

Crónicas

FRANQUEO CONCERTADO. AUTORIZACION n° 26/28 AÑO VII. N° 25. ENERO 1999

de

"Marinero en Tierra"

Premio 1^{er} Certamen fotográfico de Enfermería Riojana

Tema libre en color



Autora: Ana F. García Pineda

E
N
F
E
R
M
E
R
I
A

Soporte válido del Ministerio N.º SV 91017R



Dirección:
Adolfo Gil Andrés.

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:**

Plaza Tornás y Valiente, nº 4 - Bajo
Tlfo. 941 23 92 40 * Fax. 941 23 93 47 *
26004 LOGROÑO
E-mail: coleg26@smail.ucefss.uclm.es

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.

Sumario

| | |
|----|---|
| 3 | Editorial |
| 4 | Enfermería Laboral |
| 5 | Impacto de la apertura del S ^o de urgencias de Calahorra |
| 8 | Páginas de Informática |
| 10 | Reflexión |
| 16 | Sentencias |
| 17 | Dolor crónico maligno |
| 21 | Fallo 1 ^{er} certamen fotográfico de Enfermería Riojana |
| 22 | Nuevo equipo de Fútbol Sala Programa docente 1999 |
| 23 | Hospitalización a domicilio |
| 29 | Noticias Comisión de Parados |
| 31 | Agenda. Feliz 1999 |



Formación Continuada

«UN ANTES Y UN DESPUÉS»

A sí de claro y rotundo se mostró el Subdirector General de Relaciones Profesionales y Presidente de la comisión nacional de formación continuada en su presentación. Aún más lejos, afirmó que difícilmente lo hecho hasta ahora será acreditado y por tanto reconocido en el futuro por el sistema nacional de salud.

Esta comisión que nace al amparo del Convenio de Conferencia Sectorial suscrito entre el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas, diferencia claramente lo que es formación continuada *sensu estricto* del resto de formación llamemosla de *postgrado*, desarrollando un sistema, suponemos que riguroso y coherente para validar la formación continuada que se imparta en el futuro. Esto es un proyecto hecho realidad (se comienza a homologar en febrero del próximo año), que venimos reivindicando desde el colegio desde hace muchos años. Ya es hora de que se ponga orden en el gran negocio de la formación continuada, donde ha venido primando la cantidad (= recaudación) sobre la calidad, dando igual que fuesen cursos de pseudoformación a distancia, programas informáticos interactivos o cursos presenciales de obligatoria asistencia con profesorado y contenidos de alto nivel si al final todos "dan puntos".

Hasta aquí perfecto, bienvenido el nuevo sistema pero... con todo lo que la administración nos impone siempre hay un pero... o lo que es lo mismo, no nos dicen toda la verdad ni nos dan toda la información.

Aunque ahora nos digan que la composición de la comisión es plural (la enfermería está presente) lo cierto es que en sus inicios no estábamos y que cuando reivindicamos estar nos encontramos con unos criterios ya elaborados. Puesto que cada una de las profesiones tiene características diferentes y el modelo se ha basado en la profesión médica, es probable que no encaje bien en la enfermera.

Lo que nos hace recelar no es el sistema, sino su aplicación. Si en los baremos de los concursos-oposición que convoquen en lo sucesivo deciden no valorar toda la formación de posgrado que hemos

realizado hasta el momento y atenerse exclusivamente a lo acreditado a partir de ahora harán que miles de profesionales de enfermería tiremos a la basura el esfuerzo, el dinero y el tiempo dedicado en muchos años a poder competir en el sistema que también nos habían impuesto, porque el tener un amplísimo bajaje de conocimientos si hemos sabido o podido seleccionar la formación de calidad no nos compensará si además no se nos reconoce profesionalmente. Pero claro, a esto no nos puede contestar esta comisión porque no es asunto de su competencia (también lo dejó muy claro el Sr. Subdirector General), habrá que esperar hasta la próxima oposición.

De los "ejemplitos" que se pusieron sobre lo que se entiende por formación continuada se sacaban conclusiones muy claras.... en la profesión médica, que sigue un modelo especialista, pero que difícilmente puede ser aplicable a un modelo generalista como el de la enfermería. Es evidente que un cardiólogo que acuda a un curso de gestión sanitaria, no puede contabilizarlo como formación continuada de su especialidad. Pero difícilmente puede aplicarse este criterio a un profesional que hoy puede ser de cirugía, mañana de medicina interna y pasado... quién sabe.

Recelo produce también la disponibilidad de esa formación pues a primera vista es más accesible para quien ya está dentro del sistema que para quien pretende acceder a él, excepto si dispone del dinero suficiente para acudir al gran mercado de la formación, con lo que ya estaríamos como antes.

Lo más positivo es que los profesionales estaremos representados en esa comisión a través del colegio, que podemos garantizaros que velará por el cumplimiento estricto de los parámetros de acreditación establecidos, pero recelamos también de que la pluralidad de esa comisión se abra a nuestras sociedades científicas ya que las médicas están desde el comienzo, por lo que desde estas páginas reivindicamos su presencia ya, y que ese después que nos han pronosticado no nos haga añorar con lágrimas el antes que conocemos.



Enfermería Laboral

La Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral viene publicando desde hace un tiempo, y de forma bimensual, un boletín informativo sobre todo tipo de noticias que tengan relación con la Enfermería Laboral.

Esta publicación "El Termómetro", nació con el objetivo de informar a los Diplomados en Enfermería de Empresa, además de Enfermeros que trabajan en

Mutuas de A.T. y E.P. y a todos los que pueda interesar el campo de la Salud Laboral.

De todos es sabido el gran auge que, amparado por la normativa sobre prevención de riesgos laborales, está experimentando un sector cada día más amplio y con más posibilidades de trabajo para la Enfermera. Por esos hemos creído conveniente haceros saber la existencia de la Asociación y del "El Termómetro", de los cuales podréis encontrar más información en el Colegio.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DEL TRABAJO Y SALUD LABORAL

El Termómetro

OCTUBRE 1998

NÚMERO 3

PREVENCIÓN, UN CAMINO HACIA EL FUTURO.

Las dos grandes centrales sindicales (CC.OO y U.G.T.), desde hace tiempo vienen denunciando ante la opinión pública, el elevado número de muertos de origen laboral. Las cifras que aportan hacen pensar en el fracaso de las actividades preventivas llevadas a cabo.

Esta sensación se incrementa cuando se conocen los datos del Instituto Regional de Seguridad y Salud en la Comunidad de Madrid.

Durante el primer semestre han fallecido 95 personas, cifra que van en aumento con respecto a años anteriores.

Por sectores productivos, estos datos se distribuyen de la siguiente forma:

- accidentes: 28,
- servicios: 27
- construcción: 14,
- industria: 14,
- agricultura: 1

En el análisis de estos datos, comprobamos que la construcción no es la primera fuente de siniestralidad, aunque sí es la más vituperada.

Tradicionalmente los accidentes in itinere han sido causa de muchos y graves accidentes. Los servicios también representan un número considerable.

La pérdida de una vida humana es siempre una tragedia a todos los niveles (económico, familiar, social, etc.), pero sobre todo cuando es consecuencia de un error que podía haberse evitado, el pesar es mayor.

Se enarbolan muchas causas que originan estos errores, como incumplimiento de la normativa vigente, subcontrataciones, contratos temporales, trabajadores inexpertos, etc.

Estos hechos se denuncian cada día más, pero no por ello debemos dejarnos impresionar y bajar la guardia en nuestro quehacer diario. Los Enfermeros de Empresa o del Trabajo hemos sido y seguimos siendo los grandes olvidados en materia preventiva y podemos aportar mucho en este campo.

Una ley, como la actual LPRL, que hace responsable al empresario en los incumplimientos de las actividades preventivas, permite a su vez multitud de caminos para evitar tomar medidas.

Todos sabemos que desgraciadamente, es habitual hacer frente a unos gastos generados como consecuencia de un daño, es decir medidas reactivas, que a su vez no es más barato a largo plazo que tomar medidas de planificación y diseño preventivo, para evitar los riesgos que causan el daño.

La ausencia en muchos empresarios, de una mentalidad global y más amplia por falta de una cultura preventivista, nos va a dificultar el desarrollar nuestro trabajo de acuerdo a los tiempos actuales. Quizá aquí



IMPACTO DE LA APERTURA DEL S^o DE URGENCIAS DE CALAHORRA SOBRE EL VOLUMEN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

M.^a Luisa Marín Heras, Col. nº 1.950
Montserrat González Iruzubieta, Col. nº. 1.649

INTRODUCCION

En Mayo de 1997 se abre en Calahorra un Servicio de Urgencias adyacente al Centro de Especialidades. Este centro está dotado de:

- Recursos humanos:
8 médicos
10 enfermeras
6 auxiliares de clínica
4 celadores



- Recursos materiales:
4 camas de observación
1 cama de reanimación



- 5 camillas
1 respirador
2 monitores cardíacos
6 bombas de perfusión endovenosa
Lámpara de hendidura

2 otoscopios y 1 oftalmoscopio
Medicación de urgencias

Esta unidad de urgencias se distribuye en cinco salas:

- Sala de observación
- Sala de reanimación
- Zona boxes
- Sala de curas y pediátrica
- Sala de traumatología



Este servicio cubre a la Rioja Baja, con una población de 58.291 hab. (Censo 1991), distribuidos en 4 Zonas Básicas de Salud (ZBS):

- ZBS 1: Cervera del Río Alhama (6.375 hab.)
- ZBS 2: Alfaro (9.315 hab.)
- ZBS 3: Calahorra (26.352 hab.)
- ZBS 4: Arnedo (16.249 hab.)

OBJETIVOS

- General:
Evaluar la repercusión de la apertura del Servicio de Urgencias de Calahorra sobre el volumen de urgencias hospitalarias correspondientes a la Rioja Baja.
- Específicos:
 1. Evaluar si existe diferencia en el volumen de urgencias atendidas en el Hospital San Millán, de Logroño, correspondientes a las zonas atendidas actualmente en el servicio de Calahorra (ZBS 1, 2, 3, 4) antes y después de la apertura de este servicio (Mayo-Diciembre de 1996 frente a Mayo-Diciembre de 1997).
 2. Evaluar si existe diferencia en el volumen de urgencias atendidas en el Hospital Reina Sofía, de Tudela, de las mismas ZBS y en el mismo período anteriormente citado.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo del volumen de urgencias correspondientes a las ZBS 1, 2, 3 y 4, comparando dicho volumen de Mayo-Diciembre de 1996 con Mayo-Diciembre de 1997.

En Mayo de 1997 se abre el Servicio de Urgencias de Calahorra, por lo tanto las urgencias de Mayo-Diciembre de 1996 se atendían en el Hospital San Millán, Hospital Reina Sofía y Atención Continuada.

La información ha sido obtenida de las siguientes fuentes: Servicios de Admisión de Urgencias del Hospital San Millán y Hospital Reina Sofía y Gerencia de Atención Primaria.

Las variables recogidas de cada paciente atendido han sido la ZBS de procedencia, el centro sanitario de atención y la aportación de volante médico (P₁₀).

RESULTADOS

El número de casos atendidos en los servicios de urgencias hospitalarias, correspondientes a la zona estudiada (Rioja Baja), ha sido de 4.539 casos en el período estudiado de 1996, frente a 3.204 casos en 1997, con una disminución del 29,41% (Tabla 1).

Las urgencias atendidas en el Hospital San Millán para dicha zona en ambos periodos ha disminuido en un 43,85%, de 3.977 casos a 2.233 (Tabla 2).

Las urgencias atendidas en el Hospital Reina Sofía correspondientes a La Rioja Baja en ambos períodos, han sufrido un incremento del 72,77%, 409 casos; debido prácticamente en su totalidad al aumento en las urgencias provenientes de Cervera y Alfaro (Tabla 3).

En el servicio de urgencias de Calahorra, en el período Mayo-Diciembre 1997 se atendieron 8.968 urgencias, de las cuales el 77,9% correspondían a la ZBS Calahorra (Tabla 4).



| ZBS | MAYO-DICIEMBRE DE 1996 | | | MAYO-DICIEMBRE DE 1997 | | |
|--------------|--|---|-------|--|---|-------|
| | Hospital San Millán Número de casos | Hospital Reina Sofía Número de casos | TOTAL | Hospital San Millán Número de casos | Hospital Reina Sofía Número de casos | TOTAL |
| Cervera | 254 | 193 | 447 | 203 | 309 | 512 |
| Alfaro | 834 | 339 | 1.173 | 524 | 633 | 1.157 |
| Calahorra | 1.890 | 24 | 1.914 | 862 | 26 | 888 |
| Arnedo | 999 | 6 | 1.005 | 644 | 3 | 647 |
| TOTAL | 3.977 | 562 | 4.539 | 2.233 | 971 | 3.204 |

Tabla 1. Urgencias Hospitalarias de la Rioja Baja, distribuidas por centro de atención y ZBS de procedencia. Mayo-Diciembre de 1996. Mayo-Diciembre de 1997.

| ZBS | MAYO-DICIEMBRE DE 1996 | | MAYO-DICIEMBRE DE 1997 | |
|--------------|------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Número de casos | % | Número de casos | % |
| Cervera | 254 | 6,39 | 203 | 9,09 |
| Alfaro | 834 | 20,97 | 524 | 23,47 |
| Calahorra | 1.890 | 47,52 | 862 | 38,60 |
| Arnedo | 999 | 25,12 | 644 | 28,84 |
| TOTAL | 3.977 | 100 | 2.233 | 100 |

Tabla 2. Distribución de los casos atendidos en urgencias del Hospital San Millán correspondientes a ZBS 1, 2, 3 y 4. Mayo-Diciembre de 1996/Mayo-Diciembre de 1997.

| ZBS | MAYO-DICIEMBRE DE 1996 | | MAYO-DICIEMBRE DE 1997 | |
|--------------|------------------------|-------|------------------------|-------|
| | Número de casos | % | Número de casos | % |
| Cervera | 193 | 34,74 | 309 | 31,79 |
| Alfaro | 339 | 60,82 | 633 | 65,2 |
| Calahorra | 24 | 4,27 | 26 | 2,7 |
| Arnedo | 6 | 0,18 | 3 | 0,31 |
| TOTAL | 562 | 100 | 971 | 100 |

Tabla 3. Distribución de los casos atendidos en urgencias del Hospital Reina Sofía procedentes de la Rioja Baja en función de las ZBS. Mayo-Diciembre de 1996/Mayo-Diciembre de 1997.

| ZBS | POBLACIÓN | Número de casos | % |
|--------------|-----------|-----------------|------|
| Cervera | 6.375 | 174 | 1,94 |
| Alfaro | 9.315 | 785 | 8,76 |
| Calahorra | 26.352 | 6.990 | 77,9 |
| Arnedo | 16.249 | 1.019 | 11,4 |
| TOTAL | 58.291 | 8.968 | 100 |

Tabla 4. Distribución de casos atendidos en el Servicio de Urgencias de Calahorra en función de la ZBS de procedencia. Mayo-Diciembre de 1997.

| P ₁₀ | Número de casos | % |
|-----------------|-----------------|-------|
| SI | 3.180 | 35,46 |
| NO | 5.788 | 64,54 |
| TOTAL | 8.968 | 100 |

Tabla 5. Distribución de casos atendidos en el Servicio de Urgencias de Calahorra en función de la aportación del volante médico (P₁₀). Mayo-Diciembre de 1997.



DISCUSION

En este estudio se presentan los resultados obtenidos a través de un estudio epidemiológico descriptivo de los casos atendidos en los Servicios de Urgencias del Hospital San Millán de Logroño y Hospital Reina Sofía de Tudela, durante los períodos Mayo-Diciembre de 1996 y 1997 y los casos atendidos en el servicio de urgencias de Calahorra de Mayo-Diciembre de 1997.

Nos encontramos en una comunidad uni-provincial y distribuida geográficamente en Rioja Alta, Rioja Media y Rioja Baja; con un censo de 263.434 hab. (1991). La Rioja Baja con una población de 58.290 hab. queda distribuida en cuatro Zonas Básicas de Salud: Cervera, Alfaro, Calahorra y Arnedo.

El volumen de urgencias procedentes de toda La Rioja, atendidas en el Hospital San Millán para ambos períodos estudiados, se mantiene con un ligero incremento de 499 casos (52.026 en 1997 frente a 51.527 en 1996), es decir, un 1%. Por lo tanto era de esperar que las urgencias correspondientes a la Rioja Baja se hubieran mantenido, sin embargo, se observa una disminución en estas urgencias de un 43,85%.

Por otro lado, las urgencias de la Rioja Baja atendidas en el Hospital Reina Sofía de Tudela, han sufrido un incremento del 72,77% (409 casos), pudiéndose explicar por el Convenio firmado entre la Comunidad Autónoma de La Rioja y la Comunidad Foral de Navarra, con fecha de 18 de Junio de 1997 (este acuerdo sólo cubre a las ZBS 1 y 2, para atender las urgencias hospitalarias correspondientes). Estos 409 casos que han acudido al

Hospital Reina Sofía no justifican la disminución de 1.744 casos menos que han acudido al Hospital San Millán, por lo que se puede suponer que el resto de casos han sido solucionados por el Servicio de Urgencias de Calahorra.

Llama la atención el alto porcentaje de urgencias atendidas en Calahorra procedentes de la ZBS 3-Calahorra (77,9%) frente al resto de zonas básicas (Tabla 4). En el caso de Cervera y Alfaro está justificado por remitirse al Hospital Reina Sofía de Tudela, a partir de la fecha del Convenio antes citado. En el caso de la ZBS 4-Arnedo, la diferencia con Calahorra no se corresponde con el diferente volumen de población entre ambas zonas; además el volumen de urgencias hospitalarias de Arnedo ha disminuido en 35,6% (358 casos) entre ambos períodos, esto podría deberse a la resolución, por parte de los Servicios de Atención Primaria de la zona, de un mayor número de urgencias, lo que debiera ser comprobado mediante otro estudio.

Por tanto proporcionalmente la población de la ZBS 3-Calahorra utiliza más los servicios de urgencias y a raíz de la apertura del centro local de urgencias esta utilización se ha incrementado todavía más.

De todos Los casos atendidos en el Servicio de Urgencias de Calahorra, el 64,54% acudieron sin volante médico (Tabla 5), es decir, a petición propia, lo que esta en consonancia con la sobreutilización del Servicio de Urgencias de Calahorra por la población, ya que gran parte de estas urgencias no han sido cribadas por los servicios de atención primaria.



CONCLUSIONES

El volumen de casos que llegan a los Servicios de Urgencias hospitalarios procedentes de la Rioja Baja, ha disminuido a raíz de la apertura del Servicio de Urgencias de Calahorra. Esta disminución se refleja fundamentalmente en el Hospital San Millán de Logroño, mientras que en el Hospital Reina Sofía de Tudela se observa un incremento del número de urgencias procedentes de Alfaro y

Cervera, como consecuencia del Convenio firmado por la Comunidad Autónoma de La Rioja y la Comunidad Foral de Navarra.

El acercamiento del Servicio de Urgencias a la población de Calahorra ha incrementado la demanda por parte de la misma.



Páginas de

Inauguramos en esta revista una nueva sección que esperamos sea de vuestro agrado y que os sirva para que encontréis aquí solución a algunas de vuestras dudas. Dentro de la sección encontrareis diversos apartados, tales como programas nuevos, Internet, temas de actualidad, equipos y accesorios, recomendaciones varias y contando con vuestra participación, tendremos un rincón para intentar solucionar los problemas que nos presentéis.

Todo lo expuesto en estas páginas es bajo el punto de vista del autor, que como ser humano puede equivocarse pero siempre sin mala intención. Perdonar si se equivoca y esperamos que realmente os sea de utilidad. No dudéis en comentarnos cualquier mejora que podamos introducir. Gracias de antemano.

Rincón del lector



En este espacio tendrán cabida todas las consultas y opiniones que nos hagáis y que intentaremos solucionar lo mejor que podamos.

Nos podéis mandar vuestras preguntas o sugerencias por correo a la dirección del Colegio o bien a través de Internet por Correo Electrónico que actualmente es el siguiente:

coleg26@s-mail.cefss.ucm.es, pero que estamos a la espera de que nos lo cambien en fecha anterior al 1 de enero de 1999 y que se os comunicara enseguida que lo sepamos. Mientras tanto por favor limitaros al Correo Postal.

También pongo a vuestra disposición mi Correo Electrónico particular que es: collada@arrakis.es.

Internet

CAMBIOS: Como seguramente sabréis, estaba previsto a partir del 1 de diciembre de 1998 el cambio por parte de Telefónica de INFOVIA por INFOVIA PLUS, pero lo han prorrogado hasta el 1 de enero de 1999. Esto suponía el te-



ner que cambiar el número de teléfono que hay que marcar para acceder a Internet, que hasta el momento era el 055 para toda España y que a partir del cambio, variará según las zonas, correspondiéndole a Logroño el 941-498000.

Es importante recordar: Que tenéis la posibilidad de conectaros gratuitamente a Internet, a través del Consejo General de Enfermería con sólo mandar el cupón que aparece en la Revista del Consejo debidamente cumplimentado.

Editorial Informático

Durante estos últimos días, habréis recibido en vuestros domicilios un sobre del Consejo General de Enfermería en el que se os envía documentación exponiendo el programa EPSILON XXI. Dicho programa a la vez de ambicioso y monumental es complicado de llevarse a

cabo. No cabe duda de que si se lleva a cabo se van a mejorar los servicios a los colegiados, pero lo que no sabemos porque no se refleja en la documentación recibida es el coste de todo el proyecto, y que indudablemente será bastante elevado.



Consejos varios

COMPRAR UN ORDENADOR: Siempre que alguien va a comprar un ordenador le surgen gran cantidad de dudas, pero la inicial es ¿qué tipo de ordenador se va a comprar?, es decir un PC o un Mac, como cariñosamente se denomina al Macintosh. Desde luego hay opiniones para todos los gustos pero debemos de mirarlo desde el punto de vista del usuario, ya que es fundamental saber cual va a ser la utilización principal que se le va a dar al ordenador en cuestión.



Básicamente se puede decir que los Mac son más recomendables para todos aquellos que tienen en mente el trabajar con diseño gráfico, mientras que el PC tiene más utilidades dentro del campo de la gestión y por supuesto en el de los juegos, aunque yo pienso que el que quiera jugar, debería comprar vídeo consola en lugar de ordenador, que además es más barato.



COMPRAS EN INTERNET: Hoy en día son muchas las posibilidades de efectuar compras a través de Internet, pero aquellos aficionados a la compra por correo, en este caso electrónico, deben de tener en cuenta la seguridad de sus datos, sobre todo los de la tarjeta de crédito, y se

puede decir que hasta ahora no es muy fiable, por lo que de momento se recomienda no hacerlo, a no ser que se tenga la posibilidad de comprar contra reembolso y no sea necesario introducir los datos de la tarjeta de crédito. Tenedlo en cuenta porque os jugáis los cuartos.



ENCICLOPEDIAS MULTIMEDIA: Cada día salen nuevas enciclopedias multimedia al mercado, y cuando nos disponemos a comprar una no sabemos por cual decidimos. Una que realmente es bastante notable y



que tiene una buena relación calidad-precio, es la ENCARTA 98 ó en cualquiera de sus versiones. Si tenéis oportunidad de conocerla antes de comprarla, no dudéis en hacerlo.

Diccionario Informático

En este apartado iremos poniendo una serie de vocablos que nos permitirán conocer la informática poco a poco, sin que nos suene a chino.

BIT: Es la Unidad básica de información digital. Normalmente un carácter esta formado por 8 bit.

BYTE: Es la cantidad de memoria que se requiere para almacenar cualquier cosa. Es la medida más utilizada en informática.

KILOBYTES: Es el equivalente a 1.024 bytes. Es lo que se conoce como K,s que es la versión española de KB.

MEGABYTES(MB): Es aproximadamente el equivalente a mil kilobytes, pero su valor exacto es de 1.048.576 bytes. Es lo que se conoce cuando hablamos de ordenadores como MEGA, y que se utiliza tanto para la memoria como para la capacidad de los distintos discos, tanto duros como flexibles.

GIGABYTES(GB): Es el equivalente a 1.024 Megabytes.

TERABYTES(TB): Equivalente a 1.024 Gigabytes. Se utiliza con ordenadores de gran capacidad de almacenamiento.

¡¡¡No olvidaros de colaborar con nosotros!!!



Reflexión

María P. Abab Domingo Col. nº 1.828

**Para los que día a día luchan con tesón
por conseguir la oportunidad
que antes no tuvieron
"El"**

Y

a va siendo hora de que me levante, ya están aquí estos brutos sacándonos de la cama a gritos, ¡si a vosotros os despertaran así! ¡Cielos que esfuerzo! casi no puedo moverme ¡que noche tan infernal! éste no ha parado de roncar y tú fulanito toda la noche hablando, esto no hay quien lo soporte.

Espabila, tengo que darme prisa, hoy "toca baño" como tarde tendré que esperar y no lo soporto, desnudo, parado como un poste y esperando mi turno. El agua no está muy caliente ¡me estoy quedando helado!, parece que me tonifico un poco.

He conseguido terminar de vestirme, por lo menos he recuperado parte de mi dignidad, ¡cómo no os dais cuenta!

Bueno, ahora a desayunar pero ¿y ella? hoy todavía no le he visto, ahora son más de las 8 h., estará ya arriba preparando, entre montañas de pastillas, nuestros "caramelitos" diarios.

¡Que gritos, que follón! ¿Por qué no se callarán todos?

¡Cuando abrirán esta maldita puerta!

Hoy "toca" café con leche, a cualquier cosa le llaman aquí café, seguro que de éste no toman ellos.

Pero mira, ahí está, ahora llega, cargada de pastillas y sonriendo, todavía falta mucho para que llegue a mi mesa.

Pasarás como una ráfaga, dejarás las pastillas en mi mano, acaso me preguntes ¿qué tal has pasado la noche? Yo comentaré bajando la cabeza y tu continuarás pasando veloz entre las mesas.

¿Cómo lo haces? Llegas a todo, repartes, vigilas con el rabillo del ojo que nos tomamos ese veneno mortífero que nos atonta, sonríes y das los buenos días ¡quédate un poco más!, acaso no sabes que lo necesito.

Se acabó, nos vamos todos ahora que deciden ellos que salgamos.

Voy a la cafetería, un par de cafés y una coca-cola me mantendrán algo más despierto.

Falta un buen rato todavía para que empiecen a atosigarme localizándome con la maldita megafonía, así que dormiré un rato al sol, me apetece.

Hoy está de servicio la morenita, vaya, ésta es de las que me incordia, menos mal que le veo poco y hoy no quiero estar con nadie.

Se pasan la vida hablándome de responsabilidades, de trabajo, de control ¡Pero que carajos! ¿Por qué soy yo diferente? A veces os veo venir a primera hora de la mañana, ¡ya os conozco a todos! Según como entráis me digo ¡Vaya! hoy venimos de mejor o peor humor.

Me gusta imaginar como es vuestra vida, tenéis una casa, un trabajo, una familia.

¿Qué hacéis cuando no estáis aquí? Me lo figuro, tenéis libertad, vais donde queréis, paseáis, habláis, tenéis amigos..... ¿Por qué no puedo yo tener las mismas cosas?

¡Que fácil! No entienden mi enfado cuando me recriminan el no haber acudido a tal o cual actividad, por haberme ido sin permiso.

A vosotros ¿no se os ha ocurrido pensar como os sentiríais si cada vez que quisierais salir de casa os tuvieran que dar un permiso?

Después viene el sermón y el ejemplo comparativo, habláis



de vuestras responsabilidades, de que todo no es diversión, que cuando termináis vuestra jornada de trabajo enfrentáis otras responsabilidades, pero mira que diferencia vosotros OS VAIS DE AQUI y yo no puedo, no puedo y no lo soporto, no soporto a las personas que me rodean, no soporto estas paredes, no soporto los largos tiempos de espera. ¡QUIERO IRME! ¡QUIERO SALIR DE AQUI! QUIERO TENER MI VIDA, QUIERO..... pero no se como hacerlo, lo deseo y a la vez me da miedo, será por eso que siempre vuelvo; cuando me escapo.

Me da miedo salir y estar con otra gente porque no voy a saber estar ¡los siento tan diferentes! ¿y como reaccionarían cuando supiesen que vivo en un psiquiátrico? ¿cuando supieran que estoy enfermo?

He visto en ellos el miedo, el rechazo, la indiferencia y ¡que horror! la compasión. A veces pienso que el enfermo no soy yo.

Nadie entiende.

No se dan cuenta de que me siento mal, les veo tan capaces, tan superiores, yo no soy capaz de hacer lo que ellos hacen, no puedo concentrarme, no puedo pensar, no puedo hacer NO PUEDO, NO PUEDO, NO PUEDO.

Aquí se empeñan, yo se que se esfuerzan, J.K. tienes que, tu puedes.

Empieza poco a poco, tienes que dar el paso, afróntalo. Y yo me pongo enfermo. más de lo que estoy, tiemblo, me agito, me sudan las manos, se acelera mi corazón NO PUEDO, NO VOY A PODER, YO NO SOY CAPAZ, y exploto de ira, de rabia, de impotencia contra vosotros, contra todo, contra mi.

¿Que ha sido de mi?

¿Por qué me ha pasado esto?

¿Donde está el J.K. que a veces recuerdo cuando era un niño?

Recuerdo mi casa, mis cosas, mi habitación ¿Qué me ha pasado?

En el colegio tenía algunos amigos y me divertía, ya se que también era algo huraño.

Me gustaba salir con mi madre ¡Mi madre! no quiero seguir recordando, me duele.

¡Me engañaron! si, eso tuvo que ser, esto no puede ser, yo debía estar allí por equivocación, tiene que ser un error.

¿Que han hecho con mi vida?

¿Por qué me trajeron aquí?

¿Por qué no me sacan?

La época oscura ya pasó, ahora estoy bien ¿Por qué no vienen? ¿Por qué cuando voy, no quieren que esté? Si ya se, me enfado con mi madre, discuto con mi padre y dicen que hago cosas raras.

Yo vuelvo a lo de siempre, es que ellos no me entienden, están ya viejos. A mi me gusta escuchar la música fuerte, salir hasta muy tarde, divertirme, tomar copas. Ahora que puedo, no puedo hacerlo, ¿es que no hace lo mismo toda la gente?

Por lo visto no, me dicen que soy un vago, que nunca conseguirán nada conmigo y que no les doy más que problemas... y yo... yo no les perdono, no les perdonaré nunca. Ellos me trajeron aquí y ni tan siquiera vienen a verme.

¡Vaya! se me ha terminado el tabaco tendré que moverme un poco, aunque no me apetece nada, allí están todos "ésos"

Cuando estoy solo es mejor pero si quiero fumar no me queda más remedio que ir, además si me llega el dinero me tomaré otro café.

Mírale, por allí va "la morenita" como siempre deprisa, mirando a ningún sitio y viéndolo todo.

Hoy se ha recogido el pelo, le sienta bien, está guapa, aunque me gusta más la otra, y el uniforme que lleváis es horrible.

Seguro que me está buscando, es la hora de la terapia, pero todavía puedo esperar cinco minutos antes de que me avisen los altavoces.

Luego tengo consulta, supongo que hoy me subirán la medicación, ayer volví a hacerlo, han sido varias veces esta semana, así que no habrá quien me libre. Se sentara el psiquiatra frente a mi, a un lado la enfermera y me preguntarán ¿Por qué?

Es increíble todavía no lo entienden

NO FUI PORQUE NO QUISE
GRITE PORQUE ME DIO LA GANA
INSULTE PARA PROVOCAR
AGREDI PORQUE SOY MAS FUERTE...

¡Oh Dios mío! quiero pensar pero no puedo, quiero gritar y no me sale la voz.

Me llaman. Resuena mi nombre por todos los rincones.

Debo ir al despacho.

Tú estas allí, todo preparado para escucharme y estoy seguro de que a veces lo hacéis, aunque no siempre.

Ya se que estoy enfermo, pero se que lo estuve más. Ya pasó lo peor y sin embargo me queda lo más difícil.

A veces no se buscaros cuando os necesito, inventaré mil excusas, propondré mil pre-



textos pero lo que de verdad quiero es levantar mis ojos y encontrar los tuyos cuando me dicen:

TRANQUILO, YA TE ENTIENDO
NO FUISTE PORQUE NO TE SIENTES
CAPAZ
GRITASTE PORQUE ESTABAS
ANGUSTIADO
INSULTASTE PORQUE ESTABAS
LLENO DE IRA

AGREDISTE PORQUE TE SIENTES
ACORRALADO
TRANQUILO, TODO PASARA, LO
ESTAMOS CONSIGUIENDO

No quiero encontrar los reproches, no quiero reflejar en ti mi derrota.

Quiero tu mano firme y segura que me ayude a aprender a mover la mía.

Quiero lo mejor de ti trabajando para ayudarme a salir de esta calle cerrada.

Tienes más fe en mi que yo mismo.

Tengo que acudir ya, no puedo demorarlo por más tiempo, antes o después debo hacerle frente.



A los que día a día luchamos y aprendemos con ellos.

"La Enfermera"

Sin falta, hoy sin falta, no se cómo me organizaré pero debo sacar tiempo como sea, tengo que sentarme a hablar un rato tranquila con él.

Lleva unos días que lo encuentro raro.

Se bien lo que le pasa y si no lo abordamos a tiempo se nos perderá.

Espero que ayer por la tarde no hiciera nada. Seguramente cuando llegue estará donde siempre, tras la puerta, mirando a hurtadillas, cree que no lo sabemos, pero vaya, guardaremos su secreto.

A veces pienso, cuando hablo con ellos que sienten que no les escuchamos y eso me desconsuela.

¿Cómo nos ven ellos a nosotros?

Es tan fácil hablar y decir TIENES QUE Y TIENES QUE

¿Pero cómo lo reciben?

Nunca lo manifiestan pero casi siempre hacen alguna alusión o referencia que me hace pensar que están estableciendo comparaciones, y es lógico, somos su punto de referencia.

¡Tantas veces no nos damos cuenta!

Me cuestiono a menudo si entendemos bien el concepto de nuestra profesionalidad.

Establecemos relaciones terapéuticas siguiendo la norma, asepticas.

Cien mil veces he leído que necesitáis de nosotros, nuestra profesionalidad, no un hombro donde llorar ¡DE ACUERDO!

Pero ¿como evitar el involucrarnos emocionalmente! Negarme esto me va a abocar el fracaso, porque me llegas de una manera muy directa, de alguna forma estoy involucrada en tu vida, en tus éxitos, en tus fracasos y éstos me afectan me lo niegue o no.

No siento compasión por ti, no te equivoques.

Se lo que te ocurre, como te sientes la mayoría de las ocasiones y lo entiendo.

Reconozco en ti capacidades que a ti mismo te niegas muchas veces y me da rabia que no lo veas, olvido en ocasiones que si fueras capaz de abordarlo, de dar ese paso, entonces ya no estarías aquí.

Se que a menudo piensas que estoy enfadada contigo y eso también lo estoy haciendo mal. Es conmigo con quien me enfado y en ese momento, casi siempre, no soy capaz de reconocerlo y entonces el que más pierde eres tú.

Me justifico a mi misma, buscando argumentos que en cuanto me sereno se caen.

Me gustaría que a veces entendieras que me desbordan las cosas, que surgen imprevistos, ajenos a ti, que me impiden hacer, en ocasiones, las cosas como creo que debo hacerlas.

¿Cómo me sentiría yo en tu lugar? haciendo frente primero a algo que no se termina de com-



prender, afrontar la enfermedad es algo muy duro que se dice fácil. Reconocer que lo que me ocurre no es normal pero me sucede a mí y no a los demás tiene que ser algo muy difícil de aceptar.

No es una enfermedad como las demás, todos la viven de distinta manera, y además de vivir la enfermedad viven con lo que esta supone de cara al mundo. Miedo, rechazo, incompreensión, aislamiento, encierro... y tú frente a todo esto.

Es "el más difícil todavía"

¿Que haría yo, si me sacan un día de mi casa, me encierran y me hacen perder el control de mi vida para siempre?

Si me quitan hasta la opción de poder recuperarme.

¡Menos mal que esto va cambiando! pero aún nos falta mucho camino.

Falta mucha formación e información social referente a este tema, ¡Deberíamos hacer más al respecto!

¡Pero dónde estarás metido! llevo un buen rato buscándote, estoy segura además de que lo sabes. Estás eludiendo el momento de venir, piensas que te subirán la medicación, que te negarán el permiso para ir a casa y lo que de verdad tienes es que te verás obligado a reconocer ante ti mismo que has vuelto a eludir tus compromisos por miedo, por falta de seguridad.

Recuerdo cuando por primera vez decidiste hacer frente a tu enfermedad. Fue un momento duro y decisivo, comenzaste entonces a recorrer un tortuoso camino en el que cada paso cuesta un gran esfuerzo ¡pero que alegría cada vez que lo consigues!



***A las familias que se han rendido ante lo que desconocen.
Para que lo entiendan.***

***A las que luchan contra lo que no comprenden.
Para que no se rindan.***

"La madre"

Ya estoy empezando a sentirme nerviosa, a mediodía llegaré, para la hora de la comida estará aquí.

Se que me esperan unos días horrosos.

Todavía no he hablado con su padre.

Ayer me llamaron del Hospital, me dijeron que venía a pasar unos días en casa, que estaba bien y que esperaban que todo transcurriera sin problemas.

¡Que fácil para todo el mundo! para todos menos para mí.

No he podido dormir en toda la noche pensando que pasará estos días.

Por eso me irrita que de repente te pares, retrocedas, que utilices tu enfermedad como escudo, eso a veces te sale francamente bien, eres un manipulador nato. Pero esto no te vale con todos, lo sabes bien, hoy no te va a valer, por eso te escondes.

Al final como siempre, tendré que echar mano de la megafonía, se que la odias pero no me queda mas remedio.

No me lo pones fácil, tengo pendientes un montón de cosas esta mañana, no te pienses que estás aquí solo, a veces parece que lo crees.

Monopolizas toda la atención y lo haces a conciencia, te gusta sentir que está todo el mundo aquí más pendiente de ti que de los demás.

¡Que terrible enfermedad la de mi hijo! que enfermedad incurable que no respeta, por no respetar ni el cariño.

¿Por qué tuvo que pasarle a él? De pequeñito era un niño normal, todo iba bien, tenía amigos, iba al colegio, pero sobre todo le gustaba pasear conmigo, tenía algunas rarezas que yo, ignorante de mi, pensa-



ba que se corregirían en el colegio.

Era un poco reservado pero no había nada raro. ¿Por qué tuvo que surgir esto?

A veces pienso que la culpa fue mía, por haberlo sobreprotegido, ¡pero como iba a evitarlo!

Estoy cansada, no me siento bien. El dolor y los remordimientos acabarán conmigo pero no puedo hablar, no puedo decir.

Hace años que no duermo en condiciones, me martiriza pensar que tu estás allí y no se bien el porqué.

Si, ya se que te llevamos nosotros, pero no podíamos más, tú también debes de entenderlo, tu comportamiento era insoportable y muchas veces he sentido miedo, pero no sólo por mí, sino también por ti mismo.

Me siento culpable por no tenerte y por desear que no vengas, por no entender lo que te ocurre. Quisiera haberte dedicado más tiempo pero no he sabido hacerlo.

Me explican los médicos y las enfermeras que estas estabilizado, que no debo tenerte miedo, pero yo no se que hacer cuando te muestras agresivo, no se tratarte cuando te niegas a comportarte como todos. No puedo responderte cuando me preguntas

¿POR QUE?

En definitiva y a pesar de todo, tú has tenido más valor que yo, has afrontado tu enfermedad y luchas como puedes contra ella.

No he tenido el valor suficiente para hacerlo contigo, no he sabido.

Recuerdo angustiada como estabas hace unos años. Las cosas que ocurrieron.

Sentí miedo, vergüenza y horror.

No había salida para nosotros, no había remedio para ese mal incurable y el día que saliste de casa para "no volver" me sentí liberada.

Creí que era lo mejor para ti y para todos, a la vez vivía la pena de perder un hijo sin poder entender bien lo que pasaba.

Cuando saliste de casa, llegó la serenidad.

"Allí" estarías bien atendido, "ALLI" sabrían manejarte y te darían lo que necesitaras.

"Allí" sabrían hacerte frente.

"Allí" sabrían controlarte, medicarte ... "ALLI" "Allí no te tienen miedo.

Se que no terminan de entender mi resistencia a que vengas a casa, e insisten e insisten.

Me dicen que todo ha cambiado, que tú estás mejor, que ya no debo temerte. Pero no puedo evitarlo, te sigo viendo como hace unos años y pienso que en cualquier momento puede suceder otra vez.

No podría soportarlo, los gritos, los golpes, las amenazas, el dolor, tu sufrimiento, el nuestro.

Destrozaste tu vida y la nuestra, se rompieron todas nuestras esperanzas, espantaste a todos los amigos.

¡No!, no quiero pasar otra vez por lo mismo.

¡Y tu padre! que relación tan difícil la vuestra. Envejeció entonces toda una vida.

No se lo perdona, no se lo perdonará jamás, se siente responsable de lo que te ocurrió y cuando está frente a ti, se siente culpable.

¡Si fuera verdad lo que me dicen!

Si fuera cierto que puedes llegar a tener una vida casi normal.

¡Tanto han podido cambiar las cosas en estos años!

Ojalá pudiera creerlo.

No lo se, la mayoría de las veces no entiendo cuando me hablan, no se lo que quieren decir.

Tengo ganas de verte pero también tango miedo de que vengas.

Me siento culpable por sentir esto ¿con qué derecho lo hago?

Tú no tienes la culpa de lo que ocurre y mi obligación es cuidarte pero no se hacerlo, no me siento con fuerzas.

Cuando los médicos me hablan de ti, no se lo que quieren decir, tengo la sensación de que quieren que salgas a toda costa, a mi no me entienden, me sorprende a mi misma justificándome ante ellos, buscando excusas para no tenerte, no se explican por qué no comprendo que tú has cambiado.



Para terminar recordar que....

En muchas ocasiones aprender es tan sólo descubrir cosas que ya sabíamos y actuar es demostrar lo que ya sabes.

Así dicho parece fácil, pero actuar frente al enfermo mental no lo es.

Las posturas a adoptar, muchas veces, no son claras y en ocasiones avanzar es resolver un mar de dudas que nos agobian.

Quizás nos planteamos grandes cuestiones sin darnos cuen-

ta que los interrogantes más sencillos, los más cercanos, son los que todavía tenemos sin resolver y a la par son los más complicados.

Los avances en psiquiatría de unos años a esta parte han sido espectaculares, pero tengo la sensación de que han sido avances tan sólo sanitarios.

Socialmente se sigue sin comprender al enfermo mental, se le sigue en muchos casos teniendo miedo. Solicitamos, de forma insistente, colaboración a los familiares, no entendemos su reticencia, no pensamos que nadie les ha explicado.

Solo saben, como la sociedad en general, que antes a los "locos" se les encerraba.

Cambiar esta mentalidad es tarea y responsabilidad nuestra.

Y pienso que no se ha hecho bien o por lo menos no a la par.

Es importante, para el bien de nuestros enfermos mentales, que el mundo sanitario, social y familiar avancen a la vez y sin zancadillas, si no es como remar una barca en diferentes direcciones.

Si coordinamos el esfuerzo llegaremos antes a BUEN PUERTO.

Continúan vigentes los convenios siguientes:

- **IBERCAJA**
- **Seguros de Automóviles CAUDAL-GRUPO ZURICH**
- **Hoteles NH**
Salones privados. Menús especiales para grupos.
- **ASADOR ZARCILLO**
Menús especiales para grupos.
- **VIAJES ECUADOR**

Comercios:

JOYERÍA
Balsary 20% dto.
Jorge Vigón, 9 - Tel.: 941 25 54 35
26003 LOGROÑO

Perfumería - Salón de Belleza
MARY ELY
Avda. de la Paz, 60 - Tel.: 941 23 44 05
Miguel Villanueva, 10 - Tel.: 941 25 23 82
LOGROÑO 10% dto.

JOYERÍA RELOJERÍA
DOMÍNGUEZ
Hnos. Moroy, 2 - Tel.: 941 25 14 26
26001 LOGROÑO 20% dto.

NUEVE MESES
Moda Premamá
Portales, 10 - bajo
Tel.: 941 26 11 84
26001 LOGROÑO 10% dto.

AMFER ÓPTICOS
Chile, 17-19 Logroño
Revisión vista gratuita
20-50% dto.

ZAPATERÍA
ANDREAS
Telf.: 941 20 91 03
Gran Vía Rey D. Juan Carlos I, 61
26005 LOGROÑO 10% dto.

NEUMÁTICOS
LLANTAS ALBERTO
Marqués de la Ensenada, 24
TEL.: 941 23 41 86
LOGROÑO 15-25% dto.

SOLO DEPORTES
Gran Vía, 20
Telf.: 941 22 95 97
26002 LOGROÑO 10% dto.

Epifanio Durán Martínez
JOYERO
Lardero, 6 - Telf.: 941 22 80 65
26002 LOGROÑO 20% dto.

ÓPTICA ANGULO
Gonzalo de Berceo, 2
TEL.: 941 20 91 91
26005 LOGROÑO 20% dto.



Sentencias de



Interés General

Se desestimó la demanda interpuesta contra una enfermera por una paciente a la que se le saturó el dedo que se lastimó en un accidente doméstico.

Los hechos ocurrieron en 1995, cuando la demandante llegó a urgencias con un corte en el tercer dedo y el médico le diagnosticó una herida incisa en dicho dedo, sin apreciar la lesión del tendón extensor de la última falange, por lo que le quedó como secuela una fle-

xión permanente del dedo en esa falange e imposibilidad de extenderlo (dedo de martillo).

Según las pruebas periciales, el dedo de martillo que padece la afectada no fue consecuencia de la cura que le efectuó la enfermera, sino de la lesión que presentaba y que el médico no diagnosticó por lo que la enfermera ha sido absuelta mientras que este último deberá, junto con la compañía de seguros, indemnizar a la denunciante con 210.000 pesetas.

En Orense, un enfermero ha sido absuelto de la falta de imprudencia con resultado de muerte que se le imputaba.

Los hechos ocurrieron el 19 de marzo de 1997 cuando el paciente, tras ingresar en el servicio de urgencias del Hospital Santa María Madre aquejado de un dolor en la zona subhepática derecha, fue trasladado a la planta de cirugía, donde su hija presentó un informe al enfermero advirtiéndole de las alergias al Metamizol, las componentes de Pirazolona e intolerancia a la aspirina.

El enfermero, que lo anotó en la hoja de enfermería, paso dicho informe al médico

inculcado, que prescribió el Metamizol magnésico diluido en suero fisiológico que se le administraría al paciente esa noche y que le provocaría una reacción alérgica al minuto o dos minutos de la administración.

Como consecuencia de la reacción alérgica, el paciente fue trasladado a la UCI donde falleció el 3 de Abril siguiente.

Debido a que en la relación de fármacos que aparecían en el informe presentado no aparecía el Nolotil como tal, sino componentes, y a que el enfermero por su profesión no tiene la obligación de conocerlos, en la sentencia se absuelve al enfermero mientras que al médico se le condena por homicidio e imprudencia grave.



SEDE COLEGIAL

Plaza Tomás y Valiente, 4 bajo

Tel.: 941 23 92 40

Fax: 941 23 93 47

E-mail: coleg26@smail.ucefss.ucm.es

26004 LOGROÑO

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO

Julio-Septiembre.

De 9 a 14 h. (Lunes a Viernes)

Octubre-Junio.

De 9 a 14 h. (Lunes a Viernes)

De 17 a 19 h. (Lunes a **Jueves**)



DOLOR CRONICO MALIGNO

Nuria Sáenz de Navarrete Crespo, Col. nº 2.199

Introducción:

Al margen de que los recientes avances de la tecnología médica hayan hecho posible que seamos capaces de curar cada vez más enfermedades, no deberíamos olvidar que nuestra misión más noble es precisamente el alivio del dolor y del sufrimiento.

En el enfoque paliativo el objetivo fundamental de la terapéutica no es ya una imposible curación sino conseguir el máximo bienestar o confort posibles para los enfermos y allegados en especial para el cuidador primario o persona de referencia, sea cual fuere el vínculo que le una al enfermo. Los instrumentos de que dispone para alcanzarlo son: el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación

Los síntomas que requieren atención en la enfermedad terminal son múltiples, siendo el dolor el que con más frecuencia aparece. Tenemos entre otros: estreñimiento, debilidad, insomnio, anorexia, boca seca, disnea, ansiedad,...

Son multicausales y rara vez se solucionan únicamente con una terapia farmacológica por muy adecuada que ésta sea. Así por ejemplo, el insomnio, puede estar producido por: dolor, ansiedad, depresión, disnea, tos, prurito,... será necesaria pues una valoración cuidadosa que nos permita establecer cuál es la solución para que el paciente pueda descansar.

Definición de dolor

Según la I.A.S.P. es: "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma".

La importancia de esta definición es la aceptación del componente emocional y subjetivo del síntoma. Hasta entonces no se aceptaba muy bien que pudiese existir dolor sin haber un daño tisular. Podemos decir que el dolor es lo que la persona que lo sufre dice experimentar.

Con base en el concepto de Saunders de "dolor total" el cual integra componentes de dolor "físico, mental, social y espiritual", el movimiento Hospice ofrece cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales, tanto al paciente en situación terminal como a sus familiares.



Dolor crónico maligno:

Este dolor es provocado por una enfermedad que va a terminar con la vida del enfermo.

No tiene ningún sentido, anula a la persona, es absurdo y debemos combatirlo enérgicamente (siempre respetando la voluntad del enfermo).

Los aspectos que acompañan a este dolor son de tipo vegetativo (anorexia, estreñimiento,...).

Procuraremos evitar la sedación a través de un ajuste meticuloso de la analgesia por un lado y de la sedación que los analgésicos pueden provocar, por otro, para que la persona pueda llevar una vida lo más normal posible, durante el mayor tiempo posible.

Las dosis de medicación serán individualizadas y casi siempre harán falta otros medicamentos (ansiolíticos, laxantes,...). Se producirá tolerancia pero no dependencia.

El enfermo con un dolor crónico que le impone ciertas limitaciones en su vida de relación, que no le permite hacer algunas actividades, que a lo mejor incluso no le permite trabajar, tendrá una gran afectación psicológica.

Uso de Analgésicos:

1. Analgésicos no opioides:

Todos tienen efecto techo. El *paracetamol* tiene mejor tolerancia. Los *AINES* como la aspirina, diclofenaco, flubiprofeno, ketorolaco e indometacina, piroxicam y naproxeno.

2. Analgésicos opiáceos débiles:

De elección la codeína, particularmente útil asociada a paracetamol.

3. Analgésicos opiáceos potentes:

Como analgésico la morfina carece de efecto techo. La administración se hace por vía oral y parenteral (IV, MI, SC). La titulación se hace con morfina de liberación inmediata. Ante dolor no controlado, hacer aumentos del 50% de la dosis diaria total, evaluando diariamente los resultados. Debemos prevenir los efectos secundarios, asociando desde el inicio laxantes. Las náuseas y

vómitos, se controlan con haloperidol o con Largactil.

Analgésicos adyuvantes:

Especialmente útiles para tratar dolor neuropático y por infiltración ósea.

Estos son: corticosteroides, tricíclicos, anticonvulsivantes y capsicina tópica.

Tratamiento del dolor en el anciano:

- Preguntar si tiene dolor. No esperar a que lo refiera espontáneamente, aceptarlo.
- Nunca subestimar los efectos negativos potenciales del dolor crónico en el estado general y la calidad de vida del anciano.



- Ser exhaustivo en la valoración del dolor.
- Usar los fármacos analgésicos correctamente y tratamientos no farmacológicos de manera complementaria cuando sea posible.
- Estimularlos y movilizarlos física y psicológicamente. Involucrar a los cuidadores y familiares en el tratamiento.
- Anticipar y atender los síntomas de depresión y ansiedad.
- Evaluar la respuesta al tratamiento periódicamente. Modificándolo según convenga para proporcionar el mayor bienestar y máximo status funcional.

¿Duele el cáncer realmente?

El dolor provocado por el cáncer va a depender de muchos factores:

1. De la localización del tumor:

Los más antipáticos son los de la cara y, sobre todo, la boca. Por lo que respecta al cáncer de huesos, hay que decir que se refiere tanto a tumor primario como metastásico. Va a crear problemas de dolor a la movilización. La causa de dolor con frecuencia son las metástasis y la compresión de los nervios.



Los que con menor frecuencia provocan dolor, afortunadamente, son las leucemias que, como se sabe, son los tumores más frecuentes en los niños.

2. Del estado evolutivo de la enfermedad.

3. De factores individuales:

En efecto, el dolor es una experiencia subjetiva, es una emoción. Como experiencia emocional, se verá modificado por una serie de factores que modularán la vivencia o intensidad dolorosa.

Entre los que disminuyen el umbral del dolor están la incomodidad, insomnio, cansancio, depresión, ansiedad, miedo,... Lo cual quiere decir que un enfermo que se encuentre en alguna de estas circunstancias, va a experimentar más dolor. Hay algunos pacientes que tienen muchos de estos problemas juntos y cuyo dolor es absolutamente intratable aún después de suministrar dosis increíblemente altas de morfina y a veces, a pesar de realizar destrucción nerviosa química o quirúrgica.

Evaluación del dolor en el cáncer

El 78% de los dolores, están provocados por el cáncer. Son la invasión de huesos, la afectación de nervios, plexos o médula espinal, la obstrucción de vísceras huecas u ocupación por crecimiento en vísceras sólidas y la obstrucción o infiltración de venas y arterias.

El 19% de los dolores están provocados por los tratamientos anticáncer, secundarios a la cirugía, radioterapia y quimioterapia.

El 3% de los dolores no están relacionados con el cáncer ni los tratamientos.

Imaginemos un enfermo que refiere "dolor abdominal". Procederemos a identificar la localización del dolor en un esquema corporal que nos puede ser de gran ayuda.

Inmediatamente, además de un examen físico completo, debemos proceder a un interrogatorio exhaustivo acerca de ese dolor abdominal, para obtener una información extraordinariamente valiosa y poder hacer un diagnóstico lo más

exacto posible de su dolor e implantar el tratamiento idóneo.

La valoración de un paciente confuso puede ser difícil y algunas informaciones nos pueden ser suministradas por los familiares. En pacientes no confusos, también es importante conocer la opinión de los familiares e interpretarla con mucha cautela ya que no siempre coincide con lo que nos refiere el enfermo.

Nos interesamos por la repercusión que el dolor ha causado en su estilo de vida.

Por último haremos un historial del tratamiento farmacológico que el enfermo ha seguido hasta ahora.

Algunas veces, dependiendo de estas preguntas, puede ser necesario sólo un reajuste de la dosis, intervalos, etc. Es muy importante tener en cuenta la opinión del enfermo sobre los fármacos. A veces nosotros creemos que al enfermo puede serle más útil otro analgésico, pero si el enfermo tiene fe en uno determinado que está tomando y tiene resultados aceptables, debemos respetarlo y mantenerlo en lo posible.

Tratamientos antineoplásicos

Habitualmente, la radioterapia paliativa es de gran eficacia para controlar el dolor óseo localizado, a menudo en unos cuantos días.

La radioterapia es también a menudo eficaz para controlar el dolor que se presenta por la compresión de grandes masas viscerales, aunque en estos casos los tratamientos serán algo más prolongados.



Muchos pacientes conseguirán un alivio del dolor por el tratamiento sistémico de sus tumores con quimioterapia u hormonoterapia aunque la mejoría será lenta. Sin embargo, se observa una mejoría rápida del dolor óseo, tras una orquiectomía en el cáncer metastásico de próstata y también de la hipofisectomía, ahora raramente empleada, en pacientes con cáncer metastásico de mama o de próstata.



Analgésicos adyuvantes en el cáncer

Antidepresivos



El más utilizado es la amitriptilina. El efecto analgésico se consigue con dosis más bajas que para obtener el efecto antidepresivo. Además el efecto analgésico se alcanza en muy pocos días, mientras que el efecto antidepresivo puede necesitar un par de semanas.

Glucocorticoides

Como coanalgésico, también mejora el apetito, reduce la sudoración, da sensación de bienestar y de tener más fuerza, otros usos inespecíficos como en la obstrucción de vías aéreas, en la compresión modular, hemoptisis,...

Por lo que respecta a la elección del glucocorticoide a utilizar, hay que recordar que la dexametasona es 7 veces más potente que la prednisona y además, tiene menos actividad mineralcorticoide.

Gastroquinéticos

Pueden actuar como coanalgésicos en el síndrome de distensión gástrica.

Anticonvulsivantes

Algunos fármacos anticonvulsivantes han demostrado su utilidad para el tratamiento del dolor debido a lesión nerviosa de origen neoplásico. Son eficaces, sobre todo en aquellos dolores que el enfermo refiere como "a puñalada" o en "latigazos" de forma intermitente. Ejemplo típico es la neuralgia del trigémino.

El más utilizado de estos fármacos es la carbamazepina.

Alivio clínico del dolor

Bloqueo nervioso

Están disponibles una serie de intervenciones que dependen del punto preciso del dolor.

Normalmente, la infiltración se inicia con anestesia local y/o un esteroide, en cuyo caso el efecto es normalmente pasajero.

Sorprendentemente, sin embargo, los beneficios pueden prolongarse durante varias semanas. Algunos pacientes pueden ser considerados para un bloqueo nervioso.

Los pacientes con dolor abdominal o pancreático a menudo se benefician de un bloqueo del plexo celíaco y los que tienen dolor de la pared torácica por un bloqueo del nervio intercostal.

Infusión epidural de diamorfina

A veces se utiliza la infusión continua de diamorfina en el espacio epidural en pacientes con dolor lumbosacro grave y puede ser altamente eficaz durante largos períodos. Serán suficientes relativamente pequeñas dosis, consecuentemente, con una disminución de los efectos secundarios sistémicos.

Estimulación transcutánea eléctrica nerviosa

Este es un método no invasivo y seguro de conseguir un alivio pasajero del dolor que ha sido utilizado con éxito en algunos pacientes con dolor localizado, pero normalmente de baja intensidad.

Neurocirugía

Muy ocasionalmente, los pacientes con buen pronóstico paliativo serán evaluados para procedimientos neuroquirúrgicos como resección de las raíces sensoras dorsales para los hematomas afectados, o una cordotomía, cuando el tracto espinotalámico dentro del cordón espinal esté interrumpido en la región torácica o cervical. Inicialmente alrededor del 90% de los pacientes experimentan un buen alivio del dolor tras una cordotomía, pero este procedimiento lleva consigo un menor o igual 5% de riesgo de graves complicaciones neurológicas y algún dolor vuelve a presentarse en aproximadamente la mitad de los pacientes durante los siguientes 12 meses.



Bibliografía

ONCOLOGÍA CLÍNICA-MANUAL DE BOLSILLO.

Gareth J.G. Rees. Castle house publications

PSICOLOGÍA ONCOLÓGICA

Ramón Bayés. Ediciones Martínez Roca S.A.

SÍNDROMES Y CUIDADOS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Francisco Guillén Llera-Jesús Perez del Molino

Martín. Masson s.a.

TEMARIO DE OPOSICIONES PARA LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Distribuido por el SATSE en 1996

TEMARIO DEL CURSO DE "HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO"

Realizado en el Colegio de Enfermería en octubre de 1998.



1^{er} Certamen Fotográfico de Enfermería Riojana

Hace algunas fechas fue fallado el certamen fotográfico de Enfermería Riojana en su primera edición.

A la fotografía titulada "MARINERO EN TIERRA", cuya autora es Ana F. García Pineda, colegiada nº 1954, se le otorgó el premio *Tema libre en color*.

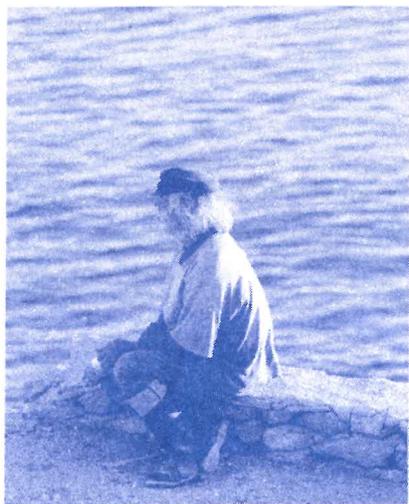
El apartado Enfermería en color fue para la fotografía titulada "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000:"

¿Un objetivo?

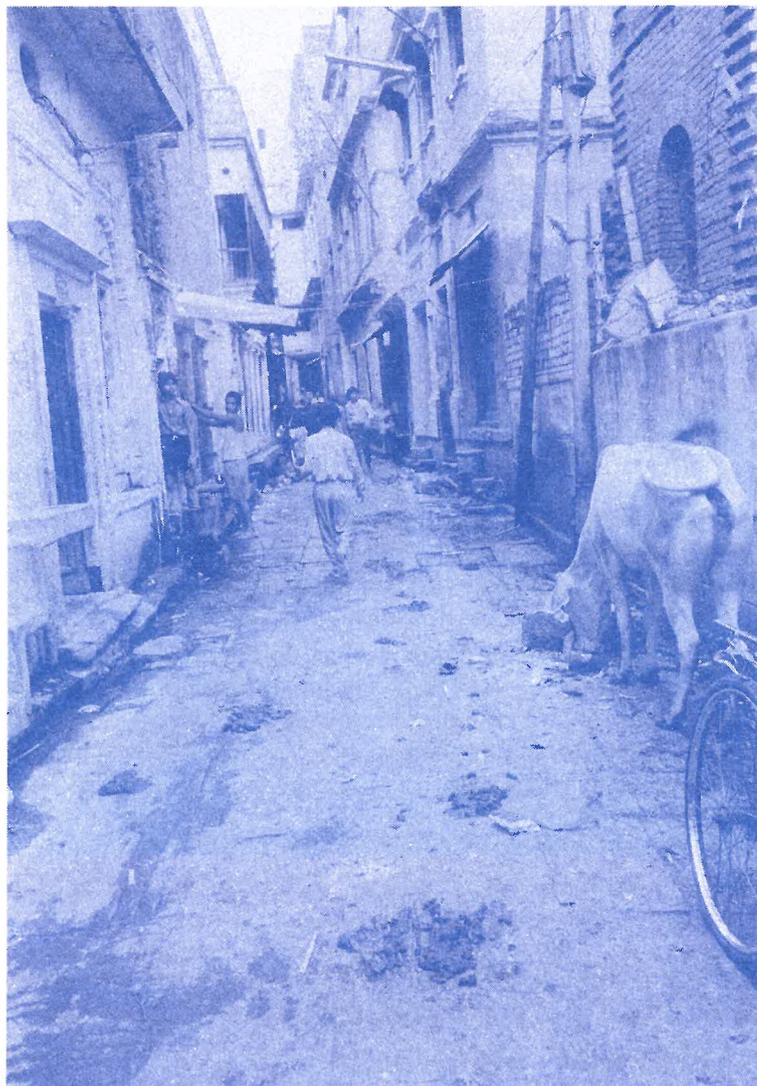
¿Un reto de todos para todos? de la que es autora María P. Abad Domingo, colegiada nº 1828

Quedando desiertos los temas *libre en blanco y negro* y *enfermería en blanco y negro*.

¡Felicidades a las dos!



Marinero en tierra



"SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000:"
¿Un objetivo?, ¿Un reto de todos para todos?

Se ruega a los participantes en este certamen pasen a recoger las fotografías y los negativos.

Gracias



NUEVO EQUIPO DE FUTBOL SALA

La iniciativa de algunos enfermeros aficionados al deporte, ha llevado al Colegio a impulsar una actividad que hasta ahora no era habitual dentro de los servicios que ofrece. Para satisfacer esta demanda se hizo pública en la sede Colegial una convocatoria para reunir a todos aquellos interesados en formar parte de un equipo de fútbol. No fueron muchos los que acudieron al principio, pero gracias a la tenacidad de los promotores se ha podido conseguir un número suficiente para inscribir al primer equipo del Colegio Oficial de Enfermería en un campeonato organizado por el Ayuntamiento de Logroño.



Hay que destacar que fue necesario también contar con la generosa colaboración de Seguros Caudal, patrocinador de la ropa deportiva, y cómo no, que nuestro joven equipo comenzó con una contundente victoria su andadura por las canchas logroñesas.

Recordamos por último que el Colegio sigue abierto a todo tipo de ideas que, como ésta, favorezcan el acercamiento y convivencia entre sus miembros, siempre que se haya la fórmula consiguiente y corporativa de llevarla a cabo.

PROGRAMA DOCENTE 1999

Se recuerda a todos los colegiados que tienen plaza en los Cursos, deben pasar por la Sede Colegial a **formalizar la matrícula entre el lunes y miércoles de la semana anterior a que comience el curso**. Los alumnos en **reserva** pueden llamar el **jueves** para informarse si han sido admitidos.

Documentación a aportar:

- Cuidados Intensivos { Fotografía tamaño carnet
- Educación Sexual { 20.000 ptas. de fianza
- Rayos X { Fotocopia título de enfermería y D.N.I.
Fotografía tamaño carnet
30.000 ptas. de fianza
- Seminarios de Informática { 5.000 ptas. de fianza

AVISO: Se informa del **cambio de fechas** de realización del Seminario de Informática básica previsto para los días 29 de marzo al 2 de abril, a los días **8 al 12 de febrero**.



Hospitalización a domicilio

Esther Gil Llanos, Col. nº 2.314

M.^a Lourdes Barés Bonilla, Col. nº 2.413

M.^a Loren Moreno García, Col. nº 2.123

RESUMEN

En este proyecto planteamos la creación de una nueva asistencia a domicilio para pacientes cardiorespiratorios crónicos.

Hacemos una breve descripción de los recursos humanos y materiales que preveamos necesitar, los objetivos que queremos conseguir, requisitos para acceder a esta asistencia, programas de educación sanitaria y de actividades para estos pacientes.



Esta asistencia la desarrollaremos de forma escalonada e integral dependiendo de las necesidades de los pacientes y personas que trabajen en ella, así como de su formación.

A medida que vayamos desarrollando el plan, realizaremos una evaluación de los resultados.



OBJETIVOS DE LA ASISTENCIA

1. Conseguir una mejor calidad asistencial.
2. Coordinar la hospitalización con la Atención Primaria.
3. Lograr una mayor calidad de vida (bienestar, tranquilidad, comodidad, etc.) del paciente y familia.
4. Lograr la máxima independencia y autonomía.

5. Mejorar la capacidad funcional del paciente.
6. Evitar la ruptura de actividades sociales y laborales.
7. Evolución adecuada del paciente, con la menor aparición posible de reincidencias.
8. Lograr un clima de confianza entre el paciente/familia y los profesionales.
9. Fomentar el trabajo en equipo multidisciplinario.



REQUISITOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LOS PACIENTES PARA INCLUIRLOS EN LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Generales:

Los pacientes con patología cardiorespiratoria que incluiremos en el proyecto deberán cumplir las siguientes características generales.

1. Estabilidad clínica.

Tendremos que tener CUIDADO con los pacientes con un alta hospitalaria prematura ya

que son candidatos al fracaso de este proyecto de Hospitalización a Domicilio.

2. La actividad de monitorización sea mínima o moderada.
3. Si el paciente necesita vías de acceso diferentes al sondaje nasogástrico, sondaje vesical, acceso venoso periférico o cualesquiera fuera de nuestras competencias, deben estar ya colocadas de forma fiable y fáciles de manejar.
4. Buena tolerancia al tratamiento domiciliario por parte del paciente y la familia.



5. Aceptación por escrito de sus responsabilidades.

En caso de que el paciente no pueda asumir tanto a nivel físico como psíquico su responsabilidad, necesitaremos que tenga un cuidador que se haga responsable de él.

6. Posibilidad de que el paciente colabore en cubrir sus necesidades y en su ausencia, tengamos cuidadores competentes que se hagan cargo tanto de su tratamiento como de cualquier demanda a nivel físico, psíquico y social por parte del paciente.

Capacidad y voluntad clara del paciente/cuidadores.

7. Posibilidad de entendimiento tanto a nivel intelectual como del idioma.

8. Vivir en la capital (Logroño).

9. Posibilidad de un adecuado soporte socio-familiar y económico.

10. Posibilidad de vivienda con condiciones higiénicas y ergonómicas adecuadas.



RECURSOS HUMANOS

La seguridad del paciente y el éxito del tratamiento depende de:

1. Experiencia de los profesionales.
2. La capacidad para trabajar en equipo.
3. Comunicación fluida.

Trabajar en un equipo de hospitalización a domicilio exige mayor responsabilidad y autonomía que en el hospital.

Equipo básico:

1. Médico.
2. Profesional de enfermería.
3. Paciente.
4. Organización (Agencia o el propio hospital de referencia).

Funciones del médico:

Es el máximo responsable de la evolución del paciente durante todas las fases del tratamiento. Puede o no ser el líder del equipo.

1. Selección del paciente y valoración de lo apropiado del tratamiento en domicilio.

11. Si son pacientes desplazados necesitaremos un informe o historia médica donde nos diga el tratamiento que lleva y peculiaridades del paciente.

Específicos:

1. Arritmias cardíacas.
2. Insuficiencia cardíaca crónica.
3. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con múltiples ingresos.
4. Traqueotomizados.
5. Insuficiencia respiratoria.
6. Enfermedades neurológicas, musculares que afecten al aparato respiratorio.

A largo plazo iremos incluyendo otras patologías cardio-respiratorias que necesiten mayor número de recursos materiales y humanos, mayor formación, dedicación y experiencia del profesional sanitario.

2. Adaptar la medicación y el tratamiento a cada paciente.
3. Desarrollar el plan terapéutico.
4. Diseñar las líneas de comunicación y establecer el ambiente adecuado que lo facilite.
5. Información y formación al resto de los miembros.
6. Valorar la capacidad del paciente y la familia.
7. Seleccionar el equipo de enfermería.
8. Monitorizar la eficacia y complicaciones del tratamiento.
9. Supervisar al resto del equipo.
10. Decidir el alto.

Funciones del profesional de enfermería:

Le corresponde un papel central, ya que tiene el contacto directo más frecuente con el paciente, sobre todo al inicio del tratamiento. Debe conocer bien las vías de comunicación con el resto del equipo.

Su autonomía y responsabilidad son mayores que en el hospital, debiendo tomar decisiones y actuar ante posibles problemas. Normalmente



es el primer contacto con el paciente en caso de urgencia. Ello exige una amplia preparación y mayores conocimientos.

1. Debe ser capaz de establecer una relación de confianza y comunicación afectiva con el paciente y con la familia.
2. Debe ser el responsable del área de cuidados del paciente.
3. Papel central en la coordinación del equipo.
4. Realiza una evaluación más detallada del paciente, incluyendo su capacidad funcional, mental, psicosocial y del domicilio. Ayudando a determinar la idoneidad del paciente para el tratamiento en el domicilio y sugiere cambios en el esquema de monitorización y tratamiento.
5. Entrene y supervisa al paciente en la autoadministración del tratamiento educándole en el reconocimiento precoz de complicaciones.
6. Supervisa el registro de constantes por parte del paciente.
7. Inserta vías venosas.
8. Recoge las muestras para analítica.
9. Monitorización del paciente. Registrando la respuesta clínica y signos de complicaciones.
10. Asegura la precisión de la comunicación con el equipo por parte del paciente.
11. Coordina la aportación de otros miembros del equipo.
12. Disponible al menos 12 horas aunque mejor 24 horas.

Funciones del paciente:

Considerándolo un miembro más del equipo de hospitalización a domicilio. Pasa de ser sujeto pasivo en el hospital a participante activo de su propio tratamiento.

1. Autoadministración del tratamiento.
2. Registro de constantes, evolución, aparición de complicaciones.
3. Comunicación de problemas o dudas a otros miembros del equipo.
4. Debe seguir escrupulosamente las pautas indicadas.
5. Mostrarse receptivo y asumir nuevas responsabilidades.

Cuando debido a las limitaciones funcionales o mentales, el paciente no puede asumir estas responsabilidades, la posibilidad del tratamiento domiciliario dependerá de la implicación de los cuidadores.

Peculiaridades del paciente:

1. Son pacientes que tienden al aumento de demandas.
2. Suelen tener múltiples reinfecciones.
3. A menudo tienen un carácter irritable y demandante
4. Tendencia al reingreso muy pautado.
5. Conocedores de sus fármacos y complicaciones de su patología.
6. Necesidad de cobertura de 24 horas.

Necesidad del hospital:

En nuestro país suele residir básicamente en el hospital de referencia, del que depende el equipo.

1. Generalmente está dirigido por un médico, con experiencia previa en atención domiciliaria.
2. Proporciona el personal, servicios, equipo y fármacos necesarios.
3. Entrene al personal en tratamientos domiciliarios.
4. Coordina el abastecimiento al paciente de todo lo necesario.

Características del equipo básico:

1. Formación adecuada.
2. Trabajo en equipo.
3. Experiencia profesional, funcionamiento en equipo.
4. Mayor disponibilidad (12 horas, aunque lo ideal son 24 horas).
5. Recursos humanos y materiales, técnicos. Hospital de apoyo.
6. Presupuesto.
7. Capacidad para comunicar.
8. Evaluación. Si no se alcanzan niveles adecuados, habrá que adoptar medidas correctoras.

Equipo ampliado:

1. Cardiólogo y neumólogo.



Se debe orientar su actuación hacia las metas establecidas, que suelen incluir evitar reingresos y simplificar los tratamientos.

2. Trabajador social.

Su actuación resulta indispensable tanto en apoyo y consejo al paciente como a los cuidadores.

3. Ayudante de hogar.

Ayudan a liberar al paciente y a su familia de las cargas del hogar, de manera que pueden realizar con más facilidad las labores de autocuidado.

4. Psicólogo.

Orienta tanto al paciente como a la familia, las pautas a seguir sobre su enfermedad.

5. Fisioterapeuta.

Cuya meta es estimular la mayor independencia funcional y social posible. También colaboran en la adaptación del domicilio para el tratamiento.

6. Terapeuta ocupacional.



RECURSOS MATERIALES

1. Local adecuado.

2. Medios de desplazamiento (coche).

3. Sistemas de comunicación (teléfono móvil disponible las 24 horas).

4. Sistemas de registro.

5. Medios diagnósticos básicos.

6. Fármacos utilizados con frecuencia en las patologías de estos pacientes.

7. Posibilidad de ofrecerle telealarma.

8. Electro portátil.

9. Maletín con medicación de urgencia.

10. Pulsímetro.

11. Aparato de glucemia.

12. Mascarillas, nebulizadores, guantes, cánulas, bombas de infusión, etc.



PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SANITARIA

Nuestros programas de educación sanitaria los realizaremos a través de medios como pueden ser:

1. Lectura formal.

2. Presentaciones audiovisuales.

3. Palabra escrita en formas diversas (libro, folleto, revistas,...)

4. Reuniones entre familiares con pacientes cardiorespiratorios en el domicilio:

Haremos una encuesta a cada uno, en la que deben contestar sobre los conocimientos que tengan de la enfermedad, sus cuidados, complicaciones, observaciones que deben tener en cuenta.

Según los resultados obtenidos en esta encuesta inicial desarrollaremos la educación sanitaria del paciente-cuidador de forma personalizada, haciendo hincapié en aquella falta de conocimientos que hallamos observado.

Antes del alta hospitalaria realizaremos una primera visita al hospital para valorar su capaci-

dad de entendimiento, manejo de los instrumentos, capacidad de automedicación y conocimientos sobre la patología por parte del paciente y familiares.

Si observamos en algunas familias o pacientes cierto grado de analfabetismo, nuestra explicación o educación sanitaria la haremos lo más fácilmente posible, basándonos en la utilización de símbolos, colores, videos,...

Los objetivos de nuestros programas de educación sanitaria en la hospitalización a domicilio serán:

1. Conocer aspectos concretos de su tratamiento (medicación, oxigenoterapia, cambios de cánula, clapping, etc.).

2. Conocer la forma de vida adecuada que debe llevar en la hospitalización a domicilio.

3. Saber cómo actuar, en la medida de sus posibilidades, ante cualquier complicación que se le presente.



PROGRAMAS DE ACTIVIDADES

Al ser una atención personalizada en cada domicilio, las actividades que desarrollaremos irán encaminadas al bienestar físico, psíquico y social de cada paciente dependiendo de sus necesidades.

En concreto con los pacientes con patología respiratoria crónica podremos desarrollar los siguientes programas pudiéndose utilizar alguno en pacientes con patología cardíaca:

1. Programa de educación sanitaria para enfermos con problemas respiratorios crónicos a través de medios audiovisuales, pequeño coloquio con el paciente y la familia intentando resolver todas las dudas que se les planteen.
2. Programa de ejercicios respiratorios:
 - Respiración diafragmática: la enseñanza de este tipo de respiración aumenta la conciencia del paciente del patrón respiratorio y mejora la eficiencia.
 - Respiración con los labios semicerrados: esta respiración aumenta la presión espiratoria de la vía aérea, mejora la oxigenación y ayuda a impedir el cierre temprano de la vía aérea. Además, esta forma de respiración aumenta el tiempo espiratorio, disminuye la frecuencia respiratoria y permite al paciente entretener su respiración.
 - Ejercicios de movilidad torácica: ayudan a relajar y aflojar los músculos accesorios de la respiración.



PLAN DE ACCIÓN

Comenzaremos a desarrollar nuestro plan de acción de forma escalonada valorando con el tiempo, las necesidades humanas y materiales no cubiertas y las posibilidades de cubrirlas.

El primer paso consistirá en la realización de las *historias de enfermería* de cada paciente que alojamos en nuestra asistencia domiciliaria.

Las historias de enfermería constarán de un formulario para la valoración inicial del paciente y de una valoración de las actividades de la vida diaria.

Para completar nuestras historias de enfermería, necesitaremos un informe médico del alta hospitalaria y coordinaremos nuestro trabajo con los servicios de atención primaria.

Deberá haber una historia del paciente en su domicilio y otra en nuestro archivo general.

En el trabajo diario, actuaremos siempre según los protocolos establecidos. El objetivo final

- Ejercicios de fortalecimiento del diafragma y el abdomen.
 - Entrenamiento de los músculos inspiratorios: los pacientes con EPOC tienen limitada la fuerza y la resistencia de sus músculos inspiratorios. Un entrenamiento específico de estos músculos puede ser beneficioso para mejorar la función la musculatura respiratoria, disminuye la fatiga de los músculos respiratorios y mejorar la tolerancia al ejercicio.
3. Sesiones de relajación: deben ser previas a los ejercicios respiratorios con el fin de que la disposición del enfermo sea la adecuada al comenzar los ejercicios y además pueda utilizar estas técnicas en otras situaciones.
 4. Terapia ocupacional: esta actividad se debe tener en cuenta debido a la cronicidad de la mayoría de estos enfermos. Intentaremos contar con un terapeuta ocupacional que les ayude a ocupar el tiempo de ocio del que disponen.
 5. Fisioterapia respiratoria: combinada con el drenaje postural, brinda una higiene pulmonar eficaz a aquellos pacientes cuya acción mucociliar ha sido dañada.

Para llevar a cabo tanto los programas de educación sanitaria como los de actividades elaboraremos guías de cuidados, complicaciones, observaciones y objetivos a conseguir en cada tipo de tratamiento.

de esto es mejorar la calidad asistencial a través de la unificación de criterios. los protocolos hacen que sea posible la evaluación de resultados y el trabajo en equipo.

Las historias de enfermería deben constituir el arma de trabajo más importante que podemos utilizar. Gracias a ellas podemos seguir la evolución y elaborar su informe en caso de alta.

Reuniones de equipo:

Se realizarán de forma periódica y obligatoria la asistencia de todo el personal que está al cuidado del paciente.

Se tratarán diversos temas como la actuación de forma individualizada frente a los pacientes y la coordinación de los diversos profesionales. Incidiremos en aquellos pacientes que por su patología, situación personal y social presenten mayores dificultades, unificando criterios de los distintos profesionales para poder dar una infor-



mación clara y concreta al paciente/cuidador sobre su patología.

Se realizarán *sesiones de enfermería* donde se coordine el trabajo de todos los integrantes del grupo. En ellas se realizarán las siguientes actividades:

1. Se comentarán problemas específicos del trabajo con cada uno de los enfermos.
2. Se revisarán los protocolos.
3. Se establecerán grupos de trabajo para la investigación en enfermería.

4. Se tratarán los problemas en cuanto a servicios, turnos, etc.

En cuanto a los cambios de turno, tendremos en cuenta el trasbase de información entre los turnos ya que es fundamental para un buen funcionamiento general. Lo ideal es valorar la posibilidad de utilizar media hora entre los turnos para esta tarea, y facilitar el trabajo protocolizando los partes escritos.



EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Queremos medir por una parte, el grado de satisfacción del personal que está trabajando en el proyecto, esto se hará en las sesiones de enfermería.

Por otra parte se hará una evaluación con respecto al enfermo, con una ficha que hemos protocolizado.



PRESUPUESTOS

Dadas las características de estos pacientes:

1. Tendencia no pautada.
2. Mayor dependencia psicológica y física.
3. Elevado coste de mantenimiento de aparatos.
4. Rapidez de avisos urgentes.
5. Cercanía de hospitalización.
6. Adiestramiento de la familia en aparatos. Esto implica un mayor número de averías ya que estos aparatos no son siempre utilizados por la misma persona.

Así como el elevado coste de los recursos materiales:

1. Bombas de perfusión.
2. Oxigenoterapia.
3. Oximetría.
4. Ventilación mecánica.
5. ECG.
6. Aparatos para el tratamiento de apnea del sueño.

Comenzaremos nuestro trabajo abarcando los pacientes con esta patología ubicados en Logroño, ya que en la actualidad no existe aquí. Para en un futuro poder abarcar los enfermos con esta patología ubicados en toda La Rioja.

Haremos una medición inicial a los seis meses para valorar la posibilidad de alguna modificación, y otra al año para medir resultados y valorar de esta manera la eficacia del proyecto.

Dado el elevado coste de los recursos materiales empezaremos adquiriendo en propiedad aquellos más económicos como:

- Electro portátil.
- Material fungible.
- Maletín de urgencias.
- Oxímetro y esfigmomanómetro.

Procurando que el hospital y empresas privadas nos presten y nos alquilen los materiales más costosos citados anteriormente.

Para todo esto elaboraremos un presupuesto detallado de las ganancias que nuestro trabajo supondría para el hospital, dada que:

1. Disminuiría el número de reincidencias hospitalarias de estos pacientes. La mayor parte de las camas hospitalarias son ocupadas por pacientes con esta patología.
2. Por lo tanto disminuirían considerablemente los gastos del hospital debido al menor tiempo de estancia.
3. Aumentaría la autoestima y el bienestar de estos pacientes ya que continuarían viviendo en sus domicilios, no sintiéndose como un número más en el hospital.



BIBLIOGRAFÍA

TOMÁS VIDAL. Planes de cuidados de enfermería. Ediciones Olalla.
 N. ROOPER. Proceso de atención de enfermería. Editorial Interamericana.

ÁNGEL GONZÁLEZ TROMPETA. Enfermería en Atención especializada. Ediciones Olalla.

ANDRÉS CLARIANA VIVES. Rehabilitación funcional respiratoria. Ediciones Jims.

H. V. GERBERSHAGEN. Rehabilitación respiratoria.



Noticias Comisión de Parados

Estimados compañeros:

Ante todo felicitarnos el nuevo año en el que nos encontramos esperando que en lo posible sea mejor que el que hemos dejado atrás.

Estas fechas son propicias para hacer resumen de lo acontecido en el año anterior, y hacernos buenos propósitos en este 1999, por lo cual nosotros no queremos ser menos.

Tras dos años de trabajo a nivel nacional, en nuestra comunidad alguno más, se constituyó la Comisión Nacional de Parados al amparo del Consejo General de Enfermería.

En la última reunión de la citada comisión se establecieron diez puntos sobre los que comenzar a trabajar los cuales paso a enumerar:

1. Facilitar por parte del Consejo General medios para la creación y consolidación de las comisiones de parados en todos los Colegios Profesionales de Enfermería.

2. Iniciar una campaña de información para estudiantes que vayan a acceder a la Universidad sobre la situación real de la Enfermería española tanto en el ámbito profesional como en el laboral.

3. Fomentar la creación de comisiones de intrusismo profesional (establecer protocolo de investigación de las situaciones de intrusismo)

4. Elaborar estrategias para llegar a los medios de comunicación y poder denunciar las situaciones de precariedad laboral que padece nuestra profesión.

5. Crear bolsas de empleo en los Colegios donde fuera factible y operativa su existencia.

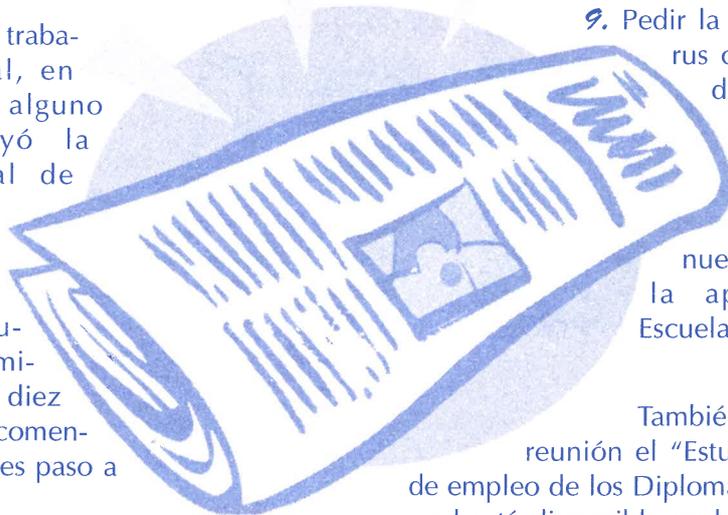
6. Impulsar el que las comisiones de parados formen parte de los órganos de contratación.

7. Enviar a los rectores y Escuelas de Enfermería las conclusiones de la asamblea.

8. Estudiar la situación actual de número de escuelas y de estudiantes en función de la adscripción y Comunidad.

9. Pedir la instauración de *numerus clausus* acorde con los datos de la situación actual y exigir calidad de enseñanza.

10. Manifestar nuestra firme oposición a la apertura de nuevas Escuelas de Enfermería.



También se presentó en dicha reunión el "Estudio sobre la situación de empleo de los Diplomados en Enfermería", el cual está disponible en la biblioteca de la Sede Colegial. En esta línea se envió a todos los colegiados el Libro Blanco bajo el título de "La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles" (situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional). Como veis parece que existe la voluntad por parte del Consejo General de prestar especial atención y apoyo a un colectivo cada vez más numeroso y con una problemática especial, el de los parados, algo que hasta hace unos años era impensable en esta profesión que gozaba de una fama envidiable en cuanto a la consecución de empleo en este país. Nuestra esperanza es que este apoyo sea continuado y firme para la consecución de objetivos reales y, no un bálsamo momentáneo, que no solucione un problema grave ya existente y que no debe ser desplazado por otros proyectos de nuestra máxima representación que es el Consejo General.

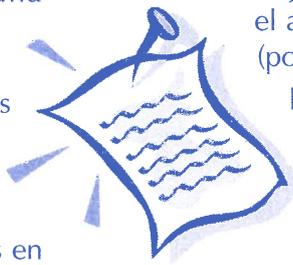


Lista Comisión de Parados

Está en nuestro ánimo el realizar una nueva lista que reemplace a la anterior y en la cual os instamos a apuntaros.

En ella pueden inscribirse todos aquellos que deseen recibir información sobre ofertas de trabajo (que son pocas pero a veces llega alguna) e información de interés.

Aunque no pretendemos ser restrictivos en principio está dirigida a aquellos colegiados que cumplan el perfil de parado establecido por la Comisión Nacional, en el cual se encuentran todos aquellos profesionales que



trabajen menos de seis meses durante el año o con situación de subempleo (por ejemplo trabajar días sueltos en primaria o en empresa privada aunque sea durante todo el año).

Asimismo todos los interesados en involucrarse más de lleno en las actividades de la Comisión de Parados existente en este Colegio, expresadlo al inscribiros para poneros en contacto con vosotros. Gracias de antemano por vuestra colaboración.



Buzón de sugerencias

Muy pronto se instalará en la Sede Colegial un buzón de sugerencias para recoger todas aquellas ideas, peticiones, críticas (las constructivas y las que



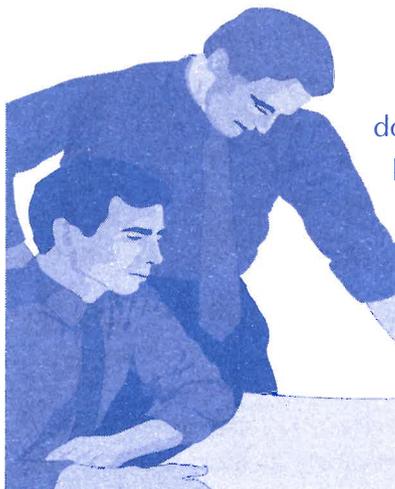
no tanto) y en fin todo aquello que consideréis oportuno y que a buen seguro puede ayudar a un mejor funcionamiento de este vuestro Colegio.



Cursos Comisión de parados

A pesar del interés mostrado por algunos de vosotros con respecto a los cursos que ofertamos en su día, en ninguno de ellos se ha alcanzado el número de alumnos suficiente para que sea posible su realización.

Debido a esto volvemos a insistir a los que ya se apuntaron y a nuevos interesados en la posibilidad de realizar alguno de estos cursos.



La oferta se va a centrar en los dos cursos con mayor número de peticionarios:

- **LA ENFERMERIA EN LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA.**
- **MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL AMBIENTE RURAL.**

Agenda

1^{as} JORNADAS DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA DE LA RIOJA

Logroño, 18 de Marzo de 1999 • 17-21 h.

Lugar

Colegio de Enfermería de La Rioja
(Sala Sto. Tomás)

Organiza

Comisión de Enfermería Gerontológica de La Rioja

Colaboran

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica
Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja



INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN EN LA SEDE COLEGIAL

A poster for the 1st Iberoamerican Congress of Geriatric and Gerontological Nursing. It features a photograph of a large building, likely a hospital or university, and a photograph of a group of people, possibly healthcare professionals, gathered around a patient. The text on the poster includes the title of the congress, the date (Logroño 7-11 April 2000), and the theme "Una profesión y una lengua en común". It also lists other events: VI Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica and 3er Simposio Nacional sobre Ulceras por Presión. Logos for the organizing and collaborating institutions are at the bottom.

El Congreso en Internet:
<http://www.arrakis.es/~seeg/ibero>

Feliz...



Planes de Pensiones Ibercaja.

"Cuando sea mayor seré millonario"

Carlos. 35 años.

**Cada mes invierte en
su Plan de Pensiones.**

- Desgrava de la renta.
- Prepara su futuro...
y con regalos.

Por una pequeña cantidad
al mes ya puedes tener tu
**Plan de Pensiones en
Ibercaja.** Si ahora que

eres joven, abres un Plan de Pensiones en Ibercaja,
de mayor seguro que podrás vivir muy, muy bien.
Además, en Ibercaja puedes elegir entre una variedad
de Planes de Pensiones, con distintos esquemas de
inversión, para que tus ahorros se capitalicen mejor.
Podrás deducir las aportaciones anuales en tu
declaración de la renta, logrando un ahorro de
Impuestos de hasta un 56%. Ven a informarte a
cualquier oficina de Ibercaja, nuestros especialistas
te propondrán un Plan de Pensiones a tu medida.

**Cuanto antes suscribas tu Plan de Pensiones
Ibercaja, más ventajas vas a tener.**



iberCaja

**Planes de Pensiones
Empieza a ser millonario, YA.**

