

Documentos ENFERMERIA

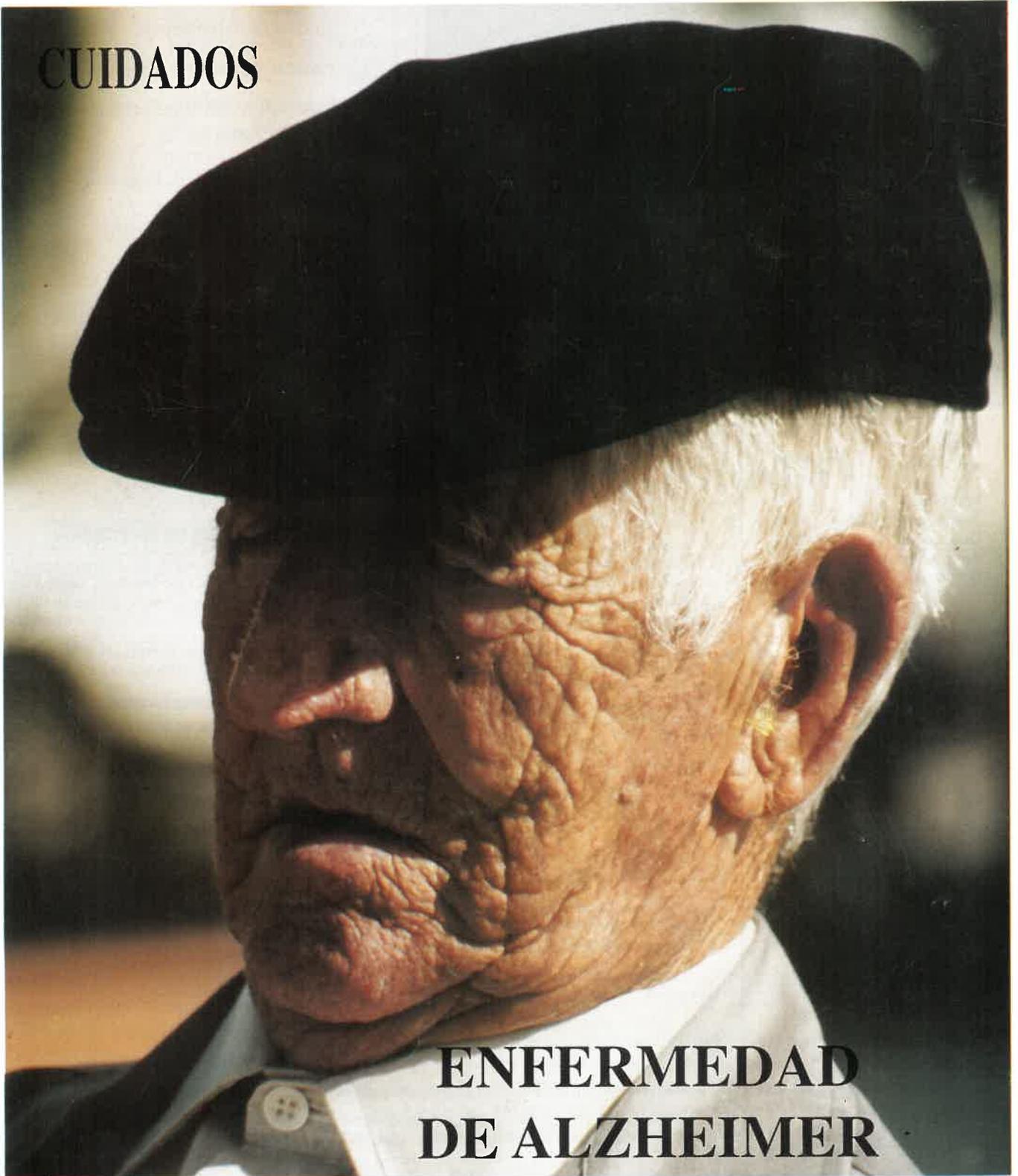
Año 1

Nº 0

Marzo 1996

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUELVA

CUIDADOS



**ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER**



Documentos ENFERMERÍA

Edita:

**Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva**

Año 1 - n.º 0 - Marzo 1996
Edición Trimestral

Consejo Editorial

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director:

A. Alejandro Cordero Gómez

Consejo de Administración

Junta de Gobierno del Ilustre
Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva.

Equipo de redacción

Jefa de redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Redactores:

José Vadillo Carroza,
Francisca Hernández Quintero,
Enrique Aguiar Mojarro,
Eduardo Rico González,
Antonio Olid Torres..

Redacción:

Sede Colegial.

Imprime:

Imprenta Real - Lepe

Dep. Legal: H-1996-43

Ámbito: estatal

Distribución gratuita



**Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva**

Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón nº 35, pral.-izq.
21003 Huelva.

Tel. (959) 24 63 15 - 28 12 86

Fax: (959) 25 62 70

Horario de Oficina:

De Lunes a Viernes.

De 9'30 a 14'30 horas.

De 17'00 a 19'00 horas.

Horario del asesor jurídico:

Martes y Jueves.

De 17'30 a 19'00 horas.

Entrevista con el presidente:

Concertar cita.



PORTADA

"Pasando el tiempo"

Antonio J. Alcalde Pérez

Enfermero del Laboratorio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

El Consejo Editorial agradece a D. Antonio Suardíaz Figuerío la realización de las ilustraciones de cabeceras.

Sumario

3. Editorial.
Enfermeras para el Mundo.
4. Programa de la revista Documentos de Enfermería.
5. Carta del director.
6. Atención de Enfermería en la Enfermedad de Alzheimer.
12. Entrevista. José A. Ballesteró Cano.
14. La responsabilidad civil en la profesión de Enfermería.
15. Jornadas sobre "La profesión de Enfermería".
Información.
16. La jeringa de Jubé.
18. Aislan el virus de la Hepatitis G.
Biblioteca.
19. Congresos, cursos.
Normativa de autónomos.

NORMAS PARA LA PUBLICACION EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

Documentos de Enfermería publica en sus distintas secciones trabajos sobre las diversas actividades de la profesión: atención hospitalaria, atención primaria, docencia, investigación, epidemiología, gestión y administración, ética, relaciones laborales, la formación, historia de la profesión y recursos humanos en el campo de la enfermería y la salud en general.

La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación, ni compromiso respecto a la fecha de la misma.

El Consejo Editorial establecerá comunicación con los autores de los trabajos para manifestarle su recepción y si es precisa alguna normalización del mismo

Los trabajos se presentaran en folios DIN A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cm. y derecho de 2 cm.

Los dibujos, gráficos y fotos, así como sus leyendas irán aparte bien identificados y numerados.

La bibliografía, si la hubiera, se acompañará en folio aparte.

Si se tratara de resúmenes de ponencias o comunicaciones a congresos, el autor deberá indicar el nombre del congreso, fecha y lugar de celebración, así como, si ha obtenido alguna mención.

Los trabajos irán acompañados de una carta de presentación donde se indica el deseo de publicarlo en Documentos de Enfermería, así como el título del trabajo, lugar y año de realización, nombre completo del autor o autores, número de colegiado, D.N.I., dirección completa y teléfono para posterior comunicación.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

Los trabajos aceptados quedan a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para su posterior utilización.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación por cualquier medio sin citar la fuente

Documentos de Enfermería no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los artículos, siendo responsabilidad exclusiva de sus autores.

Fiel a nuestro compromiso, salimos a la calle con esta nueva publicación que nace con la voluntad de ser un mecanismo de información y diálogo entre los profesionales de la Enfermería de Huelva. Se ha querido hacer una publicación funcional, dinámica y abierta, con una serie de secciones que abarquen gran parte de los temas que hemos detectado de interés para todos. Nace también con una vocación científica y de investigación, ofreciéndose como medio de poder transmitir al resto del colectivo los trabajos de investigación y científicos que tengáis hechos o estéis realizando.

En la Junta de Gobierno existía la necesidad de poner en marcha esta publicación, pero a la vez teníamos la preocupación de darle a la misma continuidad en el tiempo; por eso se ha realizado con cautela, sentando las bases para que esa continuidad existiera.

Desde aquí os pido vuestro apoyo, vuestros trabajos y si es posible vuestro ánimo para que DOCUMENTOS DE ENFERMERIA sirva de diálogo en el mundo de la Enfermería onubense.

Gonzalo García Domínguez



personas

ENFERMERAS PARA EL MUNDO

En homenaje a toda la Enfermería que trabaja en situaciones de catástrofes y guerras, hemos querido traer en este nº 0 a esta sección a todo un grupo de PERSONAS que desinteresada y anónimamente están trabajando en aquellos lugares donde hace siglos surgió la figura de la Enfermera que hoy se ha constituido en O.N.G.

El pasado mes de Noviembre, fue presentado en Madrid, una nueva organización no gubernamental (O.N.G.) «Enfermeras para el Mundo».

Hasta ahora los profesionales de Enfermería hemos estado integrados en otras O.N.G. sanitarias: «Médicos Mundi», «Médicos sin Fronteras», etc...; en las que ciertamente nos sentíamos integrados y sin ningún tipo de problemas en la colaboración.

La justificación de crear esta O.N.G. se halla basada en varios aspectos. En primer lugar los estudios realizados muestran que el 70% de los profesionales sanitarios de las O.N.G. sector salud, eran enfermeros, dato que ya de por sí justifica esta creación. En segundo lugar, nos encontramos que la enfermería es la disciplina especializada en «cuidados de salud», siendo éstos los servicios más demandados por la población.

Los objetivos que se plantea « Enfermeras para el mundo», son atender « cuidados de salud» en las zonas en con-



LA BATALLA DE SOLFERINO. 24 de junio de 1859, que dio lugar a la creación de la Cruz Roja por Jean Henri Dunant. The Bettmann Archive. Nueva York.

flictos o afectos de catástrofes, así como la atención en nuestro país de zonas y colectivos marginados. Como veis los objetivos marcados son muy ambiciosos, pero confiamos que la Enfermería, caracterizada por su vocación de servicio sepa responder a las necesidades que la sociedad le demanda.



PROGRAMA DE LA REVISTA

Documentos de ENFERMERIA

JUSTIFICACIÓN:

Dentro del programa de gestión asumido por la actual Junta de Gobierno del Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva, se incluye la «creación de una publicación provincial de carácter socio-profesional y científica».

Dando respuesta a este compromiso se diseña el presente programa, cuya filosofía es acercar el Colegio a los Colegiados y crear lazos de unión y comunicación de forma recíproca, así como, un medio donde poder publicar la Enfermería Onubense sus trabajos científicos, profesionales o de opinión, dentro de un marco de diálogo, respeto y crítica constructiva, ofreciendo siempre posibles soluciones y/o alternativas a los problemas motivos de los artículos editados, redactados en la más absoluta libertad socio-profesional y personal de sus autores.

OBJETIVOS:

- Crear un medio de comunicación socio-profesional y científico.
- Promover la realización y publicación de trabajos profesionales entre los enfermeros onubenses.
- Fomentar la intercomunicación entre los profesionales de Enfermería, y entre estos y el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.
- Crear un medio donde la Enfermería Onubense pueda comunicarse con el resto del estado español.
- Establecer un medio donde la Enfermería pueda manifestar sus opiniones profesionales.

METODOLOGÍA:

Para la ejecución del presente programa se crea un **Consejo Editorial** con un Presidente, un Director, un Consejo de Administración y un Equipo de Redacción.

A su vez se creará un equipo de colaboradores en los distintos Hospitales y Áreas de Salud de nuestra provincia y lugares que se precisen.

AMBITO /DIFUSION

El ámbito de difusión será todo el estado español.

DISTRIBUCIÓN:

La distribución será:

Personal

A todos los colegiados del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.

A todas aquellas personas que lo soliciten.

Institucional

Hospitales, Centros de Especialidades, Gerencias del S.A.S., Centros de Salud, Escuelas Universitarias de Enfermería, Colegios Oficiales de Enfermería, Consejos Nacional y Autonómicos de Enfermería, Asociaciones de Enfermería, Bibliotecas y a cuantos Centros Sanitarios se consideren oportunos (Centros de Hemodiálisis, Drogodependencias, Rehabilitación Psiquiátrica...) y cuantos centros e instituciones lo soliciten.

La distribución será por correo concertado y de forma gratuita.

FRECUENCIA:

La frecuencia será trimestral, siendo los meses de edición: enero, abril, junio y septiembre. Pudiendo existir alguna vez un número extraordinario y/o edición especial.

DISEÑO:

La revista constará de un total de 20 páginas en un N.º 0, con una tirada de 2.000 ejemplares de presentación, con varias secciones fijas y distribuidas según maqueta adjunta.

El formato será de folio, con portada y contraportada a color, páginas interiores a dos colores. Contendrá tantas ilustraciones y fotos en blanco y negro como se precisen. Los trabajos se publicarán con la autorización expresa de sus autores, así como las fotos serán con la de sus protagonistas si los hubiere.

EVALUACION:

El Consejo Editorial realizará una evaluación tras la edición del N.º 0 y N.º 4, y de forma periódica anualmente, para valorar su aceptación, continuidad y evolución.

La evaluación se realizará valorando la consecución de los objetivos marcados en este programa y los de nueva incorporación, con el diseño, distribución y valoración de un cuestionario de respuesta anónima que se distribuirá junto a la revista periódicamente.



Carta del Director

Estimado/a Compañero/a.

Cuando aún no hace un año de que esta Junta de Gobierno presentaba su programa, hoy ponemos en marcha aquel compromiso de crear una publicación socioprofesional y científica.

El hoy salir a la luz pública significa llevar meses trabajando con anterioridad diseñando maquetas, elaborando programas y marcando objetivos de una publicación que pretende ser el fiel reflejo de toda la Enfermería Onubense.

Pero para conseguir los objetivos marcados en el programa de esta revista es imprescindible tu participación, tanto como receptor de «Documentos de Enfermería» como de colaborador activo de estos «Documentos».

Para facilitarte esta colaboración activa voy a ir presentandote sección por sección brevemente.

En la **portada** irán apareciendo fotos, dibujos, pinturas etc. que vayamos recibiendo de todos los compañeros cuyos títulos, autores y notas sobre los mismos aparecerán en la sección «Portada» de la página 2.

«**Personas**». Queremos hacer mención a todos los compañeros que por alguna razón merezcan una felicitación en ese momento.

«**Colegio**». Por la que oficialmente esta Junta de Gobierno se comunique contigo.

«**Buzón**». Es la adecuada para comunicarte abiertamente con el resto de tus compañeros.

«**Documentos**». Queremos dar respuesta a la capacidad de investigación y de debate que tiene la Enfermería Onubense. Por lo tanto esperamos que todos los trabajos profesionales que tengáis elaborados y los que poco a poco vayáis elaborando pasen por esta sección.

«**Entrevista**». Traeremos a las personas que en los momentos adecuados nos puedan aportar conocimientos sobre nuestra profesión.

«**Postgrado**». Pretende ser el tablón de anuncios de cursos, jornadas, congresos etc.

«**Cuadernos de Legislación**». Nos irá aportando documentación legal relacionada con nuestra profesión, o bien comentarios sobre dicha legislación.

«**Páginas de Historia**». Nos traerá al presente todos los caminos que tuvieron que recorrer nuestros predecesores.

«**Hemos leído**». Serán aquellas noticias que iremos entresacando de otros medios.

«**Biblioteca**». Pretende ir poniendo al día nuestra bibliografía.

Una vez que te he descrito un poco las distintas secciones, he de aclararte que estas no tienen por qué ser fijas y únicas. Por lo tanto esperamos tu valiosa aportación.

Recibe un cordial saludo.

A. Alejandro Cordero.



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

PEDRO MANUEL SALAS IGLESIAS

Diplomado en Enfermería. Unidad de Urgencias.
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer (E.A.) es la principal causa de demencia en los ancianos, suponiendo un 50-60% de los afectados por ella. Por tanto, es importante que el profesional de Enfermería, esté informado sobre qué cuidados prestar, sus causas, cómo va evolucionando la enfermedad y qué tipo de información dará a la familia.

OBJETIVOS

- 1.º Que los profesionales de Enfermería conozcan la enfermedad de Alzheimer.
- 2.º Que el/la enfermero/a adquiera unas destrezas básicas en los procedimientos de actuación ante esta enfermedad.
- 3.º Que el personal de Enfermería se sensibilice de la correcta prestación de los cuidados de Enfermería.

DEMENCIAS

La demencia es un síndrome adquirido orgánico, multicausal, con alteración de las facultades mentales y de la personalidad, estando preservado el nivel de conciencia. Tiene una cronicidad del deterioro cognoscitivo superior a tres meses; se produce además una desadaptación social y un deterioro neuropsicológico amplio.

La multicausalidad convierte a la demencia en un síntoma-síndrome ya que no es en sí una enfermedad.

El término «demencia» no significa «locura» ni patología psiquiátrica.

Algunas demencias tienen etiología vascular pero no todas. La aparición de la enfermedad de Biswanger (encefalopatía relacionada con la hipertensión arterial) produjo confusión, al intentar generalizar y hacer extensible a otras demencias la causa vascular como la casi única generadora de la demencia.

La demencia no es la consecuencia obligada del envejecimiento.

La demencia aunque se caracteriza por su cronicidad, no implica que siempre sean irreversibles.

EPIDEMIOLOGÍA

Ya en la época de los setenta se hablaba de las demencias como «la epidemia que se aproxima». Actualmente es ya un hecho evidente por la gran incidencia y prevalencia que tienen, sobre todo, en países desarrollados.

La progresiva trascendencia clínico-

asistencial y social tiene como explicación el aumento del índice de envejecimiento en nuestra sociedad.

La E.A. y las demencias vasculares (D.V.) son las principales causas del total de las demencias y las más frecuentes en los ancianos (Gráfico 1).

En el caso de la Enfermedad de Alzheimer supone el 50-60 % del total.

La demencia vascular representa el 20%.

Las Mixtas (degenerativas-vasculares) el 15 %.

Otras causas el 5%:

- Tóxicas-medicamentosas (iatrógenicas).
- Pseudodemencias.
- Enfermedad de Parkinson.
- Procesos expansivos cerebrales.
- Metabólicas y endocrinas.

Contemplado esto en un momento actual con un aumento neto del índice de envejecimiento y con un descenso de la natalidad, la situación es preocupante.

En España existen actualmente más de 4.800.000 personas mayores de 65 años de las que aproximadamente el 10 % sufre alguna demencia. A partir de los 75 años este porcentaje se eleva al 15 %; y desde los 85 años en adelante se sitúa en torno al 25 % (Gráfico 2).

El coste mínimo para relizar el diagnóstico y proporcionar asistencia sanitaria a un solo caso de Alzheimer ronda en España las 800.000 pesetas. Esto supone que para atender adecuadamente a los cerca de 350.000 enfermos de Alzheimer que hay en este país de los que casi 150.000 son andaluces padecen esta enfermedad, es ne-

cesario más de un cuarto de millón de pesetas al año.

Por otra parte, además del alto coste que conlleva el ingreso de un enfermo crónico de estas características en una institución sanitaria y la escasez de personal (ya que en los pacientes en fase avanzada, hace falta una media de 2,5 personas a tiempo completo), hace que casi el 80 % sean atendidos en sus propias casas por familiares.

A la carga económica hay que añadir el gasto social y familiar de dicha patología. La duración es variable pudiendo oscilar entre los tres y los quince años, con lo que el entorno familiar sufrirá las consiguientes alteraciones.

Hoy día la EA supone la 3ª causa de muerte biológica en los países desarrollados después del cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

Debido al envejecimiento de la población la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) ha calculado que los 22 millones de personas que padecen la EA en el mundo se duplicarán en un plazo de diez años en los países desarrollados.

DEFINICIÓN

Se entiende por Enfermedad de Alzheimer, aquella enfermedad en la que se produce una degeneración crónica e irreversible del S.N.C.; teniendo como consecuencias graves trastornos del pensamiento, la memoria, el humor y el sueño, y empeorando con el paso de los años. También se puede alterar la marcha en etapas más avanzadas.

Al microscopio electrónico se detectan placas consistentes en núcleos rodeados de bandas fibrosas, que se localizan en el tejido encefálico. Al mismo tiempo que se observa una degeneración de las neurofibrillas del cuerpo de las células nerviosas. Desgraciadamente esta anomalía únicamente puede describirse tras la biopsia del examen postmortem de una muestra de tejido cerebral.

CAUSAS Y FACTORES DESENCADENANTES

Las causas no están claras, aunque las que se conocen son el resultado de múltiples investigaciones.

Factores desencadenantes. Destacan:

- Deficiencias neuroquímicas de los transmisores acetilcolina y somatostatina (importantes para la cognición y la memoria).
- Disminución de la síntesis de las proteínas celulares, por trastornos neurometabólicos.
- Factores genéticos y ambientales.
- Depósitos de aluminio en zonas del área cortical importante para la memoria (marañas neurofibrilares).
- Virus que permanecen latentes en el organismo durante años, antes de manifestarse la enfermedad.

• Alteraciones del sistema inmunitario implicados en procesos degenerativos de tipo hístico.

Causas subyacentes de la E.A.

• *Enfermedad de Alzheimer familiar* y esporádica: Se diferencian en que en la familiar el paciente parece tener una predisposición inherente a la enfermedad relacionada directamente con los familiares más cercanos: padres, hermanos, etc., mientras que en la esporádica no parece que haya antecedentes previos. Un estudio realizado en la E.A. familiar, demostró que en los miembros más próximos había una probabilidad de padecer la enfermedad de 4 veces más alta que el resto del grupo control. De esto se deduce la existencia de un gen autosómico dominante en la enfermedad tratada.

• También se ha detectado que un cromosoma 21 anormal puede producir E.A. familiar. Estando en este cromosoma el gen que produce la proteína amiloide (A.P.P.) y que es el componente esencial de las marañas neurofibrilares y placas neuríticas de la E.A. Esta enfermedad en pacientes en los que aparece antes de los 60 años, va ligado en unos casos, al gen del cromosoma 21, y en otros, a un gen desconocido del cromosoma 14.

En los enfermos con más de 60 años la enfermedad va unida al gen de la *Apopoliproteína E* presente en el cromosoma 19.

Este gen tiene tres formas principales. Una de ellas, la Apo-E4 sería la clave para diagnosticar la E.A. Aquellos individuos con dos genes de este tipo tienen un riesgo de padecer la enfermedad de más del 80%, si en su familia tienen algún precedente, y en un porcentaje algo menor si su caso es esporádico.

Se está estudiando la similitud entre la E.A. y el Síndrome de Down, en relación con un defecto en el cromosoma 21. Así los enfermos con Síndrome de Down que viven hasta los 40 años producen marañas neurofibrilares como las de los enfermos de

GRÁFICO 1: TIPOS DE DEMENCIAS

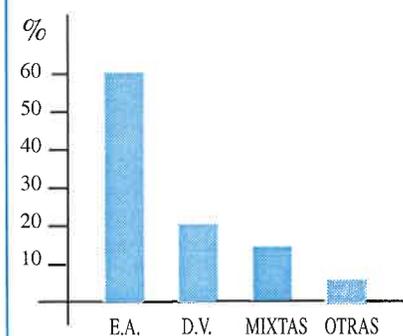
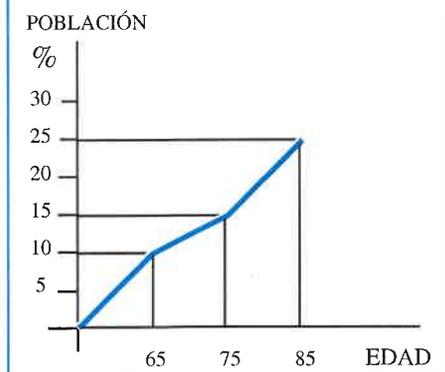


GRÁFICO 2: EVOLUCIÓN DE LAS DEMENCIAS EN ESPAÑA



Alzheimer. En las familias que tienen antecedentes de EA se ha calculado que tienen una prevalencia de tres veces superior que las que no.

• Se ha calculado que *los enfermos con historia de traumatismo craneal* están más propensos a desarrollar la enfermedad, dándose a una edad más temprana en los casos estudiados.

SÍNTOMAS

• **Amnesia**, se irá haciendo cada vez más evidente conforme vaya avanzando la enfermedad. El déficit de memoria ocurre en

los acontecimientos importantes de la vida, como olvidar el camino a casa, perder el dinero, etc.

• Déficit de la percepción del tiempo y de la atención sostenida.

• Dificultad para realizar los cálculos.

• Desorientación.

• Pérdida del juicio y la planeación.

• **Afasia**, con expresión y comprensión defectuosas del lenguaje. Al principio se manifestará por las dificultades que tiene el paciente para intervenir en la conversación. Se irá deteriorando progresivamente su capacidad para aprender y comunicarse, llegando a perder la capacidad de leer y escribir. El lenguaje se vuelve vacío, anónimo y puede resultar una jerga.

• **Apraxia**, con la pérdida de los movimientos motores aprendidos. No puede emplear los objetos comunes: teléfono, estufa, cubiertos, etc., resultándole al final imposible de vestirse, alimentarse o cuidarse por sí solo.

• **Agnosia**, el paciente pierde la capacidad de percibir el significado de los objetos, siendo incapaz de reconocer a las personas que le rodean.

• Alteraciones del humor, depresión y ansiedad.

EVOLUCIÓN

La enfermedad de Alzheimer es dada a dividirse en estadios, conforme va progresando. Así tenemos:

Primer estadio:

El paciente presenta lapsus de memoria leves. Esto se manifiesta en la dificultad de encontrar la palabra adecuada para designar algo; o para mantener centrada la atención en una misma cosa (memoria de fijación).

Existen cambios de personalidad.

Hay una ligera reducción en el vocabulario. Comienza a tener dificultad para localizar los dedos y para identificar las fechas.

El paciente, en ocasiones, se encontrará en lugares en los que no era su intención estar.

Esta fase durará de dos a cuatro años en función del enfermo.

Segundo estadio:

Se produce una pérdida de memoria a corto plazo (memoria reciente). Esto no ocurre con hechos que sucedieron en el pasado más lejano y principalmente los más significativos.

Su desorientación en el tiempo es ya

manifiesta, por ello, olvida con frecuencia, citas y acontecimientos familiares (cumpleaños, citas con el dentista, etc.). A pesar de todo, se negará a reconocer estas pérdidas de memoria.

Por otra parte, vacilará si se trata de dar respuestas verbales o si no recuerda nombres o hechos recientes generalmente los inventará, en un intento de que nadie lo note.

También se observa un evidente enlentecimiento del discurso y frecuentemente se expresará en torno a una idea, dándole vueltas y sin dotarla de sentido.

Se produce de forma incipiente y leve, una desorientación en el espacio, llegando en ocasiones a encontrarse en lugares en los que no era su intención estar. Se produce el vagabundeo, sobre todo cuando comienza a anochecer (síndrome del crepúsculo).

Puede confundir la utilidad de un objeto.

Aparecen alucinaciones, delirios.

Hay pérdidas para el autocuidado.

La duración de esta fase es variable aunque abarcará de uno a tres años.

Tercer estadio:

Se observa una total destrucción de la personalidad, existiendo ya de forma avanzada una desorientación no sólo en el tiempo y en el espacio, sino también con respecto a las personas.

Las conversaciones que mantienen son muchas veces ininteligibles y casi con toda seguridad, habrá olvidado a los pocos minutos lo que acaba de decir.

Existe de forma evidente, dificultad para distinguir objetos y discriminar situaciones peligrosas. Hay también alteraciones motoras, apraxia.

Puede perderse la coordinación y el equilibrio. Se dan también cambios frecuentes de humor, encerrándose en sí mismo e ignorando el resto.

Por otra parte, realizan actos antisociales, puede perder la autocrítica, empeorando tanto en el aspecto psicológico como en el conductual, produciéndose gran dependencia.

La duración de la fase será variable según los enfermos y los cuidados prestados.

Cuarto estadio:

En el que se aprecia un gran deterioro tanto físico como mental.

La marcha (que se hace atáxica) finaliza con la imposibilidad de andar por completo.

Es incapaz de comunicarse, sólo puede balbucear algunas horas (y lo hace de manera incoherente). Se repiten sin cesar los mismos vocablos aunque manifestará casi

siempre un mutismo total.

Pierde la capacidad de reconocer a los miembros de su familia, así como se produce la pérdida del control de esfínteres.

Presenta problemas con la ingesta. La coordinación ojos/mano está alterada (teniendo que darle de comer). Se produce una incapacidad total para utilizar correctamente la cuchara, el cuchillo, etc. También puede olvidarse de deglutir e incluso desaparecer el reflejo nauseoso; ante esto, habrá que plantearse la administración de alimentos mediante sonda nasogástrica.

El estupor o coma puede hacer también su aparición en este estadio.

Debido a lo avanzada de la enfermedad, el paciente requerirá de una ayuda total para cubrir sus necesidades. Existirá el encamamiento, llegando a presentar la hipertensión en flexión.

Todas estas alteraciones, provocarán un gradual deterioro que acabará, tras un período de 7 a 15 años con la muerte. Las infecciones y las neumonías por aspiración son las principales causas. Estas infecciones asociadas, se relacionan con los problemas de ingesta, que provocarán una pérdida de peso, haciéndolos más susceptibles de contraerlas.



Hay que decir también, que el transcurso de la enfermedad no es igual para todos los afectados, pudiendo variar de unos a otros. Así, mientras unos se mostrarán tranquilos y dóciles, otros lo harán de manera agresiva, tanto verbal como físicamente. También se intercalarán momentos de lucidez pasajera con otros de confusión. Se pueden dar pacientes que parezca que pasan de estadios más avanzados a otros anteriores, aunque esto no significa una mejoría en la enfermedad.

DIAGNÓSTICO

Se hará mediante:

1. ANTECEDENTES

Historia de la enfermedad actual.

Los familiares y cuidadores que están con, el paciente nos darán información acerca del inicio y progreso de la enfermedad. Es útil para detectar problemas y para organizar la asistencia adecuada al paciente específico.

Antecedentes familiares.

Se investigará los aspectos relevantes de los padres y abuelos y la manera en que pasaron sus últimos años.

La historia educacional.

Es importante para valorar la capacidad cognoscitiva del paciente.

La historia médica.

Puede relevar factores precipitantes o alteraciones médicas acompañantes que requerirán asistencia.

La historia psiquiátrica e información sobre la personalidad del paciente antes de la enfermedad.

Son importantes para comprender su conducta actual, así como para planear actividades. En la entrevista psiquiátrica se descartará la depresión, pues en ancianos produce hallazgos similares a la enfermedad de Alzheimer: apatía, falta de respuesta y pérdida de memoria.

2. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La exploración cognoscitiva somete a prueba la orientación temporoespacial del paciente y su capacidad para razonar y hacer planes, registrar nuevo material y recordar la duración de un período breve, señalar partes de recuerdos remotos y prestar atención en imágenes y sonidos importantes de su ambiente.

El deterioro para emplear y comprender el lenguaje es un indicador del avance de la enfermedad y tiene importancia para establecer el diagnóstico diferencial.

3. EXPLORACIÓN FÍSICA Y NEUROLÓGICA:

- **La exploración física** se centrará en la detección de posibles anomalías del aparato cardiovascular, por la posible aparición de émbolos, que sugieran la presencia de infartos múltiples. También se pondrá especial atención en la piel y mucosas en busca de estigmas de carencias vitamínicas.

- **El examen neurológico** valorará la existencia de déficits específicos de la E.A. Entre ellos se incluye un deterioro del sentido del olfato (que suele aparecer en fases tempranas de la enfermedad, precediendo incluso al deterioro mental), deterioro de la estereognosis (facultad de percibir y com-

prender la forma y la naturaleza de los objetos mediante el tacto), trastornos de la marcha, temblores, pérdida de la memoria reciente e introducción en la conversación de ideas peregrinas que no guardan relación con lo que se está hablando.

También se debe buscar el reflejo del «hócico». Este se puede lograr golpeando suavemente con los dedos o con el martillo de reflejos, los labios del paciente o la zona inmediatamente por debajo de la nariz. Este signo será positivo si el paciente hace muecas o frunce los labios. La existencia de dicho reflejo es normal en la primera infancia pero si aparece en un adulto anciano sugiere la existencia de una enfermedad cerebral orgánica difusa

4. PRUEBAS DE LABORATORIO

- Rx de Tórax y Abdomen.
- ECG y EEG.
- TSH, T₃, T₄, para perfil tiroideo.
- Ca, P, Na, ClK, CO₂, Nitrógeno de urea sanguínea, CHC.

• Sedimentación eritrocítica, así como un cuidadoso análisis dietético para excluir una deficiencia de vitamina B₁₂ y ácido fólico (determinándose niveles séricos).

• Punción lumbar para valorar los casos de infección e inflamación cerebral.

• Realizar un TAC y una tomografía por emisión de positrones. La tomografía computerizada por la emisión de un único fotón y la resonancia nuclear magnética son muy útiles para el diagnóstico de la E.A. Tienen la ventaja de delinear claramente la anatomía cerebral sin usar radiaciones ionizantes potencialmente lesivas.

5. PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Se usan para medir la iniciación de los síntomas y los cambios de la función cognoscitiva con el paso del tiempo y como reacción al tratamiento.

6. HISTORIA MEDICAMENTOSA

Que debe ser minuciosamente revisada para poder excluir la intoxicación medicamentosa, ya que suele ser la más frecuente y de más fácil corrección, de confusión y demencia en los ancianos.

TRATAMIENTO

Por el momento no existe tratamiento definitivo. Se está investigando un fármaco denominado **Tetrahydro-Aminoacridín**. Funciona como un inhibidor químico, impidiendo el desdoblamiento de la acetilcolina.

La E.A. ataca en mayor grado a las neuronas que producen acetilcolina. El fármaco permitiría que estas células trabajasen de manera más eficiente, disminuyendo al mínimo la gravedad de la enferme-

dad. Presenta el inconveniente de su hepatotoxicidad.

Hay otro fármaco que se emplea para equilibrar las alteraciones neuroquímicas de la E.A. y son las **aminas biógenas** como la Acetilcolina, Noradrenalina, Dopamina, Serotonina, Histamina; o también los **neuropéptidos** como la Somatostatina, Vasopresina, etc.

Por otra parte, se usa como tratamiento conductual el acondicionamiento del medio, la estimulación, etc.

En un futuro se está investigando el empleo de los implantes tisulares a nivel del cerebro, la manipulación genética, etc.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se elaborarán unos planes de cuidados donde se recogerán:

- Riesgos respiratorios:
 - Nivel de movilidad.
 - Postura.
 - Aparición de secreciones.
 - Problemas en la deglución y en la masticación.
- Estado nutricional:
 - Peso.
 - Historia dietética:
 - Hábitos alimenticios.
 - Presencia de náuseas/vómitos.
 - Diarrea/estreñimiento.
 - Pérdida de apetito.
 - Desmotivación por los alimentos.
 - Existencia de prótesis dentales.
- Disposición hacia la comida:
 - Se olvida de comer.
 - Come sin parar.
- Necesidades energéticas del paciente.
- Frecuencia de eliminación:
 - Incontinencia.
 - Retención...
- Lesiones:
 - Úlceras por decúbito.
 - Deformidades articulares.
 - Contracturas/atrofas musculares.
- Cambios en el patrón de sueño.
- Identificar posibles riesgos de su entorno.
- Capacidad para el autocuidado.
- Temperatura corporal y ambiental.
- Nivel de comunicación.
- Reconocer claves no verbales de padecer posible lesión:
 - Gestos.
 - Protección de una zona.
 - Respiración jadeante.

CUADRO 1

Objetivos de Enfermería

- Mejorar la comunicación.
- Favorecer la movilidad.
- Disminuir riesgos ambientales.
- Estimular el autocuidado del paciente.
- Mejorar el patrón normal de vigilia/sueño.
- Favorecer las relaciones sociales.
- Disminuir los trastornos de conducta.
- Realizar educación sanitaria en la familia.

- Determinar vagabundeo.
- Cambios perceptuales.
- Grado de participación en actividades recreativas, aficiones.
- Estado psíquico del paciente.
- Nivel de aislamiento social.
- Actitud y participación de la familia.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de Enfermería se basarán en la elaboración de unos diagnósticos de Enfermería y en unos objetivos como son los mencionados en el recuadro n.º 1.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Dependerá del estadio en que se encuentre, pero como diagnósticos generales podemos destacar:

- Deterioro de la comunicación verbal en relación con alteraciones del lenguaje y desorientación.
- Déficit de autocuidados en relación con la higiene, alimentación y eliminación.
- Deterioro de la interacción social relacionado con la progresiva degeneración de las facultades mentales.
- Alteración del patrón del sueño en relación con estado de desorientación mental, agitación e inmovilidad.
- Alto riesgo de lesión en relación con alteración del estado de conciencia y la incoordinación de movimiento.
- Alteración en los procesos familiares relacionado con el deterioro intelectual.

- Alteración del desempeño del rol.
- Afrontamiento familiar ineficaz.
- Alteración del mantenimiento de la salud.
- Último estadio, síndrome de desuso.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Proporcionar un entorno tranquilo y agradable a la hora de comer disminuyendo los estímulos externos negativos.

- Antes de comenzar con la alimentación, valorar si la persona está suficientemente despierta y responde, si es capaz de controlar la boca, si tiene reflejo de tos/náuseas y si puede tragar su propia saliva, asegurándonos de que la posición de la lengua no está echada hacia atrás, ocluyendo la vía aérea.

- Ayudar a mover el bolo alimenticio de la parte anterior de la boca del paciente a la posterior. Procurar colocar la comida en la zona posterior, ya que facilita la deglución.

- Preparar la bandeja que se va a servir: cortando los alimentos, comprobando la temperatura, etc.

- Intentar que el paciente se concentre en el acto de tragar, dándole instrucciones hasta que haya terminado cada bocado.

- Observar cómo traga y si vacía la boca.

- Evitar sobrecargar la boca, porque dificulta la deglución. Darle de comer lentamente.

- Limpiar las secreciones de la boca y garganta con un pañuelo o aspiración suave.

- Colocarlo en posición de seguridad: sentado en una silla en un ángulo de 60/90°, con los pies colgando a un lado de la cama, colocar almohadas si fuese necesario. Colocarle en esta posición 10-15 minutos antes y después de comer.

- Controlar y registrar el peso y la cantidad de alimentos ingeridos.

- Recordar al paciente que use el WC

estableciendo un horario regular.

- Identificar claramente el cuarto de baño y proporcionar seguridad (colocando equipo de adaptación).

- Vigilar la aparición de signos que expresen la necesidad de eliminar (agitación, pellizcarse los genitales, etc.)

- Administración de ablandadores de deposición o enemas, si hay estreñimiento.

- Educar para la no automedicación y evitar el acúmulo.

- Administrar la medicación según lo prescrito, registrar y verificar la toma.

- Controlar la diuresis y registrarla.

- Valorar la colocación de sonda vertical si hay retención urinaria.

- Reducir los posibles factores ambientales negativos durante la noche, incentivando el descanso nocturno.

- Si la micción nocturna le interrumpe el sueño, limitar la cantidad de líquidos por la noche y estimularlo a que orine antes de acostarse.

- Estimular al paciente a que participe en tareas sencillas (lavarse la cara, dar un paseo, etc.), evitando así que duerman durante el día.

Utilizar diversas modalidades para promover estímulos en el enfermo (musicoterapia, estimulación sensorial, etc.).

- Supervisar la actividad de la higiene personal.

- Fomentar una rutina coherente al vestirse para que disminuya la confusión.

- Introducir las prendas de una en una.

- Valorar el nivel de riesgo actual y a largo plazo.

- Orientar al paciente respecto a los parámetros de persona, lugar y tiempo

- Vigilar estrechamente al paciente, incluso por la noche, para valorar la seguridad.

- Animar al paciente a que pida ayuda du-

rante la noche.

- Valorar el estadio de avance de la enfermedad en que se encuentra el paciente.

- Valorar la capacidad de «habla» del paciente, escuchándole cuidadosamente y observando su comportamiento y conducta.

Ayudar al individuo a identificar los problemas que no puedan ser controlados, examinando posibles alternativas.

- Ofrecer apoyo para que exprese adecuadamente los pensamientos y sentimientos.

- Fomentar las actividades que no requieran concentración y atención a las normas.

- Emplear factores que promuevan la capacidad de oír y entender: hablar con claridad, usar el contacto y los gestos, etc.

- Hacer un esfuerzo concertado para entender qué dice el paciente.

- Darle oportunidades de tomar decisiones sobre su cuidado, por ejemplo: ¿qué prefiere, carne o pescado?.

- Establecer, una relación de confianza entre el/la enfermero/a y el paciente.

- Reafirmar activamente al paciente sobre que la decisión es suya y que tiene el derecho a tomarla.

- No permitir que haya otros que minen la confianza del paciente a la hora de tomar la decisión por sí mismo.

- Realizar educación sanitaria en la familia sobre los hechos concernientes a la enfermedad, el tratamiento y la evolución, implicándolos en el cuidado del enfermo.

- Ayudar a evaluar el funcionamiento familiar presente y pasado tras la operación de la patología.

- Considerar la colaboración de un asistente para que le ayude en alguna actividad.

- Ponerse en contacto con el consejero espiritual para aclarar las prácticas religiosas y realizar los ritos y servicios si se desea.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Alzheimer conforme va avanzando, va restando las capacidades del paciente. Enfermería se centrará en apoyar el autocuidado y las necesidades alteradas para conservar una calidad de vida más óptima, en la que se potencie la dignidad del paciente (sea cual fuere el estadio en que se encontrara).

Por otra parte, va a dar soporte psicológico y educacional a la familia, que puede llegar al agobio y decaimiento moral, debido a la gran dependencia del paciente, sobre todo en los últimos estadios.

BIBLIOGRAFÍA

- FOLSTEIN, M.F.; Demencia; HARVEY, A.M.; JOHNS, R.J.; MCKUSICK, V.A.; OWENS, A.H.; TRATADO DE MEDICINA INTERNA; México, Ed. Interamericana; 1988; 1.376-77.
- PEG GRAY-VICKREY, RNC, MC; ALZHEIMER; NURSING; 1989; Agosto / Septiembre.
- TACKENBER, J.; ENSEÑAR A LOS CUIDADORES ACERCA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER; NURSING; 1993; Marzo; 49-51.
- FUGET FERRER, J.; DEMENCIA EN EL ANCIANO; ROL, n°152; Abril, 1991; 27-34.
- HOLLOWAY, N.M.; PLANES DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA; Doyma; Barcelona; 1990; 82-89.
- CARPENITO, L.J.; MANUAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA; Interamericana; Madrid; 1993.
- IYER, P.W.; TAPTICH, B.J.; BERWOCHI-LOSEY; PROCESO DE ENFERMERÍA Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA; Interamericana. Mc Graw-Hill; 1994.
- HERRERO, M.B.; PASCUAL, A.P.; FERNANDEZ, C.C.; ANCIANOS CON DEMENCIA; ROL, n°185; Enero, 1994; 66-78.
- LONG-PHIPPS; ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA; Interamericana. McGraw Hill; Madrid; 1990; 423-24.
- «MUNDO SANITARIO» Febrero; Marzo; Octubre; 1994.
- «PROFESION DE ENFERMERÍA», año II, n° 34, Octubre, 1994; BARCELONA; pág. 12.
- IX JORNADAS SOBRE ENVEJECIMIENTO. Octubre 1993



PROFESIÓN



VIII CONGRESO DE ENFERMERÍA RESPIRATORIA Y CIRUGÍA TORÁCICA DEL SUR

ENFERMERÍA ANTE LA NEUMOLOGÍA GERIÁTRICA

Durante los días 21, 22 y 23 de Marzo, del presente año, se celebrará en Huelva el «VIII Congreso de Enfermería Respiratoria y Cirugía Torácica del Sur» más conocido como «Neumosur-96».

La sociedad Científica Neumosur, creada hace nueve años por enfermeros, de distintas provincias, implicados en las diferentes áreas del campo respiratorio —quirúrgicas, hospitalización, unidades del sueño, consultas externas, pruebas funcionales y endoscópicas, etc.— es hoy una realidad consolidada. Manifestada en el alto nivel científico que alcanza sus congresos anuales, así como en la próxima edición de su propia revista.

El ámbito de la Sociedad abarca Andalucía, Extremadura y Canarias, rotando su congreso anualmente por cada una de sus provincias. Habiéndose delegado a los asociados de nuestra provincia la responsabilidad de la organización del próximo congreso.

Las mejoras en comunicación e infraestructura de Huelva con la apertura del Palacio de Congresos y creación de Hoteles; la potenciación de los atractivos turísticos de la provincia (Sierra, Ruta Colombina, Parajes y Parques Naturales, etc.); la concienciación de las autoridades sobre las ventajas que ofrece una

ciudad de congresos, manifestado en colaboración y ayudas; junto al empuje de los profesionales onubenses por hacer y mostrar su nivel investigador y científico, hace que actualmente podamos optar por organizar eventos de este tipo.

El Comité Científico, plantea el Congreso en cuatro apartados bien diferenciados:

- Mesa Central del Congreso, cuyo título se elige, junto con la ciudad sede, en asamblea de socios. Y que, para el presente año, es «Enfermería ante la Neumología Geriátrica», con participación de profesionales reconocidos de Cáceres, Las Palmas de Gran Canaria, Almería, Jerez, Jaén y Huelva.

- Comunicaciones Libre, que permiten actualizar a los asistentes sobre las últimas innovaciones e investigaciones realizadas en todo el territorio nacional, optando a los tradicionales premios que otorga la Sociedad en la clausura.

- Actividades científicas conjuntas con

el Congreso de Neumólogos que se realiza coincidente en tiempo y espacio, adquiriendo conocimiento de los más prestigiosos especialistas mundiales.

- Mesa Multidisciplinaria de ámbito local, con destacados profesionales onubenses sobre «Cuidados Paliativos Neumológicos».

El asociacionismo profesional permite elevar el nivel asistencial fomentando la formación de sus miembros a través de la actualización de conocimientos, creando grupos y comisiones de trabajo y mostrando la tendencia más innovadoras en investigación. Crea un grupo de presión en la reivindicaciones académicas y laborales con el objeto de mejorar y defender los intereses de la especialidad. Y es nexo de unión entre profesionales y organismos nacionales e internacionales.

Desde aquí agradezco a la Industria Sanitaria que se implica con Enfermería, Organismos Oficiales y Privados Locales, Neumólogos onubenses y al Ilustre Colegio de Enfermería por su colaboración con este Comité Organizador, esperando la máxima participación de los enfermeros de nuestra provincia en la realización de actos de esta índole que nos da a conocer y potencia nuestra ciudad.

José Mario Guzmán Guzmán
 Presidente del Comité Organizador
 Enfermero Hospital Infanta Elena
 Huelva





JUAN ANTONIO BALLESTERO CANO

Presidente del Comité Organizador

Durante los días 9, 10 y 11 de Mayo de 1996, se van a celebrar en Huelva las VII Jornadas Andaluzas de Enfermería Radiológica convocadas por la Asociación Andaluza de Enfermería Radiológica y organizadas por la Unidad de Formación Continuada de Enfermería y el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Infanta Elena de Huelva. Para conocer los objetivos de estas Jornadas y los retos que ha supuesto que Huelva sea sede de las mismas, nos pusimos en contacto con Juan Antonio Ballesterro Cano, Enfermero Especialista en Radiología y Presidente del Comité Organizador de estas Jornadas.

Juan Antonio, ¿cuál es tu trayectoria profesional?

Estudí ATS en Barcelona, en la promoción 74/77. Trabajé en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona en Radiología. Durante el periodo del Servicio Militar estuve en el Banco de Sangre y Transfusiones del Hospital Militar de Madrid.

Al terminar me vine para Huelva estando de ATS rural. Después tomé posesión de la plaza en el Hospital Manuel Lois y posteriormente pasé de supervisor de radiología en el Hospital Infanta Elena cuando éste se abrió y donde continúo.

Durante este periodo realicé el curso de nivelación de ATS a Diplomado Universitario en Enfermería y la Especialidad de Enfermería Radiológica, además de otros cursos de Gestión y de diversos contenidos.

¿Cuál es la formación necesaria para ser enfermero del Servicio de Radiodiagnóstico?

Sería fundamental que se tuviese la especialidad pero actualmente no está implantada.

Los enfermeros se incorporan en la mayoría de los casos sin conocimientos específicos de la actividad que van a desarrollar. Posteriormente, con el quehacer diario y el reciclaje profesional los adquieren.

Por otro lado está la legalidad, la cual obliga desde el día 3 de enero de 1996 a tener la acreditación de Operadores de Instalaciones de Radiología, dada por el Consejo de Seguridad Nuclear, para poder trabajar en servicio de radiología.

En nuestro Hospital, el 90% de los enfermeros que están en Radiología tienen la especialidad y el 100% tienen hecho el curso de Operador.

El Servicio de Rayos es el gran desconocido del Hospital, incluso entre los propios compañeros, se cree que aquí sólo es "respire, no respire" y no se hace enfermería, pero, la realidad es otra muy distinta.

Un número importante de enfermeros viene a Radiología circunstancialmente, bien mandado o bien buscando un determinado turno, pero cuando llevan un tiempo, por lo general, no quieren marcharse.

Vamos a centrarnos en estas Jornadas que próximamente se van a realizar en Huelva. ¿Cuáles son sus objetivos?

Estas son las VII, las seis anteriores se han celebrado en otras provincias andaluzas.

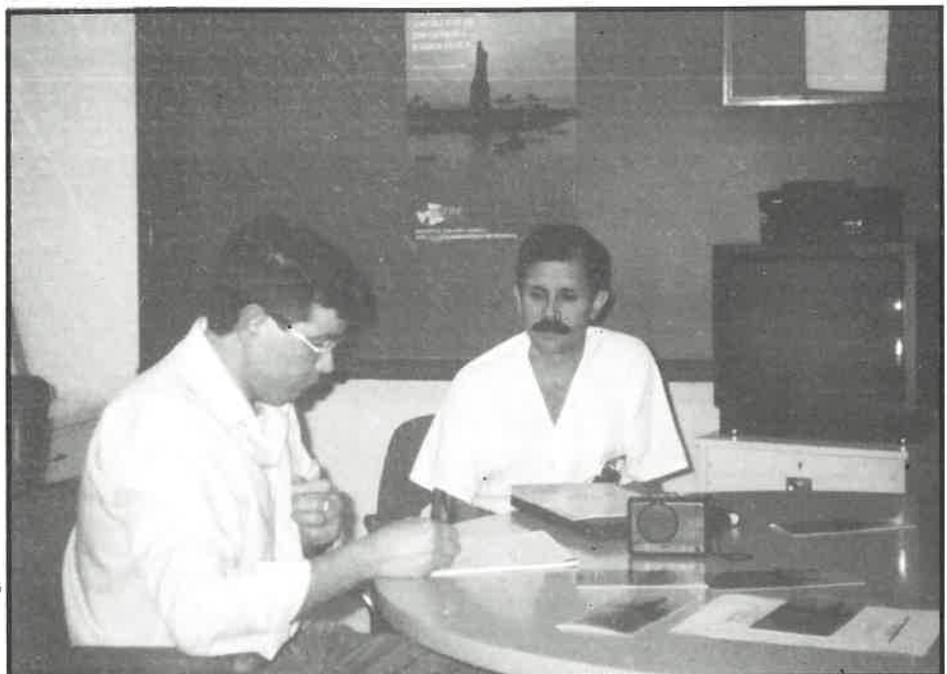
Presentan dos objetivos generales:

—«Servir de nexo de unión entre los profesionales de Enfermería Radiológica».

—«Intercambiar experiencias adquiridas en el desarrollo de nuestra profesión».

A su vez tienen unos objetivos específicos:

—«Incorporar la dimensión del paciente como persona en la asistencia radiológica»



(humanización de los Servicios de Radiología).

—«Unificar y actualizar criterios en materia de radioprotección».

—«Intercambiar conocimientos y actuaciones en las técnicas de Enfermería Radiológica».

¿Cómo surge la candidatura de Huelva para estas Jornadas?

Esto viene desde el año 1988, en las IV Jornadas presentamos un trabajo y fue galardonado con el **Primer Premio de «Investigación de Enfermería Radiológica»** y a raíz de eso es como surge la idea. Ya tuvimos un intento hace cuatro años, que fue fallido por varios motivos.

Previo a las VI Jornadas que se celebraron en Córdoba, nos planteamos en el Servicio de Rayos del Hospital Infanta Elena traernos las siguientes. Estuvimos madurando la idea entre todos los compañeros y decidimos presentar la candidatura.

Ya a Córdoba fuimos con un programa preli-

minar y un audiovisual de Huelva que habíamos solicitado al Patronato de Turismo. Y en la Asamblea de clausura de las Jornadas nos dieron la alegría de haber elegido Huelva como sede.

Pero reitero que fue una idea que surgió entre los compañeros del Servicio de Rayos del Hospital Infanta Elena.

torno a los 150 más los acompañantes. Y aunque sean Jornadas Andaluzas, la cobertura es nacional y ya hay compañeros de Galicia, Madrid, Zaragoza; Valencia y Barcelona que nos tienen confirmada su asistencia.

Aún es un poco precipitado, porque la fecha para recibir los trabajos finaliza el día 29 de febrero; hasta ahora lo que hay seguro son dos

"Como algo innovador hemos creído oportuno introducir el tema de humanización y radioprotección"

¿Cuáles son las colaboraciones que has recibido en la Organización de estas Jornadas?

Hay dos comités, uno Organizador y otro Científico en los que están incluidos compañeros del Hospital Juan Ramon Jiménez. A su vez participa en el Comité Científico un radiólogo del Hospital Infanta Elena que colabora como asesora en la selección de los trabajos.

Por otra parte, en relación al apoyo institucional, el primero fue el de la Dirección de Enfermería de nuestro Hospital y del Director Gerente, que fueron a los primeros que les planteamos la idea.

Una vez admitida la candidatura tenemos que dar las gracias al Colegio de Enfermería y a la Diputación Provincial (D. Antonio Ramírez Almanza, Diputado de Cultura). También hemos contactado a nivel provincial con otras entidades que nos han ofrecido su apoyo y colaboración, incluso con algunas casas comerciales, laboratorios farmacéuticos y de empresas que distribuyen productos sanitarios.

También el Ayuntamiento de Huelva colaborará en la recepción e inauguración de las Jornadas. Y resaltar el apoyo del Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) con su aportación económica para el premio a la mejor ponencia.

Siempre, según experiencias de otras ediciones de estas Jornadas, ¿la asistencia y presentación de trabajos suele ser abundante?

El número de inscritos rondará en

trabajos del Hospital Infanta Elena; de Almería han confirmado otro, así como de Galicia y de Córdoba.

Es labor del comité científico seleccionar los trabajos recibidos y valorarlos para su inclusión en los diferentes apartados.

En las anteriores ediciones lo habitual ha sido presentar las técnicas que se realizan en otros hospitales. Nosotros, como algo innovador, hemos creído oportuno introducir el tema de Humanización y Radioprotección, donde se incluye una mesa redonda para cada tema que consideramos será de gran interés.

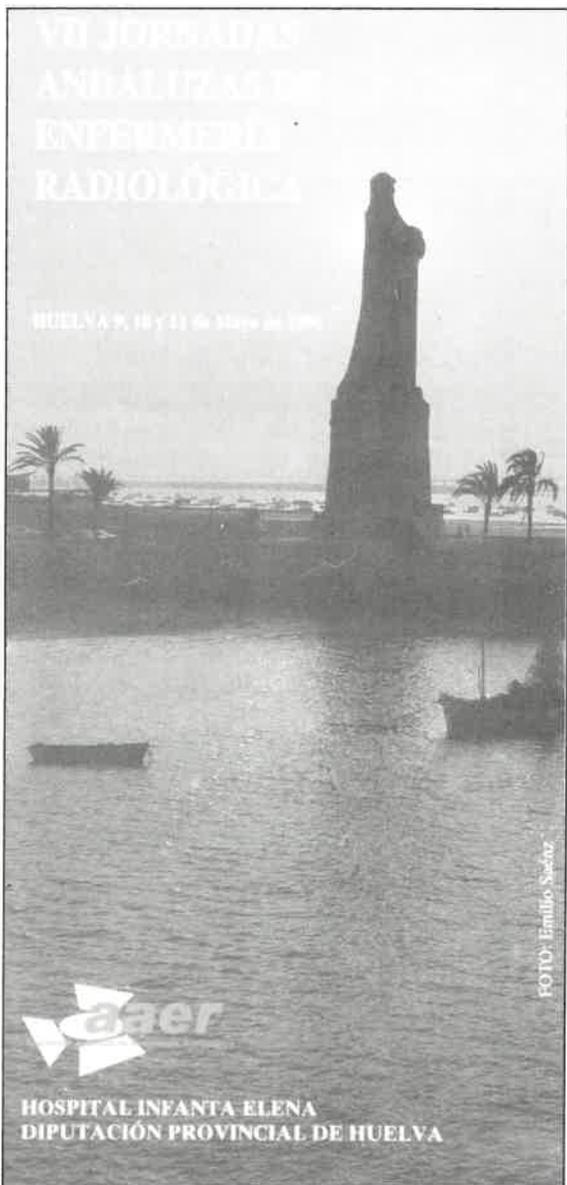
Creo que has hecho una descripción de tu trabajo y de los objetivos que desde el Servicio de Rayos del Hospital Infanta Elena, tienen marcado con estas Jornadas, y lo que te dejo es la página abierta para que expreses lo que necesitas para las mismas.

Hasta que no me he metido de lleno en la preparación de las Jornadas no me he dado cuenta del trabajo que conlleva la organización. Por eso quiero dar las gracias a la Asociación Andaluza de Enfermería Radiológica por confiar en nosotros y a los compañeros de Juan Ramon Jiménez e Infanta Elena para que entre todos llevemos a buen termino estas Jornadas, y en especial a la Unidad de Formación Continuada de Enfermería del Hospital Infanta Elena por su inestimable colaboración.

Gracias Juan Antonio por hacernos partícipes de tus ilusiones y esfuerzo a la hora de organizar estas Jornadas y ofrecerte las páginas de Documentos de Enfermería y publicar aquí las conclusiones a las que se lleguen.

Gracias por vuestra colaboración y apoyo.

A. ALEJANDRO CORDERO GÓMEZ
DUE Laboratorio de Hematología
Hospital Juan R. Jiménez - Huelva





INFORMACIÓN

LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

Como complemento a las jornadas sobre el «Proyecto de ley que regula la profesión de Enfermería» celebradas en Sevilla y a demanda de muchos Colegios se celebró un debate abierto sobre la responsabilidad civil en la profesión de Enfermería al que asistieron los servicios jurídicos y peritos médicos del Consejo General de Enfermería y representantes de la Compañía Zurich con la cual tiene contratada la organización colegial la póliza de responsabilidad civil para todos los profesionales de Enfermería en el ejercicio profesional.

En este debate se recordó que el colegiado en ejercicio profesional por el mero hecho de estar al día con sus obligaciones colegiales, está cubierto por una póliza de responsabilidad civil profesional.

En esta póliza se establece la garantía máxima por siniestro de 100.000.000 de pesetas para el conjunto de daños y además se incluye la defensa jurídica del profesional de Enfermería, en los términos que incluye la misma, es decir por los equipos jurídicos y peritos médicos forenses que tiene concertado el Consejo General de Enfermería, que ante el prestigio y la eficacia demostrada por los mismos al no perder ningún caso de denuncia profesional de Enfermería en todo el Estado, la compañía Zurich los asume como equipo único reconocido en la defensa de los asegurados.

Por todo ello se comentó del proceso a seguir en caso del establecimiento de una denuncia a un colegiado.

De inmediato que el colegiado tenga conocimiento que ha sido o va a ser objeto de una denuncia como consecuencia de su actuación profesional se ha de poner en contacto con su Colegio provincial comunicando la denuncia y entrevistándose con el abogado del mismo, el cual servirá de enlace con el equipo jurídico del Consejo General. A su vez el colegiado rellenará de inmediato de forma clara y precisa el «formulario de comunicación de siniestro de responsabilidad civil o penal» (cuadros anexos) existente en todos los colegios provinciales, que será remitido al Consejo General.

En el caso de recibir cualquier citación judicial, aunque sea como mero testigo, os recomendamos os pongáis en contacto con el asesor jurídico, que os acompañará, ya que una declaración mal diseñada nos puede perjudicar gravemente.

Inmediatamente nuestro asesor jurídico se pondrá en contacto con el equipo técnico-jurídico para hacer un seguimiento exhaustivo del caso.

Es de destacar, como ya hemos mencionado, que de todas las defensas realizadas por los equipos jurídicos y peritos médicos del Consejo General no han perdido ninguna.

A su vez se ha de tener en cuenta si la defensa la realiza otros equipos distintos del autorizado por la Compañía Zurich, los gastos originados por la citada defensa no son cubiertos por la póliza y los tendría que cubrir el profesional denunciado.

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE SINIESTRO DE R.CIVIL O PENAL

Por favor, rellenar a máquina para su proceso.

1.- DATOS DE IDENTIFICACION.

COLEGIO DE PROCEDENCIA:

DIRECCION Y TFNOS DEL COLEGIO:

PERSONA DE CONTACTO:

2.- COLEGIADOS AFECTADOS:

NOMBRE, DOMICILIO Y TFNO:

3.- HECHO PRODUCIDO:

FECHA DEL SUCESO:

RESULTADO DEL HECHO: (fallec., lesiones graves, daños materiales, incapacidad, pérdida de miembros, quemaduras, etc).

EXISTE YA RECLAMACION: (Si es afirmativo, adjuntar copia)

TIPO DE LA RECLAMACION

JUDICIAL CIVIL: JUDICIAL PENAL:

ADMINISTRATIVA: PRIVADA:

CUANTIA RECLAMADA: PTAS.

JUZGADO QUE LA TRAMITA:

NUM. EXPTE:

HA INTERVENIDO ALGUN LETRADO O PROCURADOR:

NOMBRE, DOMICILIO PROF. Y TFNO/FAX:

Lo designó: (Colegion, colegiado, otra Ciu., INSALUD, etc).

4.- RESULTADOS DEL SUCESO:

ALGUN AFECTADO SE CONSIDERA RESPONSABLE DEL SUCESO:

CASO AFIRMATIVO, QUIEN:

5.- DESCRIPCION DEL HECHO SUCEDIDO:

(Puede efectuarse adjuntando otro escrito a este impreso, describiendo con el mayor detalle posible lo sucedido, sin olvidar lo que cada cual hace o deja de hacer en el hecho, los efectos del mismo, personas que intervienen en cada fase, nombres de los peritos perjurados, estimación de daños, etc).

Firma de los colegiados afectados y sello del Colegio que lo remite.

JORNADAS DE REFLEXIÓN SOBRE EL BORRADOR DE «PROYECTO DE LEY QUE REGULA LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA»

Durante los días 11 y 12 de enero de 1996 se celebraron en Sevilla unas Jornadas de Reflexión y Debate sobre los borradores del Real Decreto que establece el título universitario oficial de **Licenciado en Enfermería** y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a su obtención y homologación de los anteriores títulos académicos y de la ley que regulará la profesión de Enfermería.

En dichas Jornadas participaron dos miembros de la junta de gobierno de cada Colegio Provincial de Enfermería, los miembros del Pleno del Consejo General y la Junta Directiva del Consejo Estatal de Alumnos de Enfermería (CEAE) como invitados.

Los dos proyectos que se debatieron han sido elaborados a petición del Consejo General de Enfermería por un equipo técnico.

Las sesiones de trabajo se establecieron tras la exposiciones de las ponencias «**Reglamentación del Título de Licenciado en Enfermería**» y «**Regulación del ejercicio profesional**» (I y II) que presentaron miembros del equipo redactor de los proyectos. A continuación de las ponencias se establecieron los debates por los grupos de trabajo, la redacción de las conclusiones de los mismos y su presentación a la asamblea.

Una vez reelaborado los proyectos con las conclusiones obtenidas en estas jornadas se les propondrán a todos los partidos para su aprobación legal según los mecanismos previstos para cada proyecto.

Hemos de destacar que el P.P. ya se ha comprometido públicamente asumiendo ambos proyectos como propios.

NUEVO CALENDARIO DE VACUNACIONES 1996

En el mes de noviembre, el SAS dio a conocer el calendario de vacunaciones obligatorias para el año 1996.

En este nuevo calendario destaca como novedad la inclusión de la vacuna de **Hepatitis B (HB)** que se administra al recién nacido en el hospital y después en los puntos de vacunación según el calendario previsto, junto con el resto de las vacunas.

Otra novedad es que en lugar de vacunarse los niños a los 3, 5 y 7 meses, el calendario se adelanta a los 2, 4 y 6 meses.

El coste total de la campaña de vacunación será de 17.000.000 de pesetas y serán vacunados unos 85.000 recién nacidos y unos 100.000 andaluces de más de 6 años.

Unos de los objetivos prioritarios de esta campaña, es «reducir las tasas de afectados por tosferina y mantener el nivel cero en tetanos, poliomeilitis y difteria».

OFERTAS DE TRABAJO

El Consejo Andaluz de Enfermería ha creado un servicio telefónico de información de todas las ofertas de trabajo, tanto a nivel andaluz como estatal. En este teléfono se podrá obtener información de plazas, oposiciones, concursos, etc.

Nº DE TELÉFONO DE LA BOLSA DE TRABAJO:
901 11 61 20

BOLSA DE CONTRATACIONES DEL S.A.S

El S.A.S. abrió desde el pasado día 15 de Enero la **bolsa de contratación** la cual permanecerá abierta indefinidamente, para la cual se crea un calendario de **baremación** que queda establecido de la siguiente forma.

Las solicitudes presentadas hasta el 31-1 serán baremadas antes del 31-5 y las presentadas entre el 1-2 y el 31-6 serán baremadas antes del 31-10.

El horario de presentación de las solicitudes es de lunes a viernes de 9'00 a 14'00 horas, en la delegación provincial del S.A.S.

Las solicitudes se pueden recoger en este colegio, la propia delegación del S.A.S. en los hospitales y cabeceras de distritos sanitarios.

CALENDARIO DE VACUNACIONES 1996

TIPO DE VACUNA	meses ²					años			
	0	2	4	6	15	6 ⁵	11 ⁶	12 ⁷	14 ⁸
Hepatitis B (HB)	HB ¹	HB		HB				HB ⁴	
Difteria (D)		D	D	D	D	D			
Tétanos (T)		T	T	T	T	T			Td ³
Tosferina (P)		P	P	P	P				
Poliomeilitis		Polio	Polio	Polio	Polio	Polio			
Sarampion					TV		TV ²		
Rubeola									
Parotiditis									

- Niños nacidos de madre portadora AgHB: seguir esquema vacunal 0,1 y 6 meses
- Niños con riesgo especial: Sarampión a los 9 meses y a los 15 meses Triple Vírica (TV)
- Td (Tetanos/difteria de adulto) cada 10 años o por indicación médica
- Cohortes no vacunadas antes y con esquema 0,1 y 6 meses
- Niños matriculados en 1º de EGB (Enseñanza General Básica) ó 1º de EPO (Enseñanza Primaria Obligatoria)
- Niños matriculados en 5º de EGB ó 5º de EPO
- Niños matriculados en 6º de EGB ó 6º de EPO
- Niños matriculados en 8º de EGB ó 2º de ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria)

DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA



LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

La jeringa de Jubé

VALENTÍN SOPESEUS

Colegio de Tarragona. Junio 1944

Por la gran difusión que ha adquirido la transfusión sanguínea en estos últimos tiempos, y por ser en la actualidad uno de los principales métodos terapéuticos de ciertas enfermedades, hagamos un recordatorio de lo que es en sí la transfusión sanguínea no modificada, dedicando éste exclusivamente a la parte técnica, por ser ésta la que más puede interesarnos.

Muchos habréis intervenido como ayudantes en distintas transfusiones; pero otros compañeros, por practicar el ejercicio de su profesión en lugares

alejados de los establecimientos nosocomiales, sanatorios, clínicas, etc., o en pequeñas poblaciones donde no existe servicio de transfusión, no han podido ver prácticamente lo que es la transfusión. Para vosotros, pues, van dirigidas estas líneas, para haceros recordar lo que leímos en nuestra época de estudiantes.

Lo preliminar de toda transfusión es la clasificación de grupos sanguíneos (receptor y donante), fácil de realizar en la actualidad al disponer de sueros controles, que, preparados con todas las reglas asépticas, se encuentran en el comercio.

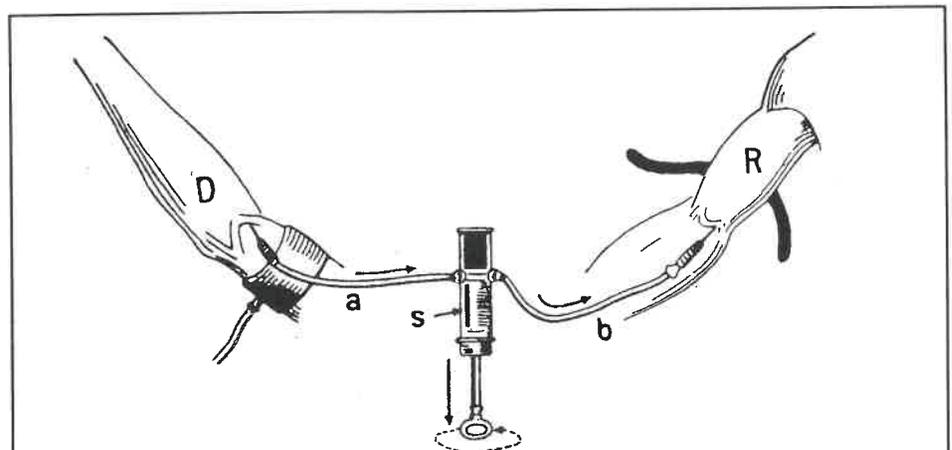
Para darnos una idea más exacta de lo que es la clasificación de grupos, empecemos recordando el número de grupos que se conocen; éstos son cuatro, denominados por números o letras, según la escala que empleemos para enumerarlos; éstas se dividen, a su vez, en tres; la de JANSKY, en la cual el

dador universal (del que hablaremos más adelante) corresponde al número I y el receptor universal al número IV; pero la escala de MOSS, más comúnmente conocida, hace una variante en esta clasificación, denominando al dador universal con el número IV y con el I al receptor. Los demás grupos no sufren ninguna variante. Y por último, tenemos la escala internacional, recomendada por el Consejo de Sanidad de la Sociedad de las Naciones; esta escala, para clasificar los grupos, lo hace valiéndose de letras, usando la letra O para nombrar al dador universal; la letra A corresponde al grupo II de las escalas anteriormente citadas; la letra B, para el grupo número III, y, por último, al receptor universal lo clasifica con las letras A-B.

Y ahora, como os decía anteriormen-

te, pasemos a recordar el significado de dador y receptor universales. Se llama dador universal al grupo sanguíneo cuyos hematíes no son aglutinados por los sueros de los tres restantes grupos, siendo apta la sangre de este grupo para ser transfundida a los demás grupos; ahora bien, el suero de este grupo aglutina a los hematíes de los demás, por lo que el suero puede recibir sangre de su mismo grupo. El receptor universal es todo lo contrario: su suero no aglutina a los hematíes de ningún otro grupo, por lo que puede recibir sangre de todos ellos; sin embargo, sus hematíes son aglutinados por los otros sueros; así, este grupo recibe sangre de todos, pero solamente puede ser donante de su mismo grupo.

Conocido los grupos, pasemos a su clasificación. Sobre un cristal portaob-



Transfusión sanguínea con la jeringa de Jubé

En cada extracción del émbolo se aspira sangre de la vena del donador (D) hacia el interior de la jeringa a través de la jeringa y el tubo de goma (teniendo el émbolo con la canalización (S) coincidiendo con la unión *a* del tubo de la jeringa); al introducir el émbolo en la jeringa (después de haber efectuado un giro de 180° de izquierda a derecha al objeto de hacer coincidir la canalización (S) con la unión del tubo *b*), la sangre recogida en la jeringa fluye hacia la vena del receptor (R). De esta forma se practica la transfusión hasta que hayamos introducido la cantidad de sangre deseada (que se calcula fácilmente sabiendo el contenido de la jeringa y el número de operaciones practicadas).

jetos depositaremos una pequeña cantidad de cada uno de los tres sueros controles pertenecientes a los grupos A, B, O; el suero A-B no es necesario, pues cuando encontremos una sangre que sus hematíes aglutinan con estos tres sueros, sabremos que estamos en presencia de un receptor universal.

Técnica de la clasificación de grupos. Procuraremos espaciar suficientemente un suero del otro en el cristal portaobjetos. Primeramente clasificamos el grupo sanguíneo del receptor; después, el de los presuntos donantes; para ello haremos una pequeña puntura en el pulpejo de un dedo o lóbulo de la oreja. (Huelga decir que antes habremos practicado asepsia del dedo y de la aguja o lanceta). Se recoge una gota de sangre para cada uno de los sueros, poniéndola en contacto con ellos; inmediatamente observaremos el resultado de las aglutinaciones; para activarlo moveremos el cristal lateralmente, y para facilitar su visibilidad lo colocaremos sobre un fondo blanco.

Diremos que una sangre aglutina con el suero control cuando observamos que se forma como una especie de glomérulos de la periferia al centro; tiene semejanza a pequeños coaguillos de forma irregular que se les ve flotar sobre el suero. Por el contrario, cuando una sangre no aglutina se ve una masa uniforme, rojiza, transparente, sin formación de coaguillos.

La clasificación de grupos, después de lo que hemos recordado anteriormente, resulta facilísima. ¿Una sangre aglutina a todos los sueros? Receptor universal. ¿Aglutina al grupo B y O? Sabemos que tenemos un grupo A. ¿Aglutina al suero A y O? No dudar que es del grupo B. Y, por último, ¿no aglutina a ningún suero? Grupo O o dador universal.

Una vez obtenida la clasificación de grupos, y disponiendo de un dador apropiado para el grupo sanguíneo del receptor, empezamos con la técnica de la transfusión propiamente dicha. Su mejor éxito se basa en la elección del aparato adecuado para realizarla; por ser varios los modelos que existen en la actualidad, haremos una selección y nos limitaremos a describir el que más aceptación tiene por su simplicidad entre los equipos de transfusión; nos referimos a la jeringuilla de JUBE. Son

estas de distintos tamaños: 5, 10 y 20 c.c.; la elección del calibre depende de la clase de transfusión a realizar; no obstante, la de 5 c.c. es la que más adeptos tiene para las pequeñas transfusiones.

Estas jeringuillas están provistas de dos tubuladoras laterales, únicas vías de entrada y salida; el émbolo lleva una hendidura longitudinal que termina antes de llegar al extremo próximo del mismo, permitiendo descubrir alternativamente cada una de las aberturas laterales, mientras queda obturada la otra simplemente mediante un giro por parte del émbolo.

La jeringuilla se deposita desarmada durante unos treinta minutos —tiempo suficiente para una buena esteri-

más resalte. La punción debe ser en dirección fisiológica; es decir, contra corriente para la extracción y en el sentido de ella para la inyección. Puncionada la vena en el receptor y fijada a su brazo por una tirita de esparadrapo (las agujas de transfusión van provistas de un mandril que impide que la sangre se vierta del vaso al exterior), acto seguido se realiza la misma operación con el donante. Entre ambos se coloca el transfusor, previo el ajuste de las gomas a la jeringuilla y de éstas a las agujas, primeramente a la del dador, extraída de éste de 10 a 15 c.c. de sangre, la cual se expulsa, una vez pasada por todo el aparato, a un recipiente que se tendrá preparado de antemano, y de esta manera expulsamos parte de la parafina que pudiera haber en la je-



Foto gentileza de Adela Fernández Flores. Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud de Ayamonte

lización— en un recipiente que contenga la suficiente cantidad de éter para cubrirla totalmente. Los tubos de goma de que consta la jeringuilla se hervirán, siendo conveniente añadir un poco de citrato sódico para evitar la formación de sustancias calcáreas en las paredes de los mismos.

Transcurrido el tiempo para la esterilización, previo montaje de la jeringuilla, parafinamiento de la misma y dispuesta para su uso, se prepara al receptor, colocándole bien en la cama o en la mesa de operaciones. Se hace hiperemia del brazo a transfundir por compresión con una goma o un tortor adecuado; se punciona la vena, siendo indistinto puncionar una u otra (cefálica-basílica); en la práctica se escoge la que

ringuilla; realizado esto, ponemos en contacto la otra goma con la aguja del receptor, y desde este momento empieza la transfusión propiamente dicha, la cual se realiza lentamente para evitar la sobrecarga rápida del aparato cardiovascular; la cifra aproximada de inyección es de 20 gramos por minuto.

La limpieza minuciosa del aparato, una vez terminada la transfusión, tiene suma importancia, debiéndose lavar inmediatamente con agua fría; después se tendrá unos treinta minutos en agua oxigenada, y, por último, será secada perfectamente toda la jeringuilla.

Fuente: Revista del Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de España. Sección Científica. Junio 1944



Aislan en pacientes el virus de la hepatitis G

HEMOS LEÍDO

Investigadores de la Unidad de Hepatología de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid han conseguido, por primera vez en España, aislar en pacientes y clonar el virus G de la hepatitis, descubierto en junio del pasado año, según informó ayer, en un comunicado, la citada institución científica.

Se calcula que este nuevo virus afecta al 20% de las hepatitis crónicas, según se desprende de los trabajos realizados por la Unidad de Hepatología de la Jiménez Díaz, único centro español que ha realizado estudios sobre el virus G.

Según señalan las mismas fuentes, con este nuevo logro se confirma el liderazgo de esta unidad, que funciona desde hace varios años y que acaba de constituirse de forma oficial con la firma del acuerdo de colaboración en-

tre la Fundación Jiménez Díaz y la Fundación para el Estudio de las Hepatitis Virales (FEHV).

En vanguardia

La Unidad de Hepatología recién constituida estará dotada con tecnologías de vanguardia —algunas de ellas únicas en España— en investigación, diagnóstico y tratamiento de las afecciones hepáticas.

Estas enfermedades constituyen un verdadero problema de salud de primer orden mundial, lo que preocupa a las autoridades sanitarias.

En España se calcula que sólo las hepatitis virales afectan a más de un millón y medio de personas, según datos de las mismas fuentes.

Los miembros de la unidad, biólogos y médicos, se han formado la mayoría en centros internacionales. Entre sus logros más recientes destacan las investigaciones en hepatitis virales.

Además, la Unidad de Hepatología de la Jiménez Díaz ha puesto en marcha un programa de estudio del cáncer de hígado en relación a cambios genéticos celulares que

conducirá en un futuro a la aplicación de terapia génica antitumoral.

Hipertensión

También se están realizando estudios de hipertensión portal para evitar la hemorragia digestiva en la cirrosis hepática, y se ha comenzado a utilizar técnicas de biología molecular para estudiar la regeneración hepática y evitar la aparición de cirrosis.

Con éste, se conocen en la actualidad seis tipos (divididos a su vez en varios subtipos) de virus causantes de hepatitis, que en España afectan a un millón y medio de personas.

Son los virus B (para el que existe vacuna) y C (que produce una hepatitis aguda, que en la mitad de los casos se hace crónica), los que representan una mayor amenaza para la salud pública, ya que se calcula que cuentan con unos seiscientos millones de portadores en todo el mundo.

Las hepatitis de los tipos A y E, por lo general, no revisten mucha gravedad y se transmiten por vía fecal y oral.

Fuente: Diario 16. 10-I-96. Pág. 44

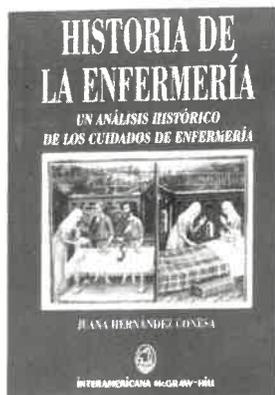
J.M. MOSQUERA GÓNZALEZ P. GALDOS ANUNCIBAY FARMACOLOGÍA PARA ENFERMERÍA

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



J. HERNANDEZ CONESA HISTORIA DE LA ENFERMERIA

En este manual la autora aborda el análisis histórico de los cuidados de enfermería con el propósito de facilitar un material de trabajo útil para el profesional. No se limita a contar la historia de la enfermería sino que nos presenta los cuidados de enfermería como una materia histórica investigable. Otra característica interesante es la incorporación de propuestas y supuestos prácticos al final del libro.



Estos libros y revistas se encuentran en la Biblioteca del Colegio de Enfermería a disposición de todos los colegiados.

REVISTAS

- ROL. Revista de Enfermería.
- Nursing.
- Enfermería Integral.
- Revista de la Asociación Española de Urología.
 - Enfermería Radiológica (Revista Oficial de la Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica).
 - BISEDEN (Boletín Informativo de la Sociedad Española de Nefrología).
 - Enfermería Intensiva (Revista de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias).
 - Enfermería Clínica.
 - RN. Revista de Formación Continuada de Enfermería.
 - Sesiones para la Salud (Revista del Hospital Infanta Elena)
 - Cosas de Enfermería (Revista del Hospital Juan R. Jiménez).
 - Europa Junta (Revista de la Unión Europea).
 - Juan Ciudad (Revista de HH. San Juan de Dios).
 - A.N.D.E. (Asociación Nacional Disminuidos).

BIBLIOTECA





POSTGRADO

CONGRESOS

**VIII Congreso Neumoso-
sur de Enfermería:**

Durante los días 21, 22 y 23 de marzo de 1996 se celebra en la «Casa Colón» de Huelva el VIII Congreso de Enfermería Respiratoria y Cirugía Torácica del Sur, cuya mesa central será «Enfermería ante la Neumología Geriátrica».

VII Jornadas Andaluzas de Enfermería Radiológica:

Durante los días 9, 10 y 11 de mayo de 1996 se celebrará en la «Casa Colón» de Huelva las VII Jornadas Andaluzas de

Enfermería Radiológica, entre cuyos objetivos cabe destacar el de «Incorporar la dimensión del paciente como persona en la asistencia radiológica».

El Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva colabora con los comités organizadores del Congreso Neumosur de Enfermería y de las Jornadas Andaluzas de Enfermería Radiológica a través del apoyo en la organización de los con-

gresos y de forma económica.

Con estas colaboraciones el Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva intenta elevar el nivel científico de la Enfermería Onubense y estar presente a través de su Junta de Gobierno en todos los foros de debate de la Enfermería Andaluza.

Por su parte el **Consejo Andaluz de Enfermería (C.A.E)** también estará presente en ambos congresos a través de su Stand y con la aportación económica para la edición de posibles conclusiones y coberturas de premios a las mejores comunicaciones.

**INVESTIGACIÓN
Y PUBLICACIONES**

El **Consejo Andaluz de Enfermería** con la finalidad de facilitar a los enfermeros andaluces la investigación en Enfermería, promueve «**Ayudas a la investigación**» y «**Ayudas para la edición de libros y trabajos profesionales**», según las bases establecidas a tal efecto. Los interesados deben ponerse en contacto con el Colegio Oficial de Enfermería de su provincia donde presentará el proyecto para el que solicita la ayuda.

CURSOS

TECNICO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

FECHA: Del 11 al 15 de Marzo de 1996.
Nº PLAZAS: 45
PRECIO: 20.000 Ptas. SUBVENCIÓN: 10.000 Ptas.
Nº HORAS ACREDITADAS: 40
IMPARTE Y ACREDITA: Escuela de Ciencias de la Salud (Universidad Complutense)

OPERADORES DE RX.

FECHA: Del 18 al 30 de Marzo de 1996.
Nº PLAZAS: 30.
PRECIO: 35.000 Ptas. SUBVENCIÓN: 10.000 Ptas.
IMPARTE Y ACREDITA: Escuela de Ciencias de la Salud (Universidad Complutense)

LA ENFERMERIA ANTE LAS EMERGENCIAS Y CATASTROFES.

FECHA: Del 15 al 19 de Abril de 1996.
Nº PLAZAS: 40
PRECIO: 22.500 Ptas. SUBVENCIÓN: 12.500 Ptas.
IMPARTE Y ACREDITA: Escuela de Ciencias de la Salud (Universidad Complutense)

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

FECHA: Del 6 al 10 de Mayo de 1996.
Nº PLAZAS: 30
PRECIO: 30.000 Ptas. SUBVENCIÓN: 15.000 Ptas.
Nº HORAS ACREDITADAS: 40
IMPARTE Y ACREDITA: Escuela de Ciencias de la Salud (Universidad Complutense)

COMUNICACION Y RELACIONES HUMANAS

FECHA: Del 20 al 24 de Mayo de 1996
Nº PLAZAS: 30
PRECIO: 30.000 Ptas. SUBVENCIÓN: 15.000 Ptas.
Nº HORAS ACREDITADAS: 40.
IMPARTE Y ACREDITA: Escuela de Ciencias de la Salud (Universidad Complutense)

MANEJO DE ENFERMOS OSTOMIZADOS

FECHA: Del 3 al 7 de Junio de 1996.
Nº PLAZAS: 40
SUBVENCIÓN: 100%
Nº HORAS ACREDITADAS: 40
IMPARTE Y ACREDITA: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.

NORMATIVA DE AUTÓNOMOS

De nuevo la ley esta en contra nuestra; la disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/95 de Seguro Privado de 8 de Noviembre, publicada en B.O.E. Nº 269 de 9 de Noviembre de 1995, obliga a los enfermeros que realicen ejercicio profesional libre a estar dados de alta en el Régimen de Autónomos de la Seguridad Social. Esta disposición entrará en vigor el próximo 9 de Mayo de 1995.

Esta ley que afecta a todas las profesiones liberales: Médicos, Veterinarios, Psicólogos, Abogados, etc., entendemos que es negativa para nuestra profesión y para todo el conjunto de la sociedad.

Para nuestra profesión, porque en una gran mayoría el personal de enfermería que trabaja por cuenta propia lo hace también por cuenta ajena, y si ya cotizamos una vez es discriminatorio obligarnos a cotizar dos veces, y en el segundo caso sin contraprestación alguna. Por otra parte significa la defunción del ejercicio libre, por los elevados costes que supone la apertura de una consulta.

Para el resto de la sociedad también tiene una influencia negativa la entrada en vigor de esta disposición, por cuanto los servicios de los profesionales liberales, van a sufrir un notable incremento en la mayoría de los casos.

Se están llevando a cabo acciones, ante el defensor del pueblo, tribunales de la competencia y partidos políticos, a fin de dejar sin efecto esta disposición adicional de la Ley de Seguros Privados.

BOE 9-XI-95. **Seguros privados.**- Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Disposición adicional décimoquinta. Integración en la Seguridad Social de los colegiados en Colegios Profesionales.

Para personas que ejerzan una actividad por cuenta propia en los términos del artículo 1 0.2.c) de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, y artículo 3 del Decreto 2530/1970, de 20 de septiembre, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos que se colegien en un Colegio Profesional cuyo colectivo no haya sido integrado en dicho Régimen Especial será obligatoria la afiliación a la Seguridad Social. Al objeto de dar cumplimiento a dicha obligación podrán optar por solicitar la afiliación y/o el alta en dicho Régimen Especial o incorporarse a la Mutua que tenga establecida dicho Colegio Profesional.

CUADERNOS DE LEGISLACIÓN





Documentos de **ENFERMERIA**



8 de Marzo de 1996

CLAUSURA DEL V CENTENARIO DEL NACIMIENTO DE SAN JUAN DE DIOS PATRÓN DE LA ENFERMERÍA



Magnífica talla de San Juan de Dios del escultor ayamontino don Antonio León Ortega, encargada el 8 de Octubre de 1958 a instancia del entonces Ilustre Colegio Oficial de Practicantes de Huelva y financiada con aportaciones voluntarias de numerosos practicantes onubenses.

Esta talla fue bendecida el 8 de Marzo de 1959 en la Iglesia de la Merced, donde continúa expuesta al culto.