

Crónicas

FRANQUEO CONCERTADO. AUTORIZACION n° 26/28 AÑO VI. N° 13. JULIO 1995

Nuevos planes de estudio en la formación profesional de la familia sanitaria



Soporte válido del Ministerio N.º SV 91017R

de

E
N
F
E
R
M
E
R
I
A

SUMARIO

Editorial

3

Crónica científica

Problemas de salud sentidos por los riojanos (resumen)

4

Mortalidad evitable por tabaquismo en La Rioja

13

Nuestra experiencia con hemoperfusión en el tratamiento de la intoxicación aluminica

24

Departamento Socio Profesional

21º Congreso del C.I.E.

21

4ºs Encuentros de Enfermería Riojana

22

Servicios al colegiado

28

Agenda

27

Biblioteca-Videoteca

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.



Editorial

Estas líneas que abren el ejemplar de Crónicas de Enfermería de este periodo obligatoriamente han de estar dirigidas al retrato de un suceso que hace algunas semanas vino a sembrar la inquietud y la incertidumbre de nuestra profesión enfermera. La aprobación de los planes de estudio de formación profesional - rama sanitaria, por anunciados, por analizados con la cautela que requerían hace ya algunos meses cuando se sorprendió su primer borrador, por detenido su tránsito (según las promesas de algunos responsables) y por admitidas las enmiendas que al texto se hicieron desde la Organización Colegial, han estallado nuevamente y sin aviso de la noche a la mañana y sospecho, con la intención de sorprendernos. Afortunadamente la reacción por parte de nuestra organización fue célere y contundente y los resultados finales alcanzados menos lesivos que lo que a priori algunos vimos llegar, pero, ¿por qué una vez más alguien quiere atentar contra nuestra profesión? ¿qué hemos vuelto a "perder" en esta batalla? ¿por qué seguimos siendo objetivo de este tipo de acciones de minado? ¿por qué nuestra actuación de los últimos años pasa más por defendernos de "otros" que por dinamizar reivindicaciones claves para nuestra andadura: ley de funciones...?

Quizá sea más operativo en este escaso espacio hacernos eco de los resultados de esta última batalla librada a través del análisis del texto aprobado en Consejo de Ministros. Seguramente la primera fisura de conflicto puede surgir ya con la denominación de Técnicos en Cuidados Auxiliares, que observaremos como se acopla a las normativas europeas al respecto. Sobre este primer grupo y siempre salvaguardados por la clave de "serán dependientes del Diplomado en Enfermería para ..." que clarifica, entendemos suficientemente, todas sus actuaciones, aparecen algunas cuestiones al menos ambiguas como la de la figura de los auxiliares en las consultas, que menciona "generalmente en el ámbito privado" y les dota de ciertas atribuciones "distintas y más amplias" que pueden atentar a través de la interpretación del término "generalmente" el articulado del Estatuto de la Seguridad Social que prohíbe de forma expresa y entre otros el apoyo directo de estos profesionales al médico.

Haciendo mención a otros planes regulados, los de Técnico en Laboratorio, aparece claramente restringida su posible intervención en la extracción de muestras pero, siembran la duda al permitir la "recogida de las muestras". Nuevamente será el Tribunal Supremo y después de una década quien defina exactamente ese término como en su día hizo con el de "colaborar".

Estas "anormalidades" en cuanto a competencias, etc. se manifiestan una vez más con la formación de estos otros miembros del equipo de enfermería, los cuales no están formados por enfermeros diplomados sino por otros. ¿Es razonable esa imposibilidad de intervenir en su preparación?

De un más riguroso análisis de los documentos podríamos extraer un mayor número de líneas de ruptura. Resta la puesta en escena de esta nueva normativa y su primera evaluación. Por el momento el chaparrón parece sólo habernos salpicado.



Problemas de salud sentidos por los riojanos (resumen)

Rafael Bermejo-Ascorbe
Diplomado en Enfermería

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud es multidimensional y ninguna medida por sí misma puede abarcar su totalidad. A través de la historia este concepto ha ido adquiriendo diversas modificaciones. En un principio, las ciencias de la salud centraban su interés en la enfermedad como tal; la idea era adquirir el máximo de información sobre cada una de las enfermedades conocidas, ya que se interpretaba la falta de salud como consecuencia directa de la existencia de la enfermedad.

Con el transcurso del tiempo el campo de acción de las ciencias y el concepto dinámico de salud de la población, ahora salud pública, se han ido ampliando. Iniciándose de esta forma, una etapa caracterizada por un interés creciente en relación con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, con una nueva visión en la que las ciencias de la salud pueden contribuir a mejorar el nivel de salud de la población. Así, se refuerza la idea de que tanto el estilo de vida y los hábitos y costumbres individuales, como el entorno y el medio ambiente, son factores que determinarán la salud de la comunidad.

Las encuestas de salud constituyen, por sí mismas, un medio importante en este sentido, siendo un instrumento de trabajo por el que se pueden descubrir hechos, confirmar o rechazar teorías, explorar ideas e identificar problemas o soluciones. La mayor contribución realizada por las encuestas en el campo de la salud reside en la información que aportan sobre necesidades, experiencias, opiniones o creencias y actitudes de las personas en torno a la salud, tanto individual como colectiva. A través de las encuestas de salud se realizan preguntas sobre diversos factores que influyen, miden o quedan afectados por la salud de la comunidad. Son, además, una fuente de información importante para los profesio-

nales de la salud pública en relación con los programas de salud.

La determinación de necesidades de una población va más allá de la identificación de los problemas de salud; requiere además, según diversos autores^{1,2}, un análisis complementario de las posibilidades sociales. Para hacerlo, hay que hacer lo que los anglosajones denominan la estimación de las necesidades.

Las necesidades representan lo que se requiere para solucionar un problema identificado; produciendo a su vez unas necesidades de servicios que proporcionen las soluciones a los problemas.

La existencia de necesidades de salud se concibe incluso en una situación en la que no existen problemas³. Este es el caso de la futura madre o del recién nacido, quienes, sin presentar estrictamente demandas, tienen necesidades en materia de prevención, de promoción de la salud o de protección de su entorno.

Los factores sociodemográficos considerados como características de la población también son factores que, si bien no podemos calificar de determinantes, son coadyuvantes a la hora de explicar estas características de los usuarios que surgen de las discrepancias entre sus expectativas y lo que les ofrece la realidad.

El presente estudio recoge los principales resultados de una investigación de tipo cuantitativo, basado en encuestas de salud⁴, sobre los problemas sanitarios de mayor preocupación en La Rioja.

La base de la información corresponde a preguntas reflejadas en unos cuestionarios⁵. Una información abierta y de índole general y otra cerrada, centrada exclusivamente en un listado de doce problemas o preocupaciones más frecuentes. Respecto a estos últimos se preguntó también quién debería resolverlos.



En el fondo subyacía un problema de información general y sobre competencias de los diferentes Gobiernos: Central, Autonómico y Municipal.

El objetivo principal de este estudio apuntaba a tres direcciones:

a) Describir las condiciones de vida relacionadas con la salud que más preocupan en estos momentos a la población riojana.

b) Identificar áreas y grupos expuestos a riesgos específicos para estudios posteriores.

c) Proporcionar datos sobre los patrones de utilización y necesidades referidas a los servicios sanitarios.

PERSONAS Y MÉTODOS

Los datos obtenidos deben leerse a la luz de la ficha técnica del estudio y su estructura muestral.

El tipo de estudio planteado es de índole cuantitativa, transversal, basado en un muestreo y entrevista personal.

• *Ámbito del estudio*

Se dividió, para su estudio, La Rioja en: Rioja Alta, Rioja Baja, Rioja Centro y Logroño.

La población diana fue la compuesta por los individuos de ambos sexos mayores de 18 años, residentes habituales en núcleos de población de más de 500 habitantes, en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

La recogida de información primaria se realizó durante la primera quincena de junio, mediante entrevista personal, con cuestionario estructurado.

• *Diseño muestral*

La distribución ha sido proporcional a la población por zonas geográficas y hábitats.

El sistema de muestreo y selección utilizado fue el aleatorio estratificado en función del tamaño poblacional y mediante azar puro en la elección final de cada caso, sistema Random Route de ruta aleatoria, respetando cuotas de edad y sexo en cada punto de muestreo.

El tamaño de la muestra final útil ha sido de 599 encuestas.

Tabla 1
Distribución por edad, sexo, rol familiar y zona de los problemas sanitarios que más preocupan en La Rioja. (Porcentaje sobre el total)

Preocupación-Problemas	Sexo		Edad (años)			Rol familiar			Zona geográfica			Total
	Hombre	Mujer	18-34	35-54	55 y más	Ama de casa	Cabeza de familia	Otro miembro	Rioja centro	Rioja baja	Rioja alta	
Asistenciales												
Mala o deficiente asistencia sanitaria	20,0	20,0	18,0	21,0	19,0	20,0	22,0	12,0	18,0	4,0	34,0	20,0
Falta de médicos-pocos médicos	2,5	3,0	1,0	2,0	5,0	3,0	3,0	0,0	2,0	7,0	0,0	3,0
Excesiva rotación de los médicos	5,5	3,0	3,0	4,0	7,0	2,0	6,0	5,0	6,0	3,0	1,0	4,0
Urgencias y traslados de enfermos	2,7	4,0	4,0	3,0	1,0	3,0	3,0	3,0	2,0	6,0	2,0	3,0
Funcionamiento y organización de la asistencia sanitaria	6,5	3,0	6,0	5,0	3,0	6,0	6,0	7,0	4,0	8,0	2,0	5,0
Falta de hospitales-escasez de centros	7,0	7,0	5,0	7,0	8,0	7,0	7,0	6,0	7,0	12,0	2,0	7,0
Problemas de la vejez y su atención	2,0	2,0	2,0	0,5	4,0	3,0	2,0	0,0	2,0	3,0	1,0	2,0
Problemas de minusválidos y deficientes mentales	2,0	3,5	3,0	2,0	3,0	3,0	2,0	4,0	3,0	3,0	0,0	3,0
Lentitud-colas-listas de esperas	5,0	2,0	3,0	5,0	3,0	2,0	5,0	4,0	6,0	2,0	0,0	4,0
Trato humano-amabilidad	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Medio ambientales												
Contaminación-contaminación de ríos especialmente	14,0	16,0	14,0	17,0	13,0	16,0	15,0	9,0	18,0	12,0	7,0	15,0
Vertidos-basuras-residuos	2,0	3,5	3,5	2,0	2,0	3,0	2,0	4,0	2,0	3,0	4,0	3,0
Drogas												
Alcohol	7,0	7,0	6,0	7,0	8,0	8,0	7,0	5,0	11,0	1,0	4,0	7,0
Tabaco	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	4,0	1,0	2,0	1,0	1,5
Otras drogas	34,0	42,0	36,0	42,0	32,0	43,0	35,0	29,0	43,0	27,0	33,0	37,0
Enfermedades "malditas"												
Cáncer	7,0	7,0	8,0	8,0	6,0	7,0	7,0	8,0	6,0	12,0	5,0	7,0
Sida	7,0	7,0	12,0	6,0	4,0	6,0	6,0	15,0	9,0	4,0	6,0	7,0
Corazón	2,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	3,0	1,0	1,0	2,0	2,0	1,5
Salud Pública												
Control sanitario de perros	5,0	8,0	6,0	7,0	6,0	8,0	6,0	4,0	8,0	4,0	5,0	6,0
Control sanitario de alimentos	3,0	2,0	4,0	1,0	3,0	2,0	2,0	5,0	3,0	1,0	3,0	2,5
Medicina Preventiva	8,0	6,0	5,0	11,0	4,0	7,0	8,0	5,0	10,0	4,0	2,0	7,0
Otros varios o ninguno	35,0	39,0	30,8	32,0	44,0	37,0	35,0	43,0	38,0	36,0	36,0	37,0



La magnitud muestral se determinó bajo el supuesto de muestreo aleatorio simple y variables de distribución normal.

El margen de error estadístico bajo supuestos de máxima indeterminación ($p=q=50\%$), para un nivel de confianza de 95,5% alcanzó como máximo:

- Para datos totales: + 4,08%
- Para zonas:
 - Rioja centro: $\pm 5,4\%$
 - Rioja baja: $\pm 7,8\%$
 - Rioja alta: $\pm 10,2\%$
- Para hábitats:
 - Capital: $\pm 5,9\%$
 - Municipios de más de 5.000 habs: $\pm 7,8\%$
 - Municipios entre 500 y 5.000 habs: $\pm 7,8\%$

• *La encuesta*

Tras someter el diseño inicial de la encuesta a la discusión y consenso inicial del equipo investigador se elaboró un cuestionario descriptivo posteriormente contrastado.

• *Desarrollo del estudio*

A la hora de indagar una primera aproximación, se formuló de forma totalmente espontánea, preguntando sobre los problemas sanitarios relevantes que afectaban a los individuos y a sus familias en el momento de la aproximación, sin especificación concreta y no sólo circunscritos a los problemas de salud personal biológicos sino también a los relacionados con la civilización, naturaleza y medio ambiente. Posteriormente y con un lis-

tado cerrado abarcando 12 posibles problemas sanitarios se interrogaba por aquellos que más preocupaban, de los que el entrevistado elegía un mínimo de tres. Posteriormente eran adjudicadas las responsabilidades de solución entre Ayuntamientos, Gobierno Central y Autonómico.

• *Los encuestadores*

Participó en su realización un equipo de 6 entrevistadores entrenados en el manejo del cuestionario y en técnicas básicas de entrevista por el equipo investigador. Fueron alertados especialmente en la evitación de conductas erróneas (rechazo y simpatía ante las respuestas), que son fuentes de sesgo conocidas⁶.

Durante la realización de la entrevista en los domicilios se estuvo en contacto día a día para resolver dudas o problemas.

• *Análisis informático de los datos*

Se utilizó una base de datos informática (Filemaker-Pro) adaptada al presente estudio para el procesado de la información. La tabulación de frecuencias fue realizada con el programa SPSS.

RESULTADOS

De los 599 individuos de la muestra se consiguió entrevistar a todos, siendo este número un tamaño válido para el estudio propuesto.

Es de señalar aquí la diferencia en cuanto a la proporción de varones entre los encuestados, sesgo de selección que definimos y acordamos previamente, hecho infrecuente cuando la unidad de encuesta es el domicilio familiar⁷ como en el caso.

Tabla 2

Distribución por sexo, rol familiar y zona de los problemas sanitarios que más afectan a los entrevistados. La Rioja (Porcentaje sobre el total)

Problemas que más afectan	Sexo		Edad (años)			Rol familiar			Zona geográfica			Total
	Hombre	Mujer	18-34	35-54	55 y más	Ama de casa	Cabeza de familia	Otro miembro	Rioja centro	Rioja baja	Rioja alta	
Accidentes infantiles	9,0	15,0	17,0	12,0	3,0	15,0	8,0	13,0	12,0	11,0	12,0	
Control agua de beber	18,0	19,0	18,0	23,0	12,0	20,0	18,0	15,0	19,0	17,0	17,0	
Tabaco	17,0	17,0	12,0	20,0	18,0	17,0	16,0	17,0	16,0	17,0	19,0	
Alcoholismo	26,0	33,0	28,0	30,0	29,0	33,0	26,0	27,0	34,0	19,0	29,0	
Otras drogas	71,0	78,0	71,0	81,0	65,0	78,0	73,0	66,0	81,0	63,0	67,0	
Control sanitario de los alimentos	26,0	29,0	33,0	23,0	27,0	30,0	22,0	38,0	29,0	20,0	34,0	
Control sanitario de los perros	23,0	29,0	28,0	24,0	24,0	28,0	21,0	28,0	27,0	30,0	11,0	
Organización de la asistencia sanitaria	74,0	72,0	71,0	76,0	71,0	72,0	76,0	66,0	76,0	80,0	51,0	
Vertidos y basuras incontrolados	23,0	23,0	28,0	22,0	17,0	21,0	21,0	35,0	20,0	22,0	35,0	
Contaminación de los ríos	45,0	52,0	50,0	51,0	52,0	50,0	50,0	56,0	53,0	49,0	43,0	
Ruidos ambientales	8,0	11,0	10,0	8,0	11,0	11,0	9,0	7,0	10,0	6,0	13,0	
Existencia de enfermedades infantiles que pueden evitarse por vacunas	14,0	19,0	23,0	13,0	14,0	21,0	13,0	14,0	21,0	9,0	14,0	



La elección de los problemas sanitarios que se deben tener en cuenta en el contexto de un estudio fundamentado en las diferencias entre grupos de población ante la salud constituye un tema complicado⁸. Los resultados espontáneos obtenidos vienen reflejados en las tablas 1, 4 y 5. La distribución de sexo, edad, rol familiar y zona geográfica de residencia aparecen en las tablas 2 y 3.

La agrupación por epígrafes "Asistenciales", "Medio Ambientales", "Drogas", "Enfermedades Malditas", y otras son agrupaciones realizadas "a posteriori" para su tabulación con vistas a su posterior análisis.

Podemos entresacar, por relevantes, los siguientes resultados obtenidos:

La mayor preocupación sanitaria consiste en una serie de múltiples problemas que se han agrupado bajo el epígrafe "Asistenciales". Al 52% de los encuestados le preocupa alguno de estos problemas. La mala o deficiente asistencia sanitaria, destacable en las zonas de Rioja Alta y Centro, mientras que la falta de Hospitales-Escasez de Centros muestra su incidencia en la zona de Rioja Baja 12% frente al 7% y 2% en las zonas centro y alta respectivamente.

La excesiva rotación de médicos, 4%. En la capital lo cita el 8%. La escasez y falta de médicos refleja la queja del 3% del total, mientras que por

sectores de producción lo padecen un 6% de los encuestados del sector laboral agrícola.

Relacionado con todo lo anterior, aparece también, "la lentitud, colas y listas de espera" con una frecuencia del 4%. Este problema se agrava en la capital riojana ascendiendo al 7% de los entrevistados.

Otros aspectos de este epígrafe tienen una respuesta desigual: Mal funcionamiento y organización de la asistencia sanitaria 7%, Problemas de urgencias y traslados de enfermos 3%, Problemas de la vejez y su atención 2%, Problemas de minusválidas y deficiencias 3% y Trato humano, amabilidad de los profesionales 1%.

Un segundo lugar en preocupación viene indicado por la problemática de las Drogas: 45,5%. Esta referencia se inclina claramente hacia las drogas ilegales que de una u otra forma manifiestan preocupar al 37%. Existe una gran sensibilización por lo que popularmente se denominan drogas (excluido tabaco y alcohol⁹). La problemática afecta especialmente en la capital con un 46% y la menor preocupación se refiere en los pueblos pequeños 24% y entre el sector agrícola 23%.

El alcohol tiene un 7% del total, pero especialmente en ámbitos urbanos y capital con un 13%. Este problemas carece de sensibiliza-

Tabla 3
Distribución por hábitat y actividad laboral de los problemas sanitarios que más preocupan a los entrevistados. La Rioja. (Porcentaje sobre el total)

Problemas que más preocupan	Hábitat			Actividad laboral				Total
	Logroño	Más de 5000 habitantes	de 500 a 5000 habitantes	Industria	Comercio-Servicios	Agricultura	Profesiones liberales	
Asistenciales								
Mala o deficiente asistencia sanitaria	18,0	20,0	22,0	18,0	21,0	18,0	24,0	20,0
Falta de médicos-pocos médicos	1,0	5,0	3,0	3,0	1,0	6,0	2,0	3,0
Excesiva rotación de los médicos	8,0	1,0	2,0	6,0	3,0	1,0	7,0	4,0
Urgencias y traslados de enfermos	2,0	5,0	3,0	4,0	3,0	4,0	1,0	3,0
Funcionamiento y organización de la asistencia sanitaria	4,0	5,0	6,0	5,0	6,0	4,0	6,0	5,0
Falta de hospitales-escasez de centros	7,0	12,0	2,0	8,0	7,0	3,0	8,0	7,0
Problemas de la vejez y su atención	1,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Problemas de minusválidos y deficientes mentales	4,0	3,0	1,0	3,0	3,0	0,0	2,0	3,0
Lentitud-colas-listas de espera	7,0	2,0	0,0	5,0	4,0	0,0	3,0	4,0
Trato humano-amabilidad	2,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	0,0	1,0
Medio ambientales								
Contaminación-contaminación de ríos especialmente	21,0	8,0	10,0	17,0	16,0	10,0	11,0	15,0
Vertidos-basuras-residuos	1,0	1,0	7,0	3,0	3,0	4,0	0,0	3,0
Drogas								
Alcohol	13,0	3,0	1,0	7,0	3,0	1,0	10,0	7,0
Tabaco	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	0,0	3,0	1,5
Otras drogas	46,0	35,0	24,0	40,0	41,0	23,0	39,0	37,0
Enfermedades "malditas"								
Cáncer	5,0	12,0	7,0	7,0	8,0	7,0	7,0	7,0
Sida	8,0	5,0	8,0	8,0	7,0	5,0	8,0	7,0
Corazón	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,5
Salud Pública								
Control sanitario de perros	9,0	6,0	3,0	7,0	9,0	3,0	4,0	6,0
Control sanitario de alimentos	3,0	3,0	1,0	3,0	3,0	0,0	3,0	2,5
Medicina Preventiva	12,0	5,0	1,0	8,0	11,0	1,0	4,0	7,0
Otros varios o ninguno	37,0	28,0	45,0	33,0	33,0	50,0	38,0	37,0



ción entre los habitantes de pequeños municipios y el sector agrícola.

El tabaco, apenas afecta al 1,5% de los entrevistados, es una las drogas socialmente aceptadas y quizás por ello no percibida como lesiva. Sin embargo, el cáncer preocupa al 7%, pero una de sus causas, para algún tipo concreto de tumores, como el tabaco, paradójicamente, no preocupa.

También es de significar la abundante proporción que declara, sobre el papel al menos, carecer de preocupación por ningún problema concreto: 37%. Esta respuesta nihilista tiene una considerable mayor incidencia en los

contaminación y sobre todo la contaminación de los ríos. Preocupación que se da especialmente en las zona central riojana, capital inclusive, bajando sensiblemente a un 7% en la zona alta riojana.

También, los vertidos, basuras y residuos preocupan al 3%. Este porcentaje sube en los pueblos pequeños al 7%, debido fundamentalmente a los problemas peculiares de la industria ganadera. Algunos pueblos en particular de la comunidad riojana muestran situaciones concretas de esta problemática: almacenamiento de estiércol, residuos de la cabaña ganadera, malos olores procedentes de industrias mal instaladas, etcétera.



núcleos pequeños poblacionales (entre 500 y 5.000 habitantes) donde llega a alcanzar un 27%; y entre el sector productor agrícola en donde se sitúa en el 32%. Aquí cabe resaltar un hecho sociológicamente habitual en los pueblos pequeños y en el campo en general: en las pequeñas comunidades se concentra el mayor desinterés por los temas relacionados con la salud. El nivel cultural, su entorno y tipo de vida influyen, así, de forma clara.

Los problemas medioambientales, especialmente la contaminación de ríos tiene una respuesta de preocupación situada en un 18%. Destaca aquí ese 15% que le preocupa la

Las enfermedades denominadas "malditas", de gran incidencia en la mortalidad general, preocupan al 16%.

Especialmente cáncer y SIDA preocupan al 7% de los entrevistados. La mayor preocupación por el cáncer se detecta en la zona Baja y en núcleos poblacionales de más de 5.000 habitantes.

El SIDA tiene, lógicamente, mayor preocupación en jóvenes no cabezas de familia y amas de casa¹⁰.

La medicina preventiva es citada como preocupación por el 7%. Este problema tiene



residencia en la capital y para edades intermedias (35-54). En municipios pequeños y entre agricultores no existe preocupación por este problema.

El control sanitario de los perros es una preocupación que afecta al 6% de los encuestados, por encima del control sanitario de los alimentos citado por el 2,5%. Quizás, tal sensibilización haya que atribuirla a algún tipo de campaña o acción de este campo.

Finalmente a un 18% le preocupan otros problemas varios, muy dispares, minoritarios y difíciles de agrupar. Éstos varían desde la amputación de una pierna, la ceguera, tener que desplazarse a Madrid para algún tratamiento especial, el coste de los medicamentos, la soledad, la incapacidad producida por la artrosis.

Se ha comentado que cada entrevistado resaltaba un mínimo de tres problemas que valoraba prioritariamente en una segunda parte del estudio. Fruto de ello, tablas 2 y 3, se analizó la siguiente clasificación de prioridades:

1ª. "Las drogas", con un 74% de sensibilización entre los entrevistados. El mayor foco de preocupación se encuentra en la zona centro de La Rioja y la capital, con más incidencia en el intervalo medio de edad, 35-54 años, así como para el sector de profesionales liberales. La menor preocupación proviene de las edades mayores de 55 años, de pequeñas poblaciones, agrícolas y pertenecientes a la zona de La Rioja Baja.

2ª. "La organización de la asistencia sanitaria", con un nivel similar de preocupación que las drogas a un 73%. Incide más en la zona baja riojana y menos en municipios pequeños y agrícolas.

3ª. La contaminación de los ríos es de las sometidas a análisis el tercer problema reseñado con un 51% de respuesta.

En un bloque bajo de respuestas se encuentran el "Alcoholismo" 29%, "Control sanitario de los alimentos" 23%, "Control sanitario de los perros" y "Vertidos-basuras" 23%.

Finalmente, entre los temas que menos preocupación despiertan entre la población riojana destacan "Tabaco" 17%, "Prevención por vacunas" 16%, "Accidentes infantiles" 12% y "Ruidos" 9%.

Los porcentajes presentados en las tablas de los anexos superan el 100% porque para muchos entrevistados los problemas eran abundantes y así lo hacían constar.

En el caso de la tabla nº5, referida a la solución de los problemas, muchos entrevistados abogaban por intervenciones de varios organismos a la vez. Aquí, nuevamente el sumatorio de los porcentajes superan el 100%, justamente porque en cierto número de encuestados se implica a todos los responsables en la resolución de los problemas.

Del análisis correspondiente a la responsabilidad en la resolución de los problemas resultaron las siguientes asignaciones:

- En la solución de los accidentes se implica fundamentalmente a Ayuntamientos y Gobierno Autónomo; algo al Gobierno Central.

- En el control del agua deben

intervenir los Ayuntamientos y algo el Gobierno Autónomo.

- El tabaco, al Gobierno Central y algo al Autónomo.

- En el alcoholismo, Gobierno nacional y algo al local.

- Con las drogas se responsabiliza de igual forma que en el tabaco y el alcohol.

- En el control sanitario de los alimentos, la responsabilidad mayor se adjudica al

Tabla 4

Distribución de responsabilidades a la pregunta ¿Quién debe resolver los problemas? Basada en los problemas que más preocupan. La Rioja. (Porcentaje sobre el total)

Problemas	Gobierno Central	Gobierno Autónomo	Ayuntamiento
Accidentes infantiles	17	39	41
Control agua de beber	4	33	74
Tabaco	69	28	9
Alcoholismo	67	40	10
Otras drogas	76	42	10
Control sanitario de los alimentos	63	29	26
Control sanitario de los perros	10	20	72
Organización asistencia sanitaria	34	70	13
Vertidos y basuras controladas	9	30	75
Contaminación de los ríos	21	61	35
Ruidos ambientales	5	33	60
Enfermedades evitables por vacunas	45	64	24



Gobierno Central, con parcelas importantes en los otros dos.

- El control sanitario de los perros sería fundamentalmente de los Gobiernos municipales.

- La organización de la asistencia sanitaria se piensa que depende prioritariamente del Gobierno Autonómico, algo del Central y poco los Ayuntamientos.

- Los vertidos y basuras, de los Ayuntamientos.

- La contaminación de los ríos, de todos algo, pero sobre todo del Gobierno Autonómico.

- Las vacunaciones, de los tres, pero más del Gobierno Autonómico.

DISCUSIÓN

Con los datos obtenidos en este estudio sobre los problemas de salud podemos crear unos perfiles, bien distintos, de necesidades para las distintas zonas del estudio y sus habitantes.

Los cuadros de resultados son bastante claros por sí mismos y se expresan con claridad propia.

No obstante es preciso señalar la importancia del significado de las citas espontáneas reflejadas en las tablas 1 y 2. Generalmente esas preocupaciones primordiales citadas sin reserva suelen responder por un lado a necesidades reales y objetivas, también pueden responder a necesidades sentidas más o menos reales y subjetivas y finalmente a necesidades sociales (como es el caso de la falta de hospitales en la zona de Rioja Baja) y ambientales relacionadas con estilos de vida (control sanitario de perros y alimentos), modas (medicina preventiva), pautas y elementos culturales (ecologismo).

También en lo concerniente al tabaquismo, apuntar la escasa sensibilización de la población, como en otros estudios¹¹, ni objetiva ni subjetivamente y menos socialmente. Sólo un 1,5% de los estudiados tiene entre sus principales preocupaciones sanitarias los problemas del tabaco. Incluso en los problemas sugeridos no logra sobrepasar el 17%. Viendo la gran sensibilidad provocada por "las otras drogas" e incluso el "cáncer" no estaría de más aprovechar las campañas que se organicen de estas causas para sensibilizar sobre

el tabaco y relacionar esta situación con otros peligros para la salud sobre los que parece que sí hay una respuesta concreta en la población. En nuestro país ha habido un indudable avance social respecto al tabaquismo, y es más factible que en el futuro un ambiente social más favorable a las intervenciones se obtengan mejores resultados¹².

Los problemas medioambientales, especialmente la contaminación de ríos tiene una respuesta de preocupación alta 18%, si tenemos en cuenta la diversificación del sector productor en La Rioja, así como la ausencia de las tradicionales industrias inductoras del deterioro del medio-ambiente (nucleares, químicas y papeleras). Llama nuestra atención esta alta respuesta si tenemos en cuenta la realidad industrial riojana en este momento, así que probablemente responda esta preocupación al actual uso social del problema, o a alguna campaña reciente de sensibilización en este tema o ambas cosas.

El ruido ambiental no se cita en ningún caso de forma espontánea. Parece ser que no es un problema preocupante o se tiene escasa consciencia de ello y sus repercusiones en la salud.

Las denominadas sesiones de grupo exploratorio también denominadas entrevistas de grupo focal son hoy recomendadas¹³ y hasta la fecha poco usadas para obtener ideas de las percepciones de la población, sus creencias y su lenguaje. Otros estudios basados en técnicas exploratorias alcanzarían gran interés y disminución de costes si son enfocados a través de técnicas grupales¹⁴.

Destacamos, por su ausencia, las referencias a necesidades de enfermería o referencias asistenciales de enfermeras por parte de la comunidad. En La Rioja la salud y sus necesidades siguen pivotando sobre la estructura médica y hospitalaria con lo que, creemos, no se identifica el papel que juegan los profesionales de enfermería en los cuidados de salud en la comunidad. Pudiera ser de interés sociológico y antropológico realizar seguimientos pormenorizados de esta tendencia.

En lo referente a las competencias en materia de resolución de los problemas, merecería un comentario "ex profeso" sobre la información real existente de las diferentes competencias de los distintos gobiernos; desde el central al municipal: Se pide solución o ayuda



en algunos problemas, frecuentemente, a quienes no tienen competencias, o son unas competencias muy peculiares.

En la tabla 5 se refleja una interesante realidad sociológica que se produce frecuentemente y podríamos sintetizar así: "Todos los poderes públicos, los diferentes gobiernos, pueden y deben ayudar a resolver estos problemas sanitarios. Unos en mayor medida que otros, pero todos algo, según el entender del hombre de la calle".

En síntesis, el riojano implica a los tres Gobiernos de forma particular (independientemente de cuestiones legales) en: Accidentes infantiles, Control sanitario de los alimentos, Organización de la asistencia sanitaria, Contaminación de los ríos y Prevención con vacunas. Tal apreciación por otra parte, no es en absoluto carente de lógica.

Resumiendo brevemente, los problemas de salud que más preocupan a los riojanos (Tabla 4) son:

- La mala o deficiente asistencia sanitaria, reflejada con igual intensidad en todos los sectores de la población y en todos los municipios.
- La contaminación, especialmente de los ríos, que curiosamente se encuentra más acentuada en Logroño que en las zonas más rurales donde el constante contacto con la

naturaleza debiera producir una mayor sensibilización sobre los temas ecológicos.

- El alcohol y las drogas por su gran impacto social actual no requiere comentarios.
- Es de significar el alto grado de indolencia que afecta a esta población riojana representado por un tercio de los entrevistados que no se ven afectados por problema alguno, reflejando problemas de escasa transcendencia o gran diversidad.

Los problemas que más afectan a los riojanos están de alguna forma relacionados con aquellos que preocupan. Así podemos ver que las drogas, la organización de la asistencia sanitaria y la contaminación de los ríos son los más frecuentes a gran distancia del resto de problemas en las diferentes zonas geográficas e independientemente del rol familiar (Tabla 2).

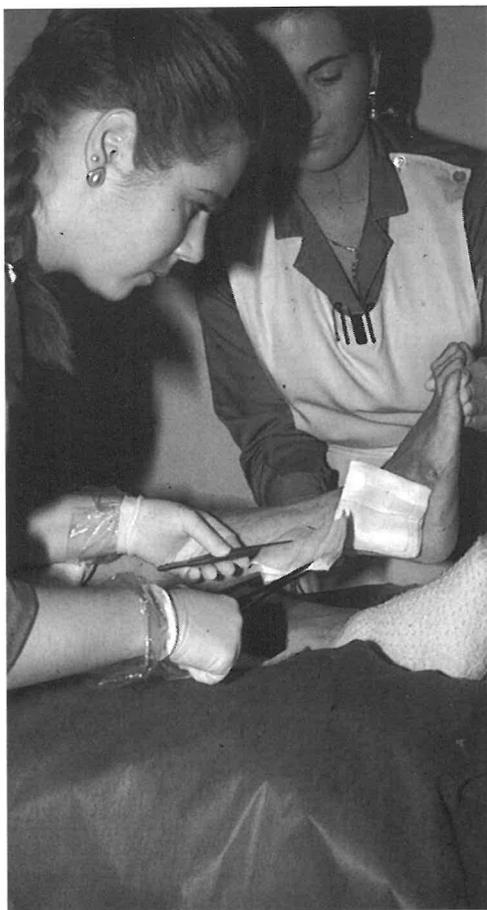
Próximos estudios basados en la autovaloración del estado de salud de la comunidad debieran retomar este proceso en aspectos cualitativos y dirigirlos hacia cuestiones hoy sólo conocidas de forma superficial en La Rioja referidas a satisfacción y utilización de los recursos sanitarios, estilos de vida o hábitos saludables de la población y determinar los factores condicionantes⁸ de los que hoy apenas se conocen aproximaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University Press, 1973: 58.
2. Holland W.W., Ipsen J., Kostrzewsky. Mediciones de los niveles de salud. Barcelona: Salvat, 1982: 7-18.
3. Pineault R., Daveluy. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson-SG, 1994: 45-46.
4. Segura Benedicto A. Las encuestas de salud: entre el mito y la realidad (editorial). Aten. Primaria 1993; 12: 381-384.
5. Navarro Rubio M.D. Encuestas de salud. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), 1994: 9.
6. Argimón J.M., Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma, 1991: 135-148.
7. Alastrue J.I., et al. Evaluación del programa de cita previa en atención primaria a través de una encuesta de opinión. Aten Primaria 1992; 9: 6.
8. Regidor E., Gutiérrez-Fisac J.L., Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Díaz de Santos, 1994: 69-74.
9. Rodríguez-Martos Dauer A. Papel de la atención primaria en el tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol: motivación para el cambio. Aten. Primaria 1994; 14: 743-751.
10. De la Revilla L., et al. Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo. Aten. Primaria 1994; 13: 161-164.
11. Esteban de la Rosa M.A., et al. Satisfacción de los usuarios: Factores condicionantes. ROL 1994; 188: 33-39.
12. Martín-Cantera C., Jane C., Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. Aten. Primaria 1993; 12: 86-91.
13. U.S. Department of Health and Human services. Pretesting in health communications: methods, examples and resources for improving health messages and materials. Focus group interviews. Bethesda: National Cancer Institute (NIH Publication nº 84-1493), 1984: 12-14.
14. Krueger R.A. Focus groups: A practical guide for applied research. Beverly Hills: Sage Publications, 1988.



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



El Colegio de Enfermería de La Rioja protege a todos sus colegiados con un seguro de responsabilidad civil con las siguientes coberturas:

100 Millones por siniestro

Fianzas

Defensa jurídica

Exclusiones de 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.

*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 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.



Mortalidad evitable por tabaquismo en La Rioja

Enrique Ramalle Gomara
M^a del Carmen Quiñones Rubio
Diplomados en Enfermería

INTRODUCCIÓN

A partir de principios de siglo comienzan a aparecer indicios que aportaban evidencias a favor de una asociación entre tabaco y cáncer. Sin embargo, hasta el año 1950 no fue considerado un motivo de atención generalizada. Durante ese año *The Journal of the American Medical Association* publicó dos informes sobre el tema, uno de Wynder y Graham¹ y otro de Levin, Goldstein y Gerhardt², mientras que el *British Medical Journal* publicó un informe similar de Doll y Hill³.

Tan sólo 25 años después había quedado establecida la asociación entre tabaco y diferentes enfermedades, tales como cáncer de pulmón, bronquitis crónica, enfisema, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares y úlcera péptica, proponiendo la OMS una serie de recomendaciones basadas en la modificación de los hábitos de consumo, medidas educativas y legislación sobre campañas antitabáquicas⁴.

En la actualidad la relación entre el hábito tabáquico y numerosas enfermedades está suficientemente probada, de forma que un editorial de *The Lancet* del año 1986 afirmaba que "fumar ha dejado de constituir una controversia sobre la salud para convertirse actualmente en un tema político que debe ser abordado por medios políticos"⁵.

El tabaquismo ha sido señalado como el mayor problema de salud pública susceptible de intervención en los países desarrollados^{6,7}. Richard Peto ha calculado en tres millones las muertes atribuidas al tabaquismo en el mundo, estimando que, si la tendencia en el consumo persiste, serán diez millones dentro de 30 años⁸; mientras, en España, un estudio del año 1989 atribuye al tabaco 32.000 fallecimientos

en hombres y 7.800 en mujeres cada año, siendo considerado como el factor de riesgo que por sí solo produce más muertes prematuras evitables en España⁹, mientras que la esperanza de vida de los fumadores es, aproximadamente, seis años menor que la de los no fumadores¹⁰. La razón de mortalidad entre fumadores y no fumadores varía, según autores, entre 1,28 y 1,84¹¹.

Desde el punto de vista de la planificación sanitaria tiene gran interés el valorar el impacto que el tabaquismo tiene sobre la morbimortalidad, utilizándose para ello la fracción etiológica poblacional¹², también llamada riesgo atribuible poblacional o proporción atribuible poblacional, que expresa la proporción de casos en la población que se deben a la presencia del factor de riesgo, es decir, la proporción de enfermedad que se podría evitar al eliminar el factor de riesgo¹³.

El objetivo del presente estudio fue calcular la proporción atribuible poblacional para diferentes enfermedades relacionadas con el hábito de fumar, estimándose el impacto sobre la mortalidad prematura a través del análisis de los "Años Potenciales de Vida Perdidos".

MATERIAL Y MÉTODOS

Las enfermedades estudiadas han sido: cáncer broncopulmonar (CIE-9: 162), cáncer de laringe (CIE-9: 161), cáncer labio, boca y faringe (CIE-9: 140-149), cáncer de esófago (CIE-9: 150), cáncer de vejiga (CIE-9: 188), cáncer de páncreas (CIE-9: 157), cáncer de riñón (CIE-9: 189), cardiopatía isquémica (CIE-9: 410-414), accidente cerebrovascular agudo (CIE-9: 430-438), enfermedad vascular periférica (CIE-9: 440-448) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (CIE-9: 490-496).



Los códigos pertenecen a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión (CIE-9)¹⁴

La proporción de fumadores ha sido obtenida de la "Encuesta Nacional de Salud"¹⁵. El cálculo de la proporción atribuible poblacional se ha hecho mediante la fórmula:

$$PAP = Pe(RR-1)/1+Pe(RR-1)$$

donde Pe = prevalencia de exposición (proporción de fumadores) y RR = Riesgo relativo.

Como medida de asociación entre la exposición y la enfermedad se utilizó el riesgo relativo ponderado para cada enfermedad propuesto por Rodríguez y colaboradores¹⁶.

En el caso de tumores, arteriopatía periférica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica se han considerado en el mismo grupo a los fumadores que a los ex-fumadores, ya que, a pesar del abandono del tabaquismo, el riesgo sigue siendo superior al de los no fumadores. Para el resto de enfermedades los ex-fumadores han sido considerados como no fumadores.

Se ha estudiado la mortalidad asociada al tabaquismo y para valorar el impacto de la muerte en los jóvenes se han analizado los "Años Potenciales de Vida Perdidos" (APVP)¹⁷, que tienen en cuenta la trascendencia sociosanitaria y económica de la mortalidad prematura, dando más peso a las muertes ocurridas en edades tempranas de la vida. Teóricamente los APVP identifican aquellas causas de muerte que pueden ser evitadas o retrasadas, que representan la mortalidad prematura, puesto que son los años que una persona deja de vivir si fallece antes de la edad habitual para el colectivo. Para su elaboración se han excluido los menores de un año y se ha fijado el límite superior en los 70 años, tal y como se acepta en la actualidad¹⁸. Se han calculado para cada una de las "XVII

Grandes Causas de Muerte" y para las causas de muerte asociadas al tabaquismo.

La tasa bruta de años potenciales de vida perdidos (TAPVP), que cuantifica el "peso" que sobre la población total tiene el conjunto de APVP, se ha calculado mediante la fórmula:

$$TAPVP = \frac{\text{años potenciales de vida perdidos en un año}}{\text{Población de La Rioja en el año}} \times 1.000$$

Igualmente se ha calculado la tasa específica de APVP para cada una de las "XVII Grandes Causas de Muerte" y para las causas principales, según la fórmula:

$$TEPVP = \frac{\text{Nº años potenciales de vida perdidos en un año para cada causa}}{\text{Población de La Rioja año}} \times 1000$$

El Porcentaje de APVP para cada una de las "XVII Grandes Causas de Muerte" y para las principales causas se ha elaborado siguiendo la metodología propuesta por el Instituto Nacional de Estadística¹⁹.

El número de muertes atribuibles al tabaquismo ha sido calculada para cada enfermedad y se ha obtenido multiplicando la PAP de dicha enfermedad por el número de muertes producidas por esa causa.

Los datos sobre mortalidad fueron facilitados por el

Registro de Mortalidad de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social.

Para la comparación de proporciones se empleó la prueba de ji cuadrada (χ^2). Los cálculos relativos a los APVP se efectuaron con la hoja de cálculo Excel²⁰ y para el cálculo de la χ^2 se empleó el programa informático EpiInfo²¹.

RESULTADOS

Los riesgos relativos ponderados del tabaco para cada una de las enfermedades

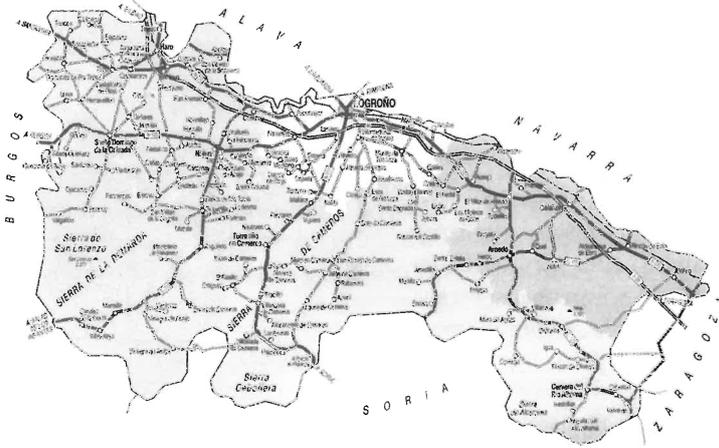


Tabla 1
Riesgos relativos ponderados del tabaco y enfermedades en estudio

Enfermedad	RRp (IC 95%)	
	Hombres	Mujeres
Cáncer de orofaringe	5,30 (3,97-7,15)	2,20 (1,22-3,94)
Cáncer de esófago	2,99 (2,70-3,32)	2,24 (1,18-4,23)
Cáncer de páncreas	11,96 (1,73-2,23)	1,72 (1,30-2,26)
Cáncer de laringe	4,44 (2,49-7,92)	2,20 (1,22-2,94)
Cáncer de pulmón	9,38 (8,67-10,15)	6,72 (6,02-7,50)
Cáncer de vejiga	2,72 (2,51-2,95)	2,75 (2,48-3,06)
Cáncer de riñón	1,42 (1,16-1,75)	
Cardiopatía isquémica	1,60 (1,57-1,63)	2,19 (2,06-2,34)
Accidente cerebrovascular agudo	1,43 (1,35-1,52)	1,72 (1,59-1,86)
Arteriopatía periférica	3,98 (2,63-6,03)	5,88 (3,48-9,93)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8,59 (7,39-9,99)	4,15 (2,51-6,85)

RRp: Riesgo relativo ponderado; IC 95%: Intervalo de confianza 95%.

Tabla 2
Consumo de tabaco en La Rioja,
según sexo, expresado en porcentaje.

Consumo de tabaco	Hombres	Mujeres	Total
Fumadores	55,21	23,47	39,18
Ex-fumadores	11,46	6,12	9,28
No fumadores	33,33	70,41	51,54
Total	100	100	100

das y estratificados por sexo aparecen en la tabla 1, calculados por Rodríguez y colaboradores, donde pueden apreciarse importantes diferencias según sexo. Para todos los tipos de cáncer estudiado, el RRp fue superior en hombres que en mujeres. Sin embargo, para la cardiopatía isquémica, el ACVA, la arteriopatía periférica y la EPOC, el RRp fue superior en mujeres que en hombres. No se pudo calcular el RRp para el cáncer de riñón en mujeres por ausencia de otros estudios para contrastar.

La prevalencia general de tabaquismo fue del 39%, siendo significativamente mayor ($\chi^2 = 26,71$; g.l. = 1; $p < 0,001$) en hombres que en mujeres.

En cuanto a la prevalencia de tabaco los resultados aparecen en la tabla 2.

La proporciones atribuibles poblacionales para cada una de las enfermedades en estudio se presentan en la tabla 3, donde destaca el porcentaje atribuible al tabaquismo en la producción de casos de cáncer de orofaringe (74% en hombre y 26% en mujeres), cáncer de pulmón (85% en hombres y 63% en mujeres), EPOC (84% en hombres y 48% en mujeres) y arteriopatía periférica (67% en

hombres y 59% en mujeres). Estos porcentajes indican la disminución esperada de casos de enfermedad que se produciría si la población dejara de fumar.

En la tabla 4 se presenta el número de muertes atribuibles al tabaquismo según la proporción atribuible poblacional calculada en la tabla 3.

Podemos observar que, dentro de las enfermedades estudiadas, se produjeron 300 fallecimientos que podrían haber sido evitados si la población no fumara. Teniendo en cuenta que en ese año 1992 ocurrieron un total de 2.399 fallecimientos, de los que 1.281 fueron hombres y 1.118 mujeres²², el 13% (18% en hombres y 7% en mujeres) de dichos fallecimientos se hubieran evitado si la población no fumara.

Años Potenciales de Vida Perdidos

El estudio de las tasas de mortalidad, tanto brutas como ajustadas, cuantifica la magnitud del fenómeno de morir en una comunidad. Conforme la esperanza de vida ha ido aumentando, la mayor parte de los fallecimientos se producen en las personas mayores de 75 años. Así, por ejemplo, en La Rioja en el año 1980 el



Tabla 3

Proporción atribuible poblacional (PAP) calculadas según la prevalencia de tabaquismo en La Rioja

Enfermedad	Proporción atribuible poblacional	
	Hombres	Mujeres
Cáncer de orofaringe	74,14%	26,20%
Cáncer de esófago	57,02%	26,84%
Cáncer de páncreas	39,03%	17,56%
Cáncer de laringe	69,64%	26,20%
Cáncer de pulmón	84,82%	62,86%
Cáncer de vejiga	53,42%	34,12%
Cáncer de riñón	21,88%	-
Cardiopatía isquémica	24,89%	21,83%
Accidente cerebrovascular agudo	19,19%	14,46%
Arteriopatía periférica	66,52%	59,08%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	83,50%	48,24%

50% de la muertes se produjeron en las personas mayores de 74 años, mientras que en 1991 fue el 60%, de forma que las tasas de mortalidad se han visto fuertemente influidas por las causas que determinan la muerte en los ancianos. Por esta razón está más indicado el análisis de los Años Potenciales de Vida Perdidos, que identifican aquellas causas de muerte que ocurren en edades tempranas de la vida.

Los APVP en La Rioja para los años 1987 y 1992 pueden observarse en las tablas 5 y 6. Se

aprecia que las causas externas (que incluyen los accidentes de tráfico), los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio producen la mayor parte de los APVP tanto en hombres como en mujeres. Las enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, la piel, el tejido osteomuscular y las perinatales no provocaron ningún APVP en La Rioja.

En este último quinquenio los APVP, en el caso de los hombres, se han mantenido prác-

Tabla 4

Proporción atribuible poblacional (PAP) calculadas según la prevalencia de tabaquismo en La Rioja

Enfermedad	Nº de muertes atribuibles en 1992 en La Rioja. Nº casos	
	Hombres	Mujeres
Cáncer de orofaringe	10,38	0
Cáncer de esófago	10,83	0,54
Cáncer de páncreas	7,41	1,23
Cáncer de laringe	1,39	0
Cáncer de pulmón	78,03	6,91
Cáncer de vejiga	11,75	1,02
Cáncer de riñón	2,63	*
Cardiopatía isquémica	31,11	22,92
Accidente cerebrovascular agudo	25,14	23,71
Arteriopatía periférica	11,97	11,82
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	41,75	13,51
Total	232,40	81,66



ticamente igual para el caso de los tumores, han bajado las Causas externas de traumatismos y envenenamientos y las Enfermedades del Aparato Circulatorio y han subido los causados por Enfermedades del Aparato Digestivo y las Enfermedades de las glándulas endocrinas, nutrición, metabolismo y trastornos de la inmunidad, esta última debido al impacto del sida sobre la mortalidad.

En las mujeres se han mantenido estables los APVP por Tumores, han bajado las Enfermedades del Aparato Circulatorio y han subido las Causas externas de traumatismos y envenenamientos y las Enfermedades de las glán-

prematura en el caso de los hombres y del 70% en el caso de las mujeres. Todas estas causas productoras de mortalidad prematura tienen relación con el tabaquismo.

En un análisis más detallado sobre los APVP debidos a diferentes enfermedades se han estudiado las causas de muerte según la lista reducida de la CIE-9. Los datos se presentan en la tabla 7, destacando en hombres los accidentes de tráfico, la enfermedad isquémica del corazón, el sida y el tumor maligno de pulmón. En mujeres la mayor parte de APVP fueron debidos al tumor maligno de mama, los accidentes de tráfico y el sida. La Enferme-

Tabla 5
Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), tasa de APVP por mil habitantes y porcentaje de APVP sobre el total de APVP, según causa y sexo. La Rioja 1987

Grandes Grupos de Causas	Hombres			Mujeres			Total		
	APVP	Tasa	%	APVP	Tasa	%	APVP	Tasa	%
I. Infecciosas	121	0,94	1,54	70	0,53	2,48	191	0,73	1,78
II. Tumores	2011,5	15,58	25,53	1059	8,09	37,46	3070,5	11,81	26,68
III. Endocrinas	36	0,28	0,46	99	0,77	3,50	135	0,52	1,26
IV. Sangre	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V. Mentales	49	0,38	0,62	8	0,06	0,28	57	0,22	0,53
VI. Nervioso	158,5	1,23	2,01	65	0,50	2,30	223,6	0,86	2,09
VII. Circulatorio	1449,5	11,23	18,40	717	5,48	25,37	2166,5	8,33	20,24
VIII. Respiratorio	219	1,70	2,78	105	0,80	3,71	324	1,25	3,03
IX. Digestivo	375	2,90	4,76	148	1,13	5,24	523	2,01	4,89
X. Genitourinario	61	0,47	0,77	35	0,27	1,24	96	0,37	0,90
XI. Embarazo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XII. Piel	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XIII. Osteomusc.	0	0	0	28	0,21	0,99	28	0,11	0,26
XIV. Congénitas	56	0,43	0,71	67,5	0,52	2,39	123,5	0,47	1,15
XV. Perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XVI. Mal definidos	260	2,01	3,30	35	0,27	1,24	295	1,13	2,76
XVII. Externas	3081,5	23,86	39,12	390	2,98	13,80	3471,5	13,35	32,43
Todas las Causas	7878	61,01	100	2826,5	21,59	100	10704,5	41,17	100

dulas endocrinas, nutrición, metabolismo y trastornos de la inmunidad, motivado, como en el caso de los hombres, por el impacto del SIDA sobre la mortalidad.

El análisis de los resultados del año 1992 en La Rioja indica que en el caso de los hombres se perdieron 15 años por cada mil habitantes por tumores y 14 años por las Causas Externas de Traumatismos y Envenenamientos (que incluye los accidentes de tráfico). En el caso de las mujeres se perdieron 11 años por cada mil por Tumores y 9 por Causas Externas de Traumatismos y Envenenamientos. Proporcionalmente los Tumores, las Causas Externas de Traumatismos y Envenenamientos y las Enfermedades del Aparato Circulatorio fueron responsables del 75% de la mortalidad

isquémica del corazón y el tumor maligno de pulmón están directamente relacionados con el tabaquismo.

Podemos observar que, en el caso de los hombres, el 21% de la mortalidad prematura en La Rioja en el año 1992 está relacionada con el tabaquismo, mientras que en las mujeres 10%.

DISCUSIÓN

El tabaquismo tiene un gran impacto socio-sanitario. Un estudio realizado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña²³ estimó que el coste socioeconómico global del tabaquismo para



Tabla 6
Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), tasa de APVP por mil habitantes y porcentaje de APVP sobre el total de APVP, según causa y sexo. La Rioja 1992

Grandes Grupos de Causas	Hombres			Mujeres			Total		
	APVP	Tasa	%	APVP	Tasa	%	APVP	Tasa	%
I. Infecciosas	102	0,78	1,5	75	0,56	2,67	177	0,67	1,84
II. Tumores	2002,5	15,34	29,43	1055	7,94	37,56	3057,5	11,61	31,81
III. Endocrinas	615	4,71	9,04	240	1,81	8,54	855	3,25	8,89
IV. Sangre	37,5	0,29	0,55	20	0,15	0,71	57,5	0,22	0,60
V. Mentales	7,5	0,06	0,11	5	0,04	0,18	12,5	0,05	0,13
VI. Nervioso	152,5	1,17	2,24	137,5	1,03	4,89	290	1,10	3,02
VII. Circulatorio	1232,5	9,44	18,11	327,5	2,46	11,66	1560	5,92	16,23
VIII. Respiratorio	210	1,61	3,09	105	0,79	3,74	315	1,20	3,28
IX. Digestivo	492,5	3,77	7,24	262,5	1,97	9,34	755	2,87	7,85
X. Genitourinario	15	0,11	0,22	15	0,11	0,53	30	0,11	0,31
XI. Embarazo	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
XII. Piel	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
XIII. Osteomusc.	15	0,11	0,22	2,5	0,02	0,09	17,5	0,07	0,18
XIV. Congénitas	47,5	0,36	0,70	0	0,00	0,00	47,5	0,18	0,49
XV. Perinatal	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
XVI. Mal definidos	47,5	0,36	0,70	2,5	0,02	0,09	50	0,19	0,52
XVII. Externas	1827	14,00	26,85	561,5	4,22	19,99	2388,5	9,07	24,85
Todas las Causas	6804	52,14	100	2809	21,13	100	9613	36,49	100

Tabla 7
Porcentaje* de Años Potenciales de Vida perdidos por principales causas y sexo (Lista reducida). La Rioja 1992.

Grandes Grupos de Causas	Hombres		Mujeres		Total	
	APVP	%	APVP	%	APVP	%
Tumor maligno de pulmón	462,5	6,80	70	2,49	532,5	5,54
Tumor maligno de mama	-	-	402,5	14,33	402,5	4,19
Tumor cuello uterino	-	-	27,5	0,98	27,5	0,29
Diabetes mellitus	27,5	0,40	20	0,71	47,5	0,49
Enfermedad isquémica del corazón	622,5	9,15	87,5	3,11	710	7,39
Enfermedad cerebrovascular	285	4,19	105	3,74	390	4,06
Bronquitis, enfisema, asma	27,5	0,40	7,5	0,27	35	0,36
Neumonía, influenza	47,5	0,70	67,5	2,40	115	1,20
Cirrosis hepática	372,5	5,47	157,5	5,61	530	5,51
Tráfico	47	13,92	371,5	13,23	1318,5	13,72
Suicidios	270	3,97	35	1,25	305	3,17
Sida	582,5	8,56	212,5	7,56	795	8,27
Resto Causas	6804	55	2809	51,89	9613	54,09

* Porcentaje = (Nº de APVP por una causa dividido entre el total de APVP por todas causas) * 100

Cataluña en el año 1977 era de 15.197,7 millones de pesetas. Siendo la población de Cataluña de unos 6 millones de habitantes y la de La Rioja de unos 260.000, se puede inferir, ya que el porcentaje de fumadores es semejante en ambas Comunidades, un gasto sociosanitario por el tabaquismo para La Rioja de 633 millones de pesetas aproximadamente.

Las actividades de promoción de la salud han de ir dirigidas tanto a prolongar la esperanza de vida, como a mejorar la calidad de vida. Fries y colaboradores²⁴ se han referido a la necesidad de "comprimir" la mortalidad y ampliar la esperanza de vida activa.

El tabaquismo tiene un fuerte impacto sobre la esperanza de vida total y la esperanza de vida libre de incapacidad. Según los resultados del presente estudio más del 83% (en hombres) y del 48% (en mujeres) de los casos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica desaparecerían si la población dejara de fumar. Este porcentaje es del 74 y 26, respectivamente para hombres y mujeres, en el caso de cáncer de orofaringe; de 85 y 63, respectivamente para hombres y mujeres, en el caso de cáncer de pulmón y de 70 y 26, respectivamente para hombres y mujeres, en el caso de cáncer de laringe.



Por otro lado el potencial productor de mortalidad y de APVP de las enfermedades asociadas al tabaquismo es alto, tal y como ha sido expuesto anteriormente. A pesar de la capacidad sensibilizadora que pueda tener el cálculo de las muertes atribuibles al tabaco, la disminución de su consumo presenta importantes dificultades, entre las que destaca el hecho de que fumar se ha integrado socialmente en las estructuras de satisfacción de necesidades y que es un impulso no racional²⁵.

No obstante desde el campo de enfermería existen importantes campos de actuación en la disminución de la prevalencia del tabaquismo, sobre todo si se tiene en cuenta que existen diferentes fases en el proceso de abandono del hábito tabáquico²⁶.

Básicamente las líneas de intervención desde enfermería podrían ir orientadas a cuatro niveles diferentes²⁷:

a) Actitud modélica, demostrando de forma práctica y a través del ejemplo personal que es posible y más saludable vivir sin tabaco.

b) Actitud social, que desde las Organizaciones de Enfermería presionara sobre el control de la industria tabaquera e incrementase las medidas legislativas sobre la limitación en el consumo de tabaco y la protección de los no fumadores, así como la posibilidad de desarrollar programas de incentivación a sus asociados.

c) Actitud educativa, con la recomendación sistemática de los profesionales de enfer-





mería a las personas que atienden para que dejen de fumar.

d) Actitud terapéutica, con el desarrollo e impulso de programas de prevención y de abandono del hábito tabáquico.

Diferentes estudios han mostrado la eficacia del simple consejo sanitario en el sentido de recomendar el abandono del tabaco^{28,29}. Teniendo en cuenta que la influencia de los

profesionales de enfermería en la sociedad va en aumento, habría que aprovechar esta situación para fomentar un estilo de vida libre del tabaco, de forma que pueda colaborar-se en la consecución del objetivo 16 del programa "Salud Para Todos en el año 2000", que espera elevar al 80% la parte de población que no fuma y reducir en el 50% el consumo nacional de tabaco³⁰.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wynder E.L., Graham E.A. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma. A study of six hundred and eighty-four proved cases. *JAMA* 1950; 143: 329-336.
2. Levin M.L., Goldstein H., Gerhart P.R. Cancer and tobacco smoking. A preliminary report. *JAMA* 1950; 143: 336-338.
3. Doll R., Hill A.B. Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. *Br. Med. J.*; 1950; II: 739-748.
4. OMS. Consecuencias del tabaco para la salud. Serie Informes Técnicos, n° 568. Ginebra, 1975.
5. Myddelton G. Tabaco y mortalidad (Carta). *The Lancet* (ed esp), 1986; 8: 355-356.
6. Salvador-Llivina T. Training programmes for health professionals. The need for coordinated effort in southern european countries. En: Maskens A.P., Molimard R., Preussmann R., Wilmer J.W. (eds). *Tobacco and cancer. Perspectives in preventive research*. Netherlands: Elsevier Science Publishers BV, 1989: 87-91.
7. González Quintana J. El tabaquismo en España ante "Salud para todos en el año 2000". *ROL* 1992; 161: 31-38.
8. Peto R. The future worldwide health effects of current smoking patterns: 3 million deaths/year eventually. 7th World Conference on Tobacco and Health. Perth, Western Australia, April 1990.
9. González Enriquez J, Rodríguez Artalejo F, Marfín Moreno JM, Banegas Banegas JR, Villar Alvarez F. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 15-
10. Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología. Indicadores de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
11. Secretaría General para el Consumo y la Salud Pública. Plan de Salud: Objetivos estratégicos de Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
12. Miettinen OS. Proportion of disease caused or prevented by a given exposure, trait or intervention. *Am J Epidemiol* 1974; 99: 325-332.
13. Colimon KM. Fundamentos de Epidemiología. Madrid: Díaz de Santos, 1990. / '-
14. Manual para la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. Publicación Científica n° 353-A. Organización Panamericana de la Salud: Washington, 1978.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
16. Rodríguez Tapióles R, Pueyos Sánchez A, Bueno Cavanillas A, Delgado Rodríguez M, Gálvez Vargas R. Proporción de enfermedad atribuible al tabaco en la provincia de Granada. *Med Clin (Barc)* 1994; 102:571-574.
17. CDC. Premature mortality in the United States. Public Health Issues in the Use of Years of Potential Life Lost. *MMWR* 1986; 35 (25). Supplement.
18. Romeder JM, McWhinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *Int J Epidemiol* 1977; 6: 143-151.
19. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Tomo I. Resultados Básicos. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1993.
20. Excel, version 4.0. Microsoft Corporation. Soft-Art, 1992.
21. Dean JA, Dean AG, Burton A, Dicker R. *EpiInfo*, version 5. USD. Stone Mountain, 1990.
22. González MA. Mortalidad en La Rioja, año 1992. *Boletín Epidemiológico de La Rioja* 1994; 73: 431-435.
23. Agustí A, Artells J, Gill M, Oriols P, Ruiz MJ, Pardell H, Salleras LI, Salvador T. Informe: El tabaquismo a Catalunya. Departament de Sanitat y Seguretat Social. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1983.
24. Fries JM, Green LW, Levine S. Promoción de la salud y compresión de la morbilidad. *The Lancet* (ed esp) 1989; 15: 33-
25. Marín D. Entorno familiar, tabaco y alimentación (Editorial). *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 15-15.
26. Corral C. Intervención sobre el tabaquismo desde la atención primaria (Editorial). *Aten Primaria* 1993; 11: 271272.
27. Salvador-Llivina T. Tabaquismo y responsabilidad profesional en el ámbito de la salud pública. *Rev San Hig Púb* 1990; 64: 585-588.
28. Borrrell Carrió F. Eficacia del consejo antitabaco en Atención Primaria de Salud (Editorial). *Aten Primaria* 1987; 4: 1-3.29. Antó Boqué JM. Educación sanitaria y tabaquismo. Consideraciones sobre las campañas de educación sanitaria y el consejo individual en la práctica médica. *Aten Primaria* 1987; 4: 44-48.
30. Organización Mundial de la Salud. Los objetivos de la Salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.



DEMANDA DE RESUMENES

21º CONGRESO CUADRIENAL DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS

15 al 20 de junio de 1997, Vancouver, CANADA

TEMA: COMPARTIENDO EL DESAFIO DE LA SALUD

Plazo de presentación de resúmenes de comunicaciones

hasta el 15 de Enero de 1996

S
U
B
T
E
M
A
S

1. La gestión de los recursos sanitarios de la atención de salud en un medio ambiente cambiante.
2. Mejora de la calidad: asuntos en la educación y el ejercicio de la enfermería.
3. Asuntos de derecho y de reglamentación.
4. Asuntos contemporáneos de ética y derechos humanos.
5. Enseñanza de la profesión en un mundo evolutivo.
6. Investigación de enfermería más allá del 2000
7. Hechos actuales en las clasificaciones de enfermería y sistemas de información y documentación sobre enfermería.
8. Práctica clínica para el siglo 21.
9. Diversidad cultural y ejercicio de enfermería.
10. Salud mental y enfermería
11. Salud de la mujer: prioridades y acción
12. Fomento de la salud: rumbos para una acción futura.
13. Reducción del comportamiento de alto riesgo: normativas e intervenciones.
14. Asociaciones de salud de base comunitaria.
15. Prestando cuidados al encargado de prestar cuidados.
16. Sistemas de promoción de las perspectivas de carrera.
17. Asociaciones de enfermeras en acción
18. Iniciativas empresariales de enfermería

En las sesiones de *pósters* se podrá abordar cualquier tema que describa enfoques locales y/o innovadores en el ejercicio, la investigación y la educación de la enfermería (por ejemplo, en la salud de la mujer, el SIDA, la atención de salud primaria, los cuidados a los ancianos, el dar consejo, la gestión de crisis, la administración de casos, etc.).

Bases completas disponibles en el Colegio



Nº de becas: 20

 **BECAS**
IBERCAJA
1995

Cuantía: 25.000 Ptas.

Fines: Asistencia a Cursos, Congresos, Jornadas y Simposios fuera de La Rioja, que se celebren durante el año 1995.

Solicitudes: Según convenio con Ibercaja, solamente podrán optar a estas becas aquellos colegiados que tengan domiciliada la nómina con esta entidad.

Presentación de la inscripción a la actividad

Fecha límite: 5 de Octubre de 1995.

Adjudicación: Por sorteo entre los solicitantes.

Pago de becas: A la presentación del certificado de asistencia.

La solicitud de estas becas supone la aceptación de las presentes bases.



4^{os} Encuentros de Enfermería Riojana

Etica y Enfermería

"Cuando durante la noche se abre la mente a alguna que otra verdad, la oscuridad se vuelve tenue como el diáfano espacio de una evidencia"

E.M. CIORAN

En estas Jornadas de Enfermería Riojana hemos elegido el tema Etica y Enfermería por entender que en estos momentos existe una creciente inquietud social ante la pérdida de valores morales tradicionales.

Todo ello tiene una proyección en el campo de las profesiones, produciendo cierto desconcierto por la toma de decisiones ajustadas a criterios profesionales de contenido ético. En este encuentro pretendemos:

- Avanzar en el conocimiento de los fundamentos de la Etica y Deontología aplicadas a la profesión de Enfermería.
- Despertar el interés de los profesionales hacia el estudio de estos temas para la formación de grupos de trabajo que ayuden a su divulgación entre el colectivo de Enfermería.

**PREMIOS
COMUNICACIONES**

Fecha límite de recepción
resúmenes 11-10-95

"CIUDAD DE LOGROÑO"
Excmo. Ayuntamiento
de Logroño

**"CONSEJERIA DE SALUD
CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL"**
Gobierno de La Rioja

"COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA"
Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja

**SECRETARIA TECNICA
E INFORMACION**

**COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERIA**
Gran Vía 67 esc. B 1ºder.
Tel:(941) 228316 - FAX:(941) 220344
LOGROÑO (LA RIOJA)

CUOTA DE INSCRIPCION

COLEGIADOS
EN LA RIOJA: 5.000 pts.
(Se ha aplicado
la anunciada
beca de 3.000 Pts.)
ENFERMEROS NO
COLEGIADOS
EN LA RIOJA: 8.000 pts.

INCLUYE:
Documentación
Café-Break
Certificado
de Asistencia
Almuerzo de Trabajo
Exposición Material
Técnico

**FECHA DE
INSCRIPCION**

Del 26-09-95 al 16-10-95



PROGRAMA CIENTIFICO

- 9,30 h. Recogida de documentación.
10,00 h. Acto de apertura.
10,15 h. **1ª Ponencia.**
Planteamiento general de la Bioética.
Ponente:
Dr. D. José Luis Monzón Marín.
Responsable Grupo Bioética.
Complejo hospitalario San Millán-San Pedro.
11,00 h. Coloquio.
11,15 h. Coffe-break.
Defensa de Comunicaciones posters.

- 12,00 h. **2ª Ponencia:**
Deontología Profesional en Enfermería.
Ponente:
Mª. Jesus Blecua Lis.
Vicepresidenta Comisión de Etica del Colegio
Oficial de Enfermería de Zaragoza y experta
en Bioética.
12,45 h. Coloquio.
13,00 h. Comunicaciones Orales.
14,30 h. Comida.

- 17,00 h. **Mesa redonda "Ética y Enfermería"**
- *Fundamentos de la ética y deontología en la
profesión de enfermería.*
- *Comité institucional de ética asistencial.
El profesional de enfermería.*
- *Ética en investigación de enfermería.*
Comisión de ética y deontología del Colegio
de Enfermería.
Invitadas:
Begoña Veramendi Eguilaz.
Mª. Luz Sánchez Cabeza.
Pilar Ramírez García.
Milagros Silanes Miguel.
Diplomadas Universitarias en Enfermería de la
Comunidad Autónoma de La Rioja.
17,50 h. Coloquio.
18,15 h. Descanso.
18,30 h. Conferencia de clausura.
19,15 h. Coloquio
19,30 h. Clausura



Nuestra experiencia con hemoperfusión en el tratamiento de la intoxicación aluminica

Servicio de Nefrología
Hospital San Millán
Araceli Azcona
Begoña Baroja
Ana I. Escolar
Beatriz Ibáñez
Concepción Martín
Marisol Montiel
Emma Rodríguez

I. INTRODUCCION

El Aluminio (Al) es un metal existente en la corteza terrestre. Se considera un oligo-elemento en sistemas biológicos. Se ingiere con los alimentos, se absorbe en pequeñas cantidades en el tubo digestivo y se elimina por la orina. (1) Una fracción importante, el 90%, está unida a las proteínas plasmáticas, sobre todo a la transferrina y a la albúmina, por lo tanto no dializable.

El aporte de Al en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), proviene especialmente del agua utilizada para Hemodiálisis (HD) y del tratamiento para la hiperfosfatemia (hidróxido de aluminio).

En pacientes con IRC, tras largos años en HD, el Al se deposita en el hígado, bazo, miocardio, huesos, ocasionando alteraciones importantes como enfermedad ósea, anemia microcítica y encefalopatía aluminica. (2)

El tratamiento para la intoxicación aluminica consiste en:

- Reducir el aporte:
 - Tratamiento del agua para HD.
 - Sustituir el hidróxido de Al por carbonato cálcico.
- Movilización y eliminación del Al tisular con Desferrirosamina.

La DFO, se empezó a usar en la década de los 60 (3). Se administra por vía IV (4) tras HD. Se acompaña de una mejoría sustancial de los síntomas neurológicos y neuro-esqueléticos. Sin embargo, no está exento de efectos secundarios como, alergias, hipotensión, cataratas y encefalopatía aluminica.(4)

II. OBJETIVOS

El objetivo de nuestro trabajo fue valorar la eficacia y los efectos secundarios del cartu-

cho Hemoperfusor Al/Fe, en el tratamiento de la intoxicación aluminica.

III. MATERIAL Y METODOS

El Hemoperfusor biocompatible Al/Fe es un cartucho específicamente dirigido a la extracción de Al y Hierro (Fe) de la sangre. Tiene forma cilíndrica, mide 7 cm. Está compuesto por gránulos de mesilato de dexferroxiamina, contenidos entre dos filtros laminares y actúa quelando el Al y Fe. Se utiliza durante la sesión de HD, colocado en la rama venosa inmediatamente después del dializador, en posición vertical y con la entrada de sangre de abajo hacia arriba. Para su cebado utilizamos:

1º 1500 cc de suero salino al 0.9% con 7800 ui de heparina sódica al 1% , a un flujo de 100 ml / minuto.

2º 500 cc de salino con 2500 ui de heparina, a un flujo de 400 ml/m

3º 1000 cc de salino con 2000 ui de heparina a un flujo de 100 ml/m.

Para el estudio se eligieron a 2 pacientes, mujeres, de 56 y 66 años con un tiempo en Diálisis de 138 y 179 meses, diagnosticadas de Esclerosis renal y Nefropatía intersticial respectivamente; con Test de DFO positivo.

Se realizaron un total de 52 sesiones de HD con Hemoperfusión, 26 por paciente y con una duración del tratamiento de 2 meses. El dializador empleado fue de Poliacrilo nitrilo de 1,35 m² y un coeficiente de ultrafiltración de 45.

Realizamos un protocolo en el que se analizaron los siguientes parámetros:

- A. Analíticos.
- B. Sintomatología subjetiva.
- C. Registro de las incidencias durante la sesión.

Figura 1

TIEMPO DE CEFALINA	
< 70"	↑ HEPARINA 12 mg/hora
70"-80"	Dejar igual
80"-100"	↓ HEPARINA 9 mg/hora
100"-120"	↓ HEPARINA 8 mg/hora
> 120"	↓ HEPARINA 6 mg/hora

TIEMPO DE COAGULACION	
< 25'	↑ HEPARINA 12 mg/hora
25'-30'	Dejar igual
30'-40'	↓ HEPARINA 9 mg/hora
40'-50'	↓ HEPARINA 8 mg/hora
> 50"	↓ HEPARINA 0 mg/hora

IV. RESULTADOS

Paciente A

A. ANALITICOS:

- El aluminio al inicio del tratamiento era de 88.3 mcg/l. al finalizar fue de 106.1 mcg/l., por lo tanto aumentó.

- El Fe y el hematocrito disminuyeron, precisando un total de 5 transfusiones de concentrado de hemáties.

- La PTH al inicio fue de 82 pg/ml. al final fue de 106 pg/ml.

- La ferritina al inicio fue de 245 ng/ml. y al finalizar fue de 171 ng/ml. (fig. 2)

B. SINTOMATOLOGIA SUBJETIVA

Al inicio del tratamiento la paciente presentaba una sintomatología de máxima intensidad (+++) en todos los parámetros evaluados, precisando analgésicos; desde la primera sesión encontró una significativa mejoría que se mantuvo hasta la 6ª semana, sin embargo esta mejoría no se confirmó al finalizar el tratamiento.

A. ANALITICOS:

1. Al inicio y al final del tratamiento: hemograma, hierro, aluminio, ferritina, transferrina, índice de saturación y capacidad de transporte.

2. Pre y post sesión de HD: Al, Fe, estudio de coagulación y hematocrito.

3. Cada media hora: Tiempo de coagulación manual, alternando con tiempo de cefalina y trombina en el laboratorio. Estos últimos parámetros nos servían para ajustar la heparina, manteniéndolos en el doble de su tiempo normal, para evitar su coagulación. (fig. 1)

B. SINTOMATOLOGIA SUBJETIVA:

Se valoraron los siguientes síntomas: parestesias, dolor de brazos y piernas, cefaleas, inquietud, cansancio y analgesia que precisaba; analizándolo una vez por semana en una escala de 0 a 3, según su intensidad siendo 0 la ausencia y 3 el máximo.

C. REGISTRO DE INCIDENCIAS DURANTE LA SESION

- Tolerancia al filtro y efectos secundarios.
- Monitorización de la presión venosa de retorno y ultrafiltración.
- Aspecto y coloración de la sangre antes y después de pasar por el filtro, indicador de una posible coagulación.
- Tiempo de hemostasia de la punción de la fístula.

Paciente B

A. ANALITICOS:

- El aluminio al comienzo del tratamiento era de 91 mcg/l. al finalizar fue de 146.8 mcg/l.

- El Fe al inicio era de 69 ng/dl., al final fue de 74 ng/dl.

- El Hto. disminuyó, precisando trasfunder concentrado de hemáties.

- La PTH aumentó de 82 pg/ml. a 106 pg/ml.

- La ferritina al inicio era de 248 ng/ml. y al final de 143 ng/ml. (fig. 3).

B. SINTOMATOLOGIA SUBJETIVA

Esta paciente no presentaba ningún síntoma de los evaluados, no precisaba analgésicos y dormía bien; se mantuvo igual durante todo el tratamiento.



Figura 2: PACIENTE A

	INICIO TTO	FINAL TTO	MEDIA PRE H.D.	MEDIA POST H.D.
AL	88.3 mcg/l.	106 mcg/l.	95.7 mcg/l.	99.7 mcg/l.
FE	70 ng/dl	63 ng/dl	64.6 ng/dl	64,5 ng/dl
HTO	31,2%	22,6%	23,2%	24%
PTH	82 pg/ml	106 pg/ml		
FERRITINA	245 ng/ml	171 ng/ml		

La técnica fue bien tolerada por ambas pacientes, no presentando reacciones ni efectos secundarios negativos.

A pesar de las dosis altas de heparina empleadas, el cartucho se coaguló en 5 ocasiones, 2 de ellas las relacionamos con el hecho de trasfundir un concentrado de hematíes antes de pasar por el filtro, en lo sucesivo se trasfundió posterior a él. En otra ocasión, después de coagularse descubrimos que el cartucho tenía 3 láminas de esponjillas o filtros que posiblemente dificultaba el paso de la sangre. En el resto de las ocasiones no podemos atribuirlo a una causa en concreto.

Ante una coagulación lo primero que nos alertaba era la caída de presión de retorno venoso y la ultrafiltración que en unos minutos aumentaba de 200 a 1000 ml/h.

Aparecieron hematomas en las 2 pacientes y el tiempo de hemostasia en el orificio de la punción aumentó de 10 a 20 minutos.

V. COMENTARIOS

Ante cualquier técnica o tratamiento que se utilice por primera vez, hay que planificar bien cómo realizarla (creación de protocolo), observar y evaluar periódicamente los resultados, para si es preciso modificarlos, con el fin de conseguir los objetivos deseados.

Figura 3: PACIENTE B

	INICIO TTO	FINAL TTO	MEDIA PRE H.D.	MEDIA POST H.D.
AL	91 mcg/l.	146,8 mcg/l.	126,8 mcg/l.	145,5 mcg/l.
FE	69 ng/dl.	74 ng/dl.	73,8 ng/dl.	86,5 ng/dl.
HTO	26,6%	22,7%	23,7%	25,2%
PTH	82 pg/ml	106 pg/ml		
FERRITINA	248 ng/ml	143 ng/ml		

En el tratamiento con el hemoperfusor, nos ceñimos a estas normas y pusimos gran empeño e interés.

Descubrimos lo importante que era el cebado y la desaireación del circuito, así como que las transfusiones sanguíneas, no debían de pasarse a través del filtro.

El hecho de que las pacientes necesitaran 5 concentrado de hematíes, pensamos que fue a causa de la pérdida parcial de sangre del circuito, al coagularse el filtro; a la extracción de sangre continuada para las determinaciones analíticas y por último a que el filtro quelaba hierro, ya que la ferritina disminuyó.

A pesar de que se utilizaron dosis altas de heparina, comprobamos que parte de ella la quelaba el cartucho, puesto que los tiempos de coagulación eran mayores antes que después del filtro.

Por otra parte se requirió un gran esfuerzo de enfermería y la dedicación exclusiva de una enfermera.

Como conclusión podemos decir que en nuestra experiencia, basada en solo 2 casos, el objetivo esperado no se consiguió, ya que el aluminio no disminuye al finalizar el tratamiento si bien no es representativo el número de casos estudiados.

BIBLIOGRAFIA

Llach, F.; Valderrajano, F. *La enfermedad ósea relacionada con aluminio*. 1990; 203-235

Fernández, J.L.; Serrano, M.; Olaizola, I. *Intoxicación aluminica en la insuficiencia renal crónica*. BISEDEN 1989, 4; 7-15.

Unidad de investigación. Hospital General de Asturias. *Normas para la realización del test de DFO en pacientes en hemodiálisis con objetivo de unificar criterios y poder interpretar los resultados obtenidos*. BISEDEN 1988, 4; 11-12.

Cannata, J.B. *Intoxicación Aluminica: análisis de una década clave en el conocimiento de los efectos biológicos de este elemento*. Revista Clínica Española 1988; 375-571.

Acuña, G.; Cannata, J.B. y Cols. *Valoración de la eliminación de aluminio con un hemoperfusor que contiene desferroxiamina*.

Unidad de investigación. Hospital General de Asturias. *Revista nefrología*. Volumen XIII, 1993.



Cursos de verano en Sierra Nevada

Del 4 al 8 de Septiembre

- Garantía de calidad de los cuidados de Enfermería.
- Cómo escribir y publicar en Enfermería

Del 11 al 15 de Septiembre

- Habilidades sociales para la relación eficaz con el paciente
- El diagnóstico de Enfermería en el marco de los autocuidados cotidianos.

• **II Jornadas de Documentación Científica y cuidados de salud "El Diagnóstico de enfermería en España" ¿Una realidad apreciable?**

Granada, 2, 3 y 4 de Noviembre

• **Asociación Española de Enfermería Docente ante los problemas de la marginación: Las enfermeras responden.**

Madrid, 11, 12 y 13 de Diciembre

• **1º Congreso Nacional de "Suicidio, eutanasia - Cuidados paliativos"**
Colegio Oficial de Enfermería

C/ Polo y Peiralon, 59
46021 Valencia
Valencia 13, 14 y 15 de Octubre



AGENDA

• **II Congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Tema: -La enfermería en España desde sus orígenes hasta la Edad Media**

Málaga, 23 y 24 de Noviembre

• **18º Congreso Nacional Asociación Española de Enfermería en Urología**

San Sebastián
18, 19, 20 y 21 de Octubre.

XII Congreso Nacional de la sociedad española de calidad asistencial. Continuidad de cuidados - calidad sin niveles

Marbella, 4, 5 y 6 de Octubre

• **Sociedad Española de Enfermería neurológica avanzando en la enfermería neurológica II Sesión de Trabajo**

Barcelona 14, 15 de Diciembre

• **VI Congreso Estatal "Infancia maltratada" Calidad y eficacia como metas**

Sevilla del 8 al 11 de Noviembre

XI Jornadas de Cirugía als hospitals comarcals

20 y 21 de Octubre.
Lloret de Mar

VI Congreso Nacional de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor

Salamanca 9, 10 y 11 de Noviembre

AVISOS

* 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.

* Continúa la renovación de los carnets de colegiado.

* **HORARIO DEL COLEGIO:** Durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre el Horario de atención al público es: De Lunes a Viernes de **09,00 horas a 14,00 horas**

*El Colegio de Zaragoza ha creado la sección de Enfermería Naturista. Los interesados en contactar con ellos pueden dirigirse a: Colegio de Enfermería de Zaragoza, Sección de Enfermería naturista., C/Bretón 48, Pral., 50005 Zaragoza Telf 976-356492 Fax 976-559774

FE DE ERRATAS

En nuestra revista nº12 de Crónicas de Enfermería fue publicada la Ponencia El Dolor. Deseamos aclarar que dicha ponencia fue presentada en Logroño, en el Curso de Urgencias para Enfermería por M. Ruiz Pedraja (Diplomada en Enfermería) y por el Doctor J.M. Carceller Malo cuya titulación fue omitida involuntariamente



SERVICIOS AL COLEGIADO

4º ENCUENTROS DE ENFERMERIA RIOJANA

Foro científico anual de la Enfermería Riojana.
27 de 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.

CONVENIOS VIAJES ECUADOR

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

SEGUROS DE AUTOMOVILES (Ver anuncio en pág. 30)

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.

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 identificarlos como colegiados/as de
La Rioja"

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

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.

PUBLICACIONES

CRONICAS DE ENFERMERIA. Revista científica y
de información profesional. Difusión gratuita.
PROFESION ENFERMERIA. Periódico quincenal de
información profesional y ámbito nacional.
Difusión gratuita.

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.

PREMIO CIENTIFICO

Convocatoria anual
1º Premio: 150.000
2º Premio: 100.000
Copatrocinador: IBERCAJA
(ver revista nº 12 pág. 22)

BIBLIOTECA

En horario de atención
al público

PROGRAMA ANUAL DE FORMACION CONTINUADA

(Ver revista nº 12 pág. 24-25)

BECAS DEL COLEGIO PARA 1995

(Ver revista nº 12, pág. 23)

COMERCIOS

JOYERIA-RELOJERIA

DOMINGUEZ

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

JOYERIA *Balsari*

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

20%
dto.

OPTICA
ANGULO

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

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

ANDREAS

ZAPATEROS

Gran Vía, 61
Ed. Robinson
LOGROÑO

20 ANS

Juan XXIII, 21
Tel.: 24 37 72
LOGROÑO

RTMA

*Gallarza, 3
Tel. 22 51 08
LOGROÑO*

PERFUMERIA

PILY

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

SACHA

NIÑOS

Gran Vía, 26
LOGROÑO

SACHA

Gran Vía, 26
Tel.: 22 72 16 y 22 39 55
LOGROÑO

10%
dto.

HERBORISTERIA **NATURAL**

Villamediana, 16 - Tel.: 26 08 60
LOGROÑO

BUGATTI

New Classic

Gran Vía, 22
Tel.: 25 92 68
LOGROÑO

BASICA

LIBRERIA PAPELERIA REGALOS

C/ Ingeniero La Cierva, 6
TEL.: 26 29 83
LOGROÑO

**VERSION
ORIGINAL
V.O.**

Gran Vía, 22
Tel.: 20 92 68
LOGROÑO

**solo
deportes**

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

**NEUMATICOS
LLANTAS ALBERTO**

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

5%
dto.

CARROCERIAS MIGUEL

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

Barceló ↗ **Viajes**

Télf.: 902 200 400

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

NUEVA DIRECCION

C/Jorge Vigón, 42-bajo
TEL: (941) 26 23 28
Parking para clientes



VIDEOTECA y BIBLIOTECA



“VIVIR HASTA EL ULTIMO INSTANTE”

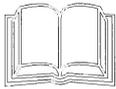
En esta película se describen los principios básicos de los cuidados paliativos a través de las actividades que se llevan a cabo en la Unidad de Medicina Paliativa del hospital “El Sabinal” de Las Palmas de Gran Canaria.

Además de los comentarios de los profesionales, se recogen las impresiones de enfermos y familiares que expresan sus puntos de vista con respecto a la atención que han recibido.

Dirección y guión: **Dr. Marcos Gómez Sancho**

Realización: Asta Médica, 1994.

Duración: 20 minutos.

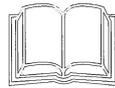


“ENFERMERIA FUNDAMENTAL”

En este libro se abordan los aspectos teóricos y metodológicos de la disciplina de enfermería, así como la evolución histórica de la misma. Está estructurado en cuatro partes, de acuerdo con los contenidos de la materia de fundamentos de enfermería.

Cada parte ha sido elaborada por profesoras expertas en el tema abordado con el objeto de que cada una aportara sus conocimientos y experiencias para conseguir un texto que contribuya al desarrollo de una asignatura que se plantea como la piedra angular sobre la que se asienta la formación de los alumnos.

Autores: **Carmen Fernández Ferrín**
Margarita Garrido Abejar
Magdalena Santo Tomás Pérez
M^a Dolores Serrano Parra.



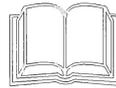
“PROCESO DE ENFERMERIA Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA”

El proceso de enfermería es el fundamento en el que se basa la práctica de enfermería. Proceso y diagnóstico de enfermería se inició como un módulo autodidacta diseñado para introducir el concepto de enfermera dentro del marco del proceso de enfermería. Este texto nace de la necesidad de una presentación actual y global del proceso de enfermería haciendo hincapié en la fase diagnóstica.

El libro, que presenta de una forma ampliada una de las cinco fases del proceso de enfermería, está destinado a los estudiantes y profesionales de enfermería que deseen aprender o repasar la teoría del proceso de enfermería.

Autores: **Patricia W. Iyer, Bárbar J. Taptich, Donna Bernocchi-Losey**

McGraw-Hill - Interamericana, 1993.



“GUIA PRACTICA EN LA ATENCION DE LAS ULCERAS DE PIEL”

Quizá la inquietud que despierta la convivencia con un problema frecuente en la práctica diaria, como es el de las úlceras cutáneas, motivó al autor a adentrarse en un recorrido por la bibliografía que salvará muchas de las lagunas que cada día nacían con el tema y, más aún, hallar herramientas que permitan actuar con el criterio y rigor que se requiere.

Esta guía pretende ayudar a salvar grandes interrogantes sobre las úlceras de piel en nuestro lenguaje, guiar, formulando preguntas y contestando a ellas en muchas ocasiones de forma telegráfica.

Autor: **J. Javier Soldevilla Agreda**
Editorial Garsi, S. A., 1994.

Todos los vídeos y libros reseñados se encuentran disponibles en la Biblioteca del Colegio.

Sorteamos viajes a Brasil



**Su nómina en Ibercaja
le dará muchas alegrías**

Super-Servicio Nómina

iberCaja 