

Crónicas

de

E
N
F
E
R
M
E
R
I
A

FRANQUEO CONCERTADO. AUTORIZACION n° 26/28 AÑO VI. N° 12. 1995



*Responsabilidad civil
Nuevas coberturas*

Soporte válido del Ministerio N.º SV 91017R



SUMARIO

Editorial

Repaso a todo un año

3

Crónica científica

El Dolor

6

La muerte en un centro geriátrico

12

Ulceras vasculares

15

Premios científicos

El peso de los registros de otros

19

Conocimientos y prácticas de las parteras en La Rioja

20

Registros de Enfermería en la Unidad neonatal pediátrica

21

Departamento socio profesional

8ª Convocatoria premio "Enfermería Riojana"

Programa de Becas 1995

Programa docente para 1995

Servicios al colegiado

22 a 25

Agenda

27

Normas de Publicación

30

Biblioteca

31

CRONICAS DE ENFERMERIA

Dirección: Otilia Garay Treviño.

Subdirección: Pilar Blanco Navarrete.

Coordinación: Sagrario García Ramos.

Consejo de Redacción y Consejo de Administración, Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja.

Fotocomposición e Impresión: Mogar Linotype, S.A.

Maquetación: Evelyn Maeztu.

Dep. Legal: LO-150-1984.

Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja:

Gran Vía Rey D. Juan Carlos I, 67 -esc. B - 1º dcha.

Tlfo. 22 83 16 * Fax. 22 03 44 * 26005 LOGROÑO

Queda prohibida la reproducción total o parcial de cualquier artículo sin citar su procedencia. Crónicas de Enfermería no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni se identifica necesariamente con las mismas. Esta publicación se distribuye gratuitamente.



“Repaso a todo un año”

Mil novecientos noventa y cuatro comenzó con la misma calma que suelen acompañar a esos días vacacionales y navideños. Esa sensación de serenidad y bienestar se propagó y abasteció nuestras actividades durante casi los primeros seis meses del año. Continuamos con el previsto e intenso programa docente. Tuvimos la oportunidad, una edición más, de reunirnos en los Terceros Encuentros de Enfermería Riojana en torno a un tema clave: los registros en enfermería, y, percibir cómo el nivel de ponentes y comunicaciones científicas aumentaban en cantidad y calidad. Fueron fallados los premios que anualmente otorga el Gobierno Riojano, el Excmo. Ayuntamiento de Logroño y nuestro Colegio Oficial, a diferentes ensayos presentados en el citado foro. Del mismo modo la séptima edición del premio científico “Enfermería Riojana” otorgado por el Colegio de Enfermería de La Rioja consiguió la cota de buen hacer que todos deseamos desde su nacimiento para esta convocatoria.

Una buena nueva vino a consolidar esa descrita época de tranquilidad y trabajo con la aprobación definitiva de un Plan de Estudios de Enfermería con una carga lectiva de 3.900 horas, logrando la homologación con el resto de los países de la Unión Europea y que venía a derrumbar fronteras y la estela, a la vista de muchos, de una formación insuficiente.

Igualmente la convocatoria de plazas de enfermería de atención primaria permitieron el hacer brotar nuevas ilusiones y ponerse de lleno a preparar un “supuesto temario”. Desde la propia organización colegial se organizaron cursos de preparación, y materiales docentes de ayuda. La habitualmente vacía biblioteca colegial se pobló de algunos compañeros, carpetas y también nervios de opositor.

Llegados los calores, afloró como sospechábamos una oferta de empleo temporal menor a la de otros años. Los “recién diplomados” vieron cómo se les ofrecía tan sólo contratos de apenas un mes en nuestra Región y algo similar en las demás; el teléfono colegial sonaba incesantemente con una pregunta monológica: ¿cómo está el trabajo por ahí?

Ese mismo ambiente bochornoso fue quizá el que atrajo una nueva amenaza sobre la diezmada situación funcional de los enfermeros de este país. Las reformas de los estudios de Formación Profesional de la familia sanitaria eran articulados y plasmados en unos anteproyectos que por vías no oficiales llegaron hasta la sede del Consejo General de Enfermería y desde él hasta todos los representantes de la profesión. Esos documentos tanto en lo concerniente a los neo-mentados como Técnicos de Grado Superior (antes FP-2) o Técnicos de Grado-Medio en Enfermería (antes auxiliares de enfermería) ponían en jaque la escasa estabilidad de una profesión veterana pero sin definición de funciones, y aventuraban posibles sustituciones de diplomados por estos otros profesionales sobre el papel “capaces” y “autorizados” para desempeñar innumerables y clásicas funciones



enfermeras. Esta nueva nube tuvo la respuesta inminente y "sonora" de una tarde de tormenta estival. Asambleas informativas y avisos en todas las Comunidades. A nivel central/ministerial, reuniones urgentes, grupos de trabajo, proyectos alternativos, entrevistas... Es hoy al cierre de estas líneas e inaugurado un nuevo año cuando podemos, todavía con sigilo, transmitir un **mensaje de esperanza**: al parecer **aquel proyecto de reforma inicial no verá así la luz**, serán aceptadas además una gran parte de las modificaciones propuestas por la Organización Colegial, desde la propia denominación hasta el rescate de funciones claramente "arreatadas".

Apuradas las vacaciones, numerosos profesionales comenzaron su tránsito por la sede de Gran Vía: ¿qué sabemos de las oposiciones de AP? ¿cómo va el trabajo?, ¿dónde puedo encontrar aquellos apuntes...?, ¿cuándo comienza el próximo curso?...

Las previsiones aventuraban la llegada de un otoño "caliente". Lo confirmó un desafortunado rífi-rafe que llenó al menos arroyos de tinta (que no ríos) y sobre todo minutos de pasillo, nacido alrededor de reclamaciones, réplicas y contrarréplicas. Unas hirientes agresiones verbales de un entendemos pequeño grupo de auxiliares de enfermería hacia el colectivo de Enfermería fue el detonante de este conflicto y que requirió de una respuesta contundente por parte de nuestra organización. Extraer líneas o expresiones fuera de contexto, querer aprovechar tal circunstancia para reforzar la adhesión de un colectivo, fue algo que no faltó en ese episodio. El tono de la respuesta colegial quizá pudo ser otro, mas no el mensaje. El manifiesto institucional como bien puede suponer y, como una gran mayoría interpretó, sólo iba dirigido a este grupo de oportunistas y agresores y no al resto de compañeros que acogemos en nuestro mismo grupo familiar, todos como "personal de enfermería". Algunos "de dentro y de fuera" quisieron aprovechar este lamentable suceso para intentar lapidar a una junta directiva o "sacar tajada" de esa supuesta afrenta de la enfermería a otros profesionales. No es el tiempo, en estas líneas de repaso volver a entorcharse y manifestar una vez más el rechazo ante peticiones de corte profesional o de reconocimiento académico que para su consecución necesitan de calumniar o usurpar funciones de otros grupos. Es lícito y respetuoso solicitar "mejoras" o incluso "donaciones" pero sin a cambio, como si moneda de cambio se tratara, pedir que les quiten a ellos para darnos a nosotros, o sencillamente reivindicar algo que pueda sustentarse en algo menos fútil que la "experiencia", "los años de", etc.

Queremos expresar nuestro deseo de que este año nuevo, sea el año donde los oportunistas, los que quieren "fabricar" enemistad e insulto como fórmula de trabajo, cesen, y si pudiera ser, desaparezcan.

El año se va con una convocatoria de oposiciones a plazas de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja.

1995 inaugura una renovada póliza de responsabilidad civil con una cobertura muy superior: cien millones de pesetas, para todos los colegiados.

Deseamos fervientemente que el trabajo, las energías enfermeras y el despertar definitivo de nuestro colectivo para situar nuestra profesión donde debe de estar, sean una realidad.



Desde el 1.º de Enero el Colegio protege a todos los Colegiados Riojanos con una póliza de responsabilidad civil de **100 millones**



POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Debido a las desorbitadas cantidades que se nos están reclamando en los juzgados, la póliza de Responsabilidad Civil que hemos mantenido durante estos años resulta insuficiente, por lo que a partir del 1 de enero de 1995

EL COLEGIO DE ENFERMERIA DE LA RIOJA PROTEGE A TODOS SUS COLEGIADOS CON UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL con las siguientes coberturas:

100 MILLONES POR SINIESTRO

FIANZAS

DEFENSA JURIDICA

Exclusiones a la póliza:

Al igual que el resto de las pólizas que se están ofreciendo en el mercado, esta póliza tiene las siguientes exclusiones:

- Los efectos de radiación provocados por la aceleración artificial de partículas.

- Los efectos directos o indirectos de explosión, desprendimientos de calor o irradiación que provengan de fisión del núcleo del átomo o de radiactividad.

No obstante se consideran cubiertos por la póliza, aquellos otros daños que se ocasionen por colegiados que en el ejercicio de su profesión manejen o utilicen cualquier clase de aparatos para diagnóstico, exploración o tratamiento sanitario.

- Quedan excluidos de la cobertura de la póliza, todo tipo de multas o penalizaciones y en particular los denominados daños punitivos y ejemplares ("Punitive or exemplary damages") y similares.

- Quedarán excluidas las reclamaciones derivadas del SIDA, su transmisión o agentes patógenos del mismo.

- Reclamaciones por daños corporales causados por campos electromagnéticos.

Nota: Está en proceso de negociación con la compañía Zurich la posibilidad de hacer a título individual ampliaciones a la póliza que incluyan las citadas exclusiones.

La presente póliza se ofrece como un servicio más del colegio, sin coste adicional, por lo que es **imprescindible estar al día en el abono de las cuotas colegiales.**

Recordamos una vez más, que en caso de tener alguna otra póliza de responsabilidad civil profesional, **que las coberturas de las pólizas NO SE SUMAN**, sino que la cuantía total asegurada, es la de la póliza mayor. Por esta razón, a los interesados en ampliar la cobertura que ofrece el Colegio, les aconsejamos que sea con la compañía que sea, contraten una ampliación de póliza desde 100 millones hasta la cantidad deseada.



EL DOLOR

El dolor es el síntoma más frecuente y peor tratado de la patología humana.

La Asociación Internacional para el estudio del Dolor (1980) lo define como una sensación desagradable acompañada de componente emocional, que se asocia a un dato real o potencial de los tejidos.

PRINCIPIOS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DEL DOLOR

1. Identificar el origen del dolor y decidir si puede ser útil administrar analgésicos.
2. Tratar al paciente y no sólo el síntoma.
3. En el dolor agudo de intensidad severa iniciar el tratamiento con fármacos que nos aseguren un alivio efectivo del dolor.
4. Conocer bien la farmacología del fármaco prescrito usando dosis adecuadas a intervalos apropiados.
5. Pautar el fármaco a intervalos regulares. Evitar en la prescripción las palabras "a demanda" o "si precisa".
6. Al cambiar de fármaco, administrar dosis equianalgésicas.
7. Adaptar la vía de administración a las necesidades del paciente.
8. Conocer las reacciones adversas que pueden aparecer para actuar profilácticamente en lo posible.
9. Usar combinaciones de fármacos sólo en indicaciones específicas y bien demostradas (AAS o Paracetamol + Codeína)
10. Respetar las diferencias individuales entre pacientes.
11. No utilizar la respuesta placebo como indicador de dolor no orgánico o predominantemente psicológico.

DOLOR CRONICO

Cualquier situación dolorosa que no responde a los medios convencionales de tratamiento y que dura tres o más meses.

La valoración clínica de la severidad del dolor es muy subjetiva. Por ello es preciso seguir una secuencia lógica en la elección del analgésico, empezando por aquellos de menor potencia, que en ocasiones resultan eficaces incluso en el dolor crónico por cáncer.

Ponencia presentada en el Curso de Urgencias para Enfermería.

(Unidad de Dolor. Hospital Valdecilla)

Logroño, Abril 1991

M. Ruiz Pedraja y J.M. Carceller Malo

Diplomados en Enfermería

ESCALA TERAPEUTICA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO.



Los objetivos deben ser:

1. Aumentar las horas de sueño.
2. Ausencia de dolor en reposo.
3. Dolor controlado durante la actividad y movimiento.

I. Primer escalón:

ANALGÉSICOS NO OPIACEOS.

TABLA I: (ver pág. 10)

II. Segundo escalón:

ANALGESICOS OPIACEOS MENORES

Llamados así por su menor potencia analgésica.

Dentro de este grupo los más usados son:

2.1. CODEINA (Codeinsan):

Buena absorción oral. Mayor acción antitusígena que la morfina. Ligeramente sedante. Principal efecto 2x es el estreñimiento.

2.2. DEHIDROCODEINA DE LIBERACION LENTA (Contugesic):

Buena absorción oral. Doble potencia analgésica que la codeína y similares acciones.

Dosis: 60 mgr/12 h

2.3. PENTAZOCINA (Sosegon):

Se incluye en este grupo cuando se emplea por la vía oral. Por su corta duración de acción a través de esta vía.



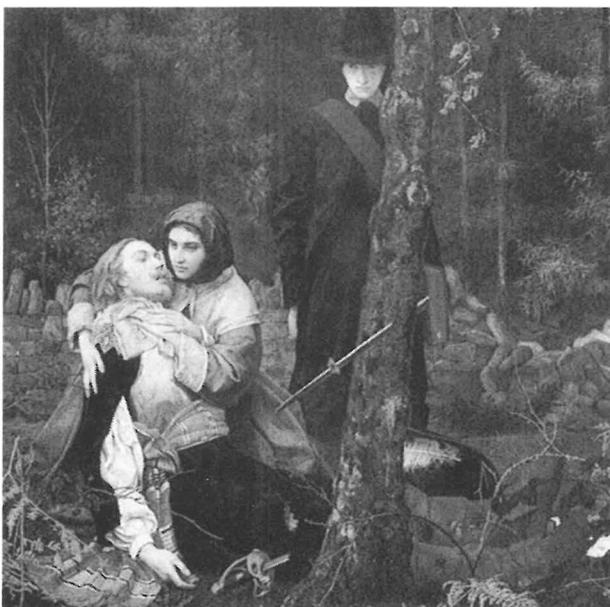
III. TERCER ESCALON

ANALGESICOS OPIACEOS MAYORES

TABLA II: Fármacos opiáceos (ver pág. 11).

3.1. MORFINA ORAL.

Es el fármaco de elección en el dolor crónico. No demostrándose efectiva en el dolor agudo. Ya que la relación potencia oral: Parenteral es 1:6, debido a su intenso efecto de primer paso hepático. Por el contrario en la administración prolongada se hace 1:3 debido a la recirculación enterohepática de la morfina.



"El Caballero herido". The Bridgeman Art Library, Guildhall Art Gallery, Londres.

Dosis inicial depende de las necesidades analgésicas previas y la edad del paciente. Suele comenzarse con 10 mgr/4 h. de cloruro mórfico en solución, aumentándose según las necesidades 30-50% (5-10-15-20-30-40-60-80-100-120-160-180-...)

No teniendo techo analgésico.

Debe superarse 24-48 h. a fin de evaluar la respuesta del enfermo, antes de incrementar la dosis.

Dependencia psicológica: no se suele producir en pacientes con dolor crónico oncológico.

Dependencia física, si aparece.

Tolerancia, se desarrolla lentamente y se controla con pequeños aumentos de dosis.

3.2. MORFINA DE LIBERACION LENTA (MST continuos)

Actualmente se dispone de comprimidos de morfina de liberación lenta, que permiten la administración cada 12 h., alcanzándose similares concentraciones en plasma sin signos de acumulación.

Es aconsejable controlar primero el dolor con soluciones de morfina oral y una vez conocida la

dosis eficaz y segura pasar a MST, dando la misma cantidad dividida en dos tomas.

VENTAJAS: Mejoría del sueño nocturno y del apetito.

EFFECTOS 2X: Semejantes a la morfina de liberación normal.

3.3. EFECTOS SECUNDARIOS Y TRATAMIENTO.

3.3.1. Somnolencia

Puede aparecer en los primeros días y cede al poco tiempo.

3.3.2. Mal sabor de boca y sequedad.

3.3.3. Náuseas y vómitos.

Si son persistentes antieméticos tipo benzamidas (Metoclopramida), durante 1-2 semanas, en casos graves Naloxona 0,2-0,4 mgr. e.v.

3.3.4. Depresión respiratoria

La tolerancia a ella se desarrolla rápidamente y por vía oral no constituye un problema en el enfermo con dolor (mejor antagonista fisiológico).

3.3.5. Estreñimiento

No se observa tolerancia. Pautar dieta rica en residuos y laxantes profilácticamente tipo lactulosa. Si no hace deposición en más de tres días (enema de limpieza).

3.4. BUPRENORFINA (Buprex).

Es un agonista parcial, por lo que no debe utilizarse al mismo tiempo que los agonistas puros, ya que puede invertir el efecto analgésico y producir un síndrome de abstinencia. Tiene techo antiálgico, que se sitúa 1,2 mgr/6 h.

Es utilizado frecuentemente por vía sublingual, antes de pasar a morfina oral.

Util sobre todo en dolor de difícil tratamiento como cáncer de cuello y boca.

Efectos 2x: Sedación, náuseas, vómitos, mareos, sudoración, que tienden a ceder con el uso continuado. Menor frecuencia de estreñimiento. La depresión respiratoria en caso de producirse es de inicio más tardío, antagonizándose sólo parcialmente con Naloxona, precisando Doxadran (Docatone) a dosis), 0,5-1,5 mgr/kg.

3.5. COMPARACION EQUIANALGESICA DE LOS OPIACEOS

COMPUESTO	DOSIS IM	(mgr) oral	POTENCIA
Morfina	10	40-60	1
Meperidina	100	400	0,1
Codeína	-	30-60	0,08
Dehidrocodeína	-	60	0,16
Pentazocina	45-60	120-180	0,2
Buprenorfina	0,3-0,6	0,4-0,8	30-50



3.6. OTRAS VIAS DE ADMINISTRACION DE OPIACEOS

3.6.1. Parenteral

Dolor agudo, paciente terminal con disminución del nivel de consciencia, disfagia importante, vómitos secundarios a obstrucción intestinal. Aparece tolerancia más precozmente.

3.6.2. Rectal

Dosis e intervalos de CL. Mórfico en solución similar a la vía oral.

Para asegurar la introducción en zona alta del recto, se puede usar un catéter venoso del 18 G. unido a la jeringa.

Es una vía eficaz, de baja toxicidad y muy buena tolerancia.

3.6.3. Epidural, Intratecal e Intraventricular.

Necesita menores dosis de opiáceos con duración más prolongada de la analgesia.

Dosis orientativas

	Epidural	Intratecal	Intraventricular
Morfina	1,5 mgr.	0,5 mgr.	0,25 mgr.

3.6.4. Infusión continua con bomba programable de fármaco

Vía parenteral, epidural, intratecal e intraventricular.

3.6.5. Efectos 2x más frecuentes por vía epidural, intratecal e intraventricular.

PRURITO

En casos severos Naloxona 0,4 mgr. e.v.

OLIGURIA

Furosemida (Seguril) 20 mgr. e.v. No responde a expansión de volumen.

RETENCION URINARIA.

Naloxona 0,8 mgr. e.v. + Perfusión 0,2 mgr.

DEPRESION RESPIRATORIA

Aparición tardía.

Naloxona 0,8% mgr. e.v. + Perfusión.

10 microgramos/kg/h. durante d14-18 h.

IV. FARMACOS CO-ANALGESICOS O COADYUVANTES

4.1. Dolor óseo	AINES
4.2. Presión intracranial elevada	Dexametaxona (Decadran) 2-4 mgr/8 h. - Diuréticos
4.3. Dolor por compresión nerviosa	Dexametaxona (Decadran) 2-4 mgr/12 h.
4.4. Dolor en descargas	Anticonvulsivantes Carbamazepina (Tegretol) 200 mgr/6 h.
4.5. Dolor disestésico	Amitriptilina (Tryptizol) 25-75 mgr/día
4.6. Dolor por espasmo muscular	Diacepán (Valium) 5 mgr/12 h. Baclofen (Lioresal) 10 mgr/8 h.

DOLOR AGUDO

Dolor de comienzo brusco causado por daño traumático o por enfermedad sistémica.

En oposición al dolor crónico, cumple un objetivo biológico:

1. Alertar al individuo sobre situaciones que pueden comprometer su integridad orgánica.
2. Servir de ayuda al diagnóstico y evolución de la patología causante.
3. Producir una respuesta físico-patológica que ayuda al mantenimiento de la homeostasia.

I. DOLOR POSTOPERATORIO Y POSTRAUMATICO

Hasta hace poco la actitud ha sido de resignación considerándolo un dolor normal.

Actualmente está cambiando, pero sigue existiendo un número elevado de pacientes con dolor.

No es solamente el alivio del sufrimiento del enfermo, por sí mismo justificado, lo que determina la necesidad de tratar este tipo de dolor, sino el papel que desempeña en la aparición de varias complicaciones:

- Hipoventilación de bases pulmonares.
- Acúmulo de secreciones.
- Tromboembolismos.

Los principales factores que determinan la severidad del dolor postquirúrgico son

- Tipo de cirugía.
- Lugar de la I.Q.

C. torácica, abdominal sup.>c. abdominal inf., ginecología y traumatología>c. periférica o tegumentaria.

- Edad

Ancianos necesitan menor analgesia que los jóvenes.



1.1. DOLOR LEVE

Cirugía menor y 48-72 h. post. cirugía mayor.

1.1.1. Terapia oral (si se considera que puede tolerarse).

- A) Analgésicos no opiáceos.
- B) Opiáceos menores.
- C) Opiáceos menores + no opiáceos.

NOTA: Consultar tablas I y II.

1.1.2. Terapia parenteral.

- A) Analgésicos no opiáceos E.V. o I.M.

1.2. DOLOR MODERADO

Cirugía abdominal inf. ginecológica y traumatológica.

1.2.1. Analgésicos no opiáceos vía parenteral.

1.2.2. Buprenorfina sublingual.

1.2.3. Opiáceos mayores vía I.M.

Morfina, Buprenorfina, Pentazocina.

1.2.4. Opiáceos mayores vía E.V.

Disminuir dosis y administrar lentamente.

1.3. DOLOR SEVERO O CON GRAN REPERCUSION FUNCIONAL.

Obligatorio terapia con opiáceos mayores vía parenteral.

II. DOLOR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

El objetivo es suprimir el dolor y la angustia del paciente y no empeorar su estado hemodinámico.

El analgésico ideal es la morfina administrada por vía intravenosa (2,4 mgr), esperar 10 minutos para vigilar la depresión respiratoria (si el dolor cede bruscamente la depresión podría manifestarse) y repetir si es preciso cada 10 o 20 min.

En ocasiones es suficiente la vía I.M. (10 mgr.).

Conviene que el enfermo esté echado para evitar la hipotensión ortostática.

Controlar estrictamente la administración de estos fármacos en pacientes respiratorios crónicos o en aquellos portadores de alteraciones en la conducción A-V.

La Pentazocina ocasiona un aumento de la presión arterial y la frecuencia cardiaca puede utilizarse si se produce Bradicardia e hipotensión.

La Meperidina ocasiona primero aumento de presión arterial seguido de hipotensión. Por su acción atropínica puede indicarse en pacientes con bloqueo A-V.

III. DOLOR DE ORIGEN VISCERAL: COLICO URETERAL Y BILIAR.

Clásicamente estos cuadros se tratan con asociaciones de analgésicos no opiáceos y espasmolíticos con actividad preferentemente anticolinérgica.

Los AINE de elección son:

- Diclofenac (Voltaren) 75 mgr. I.M.
- Diprofona magnésica (Nolotil) 2 gr. I.M.

Los opioides deben de usarse con precaución en cólicos biliares, al producir espasmo de los conductos biliares, pancreáticos y del esfínter de Oddi.

Elección:

Pentazocina (Sosegon) 30-60 mgr/3-4 h. i.m.

Meperidina (Dolantina) 100 mgr/3-4 h. i.m.

Se puede intercalar con la anterior asociación, antes de usar los opiáceos como único analgésico. Recordar que el proceso visceral debe ser perfectamente diagnosticado antes de administrar opiáceos, para no enmascarar procesos quirúrgicos urgentes (Perforación gástrica, peritonitis...).

IV. DOLOR EN EL PARTO

Los opiáceos más utilizados son:

4.1. MEPERIDINA

Se puede producir ligera disminución de la tensión arterial y vómitos.

Dosis:

50-100 mgr/I.M./2-3 h. Hay autores que recomiendan una dosis inicial de 100 mgr. y las siguientes de 50 mgr.

La vía endovenosa es más peligrosa por el feto.

4.2. FENTANYLO + BUPIVACAINA

La combinación de estos fármacos vía epidural constituyen la analgesia de elección durante el parto.

PALABRAS CLAVES

DOLOR

ANALGESICOS OPIACEOS

ANALGESICOS NO OPIACEOS



TABLA I

ANALGESICOS NO OPIACEOS					
GRUPO QUÍMICO	COMPUESTO	DOSIS HABITUALES	DOSIS MAXIMA	POTENCIA EQUIANALGESICA	REACCIONES ADVERSAS
SALICILATOS	A.A.S. (aspirina®) (A. Infantil®)	500-1000 mgr/4-6h. lact. 60 mgr/4-6h. < 6 a. 125 mgr/4-6h. 6-12 a. 250 mgr/4-6h..	1 gr/4-6h.	650	Irritación G.I., acúfenos, tendencia hemorrágica, hipersensibilidad, salicilismo.
	Acetilsalicilato de Lisina Oral (Inyesprin®) e.v., i.m. (Dolomega®) Diflunisal (Dolobil®)	1 gr./6h 500-750 mgr/12h	1500 mgr/día	250	Comunes al grupo. Irritación G.I. menos frecuente.
PIRAZOLONAS	Dipirona magnésica (Nolotil®)	500-1000 mgr/6-8h. i.m. 1-2 mgr/6-8h. e.v.	8 gr/día	500	Agranulocitosis y anemia aplásica, irritación O.I., hipotensión.
PIRAZOLIDINDIONAS	Fenilbutazona (Butazolidina®)	100-400 mgr/día cada 6-8h.	800 mgr/día		Irritación G.I. Depresión médula ósea
PARAMINOFENOLES	Paracetamol (Termangil®) (Melabón Infantil®)	500-650 mgr/4h < 1 a. 10-15 mgr/Kgr/4-6h. 6-12 a. 250 mgr/4-6h.	4 gr/día	650	Mareo, daño hepático, con altas dosis por largo tiempo
DERIVADOS A. FENILPROPIONICO	Ibuprofen (Neubrufen®)	1200-1600 mgr/día cada 6-8h.	2400 mgr/día	400	Irritación G.I., cefalea, mareo, erupción, acúfenos, edema, disnea.
	Naproxen (Neprosyn®)	250-500 mgr/12h.	1250 mgr/día	275	
DERIVADOS AC. FENILACETICO	Diclofenac (Voltaren®)	50 mgr/8h i.m. 70 mgr/8-12h.	150 mgr/día	50	Irritación G.I. erupción cutánea.
OXCAMS	Piroxican (Improntal®)	10-20 mgr/24h. 20 mgr/24h. (V. rectal)	30 mgr/día		Irritación G.I., anemia, erupción, mareos.
INDOLES	Indometacina (Inacid®)	25-50 mgr/8-12h.	300 mgr/día		Cefalea, vértigo, mareos, Irritación G.I.,
	Sulindac (Sulindac®)	100-200 mgr/8-12h.	400 mgr/día		
DERIVADOS AC. ANTRANILICO	Ac. Mefenamico (Coslan®)	250 mgr/6h. máx. 7 días	1500 mgr/día		Somnolencia, mareos, cefalea Irritación G.I. Diarreas y vómitos
	Glafenina (Gliganan®)	1000-1200 mgr/día cada 6-8h.	1500 mgr/día		

- ① Se trata de dosis de mantenimiento. Con frecuencia la dosis de choque es superior. La vía de administración es la oral, si no se especifica otra.
- ② En tratamientos muy cortos puede superarse.

Resulta muy eficaz la asociación de A.A.S. (500 mgr) o Paracetamol (600 mgr) con codeína (30-60 mgr), debido a un claro efecto de potenciación analgésica.

Recuerda: El Paracetamol no tiene efecto antiinflamatorio.
Los analgésicos no Opiáceos tienen techo analgésico.

Fenilbutazona: Su empleo actualmente se limita a:
Espondilitis anquilopoyética, Afecciones articulares inflamatorias agudas, Ataques agudos de gota y pseudogota.
Exacerbaciones agudas de artritis reumatoides.



TABLA II

ANALGESICOS OPIACEOS					
FARMACO	ABSORCION ORAL	VIDA MEDIA (H)	ELIMINACION	DURACION EFECTO (H)	DOSIS ANALGESICA I.M. (mgr)
MORFINA (CL. Mórfico Palex®)	Escasa (1)	2-3	Hepática Renal 16%	4	I.M. ó S.C. 0,15 mgr/Kgr. E.V. 0,15 mgr/Kgr.
MEPERIDINA (Dolantina®)	Regular	2-4	Hepática Renal 10%	2-4	100
METADONA (Metasidin®)	Buena	13-55	Hepática Renal 21%	6-8	10
CODEINA (Codeisan®)	Buena	3-4	Hepática Renal 10%	4-6	V.O. 30-60
BUPREMORFINA (Buprex®)	Buena	AGONISTAS PARCIALES 3	Hepática Renal 25%	6-8	0,3-0,6 S.L. 0,4-0,8
PENTAZOCINA (Sosegon®)	Aceptable	AGONISTAS-ANTAGONISTAS 3	Hepática Renal 25%	2-3	30 V.O. oral 50-100
NALOXONA (Naloxona®)	Escasa	AGONISTAS PUROS -	Hepática + redistribución	45-70	E.V. 0,4-0,8

① Fenómeno intenso de primer paso hepático.

BIBLIOGRAFIA

L. ALIAGA FONT. *Opioides en Oncología*. *Inflamación* 93, 1990; 3; 219. 26.

M.A. CAMBA RODRIGUEZ. *Tratamiento del dolor crónico con opioides orales*. En "Tratamiento del dolor crónico". Monografías Europharma, capítulo cuarto. 1988.

F. LINARES DEL RIO. *Uso clínico de los narcóticos en el dolor crónico maligno*. *Dolor*, suplemento 1990.

J. FLOREZ et al. *Fármacos analgésicos opiáceos*. *Farmacología humana*, 1. ed. editorial Eunsa 1989; 287-299

J. FLOREZ et al. *Analgésicos antitérmicos. Antirreumáticos no esteroideos*. *Farmacología humana*, 1º ed. editorial Eunsa 1989; 242-263.

C.R. LOPO et al. *Tratamiento farmacológico del dolor oncológico*. *Farmacoterapia* vol. 6, nº14. 1989.

M. FARRE. *Tratamiento del dolor agudo*. *Dolor*, vol. 2, nº 3. 1984.

J. FLOREZ et J.M. CARCELLER. *Manejo clínico de los opiáceos en el tratamiento del dolor*. *Farmacoterapia* vol. 1, nº 2. 1984.



La muerte en un centro geriátrico

Concepción Díez Martínez
Diplomada en Enfermería

INTRODUCCION

La muerte se halla presente en la asistencia Geriátrica con frecuencia, puesto que las dos terceras partes de las defunciones se producen en personas de edad avanzada.

Trataré de ofrecer una visión del desarrollo de ésta, como la ven y la viven los ancianos, y la percepción que de ella tiene el personal a su cuidado. Esta apreciación, se basa únicamente en mi propia experiencia y la observación personal de estos hechos.

El Centro Geriátrico, donde yo trabajo, acoge a 376 ancianos. La mayoría se hallan en régimen de larga estancia, es decir, que casi todos acaban aquí sus días. Son ingresados por problemas socio-sanitarios y familiares; muchos no tienen familia directa o si la tienen, se relacionan poco con ella, algunos ni siquiera tienen amigos. Sus recursos a nivel socio-cultural y económico son bajos. Con frecuencia suelen presentar una pluriopatología crónica, sobreviven durante años en un estado de salud deteriorado, y, a medida que pasa el tiempo, es cada vez más precario. Hay ancianos que se adaptan bien al centro, otros presentan dificultades en este sentido, y los hay que no logran adaptarse nunca, son los que llamamos "ancianos difíciles". De hecho, hemos podido observar casos en los que el tiempo de estancia ha sido muy breve, semanas o poco más. Estas personas se sentían reclusas y abandonadas; adoptaban una actitud negativa ante los cuidados que se les prodigaban, a veces cuando su familia venía a verlos, se mostraban agresivos con ellos; al poco tiempo de su ingreso estos ancianos fallecían, sin que, en apariencia, desde el punto de vista médico, hubiera motivo para que acaeciera la muerte. En general se sienten solos, si uno está "alerta" cuesta poco percibir la insuficiencia de relaciones humanas,

esta situación, en parte, se halla favorecida por la masificación, carecen de intimidad y muchos, se hallan físicamente limitados, tanto para la movilización como para la comunicación (parálisis, sordera, afasia etc.). La comunicación con ellos es difícil y en ocasiones imposible, por lo general, se muestran pasivos, manifiestan poco sus sentimientos y, para el personal, resulta una labor ardua, ya que está poco preparado en el terreno de la comunicación.

Pienso que la Geriátrica es poco valorada y apreciada, principalmente por las características del usuario, con los condicionamientos señalados anteriormente; y por las condiciones de trabajo, ya que estos centros suelen estar peor dotados de recursos humanos y materiales que los de otras especialidades. Buena parte del personal al cuidado de las personas mayores, duda de la utilidad del trabajo que desarrolla, ya que, en numerosas ocasiones, no se traduce en una mejoría de su estado físico, y, hasta hace poco se nos preparaba para ayudar a curar y no para cuidar a la persona con una visión íntegra de la misma. No obstante, la filosofía del departamento de Enfermería se basa y dirige sus esfuerzos, en favorecer y ayudar al anciano a VIVIR, permitiendo y potenciando el desarrollo de sus posibilidades a todos los niveles.

LA MUERTE EN EL ANCIANO

La muerte del anciano es percibida, por lo general, de modo diferente a la producida en personas jóvenes, es aceptada social y culturalmente como algo natural, y, por lo tanto, no nos sorprende. Aunque dadas las características de nuestros usuarios, debo resaltar el hecho de que con el paso del tiempo, se establece una relación afectiva entre el personal y el anciano, a veces de muchos años de duración, y cuando el fallecimiento tiene lugar, no es visto ni sentido como la muerte de un extraño, ya que se le ha tomado cariño, se conoce su vida pasada, sus costumbres, etc.

Con frecuencia, la muerte sobreviene tras el padecimiento de enfermedades progresivas o



degenerativas, en las que la vida va dejando poco a poco paso a la muerte, por lo que su final, es previsible. El deterioro físico es progresivo y constante, seguido de una pérdida de independencia cada vez mayor; otras veces, la muerte es causada por la agudización de su patología de base u otras causas. Suelen ser muertes lentas, con el anciano en estado inconsciente y sometido a una serie de técnicas, que enfermería cuestiona en algunas ocasiones. Nos apena ver cómo en lugar de morir dulcemente y sin tanta intervención, el anciano se convierte, a veces, en mero receptor de nuestros cuidados, sin poder ser dueño de sí mismo en el proceso de su muerte. Con frecuencia mueren solos y desamparados, las únicas personas que pueden acompañarlo son el personal de enfermería, y éste, en general, siente rechazo hacia la muerte y le resulta muy difícil y angustioso permanecer a su lado, por lo que se limita a proporcionarle los cuidados físicos necesarios, evitando permanecer junto a él más tiempo del imprescindible.

A pesar de todo, comparando mi experiencia en hospitales de agudos la muerte aquí pienso que es menos fría.

Un hecho que me parece muy positivo, pero que por desgracia es muy poco frecuente, es el acompañamiento al moribundo por su familia. Expondré brevemente la experiencia que tuvimos con la Sra. Carmen. Esta mujer, sentía que su muerte estaba próxima, y así nos lo manifestó en varias ocasiones, yo no le negué esta posibilidad, pero seguramente no le pude prestar toda la ayuda que ella hubiese necesitado. Sí pude observar, la vigilancia permanente de los miembros de su familia en los últimos días de su vida, la mayoría, rechazados por la anciana mediante gestos y gritos cada vez que se acercaban a su cabecera; tan sólo a uno, su nieto, le permitía que se le acercara, éste le tomaba la mano o le acariciaba y la Sra. lo miraba y le sonreía. Su nieto permanecía callado al lado

de su cabecera, pero solícito en gestos hacia ella cada vez que se quejaba o gritaba. Me resultó emocionante comprobar la comunicación que se estableció entre ambos. Recuerdo esta muerte, (a pesar de lo dolorosa que parecía para la Sra.), como de las mejores que he visto. Esta anciana no estaba contenta casi nunca, se mostraba, por lo general, exigente y acaparadora con el personal, pues su estancia en el Centro no era aceptada por ella.

COMO VE EL ANCIANO LA MUERTE

El anciano tiene más presente la enfermedad y la muerte que las personas jóvenes. Los hay que se muestran muy preocupados por su salud, reclamando constantemente cuidados y atenciones, les angustia mucho la posibilidad de enfermar o morir. Otros parece que la desean, con frecuencia oímos expresiones tales como "yo ya no tengo nada que hacer aquí" o similares, aunque cabe preguntarse el significado de estas afirmaciones. ¿Desean morir realmente? o por el contrario, si pudieran encontrar algún sentido a su vida, ¿Pensarían lo mismo? Particularmente

pienso que, en realidad, hay ancianos que afrontan positivamente la posibilidad de morir, y no manifiestan temor ante este hecho, sin embargo, es a nosotras a quienes nos incomoda y desconcierta, cuando nos vemos involucrados en estas situaciones. En la práctica cotidiana, en más ocasiones de las que se pudiera pensar, las personas mayores hablan del deseo de no seguir viviendo más, y si permitimos mantener la conversación podemos comprobar que a ellos no les importa hablar de este tema. Expondré también brevemente otro caso real que muestra una situación con la que nos encontramos en bastantes ocasiones. La Sra. María tiene 94 años y hace 5 que está con nosotros. Dice que ya está cansada de vivir, que ya ha hecho lo que tenía que hacer; y que,



"Hospital Medieval" Parke-Davis
Division of Warner-Lambert Co.



por lo tanto, la vida para ella ya no tiene ningún sentido; cuenta que no tiene fuerza física para moverse por sí sola y todo se lo tienen que hacer, ve poco, no puede leer ni hacer manualidades, no le gusta la TV y apenas se relaciona con sus compañeras. Manifiesta tristeza al hablar de su familia, sus hermanos, amigos, y demás parientes han muerto ya, sólo le quedan sobrinos que vienen a verla de vez en cuando. Habla de la muerte con franqueza, serenidad y sin temor.

PERCEPCION DE LA MUERTE POR EL PERSONAL

Ante un anciano en precario estado de salud, siempre se plantea la posibilidad de hacer reversible su situación. Buena parte del personal consideramos que se antepone la prolongación de la vida a toda costa, aunque esto pueda conducir a que el paciente acabe en un estado no deseado por él, prolongándole su agonía. En numerosas ocasiones nos cuestionamos hasta qué punto tenemos derecho a intervenir, cuando vemos que el anciano muestra rechazo hacia determinadas técnicas y procedimientos, tales como sondajes, etc.; creemos que la actitud que debemos adoptar debería ser de respeto a sus decisiones y permitirle que viva su propia muerte con dignidad.

El tema de la muerte lo abordamos en pocas ocasiones, pienso que, en la mayoría de nosotros, suscita temor e inquietud, y cuando nos vemos inmersos en él, nuestra tendencia es huir o evitarlo como sea, para ello recurrimos a desviar la conversación hacia otros asuntos, a negar tal posibilidad para el anciano, o a responder con frases como "no diga Ud. eso" "todos nos moriremos algún día" etc. o marcharnos cuanto antes de su lado (con cualquier excusa) para evitar afrontar algo que a nosotros también nos angustia, desconocemos y no sabemos qué responder, nos sentimos impotentes y adoptamos una actitud pasiva.

CUIDADOS QUE SE PROPORCIONAN A LOS MORIBUNDOS

La ayuda que aportamos a los ancianos en las etapas terminales de su vida, va dirigida fundamentalmente a los cuidados corporales.

La higiene la consideramos importante, y se practica con esmero y eficacia, tanto a su persona como al entorno que le rodea.

En cuanto a la movilización, se procura no mantenerlos en cama permanentemente, y, si ya no es posible levantarlos, se les practica una serie de cuidados tales como la movilización en cama a través de cambios posturales, colocándoles de la forma más cómoda posible para ellos, mediante la utilización de cojines, colchones de agua, etc..

La alimentación representa a veces un punto conflictivo, ya que, en ocasiones, es necesario llevarla a cabo mediante SNG, cosa que muchos rechazan, manifestándolo con inquietud, nerviosismo y si pueden, se la quitan cuantas veces tengan ocasión de hacerlo; y volvemos a preguntarnos si es correcto nuestro proceder al pretender alimentarlos así, si ellos rechazan este método.

En cuanto al dolor, en general todo el personal que atiende a ancianos moribundos está muy sensibilizado frente al mismo, y se procura adoptar las medidas necesarias para paliarlo, si es necesario se recurre a medidas decididas en este sentido, tales como la administración sistemática de analgésicos cada "X" horas tanto de día como de noche.

CONCLUSION

Pienso que nuestros mayores podrían morir mejor, si les prestáramos más ayuda a otros niveles además del físico, deberíamos también permitir y facilitar que en el trance de la muerte, no estén solos, asimismo, creo que sería muy positivo hacer del anciano moribundo el verdadero protagonista de su propia muerte, teniendo en cuenta sus deseos y necesidades, y que, en última instancia, es él quien debe decidir (si le es posible hacerlo) la utilización o no de determinadas técnicas o procedimientos destinados a prolongar más su agonía.

Por otra parte, el personal de enfermería se siente muy limitado a la hora de afrontar estos hechos, por lo que creo que es indispensable una formación adecuada en este sentido, ahondando en el tema y abordándolo de manera franca y desmitificada, pues es un hecho con el que nos encontramos frecuentemente y en la mente de todas nosotras se halla siempre el interrogante de ¿Qué hacer? ¿Qué decir?



Úlceras Vasculares

Luis A. Pevidal Rodríguez
Enrique Malo Galilea
Diplomados en Enfermería
Centro de Salud
"Gonzalo de Berceo" - Logroño

- ÚLCERAS VENOSAS -

1. ÚLCERA VARICOSA

Aparece frecuentemente en mujeres mayores de 40 años y con factores predisponentes como es la debilidad genética de las venas, mostrando incompetencia valvular congénita por elementos esenciales, así como antecedentes tales como obesidad, traumatismos, infecciones, embarazos, etc.

Formación de la úlcera:

Se ha demostrado que en las venas de las piernas de pacientes afectos de insuficiencia venosa o sus complicaciones, el contenido de Oxígeno y el tiempo de circulación son superiores a los de las personas sanas. En estos pacientes, a diferencia de la población sana, la presión venosa no disminuye durante el ejercicio, el aumento persistente de la presión venosa en las extremidades inferiores da lugar a la distensión de los capilares dérmicos con aumento de su permeabilidad y fibrina pericapilar. Este manguito de fibrina impide la difusión de Oxígeno, de factores nutricios y de crecimiento hacia el tejido correctivo de la dermis, lo que conduce a un estímulo en la síntesis de colágeno y fibrosis dérmica.

Este proceso conduce a la anoxia tisular, como se demuestra por la disminución de la tensión de Oxígeno transcutánea y finalmente da lugar a la aparición de úlceras. El acúmulo pericapilar de fibrina en estos pacientes probablemente se vea facilitado por un defecto de la fibrinolisis.

La tromboflebitis es un factor contribuyente importante ya que la destrucción de las venas profundas produce un aumento del flujo sanguíneo de retorno a través de las venas superficiales, que consiguientemente se dilatan formando varices.

Como resultado de la dilatación, las válvulas se hacen incompetentes. De esta manera, aumenta la presión hidrostática venosa y la presión y permeabilidad capilar, filtrándose una cantidad de fluidos y proteínas a los tejidos que los linfáticos son incapaces de reabsorber. Ello

conduce a una cascada de alteraciones como son el edema, eczema, pigmentación, engrosamiento cutáneo, fibrosis y ulceración.

Tamaño y Localización:

La región lateral interna del tercio inferior de la pierna (región supramaleolar interna) suele ser la localización preferente de la úlcera, ya que su localización causal más frecuente es la insuficiencia del cayado de la safena interna, aunque también puede darse en la safena externa. Puede ser bilateral, pero siempre es más llamativa en la pierna donde existen mayores dilataciones varicosas. Es muy raro que afecten a los pies o al muslo pero no es infrecuente que aparezcan entre el tobillo y la rodilla originados por traumatismos.

El tamaño es muy variable, desde muy pequeña a muy externa, dependiendo del grado de insuficiencia venosa, del tratamiento local y del traumatismo sobreañadido.

Es poco profunda y de formas irregulares, ovalada y circular.

Pueden ser puntiformes, gigantes (que se extienden hacia arriba por la pierna) y anulares o circulares (que rodean completamente el miembro).

Clínica:

La úlcera da comienzo con un período de induración y pigmentación de la piel. Es una piel edematosa, a menudo con sensación de prurito y distensión. En esta zona aparece una necrosis que al desprenderse origina la úlcera. Los bordes son suaves rojos o violáceos, excavados en sacabocados y oblicuos, después más pálidos y duros, histopatológicamente existe hiperqueratosis y acantosis con hiperplasia pseudoepiteliomatosa ocasional.

El fondo puede presentar congestión y granulación, necrosis y secreción purulenta como evidencia de una infección secundaria, la piel circundante puede presentarse edematosa, indurada, pigmentada o como una dermatitis



eczematosa. La dermis subyacente presenta alteraciones fibróticas con atrofas de anejos cutáneos. Vemos también una zona eritematosa de pequeñas vénulas dilatadas por debajo y detrás del maleolo, convergiendo hacia la úlcera. Dan prurito y sensación de hormigueo con pesadez y segregan gran cantidad de exudado. El edema está presente mucho antes de que sea detectado clínicamente por la fovea. Empeora al permanecer de pie, en verano y en las últimas horas del día.

El dolor es frecuente en el paciente, su intensidad varía con la ocupación o estado emocional y disminuye al enfriar el ambiente, al elevar el miembro y al caminar (lo contrario que sucede con las arteriales) y aumenta con la bipedestación estática. El éstasis venoso, el aumento de permeabilidad capilar y los traumatismos mínimos causan extravasación de hematíes en la dermis, produciéndose una pigmentación característica de hemosiderina que se observa con mayor frecuencia en tobillos y sobre las dilataciones varicosas. Es importante su tendencia a la curación con el reposo, teniendo la pierna elevada.

Diagnóstico:

El diagnóstico de este tipo de ulceraciones se establece sencillamente en base a los hallazgos clínicos, por todas las alteraciones que acompañan a la ulceración, incluso en ausencia de venas varicosas.

Tratamiento:

a. Postural. Elevación del miembro afecto por encima del corazón, durante al menos dos horas, dos veces al día para favorecer la curación de la úlcera.

b. Ejercicios musculares. Encaminados a la movilización completa de la articulación del tobillo en toda su amplitud.

Cuando el paciente se encuentre en bipedestación, para que el ejercicio sea eficaz, debe mantenerse una fuerza externa de comprensión como medias elásticas, vigilando que no formen anillos constrictores que dificulten el retorno venoso, y que no tengan pliegues o zonas puntuales que comuniquen mayor presión y puedan dañar la piel en un área determinada.

c. Aplicaciones locales y control de la infección. Encaminadas a eliminar los exudados, quitarles las costras, controlar la infección, fomentar la granulación, aliviar el dolor, mejorar el estado de la piel circundante a la úlcera y proteger las yemas de epitelio neoformado.

Primero realizar incisión y drenaje y un desbridamiento de la zona, el uso de antibióticos tópicos es controvertido ya que a veces sensibilizan. El antiséptico de elección depende del tejido de granulación, pero tienen acción inhibitoria sobre el tejido

de granulación, como agente humectante el suero salino que además no daña los tejidos circundantes, las cremas de peróxido de hidrógeno están indicadas para la protección de la piel circundante de la úlcera y es raro que sensibilicen.

Como antiséptico también se han empleado las tinturas con una actividad muy persistente cuando se usan en cura oclusiva incluso en presencia de exudado intenso. Los gránulos, pastas o polvos de dextranómeros, tienen la utilidad de separar las bacterias, proteasas y otras sustancias de la superficie de la úlcera, lo que además de dificultar la infección condiciona una superficie más adecuada para el crecimiento epitelial. En los casos en que es necesario un desbridamiento, o eliminación de detritus para favorecer la cicatrización se han usado también agentes enzimáticos como la colagenasa, que se aplican en cura oclusiva diaria, consiguiéndose eliminar progresivamente el material de desecho que impide la reepitelización y favorece la infección, para que estas sustancias actúen es necesaria la presencia de humedad.

Si el dolor es importante y rebelde pueden usarse inyecciones de lidocaína. En cuanto al tipo de vendaje varía dependiendo de las características de la úlcera.

Cuando hay escaras, es adecuado usar apósitos adherentes, sin embargo, esto debe evitarse cuando hay islotes de epitelio en crecimiento, ya que estos apósitos los podría destruir. En las úlceras exudativas es importante usar apósitos permeables, que dejan eliminar los exudados para que no irriten a los tejidos vulnerables de la periferia de la úlcera.

También pero con las precauciones adecuadas se utiliza la aplicación local de oxígeno hiperbárico para la cicatrización. El tratamiento quirúrgico se trata de extirpar las venas varicosas, de extirpar el mayor número posible de venas comunicantes, hacer escleroterapia compresiva y por último hacer injerto de piel completo y microinjertos sobre la úlcera.

2. ULCERA POSTFLEBLITICA

Como característica diferencial, la aparición en mujeres más jóvenes (menos de 40 años), y pueden existir o no antecedentes sintomáticos de flebitis: edema, algia, impotencia funcional.

Los dolores son permanentes y con recrudecimiento nocturno por afectación de los nervios simpáticos adventiciales.

Cuando una úlcera venosa de larga evolución y bien tratada no cura, se debe pensar que es mixta, arterial más venosa, que exista una diabetes subyacente o que se haya producido epiteliomización.



- ULCERAS ARTERIALES O ISQUEMICAS-

Son debidas al déficit de aporte sanguíneo. Suelen ser de tamaño y forma similares a las venosas, duele siempre al comienzo de la formación y el dolor en la zona afectada precede a las primeras manifestaciones. Están infectadas de una forma continua y al contrario que las venosas mejoran con el movimiento, siendo importante la deambulación. Se originan siempre por la aparición de una escara y al igual que las venosas empeoran con el frío y mejoran con el calor.

1. ULCERA POR ARTERIOESCLEROSIS OBLITERANTE

Incidencia:

Es una afección oclusiva de los vasos de tamaño grande y mediano. Se manifiestan sobre todo en hombres mayores de 45 años a menudo tras un traumatismo.

Signos:

La úlcera se desarrolla generalmente sobre las prominencias (porción distal de los dedos, zona periungueal, talón y maleolo).

La úlcera es pequeña, pálida y plana cuando se inicia, agrandándose lentamente. La base es de color gris-amarillento o negruzca, recubierta por residuos necróticos. Los bordes están excavados en sacabocados y no exhiben ninguna tendencia hacia la epitelización. Si resulta infectada de forma secundaria, se observa una secreción purulenta, la piel que circunscribe la úlcera es pálida e indolora, se une la ausencia o reducción del pulso de la pierna, atrofia de la musculatura de la pierna, ausencia de crecimiento de pelo al dorso de la pierna y dedos, atrofia cutánea y alteraciones ungueales de los dedos de los pies. Puede presentarse edema de pie y pierna.

Síntomas:

El predominante es el dolor. Al principio hay claudicación intermitente que se manifiesta por dolores y calambres de los músculos de las extremidades durante el esfuerzo, que se alivia con el reposo, aunque luego el dolor se presenta con el reposo.

La úlcera es muy dolorosa y el paciente puede calmarlo sentándose en la cama y colgando las piernas.

Causa y Curso:

Dieta con elevados niveles de lípidos en suero, falta de ejercicio y el tabaco. El traumatismo es un factor precipitante en el desarrollo de las úlceras. Su curso es crónico. La osteomielitis y la artritis supurante pueden complicar las ulceraciones sobre estructuras óseas.

Histopatología:

Las primeras alteraciones son pequeñas placas amarillentas en la superficie interna de las arterias, más tarde éstas se unen para formar un engrosamiento a modo de placa de la íntima, que contiene colesterol, otros lípidos y tejido fibroso.

Se producen alteraciones en la capa media, y a menudo, oclusiones tromboticas de la luz arterial. Las alteraciones cutáneas se encuentran en proporción al grado de isquémicas. En las alteraciones isquémicas leves se presenta atrofia epidérmica, en la isquemia grave la ulceración y la gangrena cursan con una notable relación inespecífica marginal.

Diagnóstico Diferencial:

Tromboangitis obliterante, enfermedad de Raynaud, ulceraciones varicosas.

Tratamiento:

General. Los pacientes deben dejar de fumar. En pacientes postrados en cama deben elevar la cabecera para incrementar el flujo circulatorio hacia los pies, protegiéndolos contra fricciones o presiones excesivas.

Los pacientes ambulatorios deben andar lo más posible, ya que al andar ayudan a desarrollar una circulación colateral. Los analgésicos, antibióticos sistémicos y los vasodilatadores orales pueden ser útiles. Los pacientes deben evitar someterse a temperaturas extremas.

Local. Desbridamiento de la úlcera para eliminar el tejido necrótico. Los injertos de piel o las intervenciones de tipo quirúrgico destinadas a mejorar la circulación de la sangre pueden resultar útiles.

Clases de Diagnóstico:

Debe sospecharse en caso de ancianos de sexo masculino que presenten una úlcera excavada en sacabocados y dolorosa, de base negruzca sobre una prominencia ósea. Debe buscarse el pulso de la pierna, y efectuar análisis de orina y estudios hemáticos para descartar una posible diabetes.

Localización:

Parte inferior de la pierna, sobre prominencias óseas del pie (porción distal de los dedos, zona periungueal).

2. ULCERA HIPERTENSIVA

También llamada úlcera de Martorell.

Incidencia:

Son raras, se dan más a menudo en mujeres entre 50-60 años. Los hombres son afectados en



menor frecuencia y los pacientes suelen presentar signos y síntomas de hipertensión.

Signos:

Las úlceras suelen localizarse en la cara lateral y posterior de la pierna, encima del tobillo. Ambas piernas pueden encontrarse afectadas de forma simultánea o sucesiva. La afección se inicia con una pequeña placa púrpura rojiza en la que aparece una vesícula hemorrágica, que se rompe y se ulcera. Cuando está totalmente desarrollada la úlcera es pálida y plana y exhibe un característico halo cianótico-purpúrico de tejido isquémico.

La base de la úlcera muestra poco o ningún tejido de granulación y una exudación mínima. Asociado tenemos HTA esencial y alteraciones vasculares del fondo de ojo.

Síntomas:

El dolor en la zona ulcerada es intenso, y no se calma con el reposo en cama. Pueden hallarse presentes síntomas de HTA (fatiga, cefaleas, nerviosismo, palpitaciones, etc.), y anomalías de retina y renales.

Causas:

Se debe a una arteriopatía hipertensiva que produce una zona cutánea infartada, área que se desgarrará espontáneamente o por un traumatismo. La causa de la HTA es desconocida, los factores que predisponen a esta afección son hereditarios y pueden deberse a un consumo excesivo de sal.

Curso:

Su curso es crónico y sus lesiones curan lentamente tras semanas o meses de tratamiento.

Histopatología:

Los hallazgos corresponden a una arteriopatía generalizada. Hay reducción del diámetro de la luz vascular, provocada por el engrosamiento del anillo muscular y la acumulación de sustancias hialinas entre el endotelio y la lámina elástica. En los casos graves, la esclerosis de las arteriolas y pequeñas arterias se halla asociada con trombosis.

La isquemia y la inflamación secundaria de la piel suprayacente así como de la epidermis, conducen a la necrosis y la ulceración del infarto cutáneo. El halo cianótico de color púrpura que rodea la úlcera muestra también una reducción del aporte sanguíneo semejante, pero es menos pronunciado.

Diagnóstico Diferencial:

Úlcera arterioesclerótica, ulcerola tromboangiitis obliterante (enfermedad de Buerger), úlcera varicosa de la pierna, úlcera del livedo reticular y vasculitis.

Tratamiento:

Debe dominarse adecuadamente la tensión arterial del paciente por medio de una terapéutica antihipertensiva específica. Se protegerá la pierna contra cualquier lesión y en caso de existir infección ha de ser controlada.

La cabecera del lecho debe elevarse con objeto de aumentar el flujo sanguíneo hacia las piernas, suele ser útil la aplicación de compresas tibias sobre la zona afectada.

Es aconsejable realizar una simpatectomía, asimismo puede ser necesario la excisión de la úlcera y la aplicación de un injerto cutáneo. La infección secundaria debe ser tratada con antibiótico sistémico y tópico. Para el alivio del dolor puede ser necesario la aplicación de sedantes.

Claves para el diagnóstico:

Se debe sospechar en mujeres de edad mediana o avanzada que presentan ulceraciones isquémicas dolorosas en la parte inferior de la pierna, rodeadas por un halo cianótico purpúrico. Se debe realizar un examen físico completo para detectar síntomas y signos de HTA.

Localización:

Caras lateral y posterior de la pierna justo encima del tobillo.

3. ULCERA DIABÉTICA

Es una úlcera perforante del pie. Neurotrófica y anestésica (puede producirse por otros motivos). Se localiza en puntos de presión de la planta del pie. Es una zona hiperqueratósica que se infiltra en la dermis con formación de senos y tejido de granulación. Se debe eliminar el borde, es muy dolorosa en profundidad y alrededor de ella hay una zona anestésica.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Zanner Gutman. Segunda edición. *Fisioterapia actual*. Ed. Jims.
- Banus S., G. Meneses, Oayés E. *Arteriopatías periféricas*. Vox Clínica. Hoeschst Ibérica S.A. Barcelona 1985
- Bonerandi J.J. *Úlcera de la pierna*. Praxis médica, Tomo XI. Madrid 1981.
- Duphar. *Atlas de Infecciones de la piel: Heridas infectadas, Úlceras de las piernas y Úlceras por decúbito*.
- Goddman y Gilman. Séptima edición. *Bases farmacológicas de la Terapéutica*.
- Hamilton H.K., Rose M.B.: *Procedimientos de Enfermería*. Interamericana. Méjico 1986.
- Hanne Marquard. *Terapia de las zonas reflejas de los pies*. Urano. 1986.
- Kampp J. *Úlceras crónicas, estudio realizado por Coloplast*. Sección de Enfermería de las heridas y cuidados de la piel Madrid.
- Puig A. *Úlceras de decúbito; Fisiología y tratamiento*. Revista Rol de Enfermería n.º 63 y 64. Diciembre 83. Editorial Rol S.A. Barcelona 1983.
- Sabiston D.C. Jr. *Tratado de Patología Quirúrgica de Davis Christopher*. Sexta edición. Madrid. Interamericana 1974



El peso de los registros de otros

Premio "Ciudad de Logroño"
Excmo. Ayuntamiento de Logroño
III Encuentros de Enfermería Riojana

"Grupo 6, D.E.R."
Diplomados en Enfermería

PROPOSITO:

Denunciar como condicionantes de nuestra actividad profesional, los registros de otros.

MATERIAL Y METODO:

Soporte gráfico en un formato de póster donde partiendo de los datos de un trabajo realizado en 1992 sobre los enfermeros de Atención Primaria de La Rioja, se refleja la situación profesional:

1. La burocracia médica supone un 19% de nuestra actividad clínica.
2. Los cuidados de enfermería están condicionados por los registros de otros.

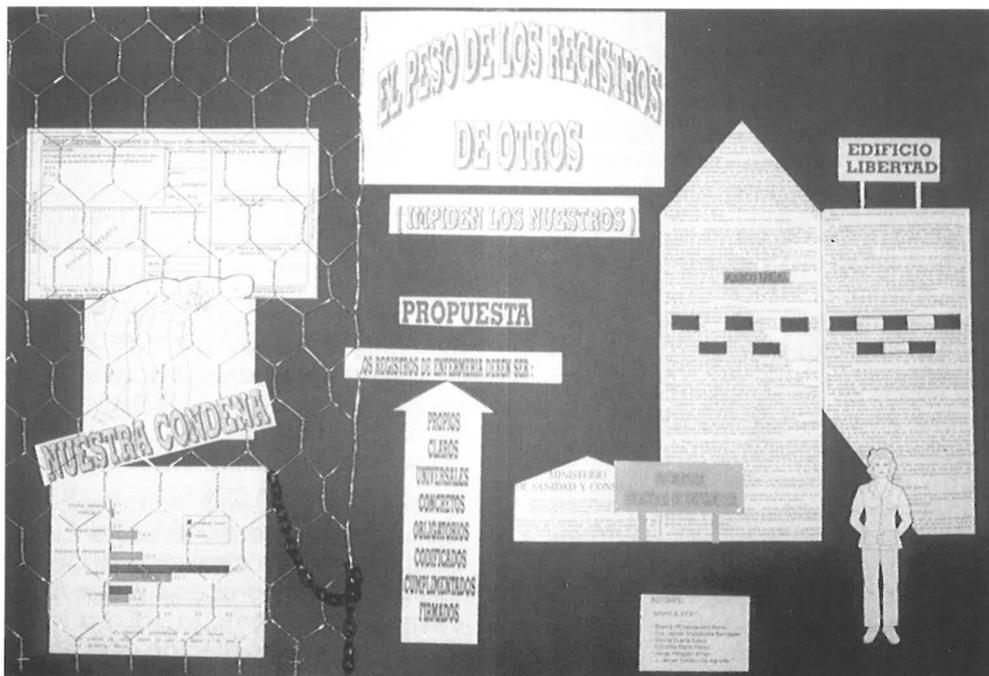
3. Tenemos un marco legal que regula esta situación.

CONCLUSION:

Edificar apoyándonos en el marco legal y a través y como medio en los registros propios de la Enfermería.

Construyamos el gran edificio de la Libertad Enfermera utilizando como:

1. CIMIENTOS: Marco legal.
2. PILARES: Registros propios de Enfermería.
3. SUELOS Y TECHOS: Marco de Funciones
4. ASCENSOR: Carrera Profesional
5. PAREDES, DECORACION Y MOBILIARIO: Valoración, diagnóstico y acciones





Conocimientos y prácticas de las parteras en La Rioja

Premio "Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja"
III Encuentros en Enfermería Riojana

Jacinta Gaviria Benito
Enrique Ramalle Gómara
Diplomados en Enfermería

La partera o comadre era aquella mujer que, sin tener estudios o titulación específicamente sanitaria, ayudaba o asistía a las parturientas. Habitualmente estas mujeres recibían sus conocimientos de otra mujer: su madre, la anterior partera; o incluso de la mera observación de partos en animales. El denominador común de este aprendizaje era el estar basado en la práctica y en la transmisión oral de los conocimientos. Por este motivo, y habiendo desaparecido este oficio, nos planteamos la necesidad de recoger, antes de que definitivamente se perdiera, toda la información posible sobre los conocimientos y prácticas de las parteras en La Rioja.

Para ello, y teniendo en cuenta las características expuestas, el método de investigación elegido fue la encuesta mediante entrevista personal.

Como paso previo al diseño de la encuesta se realizó una revisión bibliográfica en busca de trabajos semejantes, no encontrando ninguna referencia sobre parteras, sólo encuestas centradas en las creencias y conocimientos populares alrededor del embarazo y parto.

Tras el diseño definitivo de la encuesta se procedió a la localización de las parteras residentes en La Rioja en ese momento, utilizando tanto la llamada telefónica, la entrevista personal y la comunicación por carta con Trabajadores Sociales, Diplomados en Enfermería, Médicos de cabecera, vecinos de distintos municipios, algún párroco, Residencias y Asociaciones de la Tercera Edad y Asociaciones de Mujeres de La Rioja.

Después de localizar a las parteras se concertó una entrevista, siempre en su localidad de residencia y, prácticamente siempre, en su domicilio. La entrevista era recogida por escrito y grabada, previo permiso de la persona, simultáneamente para su posterior análisis.

Sólo una de las parteras localizadas se negó a ser entrevistada; el resto accedieron a la entrevista: nueve parteras, una comadrona titulada, un practicante-comadrón y una mujer que, por diversas circunstancias, tuvo que parir siempre sola en su domicilio.

Como conclusiones del estudio pueden indicarse que:

- El comienzo de su actividad se centra alrededor del año 1930, abandonándola alrededor de la década de los setenta.
- Las parteras ejercían su actividad en pueblos pequeños, alejados de Logroño y localizados en la Sierra.
- Aprendieron su oficio de otra partera o de su propia experiencia.
- Dicen desconocer recursos para conseguir la fecundidad, evitar la esterilidad o el embarazo.

- Consideran que la edad más adecuada para el embarazo es la juventud, pero no ven peligrosa ninguna edad de la mujer para quedarse embarazada.

- Las parteras sólo atendían a la mujer en el momento del parto, atención que se caracterizaba por una actitud expectante y no agresiva (uno de los principios de la Obstetricia actual), utilizando en muchos casos métodos semejantes a los de la atención sanitaria profesional de nuestros días.

Teniendo en cuenta su carencia de formación teórica y profesional, su asistencia gratuita y, en muchos casos, la carencia de profesionales de la salud durante esa época en los municipios, tanto estas mujeres como la valiosa labor social que desempeñaron no merece caer en el olvido.



Esta investigación fue subvencionada por una beca del Instituto de Estudios Riojanos



Registros de Enfermería en la unidad Neonatal Pediátrica

Alicia Peña Sedano
Diplomada en Enfermería

La necesidad de realizarnos como profesionales de la enfermería pasa por la obligación de cumplimentar una serie de *REGISTROS* de Enfermería diariamente y turno a turno, para dejar constancia por escrito de nuestro, y a veces poco reconocido, trabajo diario en el cuidado del enfermo, así como para dotarle de la seriedad y sistemática que le corresponde como instrumento sólido y eficaz.

En nuestra unidad Pediátrica y Neonatal trabajamos con una serie de registros estipulados que abarcan toda la estancia del enfermo en el hospital desde el ingreso hasta el día del alta.

Al ingreso, la enfermera rellenará la *HISTORIA DE ENFERMERIA PEDIATRICA Y NEONATAL*, haciendo una entrevista a los padres y al niño si tiene edad suficiente, para una valoración del paciente según la gráfica (una escala de Norton modificada a las características de nuestros pacientes).

Al terminar la valoración se cumplimentará la *HOJA DE PLAN DE CUIDADOS* con un resumen de la valoración, los diagnósticos de enfermería, las acciones encaminadas a solucionar el problema detectado y los objetivos marcados para el alta.

Premio "Consejería Salud, Consumo y Bienestar Social".
Gobierno de La Rioja
III Encuentros de Enfermería Riojana

Esta hoja permanece abierta durante todos los días mientras el niño esté ingresado por si se modifican los diagnósticos-problemas o por si aparecen otros nuevos durante la hospitalización.

Cada día se cumplimentará la gráfica diaria de constantes, alimentación, registro de entradas-salidas, medicación, etc... y las acciones de enfermería. Asimismo, la gráfica contiene 3 espacios en blanco (uno por turno) para que la enfermera anote las incidencias diarias.

Finalmente, el día del alta, se rellenará la *HOJA DE ALTA DE ENFERMERIA*, que se entregará al paciente junto con el alta médica, haciendo un pequeño resumen del plan realizado e indicando unas recomendaciones al usuario.

Estas 4 hojas de enfermería (incluida la del alta) se archivan en la historia clínica del paciente. Cada mes, en la unidad correspondiente, la supervisora junto con una enfermera hace una revisión de las historias para valorar el grado de cumplimentación de las mismas.

En general el personal de enfermería es favorable y además mantiene una actitud positiva respecto a la cumplimentación correcta y total de las gráficas.





8.ª Convocatoria Premio "Enfermería Riojana" al mejor trabajo científico de enfermería en ciencias de la salud, Logroño 1995

DOTACIONES DE LOS PREMIOS:

1^{er} Premio: 150.000 pts.

2^o Premio: 100.000 pts.

CON EL PATROCINIO DE IBERCAJA

BASES

1º. 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.

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

3º. Los trabajos deberán ser remitidos mecanografiados a doble espacio en papel blanco, tipo DIN A4 y correctamente paginados.

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

5º. Deberán remitirse original y cinco copias a la sede del Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de La Rioja con la indicación de PREMIO INVESTIGACION " ENFERMERIA RIOJANA ". El material fotográfico y estadístico deberá ser incluido en un Anexo aparte.

6º. El plazo de recepción de los trabajos y documentación debidamente cumplimentados, finalizará el día 30 de Diciembre de 1995.

7º. Los premios serán otorgados por un jurado, nombrado al efecto por la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería.

8º. Los trabajos serán presentados bajo lema, en un sobre cerrado, dentro del cual, irá otro sobre en cuya cara anterior se escribirá el mismo lema, y en su interior, en una hoja, escrito el nombre, domicilio y teléfono del colegiado concursante.

9º. 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.

10º. El Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de La Rioja se reserva el derecho a la publicación de los trabajos premiados en aquellos medios 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.

12º. La correspondencia sobre el premio debe dirigirse a:

"PREMIO INVESTIGACION ENFERMERIA RIOJANA "

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERIA DE LA RIOJA. Gran Vía Rey D. Juan Carlos I, 67 esc. B, 1º dcha.

26005 LOGROÑO (LA RIOJA)

13º. El hecho de la presentación de los trabajos implica la aceptación de las normas desarrolladas en estas bases.



Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja

Programa de Becas 1995

BASES

TIPO A) Nº de Becas 1. Cuanfía 100.000 Ptas.

Fines: Realización de 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 o comiencen durante el año 1995.

Plazo límite de solicitudes: 5 de Octubre de 1995.

Adjudicación: Mediante sorteo entre las solicitudes aceptadas.

Pago de la Beca: Al documentar la finalización de la actividad.

TIPO B) Nº de Becas: 5. Cuanfía: 50.000 Ptas.

Fines: Realización de cursos de formación continuada de un mínimo de 40 horas, fuera de La Rioja. 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, que ha de ser realizada durante el año 1995.

Plazo límite de solicitudes: 5 de Octubre de 1995.

Adjudicación: Mediante sorteo entre las solicitudes aceptadas.

Pago de las becas: Al documentar la finalización de la actividad.

TIPO C) Nº de Becas: 10. Cuanfía: 25.000 Ptas.

Fines: Asistencia a Congresos, Jornadas o Simposios de carácter profesional, fuera de La Rioja.

Solicitudes: Presentación de la inscripción a la actividad, que ha de ser realizada durante el año 1995. En su caso, aceptación de la comunicación de la que sea autor.

Plazo límite de solicitudes: 5 de Octubre de 1996.

Adjudicación: Tendrán preferencia los solicitantes autores de comunicaciones aceptadas (A estos efectos, solamente 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 becas y por sorteo si lo superase. Por sorteo igualmente se adjudicarán las becas restantes si ha lugar.

Pago de becas: A la presentación del certificado de asistencia

TIPO D) Nº de Becas: 100. Cuanfía: 3.000 Ptas.

Fines: Asistencia a los 4.^{os} ENCUENTROS DE ENFERMERIA RIOJANA.

Adjudicación directa por orden de inscripción. La citada cantidad será descontada del importe de la inscripción.

DISPOSICIONES COMUNES

1ª La solicitud de cualquiera de las becas del programa, supone la aceptación de las presentes Bases.

2ª Las Becas que queden desiertas, serán amortizadas.

PROGRAMA DOCENTE PARA EL PRIMER SEMESTRE DE 1995

CURSOS

CURSO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN EL AREA QUIRURGICA

Fechas: 20 al 24 de Febrero (ambos inclusive)

Inscripción: 10, 13 y 14 de Febrero.

Plazas en reserva el 15 de Febrero.

Lugar: Por determinar

Nº de plazas: 40

CURSO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN EL AREA DE CUIDADOS INTENSIVOS

Fechas: 24 al 28 de Abril (ambos inclusive)

Inscripción: Días 7, 10 y 11 de Abril.

Plazas en reserva el 18 de Abril.

Lugar: Por determinar

Nº de plazas: 40

CURSO DE ENFERMERIA ANTE EMERGENCIAS Y CATASTROFES

Fechas: 13 al 17 de Marzo (ambos inclusive)

Inscripción: Días 3, 6 y 7 de Marzo.

Plazas en reserva el 8 de Marzo.

Lugar: Por determinar

Nº de plazas: 40

CURSO DE FORMACION DE EDUCADORES

1º NIVEL

Fechas: 15 al 19 de Mayo (ambos inclusive)

Inscripción: Días 5, 8 y 9 de Mayo.

Plazas en reserva el 10 de Mayo.

Lugar: Por determinar

Nº de Plazas: 25

SEMINARIOS DE INFORMATICA

CONTENIDO

- Procesador de Textos

(WordPerfect) Básico

- Programa de Gráficos

(Harward Graphics) Básico

Carga lectiva: 12 h.

Grupos de 8.

Lugar: Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja

Nº de Plazas: 40.

Horario de 17 a 20 h. de lunes a jueves

Fianza: 5.000 Ptas.

Adjudicación de plazas: Riguroso orden de preinscripción.

FECHA IMPARTICION	FECHA INSCRIPCION
18 al 21 de Abril	10 y 11 de Abril
2 al 5 de Mayo (ambos inclusive)	24 y 25 de Abril
8 al 11 de Mayo (ambos inclusive)	2 y 3 de Mayo
29 de Mayo al 1 de Junio (ambos inclusive)	22 y 23 de Mayo
5 al 8 de Junio (ambos inclusive)	29 y 30 de Mayo

SEMINARIOS DE ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA

Carga lectiva: 6 horas

Grupos de 10

Nº de Plazas: 40

Horario: de 17 h. a 20 h.

Fianza: 5.000 ptas.

Lugar: Colegio Oficial de Enfermería

Adjudicación de plazas: Riguroso orden de preinscripción.

FECHA IMPARTICION	FECHA INSCRIPCION
6 y 7 de Marzo	27 y 28 de Febrero
20 y 21 de Marzo	13 y 14 de Febrero
3 y 4 de Abril	27 y 28 de Marzo
5 y 6 de Abril	27 y 28 de Marzo



BASES

PREINSCRIPCIONES PARA CURSOS Y SEMINARIOS

Pueden realizarse preinscripciones en cuantos cursos y seminarios se deseen indicando el orden de preferencia.

Las preinscripciones han de presentarse en el Colegio en horario de oficina, admitiéndose un sólo impreso de preinscripción por persona.

Los impresos se podrán recoger en el Colegio a partir del día 27 de Enero.

MATRICULA

GRATUITA para los Colegiados de La Rioja.

Al objeto de garantizar las plazas disponibles a los realmente interesados en acudir a los cursos, se establece una fianza de 15.000 Pts. para cada curso, que será devuelta a la finalización del mismo si se han cumplido los requisitos de asistencia.

ASISTENCIA

Obligatoria al 90% de la carga lectiva.

ADJUDICACION DE PLAZAS

Curso de Atención de Enfermería en el Area Quirúrgica. Riguroso orden de preinscripción.

Plazo de inscripciones: días 10, 13 y 14 de Febrero.

Las plazas de los restantes cursos serán adjudicadas mediante sorteo.

El resultado del sorteo será expuesto en el tablón de anuncios del Colegio a partir del día 13 de Febrero.

NOTAS

Todos los cursos serán impartidos por la Escuela de Especialización Profesional en Ciencias de la Salud (Universidad Complutense), quien expedirá los correspondientes certificados acreditativos.

CARGA LECTIVA:

40 horas (30 teóricas y 10 de elaboración de un trabajo). HORARIO: de 16 h. a 22 h., de lunes a viernes.

La organización se reserva el derecho de modificar o suspender el programa total o parcialmente en cualquier aspecto, si las circunstancias lo requieren.

Será motivo inexcusable de pérdida de plaza no hacer la inscripción en el plazo señalado.

ACTIVIDADES DOCENTES PREVISTAS PARA EL SEGUNDO SEMESTRE DE 1995

CURSOS

CURSO DE HEPATITIS, SIDA Y OTROS RIESGOS DE ENFERMERIA. PREVENCION Y TRATAMIENTO.

CURSO DE PROBLEMAS LEGALES EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION DE ENFERMERIA.

SEMINARIOS

**ELECTROCARDIOGRAFIA BASICA
INFORMATICA: PROCESADOR DE TEXTOS-
AVANZADO- (WORD PERFECT)
BASE DE DATOS.**

4º ENCUENTROS DE ENFERMERIA RIOJANA

Foro científico anual de Enfermería Riojana.

Octubre de 1995

Tema: ETICA Y ENFERMERIA

Comunicaciones: Orales y posters.

Tema libre.

Premio a las mejores comunicaciones: Comunidad Autónoma, Ciudad de Logroño y Colegio de Enfermería.

PREMIO CIENTIFICO

Convocatoria anual.

1º Premio: 150.000

2º Premio: 100.000

Copatrocinador: IBERCAJA

SERVICIOS AL COLEGIADO

4º ENCUENTROS DE ENFERMERIA RIOJANA

Foro científico anual de la Enfermería Riojana.

Octubre de 1995

Tema: **ETICA Y ENFERMERIA**

Comunicaciones: Orales y posters. Tema libre.

Premios a las mejores comunicaciones:
Comunidad Autónoma, Ciudad de Logroño y
Colegio de Enfermería.

PREMIO CIENTIFICO

Convocatoria anual.

1^{er}. Premio: 150.000

2º Premio: 100.000

Copatrocinador: IBERCAJA

BECAS DEL COLEGIO PARA 1995

Ver programa en pág. 23.

PUBLICACIONES

CRONICAS DE ENFERMERIA. Revista científica
y de información profesional. Difusión gratuita.

PROFESION ENFERMERIA. Periódico quincenal
de información profesional y ámbito nacional.
Difusión gratuita.

BIBLIOTECA

En horario de atención al público.

VIDEOTECA

En horario de atención al público. Cesión de
películas previa petición.

Equipo de filmación: Exclusivamente para
actividades docentes, previa petición.

AULA INFORMATICA

Disponible para el uso de todos los
colegiados: ordenador PC, sistema operativo
Windows. Programas: Word-Perfect, Harvard-
Graphics y Page-Maker. Impresora Láser.
Disponible en horarios de atención al público.

SALA DE REUNIONES

Para 12-14 personas. Previa petición, en
horario de atención al público. Pizarra,
retroproyector de transparencias, proyector de
diapositivas, Vídeo, etc.

Horario de atención al público: 9 h. a 14 h.
lunes a viernes y de 17 h. a 19 h. de lunes a
jueves.

ASESORIA JURIDICA

Consultas gratuitas para temas profesionales
o laborales.

Descuento del 25% sobre tarifas del Colegio
de Abogados en todo tipo de pleitos jurídicos,
incluidos los de carácter particular. El Colegio
asumirá con cargo a sus presupuestos, una
parte o la totalidad de los honorarios que se
deriven de pleitos jurídicos de carácter
profesional, que a criterio de la Junta de
Gobierno, afecten al colectivo.

Petición de cita: En el Colegio.

SEGUROS DE AUTOMOVILES

Ver anuncio en pág. 29.

CONVENIOS

VIAJES ECUADOR

Descuentos especiales a los colegiados en
todas sus ofertas de viajes, reserva de hoteles,
reserva de billetes, etc.

HOTELES

Cadena NH

Descuentos especiales en todos sus hoteles
dependiendo de la categoría de los mismos y
las fechas, previa presentación de Carnet de
colegiados.

Central de reservas tel.:(941) 21 02 11

En Logroño menús precios especiales para
reuniones de trabajo, cenas, comuniones, etc.

"No olvidéis identificaros como colegiados/as
de La Rioja".

HOTEL MELIA ZARAGOZA: Condiciones del
Convenio disponibles en el Colegio.

HOTEL MAYORAZGO MADRID: Información en el
Colegio.



AGENDA

- **Congreso Nacional de Enfermería**
"El futuro de la Enfermería"
HOSTAL DE SAN MARCOS
León – 14,15, 16 y 17 de Febrero de 1995
- **Programa de Formación para la obtención del título de DIPLOMADO DE POSTGRADO en Enfermería Nefrológica**
Barcelona, Febrero 1995 - Febrero 1996
- **Simposio de Estudiantes de Enfermería**
Objetivo "Conocer, reflexionar y debatir aspectos que configuran un modo de ser Profesional de Enfermería"
Pamplona, 10 y 11 de Marzo de 1995.
- **Conferencia Iberoamericana sobre Docencia y Calidad en Servicios de Salud.**
Murcia, 23 y 24 de Marzo de 1995
- **IV Congreso Europeo de Enfermería Clínica**
Barcelona, 31 Marzo - 1 Abril 1995.
- **VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología**
Santander, 27, 28 y 29 de Abril de 1995.
- **IV Jornadas de Bioética**
Córdoba, 28 y 29 de Abril de 1995.
- **V Jornadas Aragonesas de Enfermería**
Huesca, 18, 19 y 20 de Mayo de 1995.
- **XIX Congreso Nacional de Enfermería en Neurociencias**
Santander, del 7 al 10 de Junio de 1995.
- **IV Congreso Estatal "Infancia Maltratada"**
Sevilla, del 8 al 11 de Noviembre de 1995.

AVISOS:

* Se comunica a todos los colegiados que están en posesión del título de Enfermería de Empresa, lo notifiquen, con el propósito de afianzar una sección de Salud Laboral en este Colegio.

* Se informa a los colegiados que no reciben la correspondencia, que realizada la reclamación correspondiente en la oficina de Correos, nos comunican que si la dirección es correcta, el motivo puede ser que no figure el nombre completo en el buzón.

* Continúa la renovación de los carnet de colegiado.

* Se ruega a todos los colegiados que tengan pendientes de recoger CARNETS, CERTIFICADOS, DIPLOMAS, FIANZAS, CURSOS Y TRABAJOS PRESENTADOS PARA PREMIO CIENTÍFICO, pasen a retirarlos a la mayor brevedad posible.

HORARIO ATENCION AL PUBLICO

Mañanas de Lunes a Viernes de 9 a 14 horas

Tardes de Lunes a Jueves de 15 a 17 horas



COMERCIOS

JOYERIA *Balsari*

Jorge Vigón, 9 - Tel.: 25 54 35
26003 LOGROÑO
20% de descuento

JOYERIA-RELOJERIA

DOMINGUEZ

Hnos. Moroy, 2 - Tel.: 25 14 26
26001 LOGROÑO
20% de descuento

SACHA

Gran Vía, 26
Tel.: 22 72 16 y 22 59 55
LOGROÑO

Dto. 10%

SACHA NIÑOS

Gran Vía, 26
LOGROÑO

Dto. 10%

20 ANS

Juan XXIII, 21
Tel.: 24 37 72
LOGROÑO

Dto. 10%

RIMA

*Gallarza, 3
Tel. 22 51 08
LOGROÑO*

Dto. 10%

VERSION ORIGINAL V.O.

Gran Vía, 22
Tel.: 20 92 68
LOGROÑO

Dto. 10%

BUGATTI New Classic

Gran Vía, 22
Tel.: 25 92 68
LOGROÑO

Dto. 10%

ANDREAS ZAPATEROS

Gran Vía, 61
Ed. Robinson
LOGROÑO
Dto. 10%

PERFUMERIA PILY

Miguel Villanueva, 10
Tel.: 25 23 82
Jorge Vigón, 1
Tel.: 26 07 19
LOGROÑO

Dto. 10%

HERBORISTERIA NATURAL

Villamediana, 16 - Tel.: 26 08 60

LOGROÑO **Dto. 10%**

CARROCERIAS MIGUEL

Gral. Yagüe, 36 (Pol. San Lázaro) - Tel. 20 55 44

LOGROÑO **Dto. 3%**

NEUMATICOS LLANTAS ALBERTO

Marqués de la Ensenada, 24

TEL.: 23 41 86

LOGROÑO **Dto. 10%**

BASICA LIBRERIA PAPELERIA REGALOS

C/ Ingeniero La Cierva, 6

TEL.: 26 29 83

LOGROÑO **Dto. 10%**

Descuento en todos los comercios nombrados para los colegiados, excepto en rebajas, liquidaciones o pagos con tarjetas de crédito.



SEGURO EXCLUSIVO DE AUTOMOVILES

PARA

DIPLOMADOS EN ENFERMERIA

Son más de 400 Diplomados los que disfrutan ya de esta OFERTA EN LA RIOJA

EL SEGURO A SU MEDIDA

Profesionalidad: porque somos una compañía ESPECIALIZADA única y exclusivamente en automóviles.

Exclusividad: porque estudiamos sus necesidades y nos adelantamos a ellas creando un paquete PRODUCTO-SERVICIO del que sólo Vd. puede beneficiarse.

Agilidad: porque contamos con la tecnología más avanzada que permite una GESTION INMEDIATA de cualquier trámite administrativo.

Servicio: porque siempre será atendido por un equipo de profesionales, contando además con un departamento exclusivo de Atención al Cliente.

TODO SON VENTAJAS

Máximas garantías al mejor precio.

Bonificaciones por buen conductor desde el primer año, hasta un 40%.

Departamento exclusivo de **Atención al cliente.**

Servicio de **grúa desde el Km. 0** (su domicilio)

Libre **elección de talleres.**

Amplia red de oficinas por todo el territorio nacional.

Todas las garantías contratadas tienen validez también en el **extranjero.**

Todo ello avalado por la
profesionalidad y solvencia del
Grupo ZURICH

Y PARA ESTE AÑO, PRECIOS AUN MAS BAJOS QUE EN 1994

PARA CUALQUIER INFORMACION PUEDE DIRIGIRSE A:

Ittre. Colegio de Diplomados en
Enfermería de La Rioja.

C/. Gran Vía, 67 Esc. B 1º dcha.
Logroño



CAUDAL
SEGUROS

GRUPO ZURICH

CAUDAL SEGUROS

C/ Gran Vía, 45. Entrpta.
26002 - LOGROÑO
TEL: (941) 20 02 42 - 20 03 99
FAX: (941) 20 50 59



NORMAS DE PUBLICACION

Crónicas de Enfermería estudiará para su publicación todos aquellos trabajos que estén relacionados con las ciencias de la salud y la enfermería.

El derecho de publicación de los trabajos aceptados quedan como propiedad de la revista, por lo que no podrán ser reproducidos total o parcialmente sin permiso de la Dirección de la revista.

El Consejo de redacción comunicará la aceptación o rechazo de los originales, y propondrá la modificación de los mismos si así lo cree oportuno.

Los autores deberán identificarse ante el Consejo de redacción, sin ser necesario que su nombre figure en la publicación.

Toda la correspondencia deberá dirigirse a Consejo de redacción de Crónicas de Enfermería, Gran Vía Rey D. Juan Carlos I, 67 esc. B-1.º dcha. 26005 LOGROÑO.

La revista consta de las siguientes secciones:

- Editorial: Artículo de opinión sobre cuestiones de interés relacionadas con la profesión, tanto a nivel nacional como autonómico.
- Entrevista con.....: Espacio donde una persona de cierta relevancia en nuestro colectivo, o relacionada con él expone sus opiniones sobre diferentes temas.
- Cartas al director: Comentarios, observaciones o críticas a artículos publicados en la revista o a otros temas; y experiencias que por sus características puedan ser reducidas a un breve texto. Su extensión máxima será de dos folios.
- Crónica científica: En esta sección tienen cabida originales, revisiones bibliográficas, casos clínicos, notas de enfermería, comunicaciones, etc. La extensión de los trabajos no deberá ser superior a ocho folios.
- Biblioteca/Videoteca: En este apartado se pretende informar sobre libros y cintas de vídeo disponibles en el Colegio de Enfermería.
- Otras secciones: Todas aquellas colaboraciones que sean enviadas a la revista, aunque no tengan cabida en las secciones anteriores, serán estudiadas por el Consejo de redacción y se publicarán si se consideran de interés.

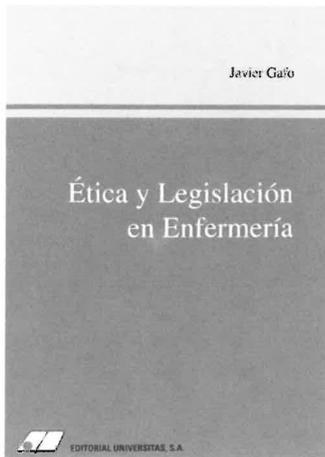
PRESENTACION DE LOS TRABAJOS

Se enviarán a la revista acompañados de una carta en la que se solicite su publicación en alguna de las secciones de la revista.

El mecanografiado de los trabajos se hará en hojas DIN-A4 a doble espacio.

Las hojas estarán numeradas y cada parte del trabajo comenzará con una nueva página.

El texto de los originales: Se deberán respetar los apartados siguientes: Título, resumen, introducción, material y métodos, resultados, discusión y bibliografía.



ETICA Y LEGISLACION EN ENFERMERIA

Javier Gafo

INTRODUCCION

El programa de estudios de la Diplomatura en Enfermería incluye la asignatura "Ética y Legislación en Enfermería". El interés por los aspectos éticos dimanantes del ejercicio de la profesión sanitaria ha sido temprano y constante. En el caso de la Medicina, el documento más antiguo es el famoso Juramento de Hipócrates. Al institucionalizarse la profesión de Enfermería surgió también, muy pronto, el estudio de los dilemas éticos implicados en su actividad sanitaria.

Se ha escrito que la enfermería es el último y mejor reducto de humanidad en la praxis sanitaria. Son múltiples los dilemas éticos implicados en la actividad de la Enfermería. Pero la llamada a la humanización es un gran reto en la praxis sanitaria, en donde la Enfermería debe jugar un papel fundamental. Son las enfermeras las que tienen una presencia más continuada ante el ser humano enfermo, que vive todas las incertidumbres y alegrías, angustias y esperanzas que inevitablemente acompañan a todo proceso patológico. El sentido vocacional de la Enfermería, sin duda acompañado de su carácter verdaderamente profesional, constituye un aspecto básico en la red de situaciones interhumanas que configuran el ejercicio de la Enfermería.

La mayoría de los temas contenidos en este libro forman parte de la amplia bibliografía actual en el campo de la Bioética. Muchos de ellos forman parte de la praxis habitual del personal de Enfermería. Otros afectan más marginalmente a ese ejercicio, pero deben ser también abordados por su actual importancia en el campo de la Bioética.

PRESENTACION DEL AUTOR

Javier Gafo es Director de la Cátedra de Bioética de la Universidad Comillas Madrid y uno de los mejores especialistas españoles en los aspectos éticos de la actividad sanitaria. Tiene muchas publicaciones en el campo de la Bioética y dirige la colección de libros "Dilemas Éticos de la Medicina Actual". Ha sido durante bastantes años profesor de Ética en la Escuela de Enfermería de la Universidad Complutense y en la Escuela de Matronas del Hospital Santa Cristina de Madrid. Está muy presente en los medios de comunicación en las discusiones sobre temas de la especialidad.



MEDICINA ALTERNATIVA: COMO CURE MIS QUEMADURAS

Vicente Álvarez Pipaón
A.T.S. PODOLOGO

PRESENTACION DE LA OBRA

El contenido de esta obra es de gran utilidad para la humanidad, ya que la terapia que doy a conocer es un avance para la ciencia.

Hasta la fecha esta materia prima que cura las quemaduras sin dolor y sin cicatrices, no se había dado a conocer científicamente.

La sencillez al realizar los tratamientos, por sus resultados terapéuticos, se pone a la cabeza de todos los tratamientos que en la actualidad existen para curar este tipo de lesiones.

En los siguientes capítulos, informaré de las técnicas, experiencias, resultados, ahorro económico, en vidas, hospitalizaciones y sufrimientos... un innumerable contenido de beneficios, que hoy con las terapias que se utilizan no existe, y éste es el motivo de este libro: informar de todos los beneficios que se consiguen en los tratamientos de pacientes con quemaduras.

EL AUTOR

Sorteamos viajes a Brasil



**Tu nómina en Ibercaja
te dará muchas alegrías**

Super-Servicio Nómina

iberCaja 