierta personalización de la Ética de los Cuidados. Por todo lo mencionado se ve la Necesidad de un código para la unificación de criterios a la hora de la práctica cotidiana; dicho código es el CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA, que establece una serie de normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión.

A su vez la ÉTICA nos aporta trece PRINCIPIOS en relación al enfermo terminal y la muerte:

- LA MUERTE PERSONAL.- Se basa en que la persona es un ser Total y posee distintas dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual. La muerte personal requiere la AUTORREALIZACIÓN PERSONAL, ésta se podrá dar siendo el enfermo consciente de que llega el fin de su existencia, de esta forma podrá dictar sus últimas voluntades, prepararse social, familiar y espiritualmente. La enfermera le puede ayudar informándole sobre todo lo relacionado con sus cuidados, acompañando a la persona, escuchándola, dialogando con ella, tratándola con respeto y aceptación, es decir, haciéndole sentir que No está sola ni lo estará.
- LA MUERTE DEBE LLEGAR DE FORMA NATURAL.- Es decir, sin intervención activa de la enfermera o de otro miembro del equipo interdisciplinar, por la administración de algún agente letal o por la omisión de tratamiento o cuidados necesarios. Se trata de mantener con la misma intensidad todos los cuidados necesarios, y a su vez llevar a cabo las modificaciones precisas en la naturaleza de algunas intervenciones.
- EL AYUDAR AL BIEN MORIR.- En relación a esto podemos definir la enfermedad terminal como la fase final en el proceso evolutivo de muchas enfermedades crónicas, donde se agotan



los tratamientos llegando al nivel vital de irreversibilidad. Aquí no cabe el planteamiento de "DESAHUCIO", o de "ABSTINENCIA ENFERMERA", pues hay mucho que hacer por un enfermo terminal.

Se debe apoyar en todo momento la expresión de los sentimientos del enfermo, administrándole todos los cuidados necesarios.

Es importante tener en cuenta en este tercer principio

LA ÉTICA DEL BIEN MORIR.

En el cuidado al enfermo terminal hay que tener en cuenta siempre:

- El alivio oportuno del dolor.
- El alivio del sufrimiento.
- El respeto a la persona a rehusar el Tratamiento.
- El promover una atención a la salud de forma que la persona y su familia no lleven a costas la carga de la situación sin apoyos.
- Manutención de la esperanza real.
- No permitir su aislamiento y soledad.
- Manutención de la independencia.

Ante todo lo mencionado, podemos deducir que la VIDA en sí es un valor primordial, y tenemos el deber y el derecho de guardarla y realizarla, pero tenemos que tener en cuenta que la vida es Finita, tiene el ya dicho valor primordial en el tiempo pero no siendo un VALOR ABSOLUTO. Por todo esto podíamos hablar de la aplicación de "CUIDADOS PROPORCIONADOS".

No se trata de discernir entre lo que son "MEDIOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS", sino que dependerá de la persona a la cual se le apliquen dichos cuidados. Para esto se debe estudiar la realidad de la persona en sus distintas dimensiones, estudiando a la vez su familiar y su entorno, analizando dicha realidad y enmarcándola dentro del cuerpo de conocimientos propios de la Enfermería.



Es evidente que lo que para unos pueden ser medios ordinarios, en su situación concreta, para otros se tratará de medios extraordinarios.

Ante esto debemos seguir dos criterios:

- ORDEN OBJETIVO: tales como la naturaleza de los medios, costo, las consideraciones de justicia y las opciones a las cuales podemos optar.
- ORDEN SUBJETIVO: como son que el enfermo no sufra choques psicológicos, angustia, malestar, y más...

Podríamos decir, que lo más aceptable es tener siempre como objetivo la relación entre los MEDIOS EXISTENTES y el FIN QUE BUSCAMOS, que no es otro que proporcionar al enfermo terminal "CALIDAD DE VIDA" y una "MUERTE DIGNA".

Para concluir diremos que, los PILARES para llevar a cabo cuidados paliativos de calidad, basados en la Ética Profesional Enfermera son:

- LA FORMACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA.
- LA FORMACIÓN HUMANITARIA, mediante la Relación Terapéutica o de Ayuda.
- EL CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA, así como otros que guíen nuestra práctica cotidiana como puede ser el CIE

(Código Internacional de Enfermería).

Son los cuidados paliativos el futuro de muchos enfermos, no es una utopía ni algo que esté tan lejos de nosotros, es una realidad el avance científico y la necesidad de los cuidados paliativos, por lo tanto es un hecho inseparable a la sociedad actual y al hombre.

Es importante que todos los profesionales que integramos el equipo interdisciplinar nos formemos desde la Universidad y posteriormente, mediante formación continuada, para esta labor tan importante y compleja. Pues, "EN CUALQUIER SITUACIÓN LA VIDA TIENE SENTIDO".

La enfermera, así como el resto del equipo, nunca provocarán la muerte al enfermo de forma directa o indirectamente, pero tampoco deberán obstinarse en dar al enfermo terminal un tratamiento que no está de acuerdo con su realidad. Siempre teniendo en cuenta la PROHIBICIÓN ABSOLUTA de la EUTANASIA, así como todo gesto carente de racionalidad, es decir, un NO al ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO.

¡Recordemos! Los enfermeros tenemos el deber de aliviar el sufrimiento físico y moral de la persona, de mantenerla de acuerdo con su realidad y de proporcionarle su máxima calidad de vida. Velando en todo momento por el respeto y dignidad de la persona. De ahí, la suma importancia de la Ética del Cuidado Enfermero en Paliativos.

LA ACTUACION EN LAS CATASTROFES

Dolores Serván León
N.º Colegiada: 1674

Introducción

El objetivo primordial en la gestión de las catástrofes no es tener un "botiquín de urgencias" a mano, sino el elaborar la mejor respuesta ante tales eventos. A las que hay que añadir las enormes dificultades que encontramos para obtener respuestas eficaces.

Una orientación estratégica y una formulación de propuestas que pueden ayudar a los responsables en sus decisiones hacia una orientación pluridisciplinaria. La coordinación con instituciones públicas o privadas, las tácticas y técnicas asistenciales a las urgencias deberán ser moduladas con esta finalidad.

Al ser la catástrofe acontecimiento de baja probabilidad de aparición origina la apatía en la población e impide la adecuada planificación de la respuesta, olvidando incluso las medidas más rudimentarias de protección, al no percibir la población el riesgo actual al que se ve sometida.

Existen conocimientos científicos y tecnológicos suficientes para eliminar o al menos paliar la mayor parte de los riesgos existentes, y en esta tarea deben enmarcarse las actividades de protección civil.

Se pretende responder a preguntas como:

-Qué es una catástrofe, tipos de catástrofe, planificación y planes de emergencia, respuesta ante la catástrofe, recomendaciones a la población en caso de catástrofe.

1. Situaciones catastróficas: generalidades.

1.1. Introducción

Los acontecimientos de tipo catastrófico presentan una serie de características comunes a todos ellos:

- Su aparición inesperada e inhabitual.
- Su carácter colectivo: afectan a un sector de la población localizado u en una zona determinada, que se ve afectada por la catástrofe.
- Producen daños o destrozos tanto materiales como humanos, provocando la aparición de un número indeterminado de víctimas de diferente gravedad.
- Provocan una situación en la que existe, al menos de forma temporal, una desproporción entre los medios de socorro disponibles de forma inmediata y las necesidades reales originadas por las consecuencias del acontecimiento.
- Hacen necesaria la intervención de medios de auxilio no utilizados habitualmente.

Estas características son las responsables del enorme impacto social que acompañan a un desastre.

1.2. Catástrofes: definiciones.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la catástrofe como un "suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas".

Lechat define este concepto como una "desorganización del medio ambiente humano que excede la capacidad de reacción de la comunidad afectada".

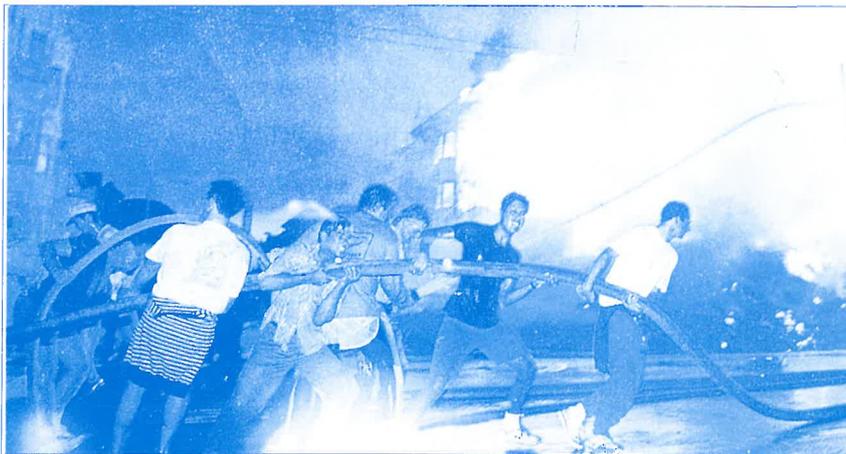
El Vademecum de la Protección Civil de la Comunidad Europea, considera la catástrofe como una "situación de emergencia en la que la vida diaria se ve repentinamente alterada con la consiguiente necesidad de prestar a la población protección, alimentos, prendas de vestir, alojamiento, asistencia médica, servicios sociales y otras facilidades indispensables para la vida".

La Sociedad Internacional de Medicina de catástrofes define como una catástrofe a "todo suceso que produce más accidentes o problemas sanitarios de los que el sistema de la salud está preparado para manejar".

1.3. Tipos de catástrofes

Hay diversos criterios de clasificación:

- Según su naturaleza:
 - a. Catástrofes naturales: Geológicas, Climatológicas, Bacteriológicas, Zoológicas.
 - b. Catástrofes tecnológicas: Incendios de viviendas o de bosques. Hundimientos de viviendas. Inundaciones por roturas de presas. Explosión de depósitos de carburantes. Accidentes técnicos en fábricas. Accidentes de circulación, etc.



c. Catástrofes bélicas: Bombardeo y Torpedeo de barcos.

d. Catástrofes Sociales. Catástrofes originadas por multitudes agresivas, por conductas de pánico, por terrorismo.

- Según la rapidez de aparición.

- Según los efectos que provoquen sobre la comunidad.

Otras clasificaciones se basan:

- Según la duración del factor desencadenante

- Catástrofes cortas, inferiores a una hora.

- Catástrofes medias, inferiores a 24 horas.

- Catástrofes controladas superiores a 24 horas.

- Según la duración del salvamento

- Catástrofes cortas, inferiores a 6 horas.

- Catástrofes de duración media de 6 a 24 horas.

- Según la extensión geográfica.

- Radio inferior a 1 Km.

- Radio comprendido entre 1 y 100 Km.

- Radio superior a 100 Km.

- Según la Región

- Regiones rurales.

- Regiones urbanas.

- Según el número de víctimas.

- Catástrofe moderada: número de víctimas comprendido entre 25 y 99 .

- Catástrofe media: entre 100 y 999, entre ellas de 50 a 250 hospitalizadas.

- Catástrofe grave: más de 1.000 víctimas, de las que más de 250 deben hospitalizarse.

2. Planificación y planes de emergencia

2.1 La planificación consiste en la determinación a priori de los medios humanos y materiales que son necesarios para hacer frente a una situación de emergencia y la organización en equipos especializados de estos medios, estableciendo su actuación, así como la elaboración de los archivos técnico e informativo necesarios para la aplicación de las acciones planificadas.

Son objeto de planificación, entre otros:

1. Planes de emergencia.

2. Planes de autoprotección.

3. Sistemas informativos.

2.2 Planes de emergencia.

Es un proceso en el que se pretende configurar a priori el empleo racional y coordinado de todos los medios y recursos existentes, para conseguir con la máxima eficacia, la protección de las personas y mínimo daño a

los bienes públicos ante una situación de emergencia.

Aspectos fundamentales a considerar en un plan de emergencia.

A. OBJETIVO Y ALCANCE

El objetivo marca la meta o el fin último del plan.

El alcance limita el objetivo, determinando riesgos frente al ámbito de aplicación y determina las circunstancias de los que el plan funciona o debe coordinarse con otros planes.

B. Estructura organizativa de un plan de emergencia

Lleva consigo la adaptación e integración de los servicios que deben intervenir y estar organizados permanentemente. Que facilite las medidas en tiempo y lugar oportuno.

Esta estructura organizativa se divide en:

A. ESTRUCTURA DE DIRECCION Y COORDINACION.

- Dirección del plan. Ostenta el mando y coordinación de todas las operaciones a realizar.

- La estructura de dirección y coordinación, se completa organizando: Grupo o comité asesor, Centros de mando y coordinación, Puesto de mando avanzado, Oficina o gabinete de información, Red de comunicaciones.

B. ESTRUCTURA OPERATIVA.

Está constituida por el conjunto de medios humanos y materiales articulados en Grupos de Acción sobre lo que recae la ejecución.

Los Grupos de Acción que se consideran fundamentales son : Grupo de Seguridad, Grupo de Intervención, Grupo de Acción, Grupo Logístico, Grupo de apoyo técnico.

C. OPERATIVIDAD

a. Medidas que constituyen la operatividad.

- Medidas de protección a la población, avisos a la población, evacuaciones, asistencias sanitarias, seguridad ciudadana, control de accesos.
- Medidas de protección a los bienes.
- Medidas de socorro: búsqueda, rescate y salvamento, primeros auxilios, evacuación, asistencia sanitarias, albergue de emergencia, abastecimiento.
- Medidas de intervención para combatir el suceso catastrófico.
- Medidas reparadoras referidas a la rehabilitación de los servicios públicos esenciales.
- Medidas de ingeniería civil específicas.
- Otras actuaciones, regulación del tráfico, conducción de unidades a la zona de intervención, establecimiento de redes de transmisiones, abastecimiento.

b. Establecimiento de fases y situaciones.

Fase de normalidad, fase de preemergencia, fase de emer-



gencia, fase de vuelta a la normalidad.

Para una mayor concreción el planificador, dentro de estas fases, puede establecer diferentes Situaciones en concordancia.

D. INFORMACION A LA POBLACION

Es una medida de protección fundamental que en situaciones de emergencia, una población mal informada está, de alguna manera, desprotegida.

Los medios para transmitir información a la población:

- Emisoras de radio o televisión, megafonía fija, y megafonía móvil.

Asegurarse que la calidad de los mensajes produzcan el efecto deseado.

Características:

- Claridad
- Concisión
- Exactitud.

E. GESTION DE MEDIOS Y RECURSOS

F. IMPLANTACION Y MANTENIMIENTO DE LA EFICACIA DEL PLAN.

El principal objetivo es conseguir que el estado de preparación y la capacidad de la organización propuesta sea tal, que ante una emergencia, pueda obtenerse una respuesta eficaz con la que se alcance plenamente sus objetivos.

2.3 Planes de autoprotección

La Autoprotección se configura como la participación ciuda-

dana y corporativa en el sistema de Protección Civil que debe iniciarse en los niveles de familia, barrio, centros de enseñanza, empresas, etc., que deben familiarizarse con las medidas de protección que en su caso deben utilizar hasta la llegada de los servicios organizados en los respectivos Planes de Emergencia.

2.4 Sistemas informativos de protección civil

Estos sistemas informativos son instrumentos de apoyo que tienen importantes aplicaciones, tanto en la fase de planificación como de actuación:

- Inventario de riesgos
- Catálogo de medios y recursos.
- Información territorial.
- Análisis de escenarios.

3. Respuesta ante la catástrofe.

Se puede dividir en dos grandes etapas:

- Respuesta inmediata: esta primera fase comprende el rescate y auxilio de las víctimas siniestradas.

Es importante conocer cómo funciona, cuáles son sus misiones y que sea capaz de integrarse en el sistema organizativo. La improvisación, mala planificación y descoordinación, así como la ignorancia de los principios de triaje, van a suponer un retraso y deficiencia en los primeros auxilios a las víctimas.

- Respuesta diferida: pasada la primera fase, queda una segunda parte de la respuesta a la catástrofe consistente en la atención de las personas afectadas por el siniestro. Que consta en las tareas de montaje de campamentos, distribución de ropas y alimentos, atención a niños y ancianos.

Respuesta inmediata. La cadena de socorro

1. ALERTA. Consiste en la recepción del mensaje.

2. ALARMA. Comprende el análisis y tratamiento de la llamada.

3. MOVILIZACION DE RECURSOS. Supone la valoración del equipo humano y técnico. Imprescindible disponer de una información que refleje la zona geográfica afectada.

4. ALERTA A LOS CENTROS SANITARIOS.

5. RECONOCIMIENTO DE LA ZONA AFECTADA: VALORACION INICIAL DE LA MAGNITUD DE LA CATASTROFE.

6. COORDINACION "IN SITU".

Un puesto de coordinación que cubrirá tanto los aspectos sanitarios como los extrasanitarios.

Material de telecomunicaciones. A cada uno de los equipos se le asignará un indicativo y se definirá su función y la zona de cobertura.

7. SECTORIZACION DE LAS AREAS DE TRABAJO.



- Área de rescate
- Área de socorro
- Área de apoyo o base

8. ORGANIZACION DE LOS EQUIPOS DE RESCATE.

A. Reconocimiento e información. El equipo de rescate será el primero en llegar al lugar, donde valorará e informará de lo acaecido.

B. Tipos de víctimas:

- Víctimas de superficie, aprisionados, emparedados, aislados, fallecidos.

C. Técnicas de rescate. Asegurarse de la recuperación de las víctimas sin agravamiento de su estado. Respetar el eje cabeza-cuello-tronco. Mantenerlos cubiertos.

D. Uniformidad y material de seguridad para el equipo de rescate.

E. Material de rescate y desinfección. Aportado para los equipos especializados.

9. ORGANIZACION DE LOS EQUIPOS DE TRIAJE. EL EQUIPO ACTUARA EN EL AREA DE SOCORRO.

Por triaje se entiende la clasificación de heridos.

10. TRIAJE DE HERIDOS Y PRIMEROS AUXILIOS.

Consiste en la clasificación de pacientes según su pronóstico. Marca unos criterios de prioridad en la evacuación y asistencia de las víctimas.

El triaje debe ser: rápido, completo y seguro.

La sistemática del triaje se basa en la utilización de tarjetas de colores:

- Tarjeta roja: asistencia inmediata.
- Tarjeta amarilla: máximo de seis horas.
- Tarjeta verde: más de seis horas.
- Tarjeta negra: actitud expectante. Se emplea para heridos tan graves que sus

lesiones les van a causar indefectiblemente la muerte, o para fallecidos.

Constan los datos de identificación del paciente así como sus lesiones: Identidad del paciente, sexo, dirección, lesiones que padece, número de orden de la ficha, hospital o Centro de destino.

TARJETA ROJA:

- Parada cardiorrespiratoria presenciada.
- Pérdida de consciencia.
- Insuficiencia respiratoria.
- Heridas penetrantes en tórax o abdomen.
- Hemorragia severa (mayor de un litro)
- Fracturas graves:
 - Vértebras cervicales.
 - Miembros con pérdida de pulsos distales.
 - Luxación en grandes articulaciones.

TARJETA AMARILLA:

- Quemaduras de 2º grado mayores del 30%
- Quemaduras de 3º grado mayores del 10%
- Quemaduras de 1º grado en cara, pies, manos o genitales.
- Quemaduras complicadas con lesiones de tejidos blandos o fracturas.



- Hemorragia leve (500-1000 c.c.)
- Traumatismo craneoencefálico en paciente consciente.
- Traumatismos dorsales severos.

TARJETA VERDE:

- Quemaduras de 2º grado menores del 15%
- Quemaduras de 3º grado menores del 2%
- Quemaduras de 1º grado menos del 20%, salvo que afecte a cara, pies, manos o genitales.
- Fracturas menores y lesiones leves.

TARJETA NEGRA:

- Parada cardiorrespiratoria no presenciada.
- Quemaduras de 2º y 3º grado mayores del 40% con muerte razonablemente segura.
- Politraumatizado severo con quemaduras de 2º y 3º grado mayores del 40%.
- Traumatismo craneoencefálico con salida de masa encefálica e inconsciencia.
- Traumatismo medular con pérdida de movilidad y sensibilidad.
- Víctima de más de 60 años con lesiones severas.

11. ORGANIZACION DE LAS NORIAS DE EVACUACION.

Noria es un sentido de ida en el que se traslada a las víctimas y durante el de Vuelta se lleva al lugar de actuación el material necesario.

- Noria de recuperación. Se encarga del traslado de heridos de la zona de rescate a la de socorro.
- Noria de evacuación. Se encarga del traslado de las víctimas desde la zona de salvamento a los diversos hospitales.

12. TRASLADO Y HOSPITALIZACION.

Se coordina evitando las aglomeraciones en los hospitales.

13. OBJETIVOS SANITARIOS TARDIOS

Asistencia a lesionados menores, asistencia a niños y ancianos, otras según las diversas catástrofes.

No debe ser olvidada la prevención de epidemias.

4. Recomendaciones a la población en caso de catástrofe.

4.1. Importancia de la información y educación de la población en casos de catástrofe.

ANTES de producirse una catástrofe la población necesita información sobre los riesgos que puede sufrir sobre los Planes de Protección Civil existentes y sobre

las medidas de autoprotección que debe utilizar.

DURANTE las catástrofes la demanda de información por parte de la población aumenta, debido a los temores, a la inquietud sobre lo que está ocurriendo y a la urgencia por sobrevivir.

DESPUÉS de producirse una catástrofe, la población afectada debe conocer la información sobre el estado de la situación.

4.2. La información al público como elemento de planificación de protección civil.

La norma básica de Protección Civil aprobada por Real Decreto 407/1992, establece en el apartado 4,p).

4.3 Sistemas de información en situaciones catastróficas.

Flujo de información en situaciones catastróficas.



4.4. Recomendaciones a la población en caso de catástrofes.

Medidas de prevención.

BIBLIOGRAFIA

Manual de Asistencia Sanitaria en las Catástrofes. C. Alvarez Leiva, V. Chuliá Campos, A. Hermandó Lorenzo. Grupo Ara, E.L.A., 1992.

Norma Básica de protección Civil, R.D. 407/1992.

Manuales Cruz Roja, Arnedo, La Rioja. Realizado por: Mª Dolores Serván León. Arnedo. La Rioja

LA SEXUALIDAD EN LA TERCERA EDAD

Patricia Martínez Guerra

N.º Colegiada 2007

María Cruz Lázaro Iglesiaso

N.º Colegiada 2089

Introducción

Uno de los más grandes y más nefastos mitos sexuales de nuestra cultura es el que considera que en la vejez no existe vida sexual. Actualmente el mismo mito asegura que el deseo sexual decrece lo mismo que la satisfacción y el placer sexual.

La vida sexual en las personas mayores no se ha considerado adecuadamente en virtud de la manía de asociar la sexualidad con la reproducción.

El sexo en los ancianos es injustamente comprendido y está muy condicionado por factores de índole socio-cultural más que de factores biológicos.

La vida sexual es una necesidad biológica vital para el hombre a cualquier edad y negarlos es negar la condición humana, pero también es una necesidad social en muchos, incluso en los ancianos.

Hoy se sabe que el ser humano es sexual desde su concepción hasta la muerte. El interés por el impulso de la libido es la fuerza que domina la vida, persiste en situaciones de enfermedad y en la senectud avanzada.

Sin embargo, la sexualidad del viejo ha sido negada, ocultada o motivo de burla. En nuestra cultura el sexo se considera un derecho exclusivo de los jóvenes, y se ve anormal en los ancianos. Este ignorar o intentar ignorar y quitar importancia a la cuestión es consecuencia de mantenimientos de "tabúes" vinculada a prejuicios socio-religiosos y al sos-

tenimiento de mitos negativos sobre la vejez, que no responden a la realidad y que estamos obligados a destruir contribuyendo a crear una nueva imagen de la ancianidad humana, para una mejor calidad de vida y una convivencia intergeneracional más justa.

Algunas de las falsas creencias sobre la sexualidad en la tercera edad son:

- Los viejos han perdido la capacidad fisiológica para mantener relaciones sexuales, y además este tema no les interesa.
- Los viejos que no han perdido esta capacidad son considerados "viejos verdes".
- La actividad sexual es mala a estas edades para la salud y además debilita.
- Los hombres ancianos mantienen interés sexual pero las mujeres NO.
- Es indecente y de mal gusto que los viejos tengan interés por la sexualidad.

Sin embargo, a todo esto hay que alegar que:

- El sexo es normal a cualquier edad, además de sano, y si se goza de una buena salud podrá ser capaz de llevar una vida social activa y satisfactoria
- La regularidad de relaciones durante toda la vida ayuda a conservar su capacidad sexual, aunque es algo normal el que el deseo sexual disminuya al hacerse mayor.

- La masturbación es una práctica normal, inofensiva y beneficiosa en ausencia de la pareja.

Lo cierto es que en los últimos años se ha observado un mayor interés por la vida de los mayores y tímidamente también por su vida sexual, ello se debe a los siguientes factores:

- Los avances científicos en sexualidad humana que consideran que la afectividad y la sexualidad son connaturales a la persona, y desaparecen cuando muere.
- Una mayor esperanza de vida.
- Mayor valoración del ocio y tiempo libre.
- Una mayor duración de la jubilación

Hay que tener en cuenta que la sexualidad no es sólo "hacer coitos", pues de ella forman parte la coquetería, tocamientos ...

La sexualidad tiene diferentes funciones a lo largo de la vida de cada persona, pero que en modo alguno se reduce a la reproducción. Las personas hacemos el amor para disfrutar, no para tener hijos. Cada persona tiene su propia forma de vivir la sexualidad, esta no acaba en la menopausia ni en la andropausia.

Sexualidad y personalidad del anciano

J. Freeman establece cuatro grupos de personalidades con respecto a la sexualidad en la senectud:

- Los incapaces de resolver sus conflictos sexuales de jóvenes y cuyas dificultades les persisten de adultos y en la tercera edad. Si están casados tienen problemas en la intimidad matrimonial. Constituyen el grupo con mayor exposición a la homosexualidad, masturbación tardía y excesiva o al divorcio, siendo los que acuden más al recurso de la prostitución siendo ancianos.
- Los de actividad insólita, exagerada en la vejez, con clara pérdida de inhibiciones y casi seguros indicios de enfermedad cerebral o mental.
- Aquellos cuya conducta e intereses sexuales han cambiado por pérdida del cónyuge, enfermedad, incremento de frenos religiosos, rigidez moral, condicionamiento familiar o social; condiciones y situacio-



nes en suma que les bloquean sus deseos y manifestaciones sexuales.

- Los que nunca han tenido dificultades, ni complicaciones en sus relaciones sexuales, no haciéndoles cambiar ni la edad, ni el ambiente social diferente a que ésta les pueda haber llevado. Suelen ser los activos siempre, sin cambios importantes en los hábitos.

Cambios Anatómicos

En el hombre

- Aumento del tejido fibroso, que produce un aumento de la densidad y elasticidad de fibras musculares de los tejidos de sostén, con lo que descienden las bolsas.
- La piel escrotal se vuelve más oscura y disminuyen las glándulas sebáceas. Pierden pelo.
 - En las gónadas masculinas se reducen las células intratubulares, hay esclerosis de tejidos intersticiales, disminuyen las células de Leyding. No hay cambios con la edad en las células de Sertoli. Hialinosis de la albugínea.

En la mujer

- En el "Monte de Venus"
 - Aplanamiento
 - Pelos lacios y encanecidos
 - Desaparece la grasa subcutánea
 - Piel rugosa y seca
- En Vulva
 - Atrofia de tegumentos, labios mayores y clítoris

Color más pálido de esta región. Por causa de la atrofia pueden apreciarse vasos teleangiectásicos.

En Vagina

Se estrechan sus fondos de saco

Se reducen la dimensiones de las paredes vaginales, (50%), perdiendo así su elasticidad

El epitelio vaginal se hace atrófico

Rigidez y estrechamiento por esclerosis de los tejidos que constituyen la vagina

En Útero

Atrofiado tras la menopausia

A los 70 años: más pequeño, miometrio atrofiado, y generalmente, en retroversión.

En las Trompas

Atrofia tanto de paredes como de músculos y tejidos elásticos, siendo sustituido por tejido conjuntivo.

En los Ovarios

Reducción hasta un tercio de su tamaño

Superficie irregular, (circunvoluciones)

No hay folículos en su adelgazada cortical

En las Mamas

Atrofia de todos sus elementos, apareciendo con flacidez extrema, pendulosas y rugosas.

Esclerosis de canales

Estroma degenerado a tejido conjuntivo

Cambios Fisiológicos

En el hombre

- La fase de excitación se alarga.
- Se precisa de una más intensa estimulación.

- Se reduce la intensidad en la respuesta sexual.
- Erección más lenta (2-3 veces más que en la juventud).
- Periodo refractario secundario, (se pierde la erección sin haberse producido eyacuación, no siendo posible nueva erección)
- Puede mantenerse la erección más tiempo por la experiencia coital.
- La eyacuación no es bifásica.
- Pérdida de presión eyaculatoria (sensación se rezumamiento).
- Pueden perderse algunas reacciones producto del orgasmo o disminuirse: espasmos musculares, contracciones recitales...
- Destumescencia peneal más rápida y en una sola fase.
- Se alarga el periodo refractario, (en le anciano 12-24 H)
- La respuesta sexual disminuye a nivel orgásmico no implicando que la libido sufra alteración.

En la mujer

- Menopausia (involución).
- En la fase de excitación la lubricación es más lenta (1-5 minutos , en la juventud 15-30 segundos)
- Fase orgásmica mas corta y lenta: calidad inalterada. El clítoris conserva toda su sensibilidad.
- Disminución de la respuesta miotónica durante el orgasmo. El número de contracciones se reduce a la mitad (3-5 en lugar de 5-10), se pierde elasticidad en las paredes vaginales.
- Penetración más difícil y dolorosa por la atrofia y la menor lubricación vaginal.
- Menor frecuencia del coito.



Evolución de la Sexualidad en la tercera edad

A medida que pasan los años se dan cuenta del impacto del tiempo sobre sus capacidades sexuales y los cambios funcionales en su dinámica, en las diferentes formas de actividades sexuales. Hay una declinación en la frecuencia e interés.

La causa más frecuente de la disminución de la actividad sexual es la mala salud, junto con las nuevas preocupaciones, fatiga física o psíquica y sobretodo, monotonía en las relaciones.

El envejecimiento sexual no es paralelo al biológico, ni al cronológico o psicológico y social.

El elemento ternura gana importancia, siendo más precisos las caricias para ambos sexos, de ahí que la calidad de abrazos, toques y otras manipulaciones influyan mucho en el mantenimiento de la actividad sexual en la pareja o el individuo.

Las dificultades en las relaciones afectivas, son el motivo de abstinencia sexual, sin que haya verdadera impotencia. Al perder la agresividad con los años, el acto sexual se hace más recreativo y lúdico.

Sobre la disminución de frecuencia del coito con el avance de la edad, un 10% de las mujeres refieren tener sofocos al hacerlo, y un 8% sentimiento de vergüenza al concluirlo. La inicia-

tiva sigue teniéndola el varón, cuya tardanza en la erección la estima desfavorable ella, agradeciendo la pronta eyacuación por temor a molestias vaginales por falta de lubricación.

Todo ello depende en gran medida del entorno, medio social y ambiente familiar y en ocasiones, de la pareja estable, pues hay que resaltar que "el varón otoñal" tiene un comportamiento sexual más afectivo y recreativo que agrada más a la mujer, y con más capacidad para el sostenimiento de la erección en la fase de meseta que el joven, quedando después del orgasmo más agradecido y cariñoso que aquel, que suele reaccionar con sentimientos de pena o tristeza y hace una retirada más rápida.

Tocamientos como Sexualidad

Muchos son los autores que se refieren a el sentido del tacto como importante señal de afectividad. En los ancianos el toque adquiere mayor importancia ya que tienen verdadera necesidad del mismo. Pero este toque tiene sus límites, ya que puede interpretarse como acto de seducción. Por ello toda enfermera al cuidado de este tipo de pacientes debe saber reaccionar y evitar frases como: "viejo verde"..., y adoptar aire desenfadado, haciendo una retirada normal y sin brusquedad.

Disfunciones sexuales en la vejez: Impotencia

El principal motivo de inactividad masculina es el miedo a la impotencia por falta de erección, motivada por falta de confianza en sí mismos. Si la actividad sexual se detiene en la vejez, se altera la elasticidad de los cuerpos cavernosos, los mecanismos de vasodilatación local no se instauran como antes y esto podría provocar impotencia por falta de erección. Aunque muchas veces esta falta de erección se debe a motivos psicógenos y no funcionales.

El varón de edad avanzada debe saber que su erección puede requerir más tiempo y manipulación, y la mujer saber que su lubricación vaginal disminuye y el orgasmo será más corto que en la juventud. La resolución de estos problemas en la tercera edad requerirá de una óptima comunicación y comprensión en la pareja.

Masturbación en la tercera edad

No debe contemplarse como regresión a la fase pre-puberal, pues es el único refugio de muchos ancianos que no tienen otra forma de alcanzar la satisfacción sexual. Debemos de tener en cuenta que la insatisfacción sexual provoca gastritis, colitis, estreñimiento, angustia, depresión y hasta disnea u opresión precordial. Por ello, la masturbación no debe ser perseguida, pues proporciona un escape resolutivo de tensiones sexuales.

Homosexualidad

El homosexual anciano, si no es rico, tiene que sufrir doble marginación de la vejez y de su forma de ser distinta. La tendencia a la homosexualidad se facilita con la forma habitual de ubicar por parejas del mismo sexo a los ancianos en residencias, aunque está comprobado que un individuo heterosexual de toda la vida es difícil que se haga homosexual de anciano.

La homosexualidad femenina aumenta después de la meno-

pausia, mientras que la masculina disminuye con los años.

Comportamientos anómalos en la vejez

La represión sexual en residencias y hospitales, lleva a extrañas conductas en algunos ancianos. Así, algunos seniles se hacen infantilmente exhibicionistas y rara vez se masturban ante otra personas. Otros desvían sus tendencias hacia el voyerismo y suelen tener curiosidad devoradora.

Raramente se observan casos de coprofilia, fetichismo, etcétera.

Depresión y suicidio de motivación sexual

La relación entre suicidio y problemas sexuales en la vejez no es infrecuente, más en varones que en mujeres. La incidencia de suicidios en viudos añosos es doble que en viudas.

Una mejor atención afectiva e individualizada de este tipo de pacientes con especial riesgo de suicidio, puede evitarlo.

Enfermedades físicas y actividad sexual

Evidentemente la enfermedad física es un freno para la actividad sexual, y más en la ancianidad. La vuelta a la actividad sexual tras una crisis cardíaca, ha de ser lenta y progresiva, pero el no volver a ella podría provocar una ansiedad más peligrosa para las coronarias que el coito, ya que un coito normal de 10-15 minutos, supone menos esfuerzo al corazón que conducir un vehículo con tráfico denso e intenso.

El consumo de O₂ en el momento del orgasmo es menor que el que se consume al subir una escalera o caminar rápido.

Las afecciones que más perturban la actividad sexual son la diabetes mal compensada, situaciones de disnea cardio-respiratoria, procesos prostáticos, atrofias musculares y procesos osteoarticulares reumáticos dolo-

rosos y deformantes que dificultan la movilidad y ciertas posturas coitales.

Medicamentos perturbadores

Son numerosos los medicamentos recetados a personas mayores que pueden influir en su libido, potencia, eyaculación, erección, etc.

Entre los hipotensores la Clonidina deprime el tono simpático y la Rauwolfia disminuye la libido y dificulta la erección y la eyaculación. Los medicamentos psicótropos, antidepresores tricíclicos, motivan impotencia que también la provocan algunos alfabloqueantes.

Otros fármacos que influyen negativamente son: Butirofenona, Cimetidina, Propanolol, Espirolactona, Tiosantinas, Clofibratos, Litium, Naproxin y en general toda serie de narcóticos y anti-neoplásicos.

Hay que tener en cuenta que la administración de estrógenos perturba la libido, erección, ...

Sexualidad en el anciano: cuidados de enfermería

- Distinguir en el concepto salud-enfermedad que incidencia tiene la variable "sexualidad".
- Facilitar la comunicación entre anciano-enfermera, para que este exprese y verbalice sus inquietudes y preocupaciones respecto a su sexualidad.
- Identificar las necesidades individuales del anciano-paciente entendiéndolas desde una perspectiva integral.
- Instruir e informar al anciano de las modificaciones fisiológicas del envejecimiento y destruir los mitos que puedan existir.
- Integrar y notificar al equipo de salud todo tipo de problemas de este tipo.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería integral que,

en ningún caso, obvie la sexualidad del anciano.

- Instruir e informar al anciano de las modificaciones morfológicas características del proceso de envejecimiento y destruir los mitos que puedan existir, colaborando en la aceptación, por parte del anciano, de sus limitaciones.
- Facilitar la intimidad.
- Iniciar o estimular al anciano en técnicas de expresión corporal.
- Adecuar la información a la preparación, creencia y valores del anciano.
- Recomendar, sobretodo en mujeres, controles periódicos.
- Hacer educación sexual sin: contradecir creencias religiosas, y llenar de ansiedad transmitiendo un modelo joven, y sin descalificar toda su vida.

Conclusiones y recomendaciones

La educación sexual del anciano debe ser una labor individual. La misión de enfermería es conocer bien la situación del atendido, informarle y ayudarle a vencer sus dificultades, comprendiéndole, sin juzgarle y manteniendo su dignidad y profesionalidad a la vez.

La masturbación no es una anomalía, no sólo no perturba

la salud, sino que ayuda a quitar ansiedad y tensiones.

La enfermera/o debe aconsejar y enseñar a realizar bien la higiene íntima. Se les debe instruir en la aplicación de pomadas lubricantes en vagina, o fundas peneales especiales para problemas de erección.

Es preferible aconsejar "vibradores" y enseñar su manejo higiénico.

En consecuencia no se debe olvidar que tanto el hombre como la mujer son sexuales hasta la muerte, siendo la sexualidad parte de la misma. Nuestro deber es aconsejar años plenos de vida sin descuidar el tema de la sexualidad en el anciano.

El sexo y el corazón envejecen, pero ambos laten hasta el último instante. La calidad del equipo de Enfermería gerontológica se aprecia en su capacidad de saber dar y recibir afecto de los ancianos que tienen que atender.

La comprensión y ayuda a la sexualidad del anciano es un índice de buena profesionalidad.

A la hora de intervenir en una institución, hay que tener en cuenta:

- La distribución espacial y las normas de funcionamiento adecuadas:

No haciendo distribuciones entre hombres y mujeres solteros, en diferentes pasillos o zonas.

Proporcionar habitaciones individuales, (para los solteros), respetando la privacidad.

Ser permisivas ante conductas sexuales, evitando críticas.

Promover una actitud tolerante por parte de los familiares de los ancianos.

- Organización de horarios y actividades comunes, para favorecer comunicación entre los miembros de la institución
- Actividades de producción artística: o producción de determinados artículos en los que se participa de forma mixta; les permite hacer pequeñas exposiciones o ventas para aumentar ingresos. (La motivación económica contribuye a la participación del anciano)
- Actividades de jardinería y horticultura: hacen que se sientan útiles.
- Proporcionar los cuidados sanitarios que les permitan mantener o mejorar su estado.
- Crear programas para facilitar y mejorar las relaciones interpersonales y sexuales en la vejez.

BIBLIOGRAFIA

PERLADO, Fernando: "¿Que es envejecer?". Edit. Heraldo de Aragón. Zaragoza. 1985. 133-136.

SALVAT: "Diccionario terminológico de ciencias médicas". Edit. Salvat. 8ª Edición. Barcelona. 1962. 1086.

LLOPIS, José María: "Sexo y vejez" Galicia Clínica. 1976 (XII). 917-929.

GARCÍA FERNÁNDEZ, José Luis: "La sexualidad en la tercera edad". Edit. Consejería de Salud y Consumo de La Comunidad Autónoma de La Rioja.

SOLDEVILLA, Javier. *Apuntes de geriatría de tercer curso de Enfermería*. Logroño 1995

BIBLIOTECA



Biblioteca

Enfermería Pediátrica

4ª edición
Wong, D.L.

Una obra convertida ya en clásico. Se caracteriza por su información precisa, uniforme y equilibrado a lo largo de todo su texto. Presenta un enfoque integrado del desarrollo infantil insistiendo también en el hecho de que el niño es parte integral de la familia y, en consecuencia, se estudian las relaciones familiares. Ofrece planes de cuidados de enfermería, comentándose los diagnósticos de enfermería de la Nanda.

1.168 páginas; 21,5 x 28 cm;
encuadernado en tapa dura.
Editado en 1995. ISBN: 84-8086-141 X.

Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales

Lipkin, G.B.

El profesional de enfermería debe atender con frecuencia pacientes cuya particular situación les provoca conductas especiales. Esta obra analiza en profundidad aspectos y situaciones que requieren un especial cuidado. Después de una visión global relativa a las relaciones interpersonales y a la psiquiatría preventiva, expone soluciones y recursos para resolver problemas concretos. Aborda situaciones emocionales consecuentes a depresiones, estrés postraumático, condicionantes físicos como en casos de mastectomía, pacientes terminales, así como problemas de obesidad, sexuales y reproductivos.

280 páginas; 15,5 x 21,5 cm;
encuadernado en rústica cosida.
Editado en 1989.
ISBN: 84-7592-266-X.

Diagnósticos enfermeros Un instrumento para la práctica asistencial

2ª edición
Luis, M.T.,

A diferencia de muchos de los tratados y manuales que están introduciendo los conceptos y aplicaciones de los diagnósticos de la Nanda, el equipo que ha llevado adelante esta obra ha deseado evitar la traducción estricta o la especulación gratuita.

Sus objetivos es introducir el concepto diagnóstico, pero además dar toda aquella información que permita su uso en la práctica diaria, que es la manera más efectiva de implantar un nuevo sistema diagnóstico.

334 páginas aproximadamente;
15,5 x 21,5 cm; encuadernación en rústica cosida.
Editado en 1996. ISBN: 84-8174-147-7.

Videoteca-Biblioteca

VIDEOTECA

VIDEOS DISPONIBLES EN EL COLEGIO



Videoteca



Infecciones osteoarticulares y de tejidos blandos

Dr. M. Gomis



Infecciones gastrointestinales

Dr. M. Fernández-Guerrero



E.T.S.

Prof. E. Perea

AGENDA

III Jornadas de Enfermería Materno-Infantil

Santa Cruz de Tenerife
Del 24 al 26 de abril de 1997

I Congreso Aragonés sobre integración en Salud Mental. Un Reto del Siglo XXI

Garrapinillos (Zaragoza)
Del 5 al 7 de junio de 1997

XIII Jornadas Nacionales de Enfermería de Cirugía Ortopédica y Traumatología

San Sebastián
Del 28 al 31 de mayo de 1997

XIII Jornadas para el desarrollo y humanización de la enfermería

Madrid, 6 y 7 de marzo de 1997
Lema: Enfermería en Salud Mental y Sida

I Congreso de la Asociación Catalana de Matronas

Lema: Matronas en Europa. Profesión e investigación.
Barcelona
20,21 y 22 de febrero de 1997

XVIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería en cuidados intensivos y pediátricos neonatales

Cáceres
16,17 y 18 de abril de 1997

PSICOSIS Congreso Internacional y XIV Reunión de la Sociedad Castellano-Leonesa de psiquiatría

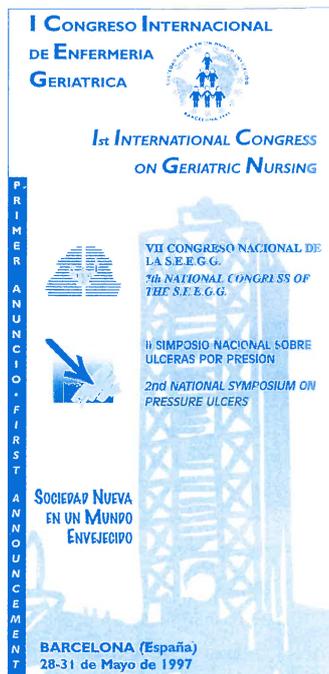
Palencia, 17,18 y 19 de abril de 1997



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

Sexualidad y Derechos humanos

25-29 junio, 1997
Palau de la Música I Congresos
Valencia. España



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.

Socios A.E.C. y Alumnos	37.000'	18.000	40.000'	21.000
No socios	47.000'	28.000	50.000	31.000
Acompañantes (3)	30.000		35.000	

- (1) Incluye pensión completa, 3 noches por persona en habitación doble y Matrícula.
- (2) Aperitivos, mañana y tarde, comidas y Matrícula.
- (3) Pensión completa con programa alternativo: senderismo, puesta en forma y visitas a comercio del calzado y a bodega.
- (3) Pensión completa con programa alternativo: senderismo, puesta en forma, jacuzzi, gimnasio, etc.)

Todos los precios llevan incluidos el uso del Club Forma (piscina termal, jacuzzi, gimnasio, etc.)

FORMA DE PAGO

Talón Nominativo a nombre de : II CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA.

Transferencia Bancaria a nombre de:

II Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria
IBERCAJA
C/ Juan Carlos I, 18
26580 - Arnedo (La Rioja)
N.º de Cuenta: 2085/5754 - 02 - 01 - 017566 - 71

Todos los precios llevan incluido el I.V.A. de hostelería. La habitación individual lleva un incremento de 4.000 ptas.

II CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACION DE ENFERMERIA COMUNITARIA

"DE LA TEORIA A LA PRACTICA DEL CUIDADO"

PROGRAMA CIENTIFICO

JUEVES, 27 DE FEBRERO:

Casa de Cultura de Arnedo (Arnedo)

18,00h: Entrega de documentación

18,30h: Acto de inauguración

19,00h: 1ª Ponencia: Cuidar a la Comunidad
 "Intervención de los enfermeros en la comunidad"

M^ª Victoria Antón Nárdiz

Directora de la EUE de Leganés

20,00h: Comunicaciones

20,30h: Recepción del Alcalde de Arnedo

21,00h: Aperitivo

21,30h: Actuación de la Coral de Arnedo

VIERNES, 28 DE FEBRERO:

Balneario de Arnedillo (Arnedillo)

09,15h: 2ª Ponencia: La Docencia

"Aprender a cuidar: Formación básica continuada y especialidad de enfermería"

M^ª Paz Mompert

Directora de la EUE de Toledo

10,15h: Comunicaciones

10,45h: Descanso-Café

11,15h: 3ª Ponencia: La asistencia

"El arte de cuidar"

José Javier Soldevilla

Jefe de Enfermería del Hospital Provincial de La Rioja

Presidente de la Asociación Nacional de Enfermería Geriátrica

12,15h: Comunicaciones

13,00h: Comida

16,00h: Mesa Redonda:

La naturaleza de los cuidados

Miguel Ángel Bermejo (Psicólogo)

Wilson Astudillo (Médico)

Pilar Sánchez Royo (Enfermera)

M^ª Dolores Montiel Arpón (Usuaría)

Moderadora: Blanca M. Fdez. Pérez

17,15h: Comunicaciones

18,00h: Asamblea de la AEC

20,30h: Cena

SABADO, 1 DE MARZO:

Balneario de Arnedillo (Arnedillo)

09,15h: 4ª Ponencia: La Gestión

"La figura del director de cuidados"

M^ª de la O Jiménez Otero

Delegada Provincial de Salud de Cádiz

Gerente Provincial del SAS

10,15h: Comunicaciones

10,45h: Descanso-Café

11,15h: Debate: La investigación

"Evolución a través del cuidado"

Enrique Ramalle

Técnico de Salud de la Conserjería de

Salud de la C.A. de La Rioja

Concha Germán

Profesora de Enfermería Comunitaria

de la EUE de Zaragoza

Moderador: Javier Iruzubieta

Barragán

12,15h: Comunicaciones

13,00h: Clausura

13,30h: Comida

Seguidamente comienzo de actos lúdicos optativos:

Visita a la Ciudad de Arnedo

Visita a yacimientos de icnitas (huellas de dinosaurios, árbol fosilizado)

Uso de las piscinas del Balneario

BALNEARIO DE ARNEDILLO

**27 y 28 Febrero
 y 2 Marzo 1997**

SECRETARÍA CIENTÍFICA

Sr. D. Javier Iruzubieta

Escuela Universitaria de Enfermería

c/ Donantes de Sangre s/n • 26002 LOGROÑO (La Rioja)

Tfno.: 941-23 88 77 • Fax: 941-26 14 43

SECRETARÍA TÉCNICA - INFORMACION

Srta. D^ª Mar Vázquez Illa/Srta. D^ª Teresa Ruiz

Balneario de Arnedillo

26589 • Arnedillo (La Rioja)

Tfno.: 941-39 40 00 • Fax: 941-39 40 75

CONGRESO DECLARADO DE INTERÉS
 CIENTIFICO-SANITARIO POR EL MINISTERIO
 DE SANIDAD

CONGRESO DECLARADO DE INTERÉS
 CIENTIFICO-SANITARIO POR LA CONSEJERIA
 DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA RIOJA

"DE LA TEORIA A LA PRACTICA"

N.º

II CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACION DE ENFERMERIA COMUNITARIA

Balneario de Arnedillo 27 y 28 de Febrero y 1 y 2 de Marzo

Apellidos

Nombre

Domicilio

C.P.

Ciudad

Teléfono

Fax

Centro de trabajo

- Socio
 No socio
 Alumno
 Acompañante

Remitir esta ficha a la Secretaría Técnica del Congreso, adjuntando resguardo de la transferencia bancaria. Los estudiantes deberán remitir el certificado de la E.U.E.

SECRETARÍA TÉCNICA
 II CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN COMUNITARIA
 26589 ARNEDILLO (LA RIOJA)



VUESTRO COLEGIO
OS DESEA UNA ENTRAÑABLE NAVIDAD,
CON LA ESPERANZA DE QUE EL AÑO PROXIMO
LLEGUE PROSPERO PARA LA ENFERMERIA

NOS VEMOS EN 1997



El futuro que mereces

El Plan que necesitas

Merecemos un futuro tranquilo,
y vivir el hoy con la confianza
que nos da tener el mañana solucionado.

Los Planes de Jubilación son
un ahorro destinado a complementar
las prestaciones que el Estado
le dará al jubilarse, con la ventaja adicional
de obtener, hoy, una excelente rentabilidad
financiero-fiscal.

En Ibercaja le hemos preparado diferentes
Planes de Jubilación:

**Plan de Jubilación,
Plan de Pensiones
y Plan Futuro.**

Según su situación le asesoraremos
el que más le conviene.
Incluso le calcularemos
cuál será su capital y renta mensual
el día que se jubile.

En nuestras oficinas le esperamos para darle
la información que precise o si lo desea
puede hacer cualquier consulta en nuestro
servicio telefónico.

iberCaja 



**Servicio Telefónico.
Llámenos 902.11.12.12**