Crónicas de Enfermería

FRANQUEO CONCERTADO. AUTORIZACIÓN nº 26/28 AÑO VII. Nº 26. SEPTIEMBRE 1999

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 Tomás y Valiente, nº 4 - Bajo
Tfno.: 941 23 92 40 • Fax: 941 23 93 47
26004 LOGROÑO
E-mail: cole26@smail1.ocenf.org.

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 Seguro de responsabilidad civil. Servicios al Colegiado

5 Emergencia ante una herida por asta de toro

13 1.er Congreso Iberoamericano de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

18 La reanimación cardiopulmonar en la mujer gestante

22 Informática

24 Programa de Becas 1999

25 Agenda y Avisos

26 Comisión Docencia

27 Premio "Enfermería Riojana"

Nuevos Estatutos Colegiales

El Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja acaba de estrenar sus nuevos estatutos. Como ya se informó a todos los colegiados mediante circular 2/99, hubo un período de alegaciones durante el cual el borrador de los mismos estuvo disponible en el Colegio. Transcurrido ese plazo, y sin haberse constatado enmienda alguna, los estatutos fueron aprobados democráticamente en la junta general celebrada el día 9 de septiembre.

Este importante avance se produce ahora gracias al desarrollo de la Ley Autonómica de Colegios Profesionales, sin la cual no era posible aplicar en nuestro caso las competencias en materia estatutaria que fueron transferidas en su día a las Comunidades Autónomas.

Consideramos positiva esta reforma que aunque sigue emanando de la Legislación Básica del Estado, viene a sustituir a unos estatutos centralistas algo obsoletos y presconstitucionales que carecían de todo dinamismo.

En cuanto a las novedades que presentan cabe destacar algunos detalles que otorgan más independencia al Colegio, sin olvidar eso sí, que el Gobierno Regional posee el marco legal dentro del cual debemos actuar.

A partir de ahora, por ejemplo, el propio Colegio tiene la facultad de aprobar y rectificar sus estatutos si lo considera conveniente. Esto nos concede un mayor grado de autonomía.

Establece también que las cuotas colegiales subirán cada año lo estrictamente estipulado por el IPC, a excepción de los casos en que la Junta General, como órgano soberano y participativo de todos los colegiados, crea oportuno alguna variación extraordinaria por votación de los presentes.

A título más genérico los estatutos contemplan otros aspectos interesantes tales como la posibilidad de formar comisiones como la Deontología (existente ya en nuestro Colegio) y otras, siempre a criterio de las inquietudes de los enfermeros. Otra novedad importante es la definición de la Enfermería como profesión, donde es lógico que no pueda faltar un marco amplio de funciones, que no de tareas, con el que podamos identificarnos y a la vez no limitar nuestra expansión y desarrollo en las múltiples disciplinas que son y serán objeto de nuestro oficio. En este sentido, el Colegio de La Rioja, buscando la unidad nacional, ha adoptado el modelo de funciones del Colegio de Tenerife, el cual nos ha parecido bastante adecuado.

Todo esto podría pecar de abstracto e irrelevante si no fuera por que va a contribuir al enriquecimiento del Colegio y de la profesión por la que vela. Prueba de ello es la incesante actividad que no dejamos de desarrollar y que se materializa en ocasiones con acontecimientos de talla internacional, como el 1.er Congreso Iberoamericano de Geriatría y Gerontología que se celebrará en el próximo abril.

Importantísimo acontecimiento que marcará 1999, según gustos, el final o el principio de un milenio.

Seguro de Responsabilidad Civil

La organización Colegial de Enfermería tiene concertado con Zurich Internacional el siguiente seguro de Responsabilidad Civil:

- 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 negligencia 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 1998 se establece una garantía máxima por el siniestro de pesetas 200.000 pts.

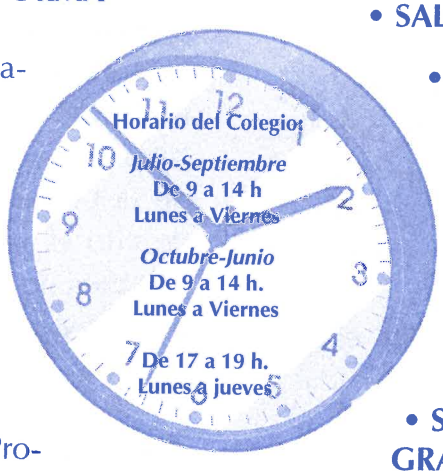
Este certificado tiene validez, en tanto la póliza se halle en vigor, para todos los colegiados del Estado, siempre y cuando estén al corriente de sus obligaciones con su colegio Provincial.

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 (exclusivamente) le darán las instrucciones precisas personalizadas a los afectados y designaran abogados y peritos si fuese necesario.

Servicios al Colegiado

- **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL** cobertura 200 millones
- **PROGRAMA ANUAL DE FORMACIÓN CONTINUADA** Cursos gratuítos y Actividades Científicas
- **BECAS** Convocatoria Anual
- **PREMIOS CIENTÍFICOS** Convocatoria Anual
- **ASESORÍA LABORAL Y JURÍDICA** Consultas gratuitas, Temas Profesionales, Pleitos jurídicos, 25% descuento
- **BIBLIOTECA** Uso exclusivo en el Colegio



- **VIDEOTECA**
- **SALÓN DE ACTOS**
- **SALÓN SOCIAL**
- **PUBLICACIONES** Crónicas de enfermería y Enfermera actualidad
- **AULA INFORMÁTICA** en horario de oficina
- **SALA DE REUNIONES** Previa Petición
- **SERVICIO DE COMPULSA GRATUITO**
- **B.O.E. y B.O.R.**
- **INFORMACIÓN GENERAL** En horario de atención al público

EMERGENCIA ANTE UNA HERIDA POR ASTA DE TORO

Mª Carmen Carcedo Barrio. Col. nº 2.488
Elisa Jiménez Ridruejo. Col. nº 2.479

"Es preciso buscar primero nuestra seguridad: los héroes muertos no pueden salvar vidas."

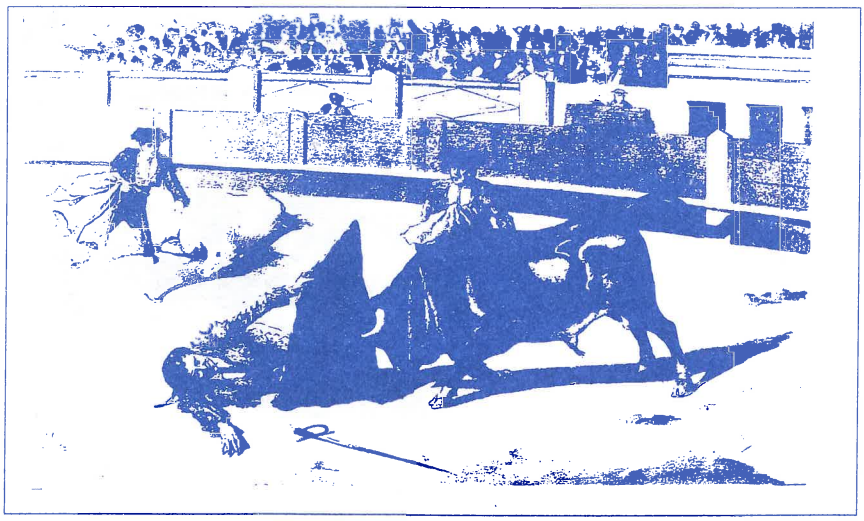
N. L. Caroline, 1987.

INTRODUCCIÓN

La cifra media de asistencia por año en temporada de encierros es de 15,3 casos. La edad de los lesionados oscila entre 15 y 63 años. La mayor morbilidad se encuentra en las edades comprendidas entre los 25 y 20 años, volviendo a aumentar la incidencia a partir de los 40 años.

Hay un predominio absoluto del sexo masculino.

Es importante señalar que las heridas más importantes son en miembros inferiores, especialmente en los muslos.



Las trayectorias irán ligadas al ángulo de cogida, a los giros de ser levantado y a los movimientos de defensa al ser liberado. Según estos mecanismos, la trayectoria podrá ser única o múltiple.

La puerta de entrada suele ser pequeña, anfractuosa e irregular, pero es la penetración del cuerno siguiendo los distintos trayectos, lo importante de estas heridas.

HISTORIA DEL CASO

JUAN RUIZ, de 25 años de edad, sufre una herida por asta de toro en los encierros de San Fermín, complicándose con un traumatismo craneo-encefálico y traumatismo abdominal grave.

El paciente se encontraba en la calle Estafeta, cuando fue cogido por un toro de la ganadería "Miura".

Como primera lesión, sufrió una herida ascendente por asta de toro en ingle derecha, elevándolo en el aire unos dos metros. De aquí cayó al suelo sufriendo un fuerte golpe contra las vallas en la cabeza, quedando inconsciente en un primer momento, recobrando la consciencia a los tres minutos. Acto seguido fue atropellado por el resto de la manada, sufriendo diversas lesiones abdominales.

El paciente es atendido inmediatamente por nuestro equipo de emergencias, trasladándole al hospital más próximo en cuanto se le estabilizó.

Durante el traslado sufre una parada cardíaca debido al shock hipovolémico, causado por la hemorragia de la arteria femoral.

Siguiendo el modelo de MEGACODE, las tareas estaban distribuidas de la siguiente manera:

- *Médico:* líder y vía aérea.
- *D.U.E.:* vías, administración de fármacos y monitorización.
- *Auxiliar de transporte sanitario:* control de la hemorragia y apoyo a quien lo necesite.

CRONOGRAMA

8: 05 h.

Nos avisan por radio de una cogida de toro a un joven de 25 años en la calle Estafeta.

Nosotros nos encontramos con la UVI Móvil en la curva de la calle Mercaderes a 40 segundos del lugar del suceso. Llegamos todo el equipo formado por un médico, una enfermera y el auxiliar de transporte sanitario.

8: 06 h.

Encontramos a Juan tras las barreras, junto a sus amigos que le sacaron del recorrido del encierro.

A nuestra llegada nos cuentan que sufrió una cogida por un toro que le ha dejado inconsciente y acto seguido, ha sido pisoteado por varios cabestros.

Valoración inicial

Observamos que presenta piel fría, sudorosa y pálida; hundimiento del hueso temporal, por lo que se supone fractura cerrada; diversas heridas faciales, anisocoria; emisión de sonidos incomprensibles; hemorragia grave en ingle derecha, ya que valoramos una pérdida de sangre entre 1500 y 1750 cc. (30-35%).

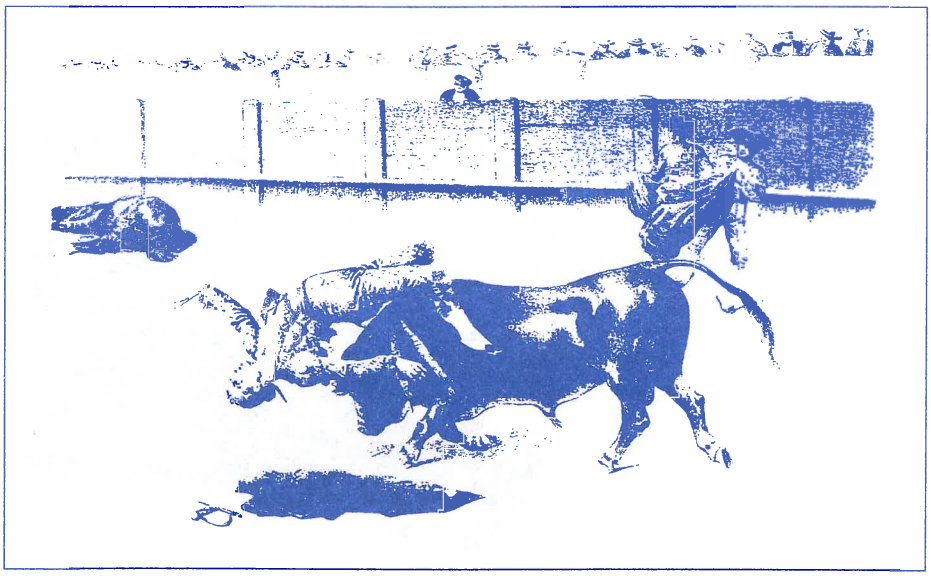
Presenta:

- Traumatismo craneoencefálico con hundimiento del hueso temporal.
- Traumatismo en extremidad inferior derecha con desgarro muscular y rotura de arteria femoral.
- Traumatismo abdominal sospechándose de graves daños internos (rotura de bazo,...)

Plan de actuación

8: 07 h.

Comprobamos que empieza a recuperar la consciencia; su respiración es profunda e hipoventila; pulso carotídeo taquicárdico; relleno capilar mayor de 3 segundos.



Estabilizamos el cuello traccionando y colocamos collarín cervical modelo Philadelphia; ya que consideramos que todo enfermo con lesiones por encima de la clavícula, puede presentar afectación en columna cervical, que sólo se descartarán con radiografía lateral de cervicales hasta C-7 y nunca con una exploración neurológica aunque sea normal.

Observamos que la vía aérea está permeable. Colocamos una cánula de Guedel para preservar la vía aérea.

8: 08 h.

Comenzamos a ventilar con mascarilla y ambú unido a reservorio con O_2 a 10 litros al 50%.

Aparentemente expande simétricamente los dos hemitórax por lo que descartamos lesiones torácicas.

Mientras tanto la D.U.E. canaliza dos vías venosas periféricas de grueso calibre (abocath 14) y administramos un sedante: Etomidato y relajamos con Anectine.

ANTE UN TRAUMATISMO CRANEOCEFÁLICO ES IMPERATIVO INTUBAR AUNQUE HAYA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA Y ESTÉ CONSCIENTE. ASI SE ESTÁ PREPARANDO PARA UN POSIBLE Y CASI SEGURO DETERIORO RÁPIDO DE LA FUNCIÓN NEUROLÓGICA.

8: 10 h.

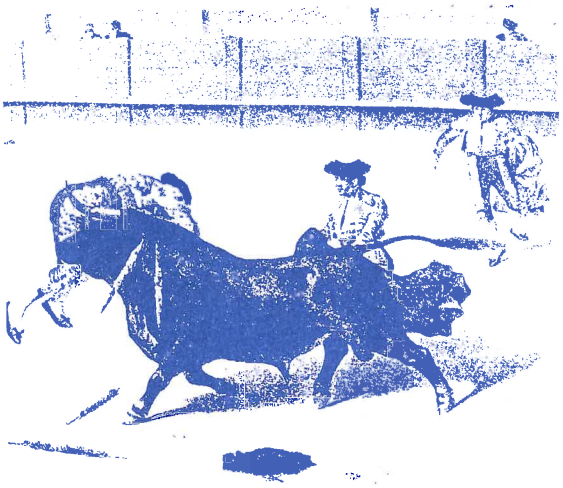
Una vez sedado y relajado procedemos a la intubación oro traqueal, para aislar definitivamente la vía aérea y ventilarle.

Al mismo tiempo, otro compañero se encarga de controlar la hemorragia, colocando un vendaje compresivo provisional.

A continuación colocamos las palas y monitorizamos para conocer el ritmo en que se encuentra; observando una taquicardia sinusal y los siguientes parámetros: FC: 120; FR: 30 (Respirador); TA: 100/50 y a los 5 min. desciende a 90/40 ; Sat O2: 98%.

8: 13 h.

Extraemos dos muestras de sangre, una para laboratorio (hemograma, coagulación, urea, sodio, potasio, glucemia, equilibrio ácido-base,



creatinina y GTP) y otra para el banco de sangre, para hacer las pruebas cruzadas.

Reponemos la volemia mediante cristaloides, tipo suero fisiológico.

Perfundimos según el grado de hemorragia, calculándose que el volumen de cristaloides ha de ser tres veces las pérdidas de sangre estimadas.

Puesto que ha perdido alrededor de 1L. de sangre, le perfundiremos aproximadamente unos 2500-3000cc de suero fisiológico.

SIEMPRE QUE EXISTA UN TRAUMATISMO CRANEOCEFÁLICO, ESTÁ CONTRAINDICANDO LA ADMINISTRACIÓN DE SUERO RINGER LACTATO, YA QUE SUPONDRÍA PARA EL PACIENTE UN AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL (PIC).

Ponemos un bolo de fármacos vasoactivos. En el caso del shock hemorrágico el fármaco de elección es el Etomidato con el que conseguiremos una doble acción:

- A dosis bajas: mejorar el retorno venoso y efecto diurético
- A dosis altas: mejoramos la T.A. en el shock.

Por tanto utilizaremos dosis altas, mayores de 10 microgramos.

Traslado a la UVI Móvil

Procedemos a trasladarle a la UVI Móvil para lo cual, le colocaremos en una camilla de cuchara. Para ello debemos mantener el cuerpo en bloque: Una persona se ocupa de traccionar la cabeza manteniéndola alineada; otra traccionará ambas piernas y otro ayudará a girarle también en bloque (una mano en cadera y otra en hombros) para poder así colocar la primera parte de la cuchara. Se le voltea y se repite el mismo proceso para la segunda parte.

EVITAREMOS LOS MOVIMIENTOS DE FLEXIÓN QUE SON LOS MAS FRECUENTEMENTE NOCIVO

Le subimos a la UVI Móvil donde le conectamos al respirador, al mismo tiempo que le realizamos la valoración neurológica. En este momento presenta un Glasgow de 8 (RV 2, AO 2, RM 4)

ESCALA DE GLASGOW

A. Apertura ocular	B. Respuesta verbal.	C. Respuesta motora
4=Espontánea.	5= Orientada	6= Obedece a órdenes.
3= A la orden	4= Confusa.	5= Localiza el dolor.
2= Al dolor.	3= Palabras inapropiadas.	4= Retira al dolor.
1= Ninguna.	2= Palabras incomprensibles.	3= Flexión: decorticación.
	1= Ninguna.	2= Extensión: descerebración
		1= Ninguna.

La disminución del nivel de conciencia sabemos que es debida a una lesión cerebral progresiva, pero también a intoxicaciones farmacológicas o alcohólicas. Esto puede interferir en nuestra valoración de la lesión neurológica. Descartaremos en urgencias una intoxicación, pero por el momento no se sospecha de su presencia.

NO TRANSPORTAR PARA SALVAR, SINO SALVAR Y DESPUÉS TRANSPORTAR

Una vez dentro de la ambulancia, desnudamos a Juan cortando las ropas. Realizamos una valoración completa de la cabeza a los pies.

En la mitad de la reevaluación, la enfermera observó en el monitor ausencia de actividad eléctrica y de pulso carotídeo. Estamos ante una PARADA CARDIACA, no cardio-respiratoria. Puesto que la función respiratoria está cubierta, no será preciso sincronizar masaje y respiración

8: 16 h.

Comenzamos a realizar el masaje cardíaco a una frecuencia aproximada de 80 latidos por minuto.

Localizamos el punto de presión, siguiendo el recorrido de la línea subcostal. Colocamos la base de la palma de la mano, dos dedos por encima del apéndice xifoides. Entrelazamos los dedos con la otra mano y comenzamos así el masaje cardíaco externo, deprimiendo el esternón de 2 a 3 cms.

8: 17 h.

Transcurrido un minuto de iniciar las maniobras, observamos que aún no presenta pulso ni actividad eléctrica en el monitor.

Ponemos adrenalina 1/10.000 IV // 10 microgramos/Kg. y continuamos con el masaje cardíaco.

8: 19 h.

Al tercer minuto administramos 80 cc de Bicarbonato y seguimos con el masaje cardíaco, viendo que a las 8:19 min. presentaba pulso.

FÁRMACOS PROTOCOLIZADOS EN LA RCP-AVANZADA

- Adrenalina
- Atropina
- Lidocaína
- Bicarbonato
- Sulfato de magnesio
- Benzodiazepinas

Sale de la parada con una asistolia leve, pero ha disminuido su nivel de consciencia: Glasgow 6 (RV 1; AO 2; RM 3).

Bajo estricta vigilancia le trasladamos rápidamente al Servicio de Urgencias del hospital más próximo, previo aviso de nuestra llegada.

Durante el trayecto, realizamos una breve *valoración secundaria,* donde observamos que sigue semi-inconsciente, hemiparesia contralateral con hipertonía y Babinski positivo.

En la cabeza, hundimiento del hueso temporal izquierdo y diversas heridas faciales.

Descartamos traumatismo torácico.

Observamos mediante palpación, abdomen duro en tabla; hemorragia en periné (por lo que desestimamos el sondaje vesical, ya que podría presentar desgarro de vejiga y el sondaje está contraindicado).

No presenta deformidades en extremidad superior e inferior, por lo que se descarta luxaciones y fracturas, pero hay hemorragia grave en ingle derecha y daños musculares.

En la sala de urgencias

8: 23 h.

Llegamos por fin al Servicio de Urgencias del hospital, donde todo el equipo estaba preparado para recibir a Juan. Se le saca de la UVI-Móvil ventilándole con ambú.

Se realiza la transferencia al mismo tiempo que narramos brevemente cuál ha sido nuestra actuación y el desarrollo del traslado.

Juan pasa al Box nº 1, asumiendo el equipo de urgencias todas las tareas a partir de este momento.

El equipo le conecta al respirador y le monitorizan, al mismo tiempo que le trasfunden concentrados de hematíes, con el fin de mantener un hematocrito alrededor del 30% y un nivel de hemoglobina sobre 10 gr/dl.

El valor del hematocrito, inicialmente puede ser engañoso y lo que primará entonces será la clínica.

El intensivista realiza una valoración de todos los procedimientos efectuados por el equipo de la ambulancia.

Viendo que el resto de las lesiones han sido correctamente estabilizadas, procede a continuación a examinar mediante palpación, percusión y auscultación el abdomen.

Clínicamente presenta un abdomen agudo, por lo que le realizó una punción de lavado peritoneal (PLP), diagnosticando con seguridad hemorragia intraabdominal (hemoperitoneo).

Se sospecha de una rotura de bazo, ya que ésta es la causa más frecuente de hemoperitoneo en este tipo de mecanismos lesionales.

Acto seguido le canaliza una vía central (subclavia derecha) para poder obtener los parámetros de presión venosa central (PVC).

Se le realiza una gasometría arterial para valorar su equilibrio ácido-base.

A continuación, se le realizan rayos X de cráneo y cervicales (AP y L), tórax y pelvis, para descartar posibles lesiones que han pasado desapercibidas y al mismo tiempo, comprobar la correcta colocación de la vía central.

El estudio radiológico debe ser sistemático y está obligado en el politraumatizado semi o incosciente

Se le realiza TAC craneal para valorar lesión neurológica.

Entretanto, a Juan se le ha terminado la perfusión del concentrado de hematíes. Después se le perfunde plasma fresco congelado (se opta por el plasma, siempre que haya repuesto anteriormente cerca del 50% del volumen de sangre perdida).

Se reciben los resultados de las radiografías y del TAC, diagnosticando fírmemente fractura del hueso temporal y lesión de la arteria meníngea media con hematoma epidural.

Se descartan fracturas a otros niveles.

Respecto a la colocación del catéter en subclavia, precisa ser retirado 3 cms. para un óptimo emplazamiento. Una vez corregido, se toma la PVC, siendo esta de 6 (signo de la deplección de líquidos).

DEBEREMOS PRESTAR ATENCIÓN EN LOS DESEQUILIBRIOS ELECTROLÍTICOS, PUESTO QUE SI NO SON CORREGIDOS PUEDEN OCASIONAR ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA Y SER CATALOGADOS ERRONEAMENTE COMO UN DÉFICIT NEULOLÓGICO.

Se reciben también los resultados de la gasometría, diagnosticando alcalosis respiratoria (pH 7´6; pO_2 98; pCO_2 25; E.B. +2; FR 30).

Se procede a valorar la necesidad de analgesia; su expresión facial refleja dolor. Se le administra Morfina subcutánea.

Se le pone también profilaxis antitetánica (vacuna y gamma-globulina) y medicación preoperatoria (antibioterapia según protocolo de cada hospital) y se le deriva a quirófano para una intervención de urgencia.

EN QUIRÓFANO

Se le realizó:

- Reconstrucción de la arteria femoral y de la masa muscular afectada.
- Drenaje del hematoma epidural y ligadura del vaso sangrante.
- Laparotomía exploratoria, donde se diagnosticó rotura de bazo con hemoperitoneo y desgarro vesical. Se procedió a extirpar el bazo y drenar hemoperitoneo con un drenaje aspirativo tipo Redón.

Asímismo se reparó la vejiga colocando una derivación urinaria provisional, tipo CAMEY II, para favorecer la cicatrización de la herida.

EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA

A continuación se le traslada a la *UCI* para estricta vigilancia de su evolución.

Se le realiza una revisión neurológica minuciosa, que servirá como base para comparar cambios posteriores de los signos vitales.

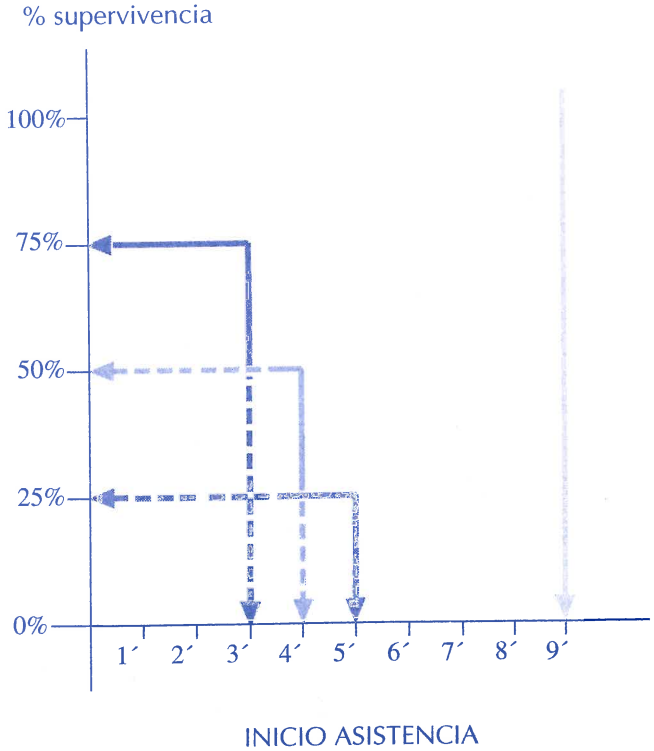
Juan permaneció en la UCI durante 10 días, donde evolucionó favorablemente.

Se le trasladó a la planta de *Cirugía,* donde estuvo ingresado 37 días más, recibiendo todo tipo de cuidados postoperatorios.

Tras dicha estancia fue dado de alta, proporcionándole información sobre su evolución, además de los cuidados que deben ofrecerle en su *Centro de Salud.*

CONCLUSIÓN

A continuación, representamos gráficamente la importancia de una pronta reacción para elevar el porcentaje de supervivencia ante una parada cardiorrespiratoria.

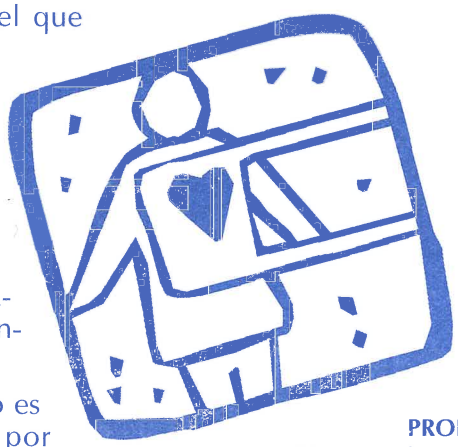


Existe una relación directamente proporcional entre dichos parámetros.

Así pues, nuestra actuación ha de ser rápida, serena y coordinada, ya que de ello, depende la vida del paciente.

RECOMENDACIONES

1. No hacer mayor daño del que existe.
2. En primer lugar, valorar y tratar las urgencias vitales, asegurando la permeabilidad de la vía aérea, control de respiración y circulación.
3. No pasar al siguiente estadío sin haber resuelto el anterior.
4. No olvidar que el enfermo es un proceso dinámico y por tanto deberemos reevaluar sus constantes vitales, estado neurológico, etc... frecuentemente.
5. Si durante la exploración, el paciente presenta problemas urgentes nuevos o anteriormente resueltos, volver a realizar el protocolo asistencial desde el principio.
6. Tras resolver los problemas vitales, pasaremos a la valoración secundaria, en la que se realiza un análisis pormenorizado de la cabeza a los pies en busca de posibles lesiones para su tratamiento.



ANEXOS

Valoración del politraumatizado

A. Reconocimiento primario

- Vía aérea.
- Ventilación.
- Circulación y control de las hemorragias.
- Mini-Examen neurológico.
- Desvestir al paciente.

B. Resucitación

- Solucionar problemas vitales según se vayan identificando.
- Monitorización electrocar diográfica.
- Explorar orificios y colocar sondas.
- Aporte de oxígeno.
- Canalizar vías para reposición de líquidos.

C. Reconocimiento secundario

- Cabeza y cráneo.
- Columna cervical.
- Lesiones maxilo-faciales.
- Tórax.
- Abdomen.
- Periné y recto.
- Examen neurológico.
- Radiografías y laboratorio.

Principios éticos profesionales de la enfermería de emergencias

1. Conservar la vida.
2. Aliviar el dolor.
3. Promover la salud.
4. Evitar daños innecesarios.
5. Respeto a la persona. color, religión, estado o sexo.
7. Confidencialidad.
8. Disciplina y trabajo en equipo.
9. Seguridad para sí mismo y los demás.
10. Generosidad en la ayuda.

Clasificación de las hemorragias

Tipo I: Leve.

- Pérdida de 750 ml. (15%)
- Mecanismos compensadores: activa los depósitos de reserva
- (Bazo e hígado).
- F. C. < 100.
- T.A. normal.
- F.R. 14-20.
- Ansioso, nervioso.

TIPO II: MODERADA.

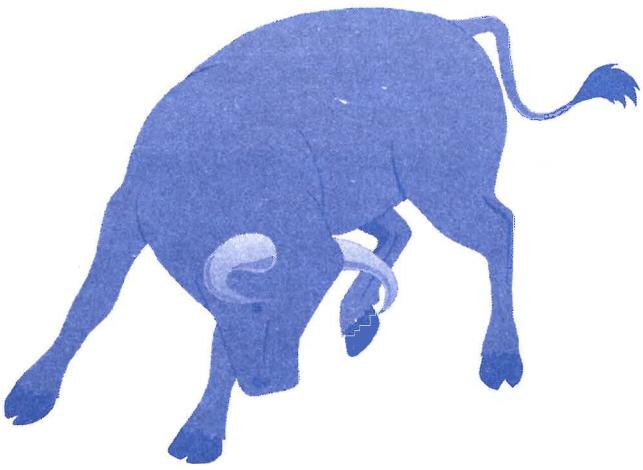
- Pérdida de 750-1500cc (15-30%)
- Compensación : ↑F.C. ; ↑F.R. con respiraciones más profundas.
- F.C.> 100 y ↓la amplitud.
- T.A. normal o baja.
- F.R. : 20-30.
- Intranquilo.

TIPO III: GRAVE.

- Pérdida de 1500-2000 (30-40%)
- F.C.> 120 y ↓amplitud.
- T.A. baja.
- F.R. 30-40 con respiración superficial.
- Sudor frío, pálido, obnubilado, confuso y muy débil.

TIPO IV: MASIVA.

- Pérdida > 2000 (40% ó más).shock hipovolémico.
- F.C. > 140 y tan débil que puede no notarse.
- T.A. muy baja.
- F.R. > 35 y muy superficial.
- Confuso o en coma; verdadero peligro vital.



BIBLIOGRAFÍA

GÓMEZ, J.M.; PUJOL, R. y SABATER, R. *"Pautas de Actuación en Medicina de Urgencias"*. Ed. Mosby-Doyma, S.A., 1996. Times Mirror International Publishers.

BONIFAZ, J.J. *"Víctimas de la Fiesta Taurina"*. Ed. Espasa-Calpe, Madrid, 1995.

MCGRAW HILL. *"Biblioteca de Enfermería Profesional"*. Bloque Médico-Quirúrgico, nº 9. Ed. Interamericana, 1994.

MORENO MILLÁN, E. *"Manual de Soporte Vital Básico"*. Ed. Arán, 1990.

SANITRANS. *"Técnicos en Emergencias Médicas"*. Confederación Nacional de Socorro y Transportes Sanitarios, 1996.

VUORI, H.V. *"El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios. Conceptos y Metodología"*. Ed. Masson, S.A., Barcelona, 1991.

SALVA LACOMBE, J.A. *"Urgencias: Enciclopedia Práctica de Primeros Auxilios"*. Ed. Marín, S.A., 1986.

MCGRAW HILL; POTTER, D. y DIANE, M. *"Urgencias en Enfermería"*. Tomos I y II. Ed. Interamericana, 1989.

D.U.Es de Zaragoza. *"Urgencias y Enfermería"*. Tomos I, II y III. Ed. Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, 1993.

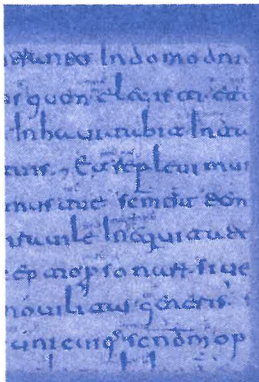
EISENBERG, M.S. y COPASS, M.K. *"Terapeútica de Urgencias Médicas"*. Ed. Interamericana, 1985.

CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *"Socorros y Emergencias"*. Departamento de Recursos Humanos, 1991.

CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *"Auxiliar de Transporte Sanitario"*. Departamento de Recursos Humanos, 1991.

CRUZ ROJA ESPAÑOLA. *"Asistencia al Politraumatizado"*. Asamblea de Navarra, 1996.

ROBINSON, Richard y SCOTT, Robin. *"Urgencias Médicas: Diagnóstico y Tratamiento"*, Manual de Enfermería. Ed. Olaya, 1993.



I er CONGRESO IBEROAMERICANO DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

Logroño 7-11 Abril 2000

«Una profesión y una lengua en común»

(M. Díaz Vargas: En el ancianato. Museo Nacional, Bogotá.)

VI JORNADAS NACIONALES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

3er SIMPOSIO NACIONAL SOBRE ULCERAS POR PRESIÓN

ORGANIZAN:

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en Ulceras por Presión

COLABORAN:

Ayuntamiento de Logroño

iberCaja

Programa científico

7-8-Abril-2000

3er Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión

Viernes 7-Abril- 2000

08:00 h. Salida de autobuses *desde Hoteles "Puntos de Encuentro".*
08:00 - 09:00 h. Entrega de Documentación.
Sala A
09:30 - 10:00 h. Acto de Apertura.
10:00 - 11:00 h. Conferencia Inaugural:
Desarrollo de nuevos materiales en el tratamiento de las heridas crónicas.
Presenta: J. Javier Soldevilla Ágreda (Director GNEAUPP).
- **Mrs. Carol Dealey:** Research Fellow. Department of Nursing. Queen Elizabeth Hospital. Birmingham. U.K.

11:00 - 11:30 h. Café. Defensa de Posters.
11:30 - 13:00 h. 2ª Conferencia:
Situación actual de las úlceras por presión en Estados Unidos y el Reino Unido.
Presenta: Joan-Enric Torra i Bou (Subdirector GNEAUPP). Enfermero. Consorci Sanitari de Terrassa.
- **Mrs. Nancy Bergstrom:** Professor of Nursing and Interim Associate Dean of the Graduate Nursing. Program at the University of Nebraska Medical Center. USA.
- **Mr. David Gray:** Tissue Viability Nurse. Aberdeen, Scotland. U.K.

13:00 - 14:00 h. Comunicaciones.
13:30 - 14:00 h. Visita a la Exposición Comercial.
14:00 - 15:30 h. Almuerzo de Trabajo.
15:30 - 17:00 h. 1ª Mesa Redonda:
Investigación, Legislación y Ética aplicado a las úlceras por presión y heridas crónicas.
Presenta y modera: Javier Iruzubieta Barragán.
Profesor de Enfermería Comunitaria. Escuela Universitaria de Enfermería de Logroño. Universidad de La Rioja.
- **Joan-Enric Torra i Bou:** Enfermero. Consorci Sanitari de Terrassa. Subdirector GNEAUPP.
- **José Luis Monzón Marín:** Médico Especialista en Medicina Intensiva.
  Complejo Hospitalario "San Millán", Logroño Magister en Bioética. Universidad Complutense de Madrid.
  Presidente de Comité Asistencial de Ética del Complejo Hospitalario "San Millán - San Pedro". Miembro del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de La Rioja.
- **José Antonio San Sebastián Domínguez:** Adjunto de Enfermería. Unidad de Calidad. Hospital de Cruces. Barakaldo (Bizcaia).

17:00 - 17:30 h. Descanso.
17:30 - 19:00 h. Comunicaciones.
21:00 h. Salida de autobuses *desde Hoteles "Puntos de Encuentro".*
21:30 h. Cena de Bienvenida. *Gran Restaurante "Imperial Monte Sol".*
Sala B
10:00 - 11:00 h. Comunicaciones.
11:30 - 14:00 h. Comunicaciones.
15:30 - 17:00 h. Taller: "Nutrición y Úlceras por Presión".
17:00 - 19:00 h. Comunicaciones.
Aula 1
Simposios - ***Talleres Paralelos.***

Sabado 8-Abril- 2000

Sala A
09:00 h. Salida de autobuses *desde Hoteles "Puntos de Encuentro".*
09:30 - 10:15 h. 3ª Conferencia:
Úlceras Vasculares y Pie Diabético. Tercer Milenio.
Presenta: Miguel Aizpún Ponzán: Ex-Vicepresidente Academia Española de Dermatología y Venereología.
- **María Míguez Vázquez:** Enfermera. Consultorio de Zaldibia (Guipúzcoa). Servicio Vasco de Salud.
- **Soraya Lizundia Sánchez:** Enfermera de Atención Primaria. Igorre (Guipúzcoa). Servicio Vasco de Salud.
- **Elena Sáenz Sáenz:** Enfermera de Atención Primaria. Bergara (Guipúzcoa). Servicio Vasco de Salud.

10:15 - 11:30 h. 2ª Mesa Redonda:
Úlceras por Presión. Tercer Milenio.
Presenta: Emilia Sánchez: Responsable del Plan de Salud de Cataluña. Servei Catalá de la Salut.
- **Francisco Javier Ortiz de Frutos:** Médico adjunto. Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. Profesor Asociado de Dermatología.
- **Sergio Juan Jordán:** Enfermero. Supervisor de Unidad de Crónicos. Hospital Vazquez-Díaz. Huelva. Presidente Asociación ULCESUR.
- **Fernando Martínez Cuervo:** Enfermero. Residencia de Tercera Edad del ERA. Gijón (Principado de Asturias).

11:30 - 12:00 h. Café. Defensa de Pósters. Visita a la Exposición Comercial.
12:00 - 13:00 h. Presentación: Libro Blanco de las Úlceras por Presión en España.
- **J. Javier Soldevilla Ágreda:** Enfermero. Hospital de La Rioja. Director GNEAUPP.
- **Joan-Enric Torra i Bou:** Enfermero. Consorci Sanitari de Terrassa. Subdirector GNEAUPP.

13:00 - 14:00 h. Comunicaciones.

Programa Docente 1999/2000

Cursos Financiados

Hospitalización a domicilio
Semana del 8 al 12 de Noviembre de 1999

La enfermería en la cirugía mayor ambulatoria
Semana del 13 al 17 de Diciembre de 1999

Cuidados paliativos y tratamiento del dolor
Semana del 17 al 21 de Enero del 2000

Autocontrol emocional en situaciones difíciles
Semana del 7 al 11 de Febrero del 2000

Manejo del paciente politraumatizado en el ambiente rural
Semana del 21 al 25 de Febrero del 2000

La enfermería ante el paciente de alto riesgo
Semana del 6 al 10 de Marzo del 2000

PREINSCRIPCIONES

En la Sede Colegial desde las 9h. del día 20 de octubre y hasta las 14h. del día 22 de octubre en horario de atención al público.

Las listas de admitidos a partir del día 27 de octubre en la sede colegial

FORMALIZACIÓN DE MATRÍCULAS

Los solicitantes que hayan obtenido plaza en un curso deberán formalizar la inscripción entre el lunes y el miércoles de la semana anterior al comienzo del curso, perdiendo los derechos en caso contrario.

Curso de Cuidados Integrales al Paciente Ostomizado y Úlceras por Presión

Semana del 15 al 19 de Noviembre de 1999
Patrocinado por B/BRAUN Medical S.A.

1. Dirigido a
Enfermeras/os que trabajen con ostomizados y pacientes con riesgo de Úlceras por Presión, bien en Atención Primaria, o en Especializada.

2. Motivos
Actualización de conocimientos
Diferenciar materiales y técnicas a emplear

3. Número de alumno/as
Grupo máximo de **60 personas**, de las que **15** plazas serán destinadas a **Atención Primaria**. Se dará prioridad a que, al menos, asista un representante por Centro de Salud

Las plazas de este curso serán concedidas por riguroso orden de solicitud

Bases comunes para todos los cursos

Todos los cursos se concederán según el orden de llegada y primera opción escogida, no otorgándole un segundo curso hasta que todos los peticionarios tengan uno asignado del total del programa. Se escogerán también 10 reservas por curso que no contabilizarán como curso asignado. Pueden hacerse solicitudes en cuantos cursos se desee. Estas deberán ser presentadas en la Sede Colegial en el plazo establecido, admitiéndose un impreso de solicitud por persona (No es necesario que sea la interesada).

La Matrícula es gratuita. Los alumnos deberán depositar una fianza de 20.000 Pts. (Metálico o talón bancario), que será devuelta una vez finalizado el curso si se han cumplido los requisitos del mismo y una fotografía tamaño carnet.

Los cursos serán impartidos por la Escuela de Especialización en Ciencias de la Salud y están refrendados por la Universidad Complutense de Madrid. Es obligatoria la asistencia al 90% de las horas lectivas y la presentación de un trabajo final.

Los cursos se impartirán de lunes a viernes en horario de 16 a 22 h.

Los cursos **no financiados** solamente se celebrarán si hubiera nº de alumnos suficientes.

Llamar por teléfono para confirmar la impartición del curso

Financiación en Ibercaja

Menores de 25 años crédito Jóven	Restos del colectivo, crédito familiar
12 meses; 24.759 Pts./mes	12 meses; 24.792 Pts./mes
18 meses; 16.822 Pts./mes	18 meses; 16.855 Pts./mes
24 meses; 12.857 Pts./mes	24 meses; 12.890 Pts./mes

La organización se reserva el derecho de cambiar las condiciones de los cursos si lo consideran oportuno

Solicitud N.º.....

Programa Docente 1999/2000

Cursos No Financiados (Preinscripción)

Título de Experto Universitario en Enfermería de Urgencias

Semana del 29 de nov. al 3 de dic. de 1999
Semana del 24 al 28 de enero del 2000
Semana del 14 al 18 de febrero del 2000
Semana del 20 al 24 de marzo del 2000
Semana del 24 al 28 de abril del 2000
Semana del 8 al 12 de mayo del 2000
Semana del 29 de mayo al 2 de junio del 2000
Semana del 19 al 24 de junio del 2000

CARGA LECTIVA

25 créditos académicos (250 horas)
175 horas Teórico-prácticas
25 horas Taller práctico
50 horas Trabajo Fin de Curso

MATRÍCULA

285.000 Pts.

ESTRUCTURA HORARIA

Una semana al mes en horario de tarde.
- Comienzo: Noviembre de 1999
- Finalización: Junio del 2000

TALLER PRÁCTICO

Simulación de accidentes. Para ello se dispondrá de una U.V.I. móvil equipada con la tecnología más avanzada. Posibilidad de realizar guardias con el SAMUR de Madrid.

Nº de Colegiado..... Nº de Teléfono .....

Nombre y apellidos.....

Preparación de Oposiciones para el acceso de Diplomados en Enfermería y A.T.S. al Insalud

Semana del 22 al 26 de Nov. de 1999
Semana del 10 al 14 de Enero del 2000
Semana del 31 de Enero al 4 de Feb. del 2000
Semana del 28 de Feb. al 3 de Marzo del 2000
Semana del 13 al 17 de Marzo del 2000
Semana del 15 al 19 de Mayo del 2000

CARGA LECTIVA

20 créditos académicos (200 horas)
150 horas Teórico-Prácticas
50 horas Estudio

MATRÍCULA

90.000 Pts.

ESTRUCTURA HORARIA

Una semana al mes en horario de tarde.
- Comienzo: Noviembre de 1999
- Finalización: Mayo del 2000

METODOLOGÍA

- Exposiciones teóricas.
- Elaboración de tests presenciales en aula.
- Simulación de exámenes parciales.
- Comentarios y discusiones grupales sobre los tests y examen realizados.
- Simulación de examen final, tipo test y evaluación del mismo.

Nº de Colegiado..... Nº de Teléfono .....

Nombre y apellidos.....

Preinscripción hasta el 22 de octubre • Matrícula: 2, 3 y 4 de Noviembre

Solicitud N.º.....

PETICIÓN CURSOS 1999-2000

Colegiado/a N.º..... Nombre.....

Apellidos.....

Dirección: C/..... N.º.....

Población..... Provincia.....

C.P..... Teléfono.....

CURSOS

1.º .....

2.º .....

3.º .....

4.º .....

5.º .....

6.º .....

CURSO DE CUIDADOS INTEGRALES AL PACIENTE OSTOMIZADO Y ÚLCERAS POR PRESIÓN

Solicitud N.º.....

☐ At. Primaria

☐ Otros (At. especializada-socio-sanitarios)

Preinscripción Seminarios Informática

☐ Básico ☐ Experto

☐ Avanzado ☐ Internet

Conforme con las bases
Firmado

Se comunicará la fecha de realización de los seminarios a partir de Enero del 2000

14:00 - 16:00 h. Almuerzo de Trabajo.

16:00 - 18:00 h. 3ª Mesa Redonda:

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN ACTIVA EN ÚLCERAS POR PRESIÓN.

PRESENTA Y MODERA: Carmen Blasco García: UFISS. Hospital "Germans Trias Pujol". Badalona.

PREVENCIÓN EN UCI.

- **PILAR IBARS MONCASI:** Supervisora UCI, Hospital Rovira i Virgili. Lleida.

PREVENCIÓN EN QUIRÓFANO.

- **PILAR JÜRSCHIK GIMÉNEZ:** Profesora Tit. Enfermería Médico-Quirúrgica. EUE. Universidad de Lleida.

PREVENCIÓN EN LA COMUNIDAD.

- **ELÍAS HERRERO NARVÁEZ:** Enfermero. CAP Antón de Borja. Rubí. Consorci Sanitari de Terrasa.

PREVENCIÓN EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS.

- **ANA ORBEGOZO ARAMBURU:** Coordinadora de Enfermería, Fundación María Calvo. San Sebastián.

18:00 - 18:30 h. Descanso.

18:30 h. Acto de Despedida: *"SAPO PRODUCCIONES".*

(Sala B)

SALA B

09:30 - 11:30 h. Taller:

"DESBRIDAMIENTO, ÚLCERAS POR PRESION Y HERIDAS CRÓNICAS".

- **ELENA SANTAMARÍA ANDRÉS:** Enfermera Supervisora, Servicios de Dermatología y Cirugía Plástica, Hospital de Bellvitge. Barcelona.
- **MARÍA ALOS-MONER:** Médico Adjunto, Servicio de Cirugía Plástica, Hospita de Bellvitge. Barcelona.

12:00 - 14:00 h. Comunicaciones.

16:00 - 18:00 h. Comunicaciones.

AULA 1

Simposios *Talleres-Paralelos*.

VI JORNADAS NACIONALES DE LA S.E.E.G.G.

Jornada de Encuentro Iberoamericano

DOMINGO 9-ABRIL- 2000

10:00 h. 1ª Salida de autobuses *desde Hoteles "Puntos de Encuentro"*

10:00 - 14:00 h. *Rutas Turísticas por La Rioja*
Opción: 1"Ruta de los Monasterios" "Ruta del Vino"

13:00 h. 2ª Salida de autobuses *desde Hoteles "Punto de Encuentro" hacia Santo Domingo de La Calzada.*

14:00 h. *Almuerzo de Hermandad en Santo Domingo de La Calzada. Mesón "El Peregrino".*

16:30 - 18:30 h. Asamblea General Ordinaria y Electoral Extraordinaria de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.
Salón de Actos de Ibercaja. Santo Domingo de La Calzada.

18:30 - 19:30 h. Acto Solemne de Declaración de Santo Domingo de La Calzada *como Patrón de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.* Catedral de Santo Domingo de La Calzada.

- *RVDO. PÁRROCO CATEDRAL DE SANTO DOMINGO. ABAD DE LA COFRADÍA DEL SANTO.*
- *PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA.*

Conferencia Prólogo: LA VEJEZ A TRAVÉS DEL ARTE.

- **MAGDALENA SANTO TOMÁS:** Prof. Tit. Fundamentos de Enfermería. EUE. Universidad de Valladolid. Licenciada en Historia del Arte.

20:30 h. *Salida de autobuses hacia Logroño.*

LUNES 10-ABRIL- 2000

08:00 h. Salida de autobuses *desde Hoteles "Puntos de Encuentro".*

08:00 - 09:30 h. Entrega de documentación.

SALA A

09:30 - 11:30 h. 1ER SIMPOSIO IBEROAMERICANO DE FORMACIÓN EN ENFERMERÍA GERONTO-GERIÁTRICA:

PRESENTA Y MODERA: Misericordia García Hernández: Vicepresidenta SEEGG.

REPESENTANTES DE:

- CHILE

- **ILTA LANGE HAENSGEN:** Directora de la Escuela de Enfermería. Universidad Católica de Chile.

- COLOMBIA

- **LEONOR LUNA TORRES:** Enfermera. Mg. en Educación de Adultos y Desarrollo Comunitario. Coordinadora Grupo. Vinculada a la Universidad Nacional de Bogotá. Facultad de Enfermería.

- CUBA

- **CARIDAD LLANES BENTANCOUR:** Enfermera. Facultad Calixto García. La Habana.

- ESPAÑA

- **ANA PASCUAL PÉREZ:** Profesora de Enfermería Geriátrica. Directora del Departamento de Enfermería. Universidad del País Vasco. Leioa.

- *México*
  - **Elsa Correa Muñoz:** Enfermera. Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza". Universidad Nacional Autónoma de México.
- *Portugal*
  - **María Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa:** Directora Escola Superior de Enfermagem "Cidade do Porto".

11:30 - 12:00 h. Café. Defensa de Pósters. Visita a la Exposición Comercial.

12:00 - 13:00 h. Conferencia Inaugural:

La Proyección de las Enfermeras en la Sociedad del Siglo XXI.

Presenta: J. Javier Soldevilla Ágreda: Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

- **Rosa Blasco Santamaría:** Profesora Titular. EUE. Universidad de Barcelona.

13:00 - 13:30 h. Acto Inaugural

14:00 - 16:00 h. Almuerzo de trabajo.

16:00 - 17:00 h. 1ª Conferencia.

Valoración Enfermera en el Anciano.

Presenta: Cristina Castanedo Pfeiffer: Profesora Enfermería Geriátrica. Universidad de Cantabria.

- **M. Luz Fernández Fernández:** Prof. Titular. Fundamentos de Enfermería. EUE. Universidad de Cantabria.

17:00 - 17:30 h. Descanso.

17:30 - 19:00 h. 1ª Mesa Redonda.

Valoracion Geriátrica Interdisciplinar.

Presenta y Modera: Pilar Torres Egea. Profesora Enfermería Geriátrica. Universidad de Barcelona.

- **Olga Díaz de Durana:** Enfermera. Responsable Centro de Día de Psicogeriatría. Residencia Txagorritxu. Vitoria.
- **Jesus Pérez Muñoz:** Médico Geriatra. Servicio de Geriatría. Hospital de La Rioja.
- **María Ríos García:** Trabajadora Social. Asociación de Voluntariado en Geriatría. Zaragoza.
- **Pilar Durante Molina:** Terapeuta Ocupacional. Servicio Regional de Salud CCAA de Madrid. Profesora del CEU. Talavera de La Reina. Universidad Castilla-La Mancha. Profesora Asociada. Facultad de CC. de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos I. Madrid

20:45 h. Coral "Santa María de La Redonda". Iglesia de San Bartolomé. Logroño.

Sala B

09:30 - 11:30 h. Comunicaciones.

12:00 - 13:00 h. Comunicaciones.

16:00 - 17:30 h. Taller: "Nutrición y Envejecimiento".

17:30 - 19:00 h. Comunicaciones.

Aula 2

09:30 h. Examen Convocatoria Diploma SEEGG en Enfermería Gerontológica.

Aula 1

Simposios - *Talleres Paralelos.*

Martes 11-Abril- 2000

09:00 h. Salida de autobuses *desde Hoteles "Puntos de Encuentro".*

09:30 - 11:30 h. 2ª Mesa Redonda:

Terminalidad y vejez: Cuidados Paliativos.

Presenta y Modera: Marilia Nicolás Dueñas: Profesora Enfermería Geriátrica. E.U. Enfermería "Puerta de Hierro". Madrid.

- **Assumta García González:** Prof. Tit. EUE. de la Comunidad de Madrid.
- **Alfonso M. García Hernández:** Prof. Tit. EUE. Universidad de La Laguna.
- **Fina Vernet Aguiló:** Enfermera. PADES. Derecha Eixample (MUTUAM). Barcelona. Prof. Enfermería Geriátrica. EUI Sant Joan de Deu. Barcelona.

11:30 - 12:00 h. Café.

12:00 - 13:15 h. 4ª Conferencia:

Los Cuidadores Informales.

Presenta y Modera: José M. Mayán Santos: Catedrático de Enfermería Geriátrica. Universidad de Santiago de Compostela.

- *Familia*
  - **Dña. Paloma Ramos Guzmán:** Presidenta de la Federación Española de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (A.F.A.F.).
- *Voluntariado*
  - **D. Joaquín Pérez Gil-Delgado:** Director del Departamento de Actividades y Servicios. Cruz Roja Española. Oficina Autonómica de Madrid.

13:15 - 14:00 h. Comunicaciones.

14:00 - 15:30 h. Almuerzo de Trabajo.

15:30 - 17:30 h. 1er Simposio Iberoamericano de Investigación en Enfermería Gerontо-Geriátrica.

Presenta y Modera: Misericordia García Hernández: Vicepresidenta SEEGG.

Representantes de:

- *Chile*
  - **Ilta Lange Haensgen:** Directora de la Escuela de Enfermería. Universidad Católica de Chile.
- *Colombia:*
  - **Leonor Luna Torres:** Enfermera. Mg. en Educación de Adultos y Desarrollo Comunitario. Coordinadora Grupo Académico Anciano. Vinculada a la Universidad Nacional de Bogotá.
- *Cuba:*
  - **Caridad Llanes Bentancour:** Enfermera. Facultad Calixto García. La Habana.
- *España:* Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja.
  - **Amando De Miguel Rodríguez:** Catedrático de Sociología. Universidad Complutense de Madrid.

19:30 h. Ceremonia de Clausura.

21:00 h. Salida de autobuses *desde Hoteles "Puntos de Encuentro".*

21:30 h. Cena de despedida: *Gran-Restaurante "Imperial-Monte Sol".*

Sala B

09:30 - 11:30 h. Comunicaciones.

12:00 - 14:00 h. Taller: "Incontinencia en el Anciano".

15:30 - 18:45 h. Comunicaciones.

Aula 1

Simposios - *Talleres Paralelos.*

Inscripciones

TIPOS DE INSCRIPCIÓN	LA CUOTA INCLUYE
• **TIPO A:** 3er Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión (7-8-Abril-2000)	• Documentación • Cafés, almuerzos de trabajo • Cena de bienvenida • Diploma de Asistencia.
• **TIPO B:** VI Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (9-11-Abril-2000)	• Jornada de Encuentro Iberoamericano (9-Abril- 2000) (Ruta Turística, Almuerzo de Hermandad) • Documentación • Cafés, almuerzos de trabajo • Cena de clausura • Diploma de Asistencia.
• **TIPO C:** 1er. Congreso Ibeoamericano de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. (3er Simposio Nacional UPP/ VI Jornadas Nacionales S.E.E.G.G.), (7-11- Abril 2000)	• Jornada de Encuentro Iberoamericano (9-Abri-2000) (Ruta Turística, Almuerzo de Hermandad) • Documentación • Cafés, almuerzos de trabajo • Cena de bienvenida y clausura • Diploma de Asistencia.

NOTA: "RUTA TURÍSTICA"

Para inscripciones tipo B y C, elija entre una de las dos opciones:

☐ Ruta de los Monasterios

☐ Ruta del Vino.

Las salidas están previstas para las 10 horas del día 9 de Abril desde los Hoteles "Punto de Encuentro".

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

	Antes del 17 Diciembre 1999			Después del 17 Diciembre 1999		
	A	B	C	A	B	C
Socios S.E.E.G.G.** Miembros numerarios GNEAUPP**	33.500 pts. 201,34 €	37.000 pts. 222,37 €	68.000 pts. 408,69 €	38.000 pts. 228,38 €	41.000 pts. 246,41 €	73.000 pts. 438,74 €
No socios No miembros	38.000 pts. 228,38 €	41.000 pts. 246,41 €	73.000 pts. 438,74 €	43.000 pts. 258,44 €	46.000 pts. 276,47 €	78.000 pts. 468,79 €
Estudiantes*	25.000 pts. 150,25 €	29.000 pts. 174,29 €	51.000 pts. 306,52 €	25.000 pts. 150,25 €	29.000 pts. 174,29 €	51.000 pts. 306,52 €

* No incluye cena de bienvenida y/o clausura. Adjuntar copia Carnet de Estudiante.

** Pertenezco a la S.E.E.G.G./G.N.E.A.U.P.P. con el número de miembro .....

*Descuentos del 20% para Colegiados en La Rioja

El Congreso en Internet

http://www.arrakis.es/~seegg/ibero

*La oferta especial para colegiados en La Rioja sólo será valida para las inscripciones que se realicen directamente en la Sede Colegial antes del 17 de Diciembre de 1999.

LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LA MUJER GESTANTE

Luis A. Pevidal Rodríguez. Col. Nº 1350
Oscar Montoya Repes. Col. Nº 2075

1. Reanimación cardiopulmonar en la gestante: peculiaridades

Podemos afirmar que la gestación es un proceso fisiológico y no una enfermedad, por tanto, las posibilidades de que una embarazada sufra una parada cardiopulmonar son escasas, sobre todo si pensamos que son mujeres jóvenes y sanas.

A diferencia de otros períodos en la vida de la mujer, en el embarazo debemos tener presente que tratamos a dos pacientes, en vez de uno. La supervivencia fetal siempre dependerá de la materna.

Las causas de parada cardiopulmonar durante la gestación difieren de las del estado no grávido. Las más frecuentes son: traumatismo, embolismo pulmonar, hemorragia e hipovolemia, embolismo de líquido amniótico, cardiopatía congénita o adquirida, complicaciones del tratamiento tocolítico, taponamiento cardíaco e infarto agudo de miocardio. Otros autores señalan además: anafilaxia, envenenamiento, lesiones por rayo, accidentes cerebrovasculares, septicemia, e iatrogenia.

Los traumatismos son la causa principal no obstétrica de muerte fetal. Algunas investigaciones indican que la prevalencia de traumatismos significativos en la gestación es de un 6-7%, siendo la causa más frecuente los accidentes de tráfico, debido a que en la actualidad una elevada proporción de mujeres conducen. Le siguen en frecuencia, las caídas, heridas penetrantes, traumatismos no penetrantes y quemaduras. Dependiendo de la gravedad de las lesiones, los resultados difieren en cuanto a la mortalidad maternofetal: desde 1,9% de mortalidad materna y 10,0% de mortalidad fetal, hasta un 10% de las gestantes y 60% de los fetos. Se puede observar según los datos anteriores que el riesgo fetal es muy superior al de la madre.

Bowman y Cols. Realizan una afirmación bien cierta: "la principal causa de muerte fetal es la muerte materna".

El hecho de que el personal de urgencias pueda encontrarse ante una parada cardiopulmonar en una mujer embarazada, le crea la necesidad de tener conocimientos básicos sobre fisología maternofetal y habilidades necesarias para afrontar esta emergencia vital por partida doble (madre y feto). La coordinación de la asistencia a la gestante en esta situación puede ser un problema, ya que la cantidad de personal aumenta con respecto a una reanimación cardiopulmonar en una persona no gestante, tal como, matronal, ginecólogo, neonatólogo, anestesista... y más aparataje: ecógrafo, cardiotocógrafo, etc... El problema radica en que hay escaso personal de emergencias entrenado en obstetricia y pocos obstetras entrenados en emergencias.

2. Modicaciones fisiológicas más importantes en la gestación

Los cambios más importantes acontecen a partir del segundo trimestre. Los cambios que debemos tener en cuenta para la reanimación cardiopulmonar son los siguientes: a nivel cardiovascular, aumenta el gasto cardiaco (40%), el volumen sanguíneo (1.600cc de plasma), llega hasta 5-7 litros y aumenta también la frecuencia cardíaca (unos 15-20 pulsaciones por minuto: 80-95 ppm) y disminuyen las resistencias vasculares sistématicas (dará lugar a hipotensión), la presión venosa central (2-7 mm Hg, en el tercer trimestre), la hemoglobina (11 g) y el hematócrito (34%), con lo que se producirá una hemodilución. Esta hemodilución mantendrá un flujo uteroplacentario adecuado. El flujo sanguíneo uterino aumenta desde

un 2% (sin embarazo) hasta un 20-30% del gasto cardíaco total (tercer trimestre), hasta 500 ml de sangre por minuto. La comprensión aortocava por el útero grávido disminuye el gasto cardíaco. La TA disminuye en el primer y segundo trimestre y vuelve a sus valores normales durante el tercer trimestre. A nivel respiratorio aumenta el consumo materno de 0_2 (10-20%) y existe leve taquipnea. Existe una mayor predisposición a la disminución de la $P0_2$ durante la hipoxia. A nivel hematológico existe un estado de hipercoagulabilidad con el consiguiente riesgos de problemas tromboembólicos. Los leucocitos alcanzan valores hasta de 18.000/mm^3 en el tercer trimestre. A nivel gastrointestinal: aumenta la producción de ácido gástrico, existe relajación del esfínter esofágico y aumenta el tiempo de vaciamiento gástrico. Existe riesgo de íleo, vómitos y broncoaspiración si se procede a inducción anestésica o existe inconsciencia.

3. Consecuencias de la parada cardiopulmonar

En cuanto a las consecuencias maternas, en general, es admitido por muchos autores que el tratamiento de la parada cardiopulmonar ofrece mejores resultados cuando la RCP básica (sin ningún tipo de equipamiento) se ha instaurado en los primeros cuatro minutos de evolución y la RCP avanzada (precisa de equipamiento y formación específicos), antes de los ocho minutos. Si se inicia RCP en los cuatro minutos tras la parada, existe buen pronóstico neurológico materno; si se comienza entre cuatro y seis minutos tras la parada, es de esperar lesión neurológica y si se inicia tras seis minutos de parada, el daño cerebral materno es seguro. En cuanto al feto, a partir de cuatro minutos de anoxia fetal, aparece daño cerebral (la reserva de oxígeno del feto se ha estimado en dos minutos), aunque otros autores lo aumentan a seis y 10 minutos. Por tanto, el tratamiento expedito inicial dará unas mayores posibilidades de supervivencia.

Acerca de las consecuencias sobre la perfusión uteroplacentaria, debemos decir que el organismo materno no considera órgano vital el útero, por tanto, ante un estado de hipovolemia pre-parada cardiopulmonar, se va a producir una autotransfusión desde el circuito uterino (hasta 1.500 ml) a expensas del feto (consiguiente bradicardia y sufrimiento fetal agudo). Recordemos que en la no gestación el útero recibe aproximadamente un 2% del gasto cardíaco y durante el embarazo aumenta hasta un 20-30%. El gasto cardíaco que se consigue con las técnicas de R.C.P. es como mucho, el 30% de lo normal con lo que la perfusión uteroplacentaria está muy disminuida.

Un estado de hipovolemia, anterior a una parada cardíaca, no se manifiesta clínicamente en la gestante hasta que las pérdidas superen el 30-35% del volumen sanguíneo, debido a la capacidad anteriormente citada de derivar sangre desde el circuito uterino, por tanto, es posible que el feto se encuentre en una situación de hipoperfusión grave, mientras la madre presenta una situación estable.

4. RCP antes de la viabilidad fetal

Precisar exactamente cuándo un feto es viable o no es un tema muy debatido por neonatólogos y obstetras. Algunos autores hacen aproximaciones; así, algunos indican que a partir de las 24 semanas puede serlo; otros colocan la línea de viabilidad en 25 semanas y algún otro entre las 26 y 28 semanas de embarazo. Los avances actuales en cuidados intensivos neonatanatales hacen que cada día las posibilidades de viabilidad fetal sean mayores con menor edad gestacional. El consenso general, por tanto, es que se debe actuar según la institución en particular y los medios de los que se disponga (neonatólogo, UCI neonatal...).

Antes de las 24 semanas de gestación el objetivo primordial del equipo de reanimación es el de salvar la vida de la madre, ya que la viabilidad fetal no es probable. Se pueden confirmar los tonos fetales con ultrasonidos (ecografía) a partir de la séptima semana, con Doppler entre la décima y decimocuarta semana y con estetóscopo de Pinard a partir de la vigésima semana.

Los procedimientos de RCP serán igual a los generales, es decir, la secuencia de actuaciones que aconsejan las asociaciones expertas en RCP. Algunos autores ya aconsejan antes de las 24 semana desplazar el útero manualmente hacia la izquierda.

5. RCP después de la vitalidad fetal

La prioridad inicial es la RCP materna, ya que la viabilidad fetal es totalmente dependiente de la madre. De hecho, la principal causa de muerte fetal es la muerte materna. Como método rápido y orientativo, pues en ocasiones nadie nos podrá informar de la edad gestacional, debemos considerar la viabilidad fetal si el fondo uterino se encuentra aproximadamente dos traveses de dedo por encima de la cicatriz umbilical o a mitad de distancia entre el ombligo y el apéndice xifoides (24 semana aproximadamente). La secuencia de actua-

ciones en la RCP será muy similar a la general, salvo las siguientes consideraciones especiales.

6. Posición correcta para RCP

En la literatura experta se afirma que la posición idónea para realizar la RCP, es en decúbito supino sobre una superficie dura. En la gestante, a partir de la semana 20, la posición de decúbito supino ejerce compresión sobre las venas ilíacas, cava inferior y aorta abdominal, dificulta el retorno venoso disminuyendo hasta en un 25% el gasto cardíaco y reduciendo la eficacia de la RCP.

Por tanto, la postura idónea para realizar la RCP a una gestante es en decúbito supino a partir de la 20 semana de gestación, desplazando el útero hacia la izquierda mediante varios métodos: desplazándolo con las manos si se sospecha lesión vertebral (menos eficaz que los demás métodos), inclinación lateral izquierda de la mesa quirúrgica, colocando una cuña bajo el flanco abdominal y cadera derecha (ángulo de 15º), otros autores aconsejan 30º o inclinándolo con la cuña de reanimación de Cardiff (ésta permite un 80% de perfusión con una inclinación del 27%).

7. Desobstrucción de la vía aérea

La permeabilidad de la vía aérea es primordial para conseguir una correcta ventilación. En el caso de gestantes con útero alto u obesas no es factible realizar las compresiones bruscas por debajo del apéndice xifoides (maniobra de Heimlich). En estos casos, podemos utilizar compresiones torácicas alternativas en la zona media del esternón (semejante a la posición del masaje cardíaco externo). Realizaremos seis comprensiones seguidas (una cada dos segundos aproximadamente) y verificaremos la salida del cuerpo extraño. Con esta técnica la desobstrucción no se logra por compresión violenta del diafragma como en la maniobra de Heimlich, sino por compresión pulmonar directa a través de la presión esternal (aumento de la presión intratorácica).

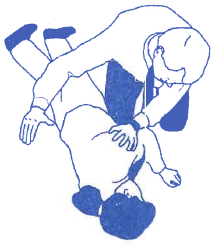
8. Soporte ventilatorio

El útero grávido y el aumento de peso y volumen mamario, pueden incrementar el esfuerzo para la ventilación adecuada, sobre todo en decúbito supino. A toda gestante incosciente se le debe considerar que tiene el estómago lleno. El soporte ventilatorio se realizará con un control intensivo de las vías respiratorias con intubación traqueal, ya que durante la gestación existe mayor riesgo de reflujo gastroesofágico y broncoaspiración. El riesgo de aspiración aumenta de 14 a 20 por ciento mil de las anestesias en quirófano, al 33 por ciento mil de las aplicadas a la población obstétrica. Se aconseja utilizar la maniobra de Sellick (presión manual externa sobre el cartílago cricoides) para facilitar la intubación; de esta forma, por un lado, se visualizan mejor las cuerdas vocales y se ejerce una presión de la tráquea sobre el esófago, reduciendo la luz de éste y la cantidad de reflujo gastroesofágico en caso de acontecer este problema. En gestantes que hayan retenido líquidos y presenten edema facial, éste dificultará la intubación.

En relación a qué concentraciones de 0_2 utilizar, el umbral de anoxia cerebral es menor en la gestación con lo que procuraremos utilizar concentraciones próximas al 100%. Algunos autores afirman que un aporte de 0_2 a la madre favorece también al feto debido a la curva de disociación del 0_2 fetal (pequeñas modificaciones de la $P0_2$ fetal produce un cambio significativo en la Sa_0). Otros estudios señalan que aunque se ha demostrado en gestantes normales, no se han estudiado los efectos sobre el feto durante la RCP. A pesar de todo, la barrera placentaria tiene un límite al paso de 0_2 materno, por lo que llegará un momento en que aunque se aumente la saturación de 0_2 materno no perfundirá al feto.

9. Desfibrilación

Si la causa de la parada cardiopulmonar es una fibrilación ventricular (FV), se desfibrilará pronto y con rapidez, siguiendo el protocolo habitual. Descargas de 400 julios se han usado en arritmias ventriculares y su praventriculares durante todas las etapas de la gestación, sin complicaciones significativas. Por otro lado, se han confirmado arritmias fetales transitorias se ha sugerido realizar una monitorización fetal durante y tras la cardioversión materna.



10. Masaje Cardíaco Externo

La técnica de masaje es similar a la no gestación pero durante el embarazo, el tórax puede ser menos compresible a la presión

externa por el desplazamiento del contenido abdominal empujado por el útero grávido y el aumento del volumen y peso mamarios también puede dificultar la realización de esta técnica. Si el masaje cardíaco no se hace de forma correcta, pueden aparerecer complicaciones, tales como: laceraciones hepáticas, rotura del útero, hemotórax, hemopericardio y fracturas costales.

En las mejores circunstancias, el masaje cardíaco externo consigue un gasto cardíaco del 30%. Existen autores que ponen en entredicho la eficacia del masaje cardíaco externo si la paciente está inclinada hacia la izquierda.

Por otro lado, en un caso descrito por DePace et al. En 1982, en que no se pudo desplazar el útero hacia la izquierda durante las maniobras de RCP, la paciente sólo recuperó los pulsos centrales cuando se le hizo la cesárea y el peso fetal dejó de comprimir los vasos abdominales.

11. Adminitración de Fármacos y Soluciones Intravenosas (IV)

Oxígeno: como hemos comentado anteriormente, debemos utilizar concentraciones próximas al 100%. Esto se consigue mediante intubación endotraqueal ventilación mediante balón autohinchable con válvula unidireccional (ambú) y reservorio, conectado a una fuente de 0_2 a 15 litros por minuto. En caso de que la parada sea consecuencia de la intoxicación por monóxido de carbono (CO), debido a la gran afinidad de este gas por la hemoglobina (hasta 250 veces más que el 0_2, se deberán administrar elevadas concentraciones de 0_2 (100%), a ser posible en cámara hiperbárica y prolongarlo hasta cinco veces más que en personas no gestantes.

Líquidos IV. para la RCP, al igual que en la no gestación, las soluciones cristaloides salino al 0,9% y ringer lactato son las idóneas, pues el glucosado al 5% es alternativa, ya que la hiperglucemia coexiste con pero evolución neurológica en las personas que sobreviven al paro cardíaco pero no se sabe con seguridad si esta hiperglucemia es debida a la administración de soluciones glucosadas o como consecuencia de la disminución de los niveles de insulina en RCP prolongadas más de 15 minutos. En concreto, la European Resucitation Council (ERC), admite la controversia pero aconseja su uso. En caso de depleción de volumen sanguíneo, debemos ser más agresivos en la reposición de volúmenes IV debido a la hipervolemia fisiológica de la gestación. Algún autor da preferencia al ringer lactato.

Fármaco: La administración de fármacos se hará, incluso teniendo en cuenta sus posibles efectos deletéreos sobre el feto. La vía endotraqueal puede usarse al igual que en la no gestación. Los fármacos vía intravenosa se utilizarán sin modificaciones. Los accesos venosos por debajo del diafragma (vasos femorales), no se deben utilizar debido a la compresión de la vena cava por el útero grávido. Los vasopresores (adrenalina, noradrenalina, dopamina) producen vasoconstricción placentaria con el consiguiente sufrimiento fetal. La lidocaína atraviesa la barrera placentaria, aunque a dosis habituales parece tener escasos efectos sobre el feto. En relación al bicarbonato sódico, se cuestiona su uso durante la RCP haya gestación o no.

12. Conclusiones

Al analizar la bibliografía consultada hemos de destacar dos hechos importantes: la ausencia casi generalizada de protocolos en los servicios de urgencias en relación a la RCP en la gestante y la diversidad de criterios del personal sanitario (obstetras, neonatólogos, intesivistas y anestesistas principalmente). Por lo tanto, sugerimos a las organizaciones docentes en reanimación cardiopulmonar que incluyan un apartado específico de RCP en la mujer grávida y lo divulguen entre todo el personal sanitario, ya que en cualquier momento podemos encontrarnos con una embarazada en riesgo vital y como hemos visto, las variaciones con respecto a la reanimación habitual son escasas pero de gran importancia.

BIBLIOGRAFÍA

DILDY, G.A.; CLARK, S.L., Paro cardíaco durante el embarazo. Clínicas de Obstetricia y Ginecología 199522:303-14.

RUANO, M.; PERALES, N., Resucitación cardiopulmonar en situaciones especiales. En: Ruano M, Perales N, editores. Manual de soporte vital avanzado. Madrid: Masson; 1996, pp. 173-5.

Enfermería Intensiva 1998; 9:160-168. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.

Grupo de trabajo en medicina de urgencia. Curso de asistencia inicial a pacientes poilitraumatizados. Santander: Fundación Marqués de Valdecilla; 1991, pp. 176-81.

Páginas de

Editorial Informático

Llegamos ya a la finalización de los distintos cursos de Informática, que durante la temporada 98/99 se han impartido en la sede del Colegio.

Yo, no soy precisamente, la persona más indicada para opinar sobre si han sido provechosos o no, pero lo que sí quiero hacer desde estas páginas es agradecer a todos los que han realizado alguno de ellos, el interés demostrado y sobre todo las ganas de seguir aprendiendo nuevas técnicas, ya que la mayoría han repetido asistencia en otro curso. Esperamos que los preparados para el programa 1999-2000 tengan la misma aceptación.

Rincón del Lector

Tal y como os decía en el número anterior de esta revista, había cambiado la dirección de correo electrónico del Colegio, y aunque supongo que la mayoría ya la conocéis, para los demás, os diré que es la siguiente:

cole26@smail1.ocenf.org.

He recibido algunas preguntas, sobre cual de los procesadores de texto que hay en el mercado es más potente y por lo tanto más interesante para emplearlo. Sobre esto mi opinión es que lo más importantes es elegir uno de los más modernos y extendido como puede ser el WORD´97, que además de ser un muy buen procesador, tiene la ventaja de estar incluido en el Paquete Officce´97, con lo cual es compatible con el resto de aplicaciones, como es la Hoja de Cálculo EXCEL, la Base de Datos ACCESS y demás componentes, cuestión que hace mas fácil el aprendizaje de todas ellas, ya que tienen un manejo muy similar.

Internet

Una de las cosas que debemos de conocer, llegado el tiempo de realizar nuestra declaración anual de la renta, es que podemos conseguir a través de la Red, tanto los distintos programas para confeccionarla en sus formatos de simplificada, ordinaria o de patrimonio, como la posibilidad de presentarla a través de INTERNET.

Tener en cuenta que las devoluciones para las declaraciones presentadas a través de Internet son más rápidas.

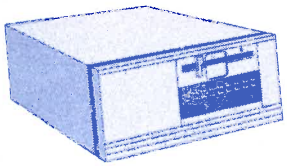
Las direcciones para conseguirlo son las siguientes:

www.aeat.es/aeat/home.html y
www.cert.fnmt.es/aeat/

Informática

Consejos Varios

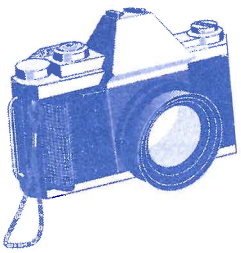
Grabadoras de CD,S: Una de las cosas que más está interesando últimamente a los usuarios de Informática, son las Grabadoras de CD,s, que debido al relativo bajo coste, se han puesto al alcance de prácticamente todo el mundo.



Podemos comprar una grabadora con buenas prestaciones por aproximadamente 55.000 pts., lo que teniendo en cuenta el gran rendimiento que se le puede sacar es una buena inversión.

Con una grabadora, tendremos la posibilidad de editar nuestros propios CD,s de música, así como asegurarnos copias de seguridad de todo lo que nos interese.

Fotografía: Seguramente conoceréis por las distintas publicaciones, que los laboratorios de revelado de fotografía se están adaptando a los nuevos tiempos y ya están aceptando películas y fotos digitales en archivos electrónicos para procesarlos e imprimirlos en papel fotográfico convencional.



Sin duda un gran avance para los aficionados a la fotografía digital y para aquellos que tienen sus dudas sobre la calidad de la misma.

Diccionario Informático

Bus: Es una ruta electrónica a lo largo de la cual se envían señales de una parte del ordenador a otra.

- Bus de Direcciones: Transporta direcciones de memoria.
- Bus de Datos: Es el que transporta datos.
- Bus de Control: Es el encargado de transportar las distintas señales de control.

Conector: Es un elemento que conecta dispositivos externos a un ordenador.

Disco: Es una forma de almacenamiento permanente de información.
La información, se almacena en BIT,s y la capacidad de los mismos, se mide en bytes.

Interface: Es un punto donde se hace una conexión entre:

- Dos dispositivos de Hardware.
- Un usuario y un programa o el sistema operativo.
- Entre dos aplicaciones.

Hardware: Son todos los componentes físicos de un ordenador, incluyendo los periféricos (impresora, módem, etc.,) así como las tarjetas de circuitos impresos y el monitor.
Software: Es el conjunto de elementos no físicos de un ordenador (Aplicaciones, Sistema Operativo, etc.)

Sigo esperando todas vuestras dudas y opiniones
GRACIAS

PROGRAMA DE BECAS

TIPO A

Nº DE BECAS: 1. Cuantía 100.000 Pts.
FINES: Realizar estudios de post-grado de nivel equivalente a EXPERTO o MAGISTER UNIVERSITARIO. Dada la diversa naturaleza del gran número de instituciones que imparten este tipo de actividades, la aceptación de peticiones quedará sometida al criterio de la Comisión de becas.
SOLICITUDES: Presentación de memoria detallada de la actividad. Pueden presentarse para actividades que finalicen durante el año 1999.
PLAZO LÍMITE DE SOLICITUDES: 30 de noviembre de 1999.
ADJUDICACIÓN: Mediante sorteo entre las solicitudes aceptadas.
PAGO DE LA BECA: Al documentar la finalización de la actividad.

TIPO B

Nº DE BECAS: 5. Cuantía 50.000 pts.
FINES. Realización de cursos de formación continuada de un mínimo de 40 horas fuera de La Rioja, el importe de la matrícula será igual o superior al doble de la cuantía de la beca. Dada la diversa naturaleza del gran nº de instituciones que imparten este tipo de actividades, la aceptación de peticiones quedará sometida al criterio de la Comisión de becas.
SOLICITUDES: Presentación de memoria detallada de la actividad.
Puede presentarse para actividades que finalicen durante el año 1999.
PLAZO LÍMITE DE SOLICITUDS: 30 de Noviembre de 1999.
ADJUDICACIÓN: Mediante sorteo entre las solicitudes aceptadas.
PAGO DE LA BECA: Al documentar la finalización de la actividad.

1999

TIPO C

Nº DE BECAS: 10. Cuantía 25.000 pts
FINES: Asistencia a cursos, Congresos, Jornadas o Simposios fuera de La Rioja.
SOLICITUDES: Presentación de la inscripción a la actividad, que ha de ser realizada durante el año 1999. En su caso aceptación de la comunicación de la que sea autor.
PLAZO LÍMITE DE SOLICITUDES: 30 de Noviembre de 1999.
ADJUDICACIÓN: Tendrán **preferencia** las solicitantes autores de comunicaciones aceptadas. (A estos efectos, sólamente se aceptarán **dos autores por comunicación**). La adjudicación será directa a los solicitantes autores de comunicaciones aceptadas si el número de peticiones no supera el de las becas y por sorteo si lo superase. Por sorteo igualmente se adjudicarán las becas restantes si ha lugar. Si quedasen becas sin adjudicar, a criterio de la Comisión, podrían adjudicarse a los peticionarios que no hayan obtenido de las de Tipo A y B.
PAGO DE LA BECA: A la presentación del certificado de asistencia.

BECAS IBERCAJA

BECAS IBERCAJA
Nº DE BECAS: 20
CUANTÍA: 25.000 Pts.
FINES, REQUISITOS Y PLAZO: Igual que las del tipo C y tener la nómina domiciliada en IBERCAJA

DISPOSICIONES COMUNES
1º La solicitud de cualquiera de las becas del programa, supone la aceptación de las presentes bases.
2º Las becas que queden desiertas, serán amortizadas.

Agenda

XIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor.
Granada, 13, 14 y 15 de Octubre de 1999.

III Jornadas Nacionales de Cuidados Paliativos.
Bilbao, 14 al 16 de Octubre de 1999.

Primeras Jornadas Palentinas de Enfermería en Atención primaria.
Carrión de los Condes (Palencia), 22 y 23 de Octubre de 1999.

VI Reunión anual de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica.
Barcelona, 16 y 17 de Diciembre de 1999.

XXI Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales.
Las Palmas de Gran Canaria, 10, 11 y 12 de Mayo del 2000.

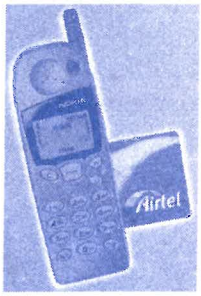
V Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica.
Pamplona, 18, 19 y 20 de Mayo del 2000.

Avisos

- Se recuerda a los Colegiados que tengan títulos y carnets pendientes de recoger, pasen a retirarlos.
- Es conveniente registrar los títulos de Especialidades en la secretaría del Colegio (Empresa, Matronas, etc.) a fin de que les llegue puntual información.
- Del mismo modo se agradecería que se comuniquen los cambios de dirección o teléfono.
- Se recuerda que los trabajos de los cursos deben ser entregados dentro de los plazos fijados.
- Para la actualización del Carnet de Colegiado es preciso una fotografía.

Promoción

El Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de La Rioja traslada a todos sus colegiados una oferta especial. Entrega gratuita de un teléfono móvil marca **NOKIA** modelo **5110*** con las siguientes características: Tamaño compacto ligero; Posibilidad de cambiar las carcasas; Pantalla gráfica, Internet, fax y SMS (mensajes cortos); Reloj, Calculadora, Agenda y Alarma.



Además, la promoción incluye las siguientes prestaciones:

- 5 mensajes gratis al mes.
- Llamadas al contestador gratuito.
- Identificación número entrante.
- Garantía, reparación y préstamo.
- Atención especializada 24 h.

Si estás interesado, sólo tienes que pasarte por el Centro Airtel en la calle Avda. Portugal, nº 1, presentando este anuncio junto con el carnet de colegiado o llamar al teléfono **610 51 45 18 (Alejandro Romero)** y **darte de alta** con cualquier plan de precios Airtel **durante un mínimo de 12 meses.**

* o terminales similares. Promoción válida hasta fin de existencias.

Comisión de Docencia

Tras el verano volvemos a presentar el programa de formación continuada para el próximo curso académico con la esperanza de que éste sea de vuestro interés.

Como recordareis, el año pasado, a todos los alumnos de los diferentes cursos se os pidió vuestra opinión y se solicitó vuestra colaboración, mediante una encuesta, para ver si estabais de acuerdo con el actual sistema de otorgar los cursos, el sistema de inscripción y todo aquello en lo que tuvierais que opinar con respecto a los diferentes cursos que desde este Colegio se imparten.

Una primera valoración de orden cuantitativo nos lleva a hablar de los datos porcentuales de dicha encuesta, los cuales arrojan que el 73% de los alumnos de los cursos está totalmente de acuerdo con el actual sistema y del 27% restante sólo la mitad apuesta por un sistema de sorteo puro.

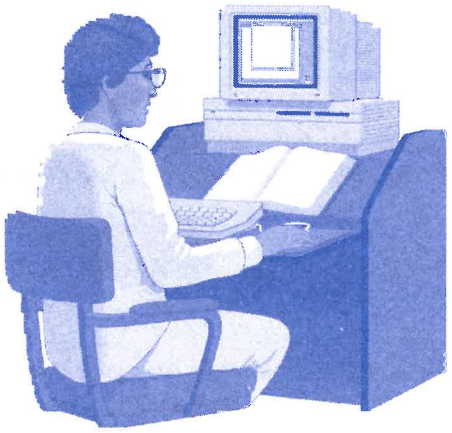
Esto nos lleva a la conclusión de que en líneas generales se está conforme con el sistema actual a pesar de que es mejorable y eso es lo que se intenta este año con la inclusión de la hoja de inscripción y bases en el presente número de esta revista.

La hoja deberá entregarse ya cumplimentada y de manera individualizada en la sede colegial cuando se abra el período de inscripción y entonces se le dará un registro de entrada.

En cuanto al aspecto cualitativo de la encuesta nos gustaría hacer algún comentario sobre el resto de sugerencias y comentarios, si bien en cada curso se ha respondido a aquellas dudas más habituales.

Una de las demandas más repetidas hace referencia al aumento del número de cursos. Debemos por ello aclarar que la programación de la formación continuada está sujeta al presupuesto que el Colegio puede destinar a tal efecto.

Como bien sabeis, estos cursos los imparte la Escuela de Ciencias de la Salud con el refrendo de la Universidad Complutense de Madrid, ya que intentamos aunar calidad en los contenidos de los cursos y a la vez que éstos no tengan problemas para ser admitidos en las diversas bolsas de trabajo y concursos-oposición donde el alumno desee presentarlos como méritos académicos.



El número de alumnos viene marcado por las directrices de la propia Escuela de Ciencias de la Salud, así como el cumplimiento de asistencia al curso y el trabajo final para otorgar la acreditación del mismo.

El año pasado, en un intento de buscar una vía alternativa para ampliar la oferta de cursos se planteo la posibilidad de traer alguno más a precio de coste, no habiendo suficientes alumnos en ninguno de los cuatro ofertados, lo mismo ha ocurrido cuando se ha ofertado la posibilidad de hacer algún curso en horario de mañana, no se ha completado el grupo suficiente para impartir el curso en esas condiciones.

Así mismo este año volvemos a insistir en la gratuidad de esta formación postgrado como seña de identidad del Colegio de Enfermería de La Rioja, ya que creemos que el mercadeo existente en la formación continuada no es bueno para la profesión y sobre todo para el profesional que tiene que costeársela para estar al día, para escalar puestos en las bolsas de trabajo o en algunos casos a la hora de optar a una plaza en la fase de concurso de alguna de las oposiciones existentes en nuestro país.

AVISO FUTBITO

Después de los éxitos cosechados por el equipo de Futbito el año pasado, nos disponemos a comenzar una nueva temporada donde esperamos incluso mejorar los resultados obtenidos. Para eso necesitamos todo el apoyo tanto de nuevos jugadores, como de la afición, que hasta ahora ha brillado por su ausencia. Si te animas deja tus datos en el Colegio y te llamaremos para organizar una reunión.

XIª Convocatoria Premio "Enfemería Riojana"

1. Pueden optar a esta convocatoria todos los profesionales colegiados en el Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja, pudiendo hacerlo de forma individual o colectiva.

2. Es condición necesaria que el trabajo o trabajos que se presenten no hayan sido publicados en ningún medio de comunicación.

3. Los trabajos deberán ser remitidos mecanografiados a doble espacio en papel blanco, tipo Din A4 y correctamente paginadas.

4. El tamaño del trabajo oscilará entre un minímo de 25 hojas y un máximo de 100 escritas por una sola cara.

5. Deberá remitirse original y cinco copias a la Sede del Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de La Rioja con la indicación de PREMIO DE INVESTIGACIÓN "ENFERMERÍA RIOJANA". El material fotográfico y estadístico deberá ser incluido en un anexo aparte.

6. El plazo de recepción de los trabajos y documentación debidamente cumplimentados, finalizará el día 30 de Diciembre de 1999.

7. Los premios serán concedidos por un jurado, nombrado al efecto por la Junta de Gobierno Oficial de Diplomados en Enfermería.

8. Los trabajos serán presentados bajo lema, y en su interior, en una hoja, escrito el nombre, Nº Col., domicilio y teléfono del concursante.

9. El fallo del jurado será inapelable y no recurrible. Si en opinión del jurado se considerase que alguno de los premios no deben ser adjudicados por no reunir los trabajos los méritos suficientes, éste podrá declarar desierta la concesión de dicho premio. El fallo del jurado se dará a conocer dentro de los 45 días siguientes al término de la convocatoria.

10. El Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de La Rioja se reserva el derecho a la publicación de los trabajos premiados en aquellos de comunicación profesionales que estime oportunos, haciendo siempre referencia al autor de los mismos. Asimismo, el Colegio se reserva la posibilidad de crear accésits ante la concurrencia de trabajos de relevante interés y calidad.

11. La correspondencia sobre el premio debe dirigirse a:

"PREMIO INVESTIGACIÓN RIOJANA"
COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS
EN ENFERMERÍA DE LA RIOJA.

Plaza Tomás y Valiente, 4 bajo
26004 LOGROÑO (LA RIOJA)

12. El hecho de la presentación de trabajos implica la aceptación de las normas desarrolladas en estas bases.

AL MEJOR TRABAJO CIENTÍFICO DE ENFERMERÍA

Dotaciones de los Premios :

1er PREMIO : 150.000 Pts.

2er PREMIO: 100.000 Pts.

COPATROCINADO POR IBERCAJA

No vaya de cabeza.

Seguro Multifondos Ibercaja. Unit Linked

Cambie y recambie sus inversiones cuando quiera y como quiera sin coste fiscal. Con la máxima flexibilidad.

En Ibercaja hemos combinado dos excelentes productos: una cartera de Fondos de Inversión y un Seguro. Hemos unido las mejores ventajas de cada uno para que pueda invertir y diversificar en cualquier mercado financiero, con una gestión profesional y ahorro de impuestos. Pero eso no es todo, además le hemos añadido la flexibilidad de modificar la estructura de su inversión en cualquier momento, sin coste fiscal para usted. Por eso, el **Seguro Multifondos Ibercaja** es, en estos momentos, la fórmula de inversión más moderna para satisfacer sus necesidades financieras y fiscales.

Y llévese un regalo
(Desde 1.000.000 de ptas. y hasta el 15·10·99)

Cristal de Bohemia

iberCaja

Uno de los primeros Grupos Financieros en Gestión de Patrimonios

Seguro de vida entera contratado por el tomador con Ibercaja Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Rendimientos asociados a las Instituciones de Inversión Colectiva seleccionadas