



BIBLIOTECA PÚBLICA DE LOGROÑO. SEDE DE LOS ENCUENTROS DE ENFERMERÍA RIOJANA

# CRÓNICAS ENFERMERÍA

*Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja*

Gran Vía Rey D Juan Carlos I, 67 - esc. B - 1ª dcha.  
☎ 22 83 16 • Fax. 22 03 44 • 26005 LOGROÑO

**AÑO III - Nº 8**

FRANQUEO CONCERTADO. AUTORIZACION nº 26/28

## CRÓNICAS DE ENFERMERÍA

Nº SV 91017 R

Dirección:

Alicia Peña Sedano

Subdirección:

Otilia Garay Treviño

Coordinación:

Teresa García Bretón

Consejo de Redacción:

Pedro J. Vidal Hernández

Juan M. Rodríguez Cazorla

Yolanda Jalle Andrés

Pilar Munilla Atienza

Regina Ruiz Hernández

Javier Soldevilla Agreda

Portada Original de:

Elías Cabrera

Imprime:

Imprenta Vidal, s.a.

Depósito Legal:

LO-150-1984

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Colegio

Oficial de Enfermería de La Rioja

Queda prohibida la

reproducción total o parcial de cualquier artículo o información sin citar su procedencia.

Crónicas de Enfermería no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni se identifica necesariamente con las mismas.

Esta publicación se distribuye gratuitamente.

## SUMARIO

- 2 Sumario
- 3 Editorial
- 4-5 Colaboraciones  
ENTREVISTA CON...
- 6-13 Crónica Científica  
I.A.M. EN LA RIOJA EN 1989  
ULCERAS POR PRESIÓN • ULCERAS POR DECÚBITO
- 14 Colaboraciones
- 15 Libros de la Biblioteca

### SEPARATA

- I-III Noticias Colegiales  
Circular del Consejo General.  
Nos vamos a Sevilla  
Cartas al Director
- IV Agenda y Avisos

### SEPARATA II

### PRIMEROS ENCUENTROS

## NORMAS de PUBLICACIÓN

*Crónicas de Enfermería* estudiará para su publicación todos aquellos trabajos que estén relacionados con las Ciencias de la Salud y la Enfermería.

La revista consta de las siguientes secciones:

- Cartas al Director.
- Noticias Colegiales
- Colaboraciones
- Crónica científica
- Agenda
- Tablón de Anuncios
- Los Libros de la Biblioteca
- Otras Secciones.

Los interesados podrán dirigirse a este Consejo de Redacción proponiendo la publicación de artículos que no se adapten a las secciones anteriores.

### Presentación de los trabajos

Los artículos quedan como propiedad de *Crónicas de Enfermería* y no podrán ser reproducidos total o parcialmente sin permiso de la Dirección de la revista.

Los trabajos deberán presentarse impresos mecánicamente, en hojas DIN A-4, a doble espacio dejando un margen de 25 mm. a la izquierda. Debiendo ir numeradas las hojas.

Los escritos serán revisados anónimamente por el Consejo de Redacción, reservándose el derecho de rechazar los artículos que no juzgue apropiados, comprometiéndose a respetar el contenido del original.

Los autores deberán identificarse ante el Consejo de Redacción sin ser obligatorio que conste en la publicación.

*Crónicas de Enfermería* no acepta la responsabilidad de las afirmaciones realizadas por los autores.

## ASENTIR CON LA AUSENCIA

Para cualquiera que se considere demócrata, la participación no es sólo un derecho, es también un deber. Derecho y deber que últimamente estamos dejando de ejercitar en la confianza de que ... "ya participarán los demás" ... "total, no va a notarse que yo no he estado".

No vamos a entrar aquí a valorar lo ético o lícito de esta postura, siempre y cuando los que no han participado acaten lo acordado por quienes sí lo hicieron.

Esta reflexión que puede servir para justificar entre comillas, el alto índice de abstención en todo tipo de elecciones o la escasa implicación ciudadana en cualquier actividad social, resultan alarmantes y preocupantes en nuestro país. En lo que respecta a la Organización Colegial de Enfermería, la situación es CAOTICA:

La Asamblea General Ordinaria celebrada el día 10 de Julio de 1991, registró como única presencia la de los miembros de la Junta de Gobierno, y, no todos. Ni su carácter rutinario, ni el ser época vacacional, ni otras muchas disculpas son argumentos válidos a priori; pero, que en la convocada para el día 20 de Febrero de 1992 haya sucedido lo mismo, rebasa la capacidad de cualquiera para buscar calificativos. De todos es conocido y así se comunica mediante circular, que es en la primera asamblea ordinaria del año donde además de aprobar o no la gestión del período anterior, hemos de decidir qué presupuestos vamos a dedicar al año en curso, que dicho sea de paso, es lo único que habitualmente nos preocupa (o preocupaba) en cuanto a que afecta a nuestros bolsillos directamente y no a través de los presupuestos generales del Estado.

Tampoco en esta ocasión ese "estímulo" ha servido de revulsivo y nos hemos vuelto a encontrar solos esos miembros de Junta convocantes y nadie más. Asentir con la ausencia puede ser una fórmula legalmente concebida pero descorazonadora para ... aquellos.

Un saludo democrático.

# ENTREVISTA CON...

## J. JAVIER SOLDEVILLA AGREDA

ESTUDIOS DE DIPLOMADO EN ENFERMERIA EN LA E.U.E. DE LOGROÑO FINALIZADOS EN 1984. ENFERMERO ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE GERIATRICA DEL HOSPITAL DE LA RIOJA. COLABORADOR EN LA E.U.E. DE LOGROÑO. ENFERMERIA GERIATRICA DESDE 1985. RESPONSABLE DE LA ASIGNATURA DESDE 1990. FUNDADOR Y PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA GERIATRICA Y GERONTOLOGICA. ORGANIZADOR DEL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA GERIATRICA LOGROÑO. NOVIEMBRE. 1987.

- Comenzamos con una pregunta obligada en estas fechas, ¿qué son los Encuentros de Enfermería Riojana?

- Quizá podríamos decir que son la consecución de un proyecto que teníamos en mente desde hace bastante tiempo. Una actividad que pretende convocar y reunir al colectivo enfermero de nuestra Región en un marco científico y foro de opinión. En resumen, los Encuentros de Enfermería Riojana están concebidos como unas jornadas científicas y de reflexión

de nuestro colectivo profesional en La Rioja.

- ¿Por qué ENCUENTROS y no Jornadas, Congreso, etc.?

- La denominación de Encuentros también tiene su porqué y comencé a justificarlo antes. La combinación de un acontecimiento científico y al tiempo de convivencia y "hermanamiento" de la Enfermería Riojana de la que creo estamos tan necesitados, precisaba de un nombre distinto a los clásicos para eventos científicos (congreso,

jornadas, ...) y también a los actos puramente sociales. La palabra encuentro hace mención a una situación de coincidencia en un punto.

Como ya conocen estos Encuentros han querido proyectarse a todos y cada uno de los profesionales de nuestra Comunidad y el diseño del propio cartel anunciador quiso recoger ese mensaje, conjugándose imágenes desde San Millán y Clavijo, hasta La Rioja Baja y Logroño. Esos símbolos ponen también de manifiesto el propósito de esta convocatoria.

- ¿Por qué se ha elegido el lema "CUIDA-

DOS COMO SEÑA DE IDENTIDAD?

- El lema venía casi encadenado al hablar de *Primeros* y de *Enfermería Riojana*. Comenzar hablando de nuestra propia definición como profesión de ayuda, era sin duda obligado para esta edición. A partir de la elección de ese lema hemos configurado el desarrollo del programa científico. De hecho, la ponencia inaugural a cargo de Rosa María Alberdi, creo por todos conocida, quiso mantener el mismo lema como título de su intervención.



Tal vez alguien pueda acusarnos de que la filosofía del cuidado es un tema demasiado manido. A éstos quisiera recordar que el desarrollo y adopción de los cuidados como identificación de nuestro quehacer no ha nacido ayer, pero sí lo hemos percibido y reclamado ayer. Ese respirar "cuidados" como algo propio y basar nuestra formación académica en éstos no ha podido ser disfrutado por muchos de nuestros compañeros que concluyeron sus estudios hace algunos años. Esta nueva identidad propia y no prestada merecía este tratamiento.

- ¿Qué se persigue con los ENCUENTROS?

- Concretando, tres pueden ser los objetivos que perseguimos con esta iniciativa. Primero, crear una actividad científica y participativa en nuestro entorno sin necesidad de tener que salir fuera de nuestra Región para contemplar esas novedades en el plano científico de Enfermería. Por tanto se contemplan como unas Jornadas abiertas con una metodología convencional: ponencias, mesas redondas, etc. con temas actuales.

Segundo, permitirnos presentar nuestras investigaciones en enfermería en público, mediante comunicaciones, como antesala de saltos posteriores a congresos o Jornadas de carácter nacional o internacional. Fomentar por un lado la actividad investigadora entre los profesionales, facilitando e incentivando su participación. La traducción: consolidar finalmente el cuerpo de conocimientos de Enfermería, afianzando nuestro quehacer.

Y tercero, o quizá primero, busquemos, como ya mencioné, confraternizar con los otros miembros de nuestro colectivo. Sentar a treinta enfermeras o enfermeros, con un espíritu corporativista, sin acusaciones, y sin enfrentamientos, la práctica nos dicta que es empresa difícil. Imaginad el grado de fe en estos Encuentros que pretenden reunir a más de doscientos profesionales en una mínima mesa. Una mesa doble de participación - formación y una mesa de banquete. Quizá sea el revulsivo para recuperar espacios de amistad y unión con nuestros compañeros.

- ¿Dónde se celebrarán?

Después de varios problemas de ubicación, finalmente será la Biblioteca Pública de Logroño quien acoja a nuestros Encuentros. Aparte del salón de actos, contamos con una sala de exposiciones anexa que nos permitirá contemplar las comunicaciones a los Encuentros, que en esta edición se presentarán en posters (menos crueles a la hora de su exposición para los noveles) y además podremos disfrutar de la presentación de novedades editoriales y de material técnico de interés para nuestra profesión. También se está gestando la posibilidad de realizar paralelamente una exposición de material sanitario de otras épocas, esos materiales y herramientas curiosas que muy bien pueden conjugarse con esa comunicación que desde la propia organización Colegial estamos preparando y que lleva por título algo así como - "Historia y evolución de los cuidados de Enfermería - y por tanto de los cuidadores - en La Rioja.

Sólo comentar que las plazas de la sala de conferencias son limitadas por lo que rogamos formalicen lo antes posible la inscripción. La demanda de participación va a ser el indicativo de número a la hora de programar ediciones sucesivas.

- Y por último, ¿por qué ahora?

- Creo que este misterioso y prolífico año 1992 había reservado un espacio para este nacimiento. La idea estaba ahí desde hace algún tiempo, inaugurar estos Encuentros en este año pueden indicar buenos augurios, máxime cuando nuestros propósitos son institucionalizarlos y que cada año podamos repetir. Probablemente la dinámica de ediciones posteriores versará sobre cuidados de enfermería a determinados grupos de población o cualquier tema actual y trascendente para nuestra profesión.

Esto será el futuro, ahora queremos inaugurar estos Primeros Encuentros. Un buen sabor de boca será la mejor presentación para que en años sucesivos, reservemos unas fechas del mes de mayo para nuestro encuentro. Confiamos y deseamos transmitir todo nuestro entusiasmo a todos los compañeros para los que estamos trabajando.

# INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA RIOJA EN 1989

## Primer Premio Científico "Enfermería Riojana 1990"

### RESUMEN

Este trabajo es un estudio de los casos de infarto habidos en La Rioja en 1989.

Recogemos datos de la enfermedad por intervalo de edad y sexo.

Nos hemos fijado en sus factores de riesgo, así como en otras patologías que tenían las personas que padecieron el infarto, los meses en que tuvieron lugar, etc.

Manejando todos los datos, hemos construido tablas y gráficos para obtener resultados sobre el nº de infartos habidos en la población, porcentaje de muertos y vivos de la muestra total, y tasas de incidencia en la población de La Rioja en general, por sexo e intervalos de edades, la frecuencia de los factores de riesgo, etc.

En total en el año 1989 en La Rioja hay registrados en los centros hospitalarios 185 casos, de los que 151 son varones y 34 mujeres.

En la población de La Rioja, según Censo de 1986, de cada 100.000 habitantes 71'23 h. tienen la posibilidad de padecer un I.A.M. Del grupo de mujeres es de 25'99 y de los hombres 117'12.

La mortalidad en la muestra es de 10'27%, es decir, de cada 100 personas que padecen un infarto, 10 tienen la probabilidad de morir. Para los varones, es de 9'93% y para las mujeres de 11'76%.

Para poder valorar la influencia de los factores de riesgo en el infarto hemos tomado un grupo control de 144 personas, estudiando sus factores de riesgo y comparando mediante el Chi cuadrado la incidencia de estos en nuestro grupo de infartados.

La HTA, el stress, la diabetes en mujeres y el tabaco en hombres, son los factores más significativos en este estudio.

Por la importancia que tiene hemos creído necesario introducir al final un amplio comentario del papel que la enfermera tiene para prevenir esta patología y después tratar a las personas que ya la han padecido, controlando los factores de riesgo.

### INTRODUCCION

Nos ha interesado estudiar este tema porque según recientes estudios el IAM supone la principal causa de mortalidad entre las personas de más de 40 años en los países desarrollados, con una incidencia en nuestro país de 11 casos por 100.000 h. y una mortalidad global del 14'52% (Tribuna Médica).

Además a esto se suma el aumento de casos aparecidos en personas jóvenes; el aumento de la frecuencia en el sexo femenino que es debido a un incremento de los factores de riesgo (tabaco, alcohol...) en este colectivo; relación directa existente entre el tiempo de evolución y asistencia sanitaria inmediata con respecto a su pronóstico y fatalidad. (A menor tiempo de evolución y mayor rapidez en la asistencia mejor pronóstico y viceversa.) Nos interesa especialmente este porque las nuevas concesiones y funciones de la Asistencia Sanitaria de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se pueden aplicar ampliamente en esta patología. Creemos que la Educación Sanitaria más importante que puede llevar a cabo la enfermera debe ir dirigida a evitar y controlar los factores de riesgo del IAM.

Los objetivos de este estudio son los siguientes:

#### -Objetivo general:

.Mostrar la incidencia del IAM en el año 89 en La Rioja.

#### -Objetivos específicos:

.Ver la preponderancia de los factores de riesgo.

.Comparar la incidencia por sexos.

.Constatar el aumento del IAM en el sexo femenino y en personas jóvenes en relación con el aumento de la exposición a los factores de riesgo en estos dos grupos poblacionales.

-Mostrar la relación que hay entre el tiempo de evolución y rapidez en la asistencia respecto al pronóstico.

-Concienciar a los sanitarios y población en general sobre la importancia de la educación para la salud, prevención y control de los factores de riesgo de dicha enfermedad.

#### MATERIAL

-Grupo infartado:

.Fichas del archivo de Cardiología del servicio U.C.I.

.Libros de ingresos y egresos del Servicio de Cardiología, Medicina Interna y Digestivo.

.Historias clínicas del Servicio de Archivos.

.Ficheros de admisión de enfermos del Hospital San Pedro.

.Libros que constan en la bibliografía.

.Padrón Municipal de habitantes de la C.A. de La Rioja de 1986.

-Grupo control:

.Historias clínicas del Centro de Salud Joaquín Elizalde, de Nájera y sus núcleos rurales.

.Historias clínicas de los citados servicios del Hospital San Millán.

#### MÉTODOS

Definimos los valores a partir de los cuales hemos considerado a tales factores de riesgo:

—H.T.A.: Consideramos con esta alteración a partir de 160 la sistólica y 95 de diastólica (O.M.S.) y todos aquellos considerados como hipertensos en las historias.

—Tabaco: A partir de 5 cigarrillos diarios en el momento actual.

.Personas que aunque hiciera unos años que ya no fumaran, lo hubieran estado haciendo durante diez años o más. Personas que dejaron de fumar hace menos de diez años.

-Hipercolesterolemia: Hemos considerado como valores límites las cifras dadas por el Laboratorio del Hospital S.Millán: 200 mg/dl (aunque esta cifra parece baja es la recomendada en algunos estudios utilizados, Framingham y Wilbert S. Aronow.

—Diabetes: Dada la unanimidad de criterios, a partir de 140 mg/dl.

—Alcohol: Nos hemos basado en los datos cualitativos recogidos en las historias de bebedor sí, bebedor no; Aunque en algunos casos se recogía la cantidad exacta, no hemos podido trabajar con ella, pues no se reflejaba en todas las historias.

-Obesidad: Solo hemos reflejado como obesos aquellos que en las historias eran considerado como tales, sin tener en cuenta peso y tallas, es decir, el índice de masa corporal.

—Hiperuricemia: A partir de 7 mg/dl. -Stress: Para valorar este parámetro hemos tenido en cuenta la profesión, intervenciones quirúrgicas, enfermedades, etc, debido a que este factor de riesgo no es recogido en las historias clínicas.

Para la elaboración de las tablas y gráficos dentro de cada factor de riesgo definimos 3 grupos: .Expuestos. .No expuestos. .No consta: no se recogía en la historia si esa persona estaba expuesta o no ese factor de riesgo.

En cuanto a la metodología para los valores cualitativos hemos usado una tabla de contingencias, dos por dos, analizando la asociación con el test de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) de Mantel y Haensnel (MH en los esquemas).

En los casos en que los efectivos estimados sean menor de cinco, hemos empleado el test de x<sup>2</sup> con la corrección de Yates (CY).

Sobre las asociaciones significativas, hemos calculado el Riesgo Relativo aproximado (R.R.) u Ods Ratio (OR), con límites de confianza al 95%, mediante el test de Miettinen.

Para la comparación de valores numéricos hemos empleado el test de comparación de medias.

Hemos tabulado todos los datos (edades, mortalidad, factores de riesgo, etc) para hacer más fácil la lectura en sus valores absolutos, porcentuales, etc.

**.DISCUSION Y COMENTARIOS  
CONSTITUCION Y CARACTERISTICAS  
GENERALES DE LOS GRUPOS EN  
ESTUDIO.**

El grupo de infartados está formado por 185 personas, de los cuales 151 son varones y 34 son mujeres. Las edades de este grupo están comprendidas entre 25 y 89 años, agrupadas para su estudio en intervalos de 5 en 5 años.

El grupo control lo constituyen 144 personas, 73 son mujeres y 71 son varones.

La media (x) de las personas que tienen un infarto es mayor que la media de la población que acude a las consultas (tomado del grupo control) :63'6 frente a 56'65. Esto es debido fundamentalmente a tres motivos:

- 1). El I.A.M. es una patología más frecuente en la población adulta y anciana que en la población joven.
- 2). El grupo control escogido aleatoriamente es más joven que el grupo infartado.
- 3). Las mujeres padecen infartos en edades muy avanzadas (menopausia) y esto eleva la x del grupo de infartados.

**VARONES.—**

Los 151 infartos que hubo entre ellos suponen el 81%.

La edad media en que se produce el I.A.M. es 62'1%

El caso más joven se dio a los 29 años y el mayor a los 87.

El intervalo de edad que más casos tuvo es el de 60-64 con 39 casos y los que menos 25-29 y 85-89 con 1 solo caso.

**MUJERES.—**

Los 34 casos de infartos suponen el 19%.

La edad media en que se produce el I.A.M. es 70'2.

Tabla de distribución edades y sexo.

ÉDADES	ni	ÉDADES	ni
25 - 29	1	25 - 29	0
30 - 34	2	30 - 34	0
35 - 39	2	35 - 39	0
40 - 44	7	40 - 44	0
45 - 49	10	45 - 49	0
50 - 54	20	50 - 54	4
55 - 59	11	55 - 59	1
60 - 64	39	60 - 64	5
65 - 69	22	65 - 69	7
70 - 74	25	70 - 74	6
75 - 79	9	75 - 79	3
80 - 84	2	80 - 84	7
85 - 89	1	85 - 89	1
TOTAL	151	TOTAL	34

Los grupos con más casos son 65-69 y 80-84 con 7 casos cada uno.

Tomando la población total infartada, el grupo de edad que más casos fue el de 60-64 con 44 casos. Observamos que en todos los intervalos de edades es mayor el número de casos en el varón que en la mujer, a excepción del intervalo 80-84 que es de 7/2, esto pudiera ser debido a la mayor longevidad de la mujer.

Ya hemos visto que en el varón las edades de aparición son más precoces que en la mujer, esto puede ser debido a:

- 1). La protección hormonal que la mujer tiene contra el infarto antes de llegar al climaterio. A partir de este momento se ve claramente cómo el nº de casos en la mujer menopáusica va aumentando, y de hecho hasta el intervalo 50-54 no hubo ningún infarto, mientras que en los varones menores de 50 años se dieron 22 casos.
- 2). Las mujeres de nuestra muestra no habían tomado anticonceptivos, y la mayoría no habían estado expuestas al factor de riesgo tabaco y alcohol.

Se puede concluir diciendo que el hombre tiene más posibilidades de padecer un I.A.M. que la mujer, y así en nuestra muestra, como en el resto de los estudios consultados, el porcentaje de los varones infartados es mayor que el de mujeres: 81% frente al 19%. A nivel nacional, según un estudio de Tribuna Médica es de 75'2% a 24'8%.

**INCIDENCIA DEL IAM DURANTE LOS MESES DEL AÑO EN ESTUDIO**

En cuanto a las estaciones del año que mayor incidencia presenta dicha patología es en primavera (56 casos) y otoño (49 casos), con dos picos máximos en los meses de abril (27 casos) y noviembre (18 casos), es interesante apreciar esta coincidencia con la exacerbación de otras enfermedades tales como el ulcus y otras patologías mentales como las depresiones.

- |            |               |
|------------|---------------|
| Enero:12   | Julio:12      |
| Febrero:12 | Agosto:16     |
| Marzo:14   | Septiembre:14 |
| Abril:27   | Octubre:17    |
| Mayo:15    | Noviembre:18  |
| Junio:13   | Diciembre:10  |

**PATOLOGIAS ASOCIADAS**

Existen patologías previas que condicionan o

influyen en la aparición del I.A.M.: .Enf. cardio-vasculares: Arteriosclerosis. Insuf. arterial. Problemas vasculares .

Aparato digestivo: Ulcus .

Enf. endocrinas: Diabetes .

Aparato respiratorio:E.P.O.C.

. Neumonía

Lo más significativo de este estudio con relación a dichas patologías

a). En general (muestra total) la patología previa con mayor incidencia son las enfermedades cardio-vasculares, seguidas del aparato digestivo y en tercer lugar aparato respiratorio. b) Sin embargo en este estudio, comparando varones y mujeres, en el varón lo más significativo son las enfermedades del aparato digestivo y en la mujer las enfermedades cardio-vasculares. c) A pesar de haber nombrado la diabetes como factor de riesgo, es también una patología endocrina, y de ella hay que destacar que es más significativa en la mujer que en el hombre.

**ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO**

Teniendo en cuenta los valores a partir de los cuales hemos considerado en nuestras dos muestras a los factores de riesgo, hemos hecho un estudio individualizado de cada grupo, uno de las personas infartadas y otro de las personas control, y otro comparativo mediante el test del Chi cuadrado.

Antes de entrar a estudiar la distribución de los factores de riesgo, exponemos las dificultades:

-En el Hospital 5. Millán no hay sistemática en la recogida de datos de las Historias Clínicas, lo cual hace que muchos se pierdan. Por ejemplo: en el grupo de infartados, datos tan importantes como: obesidad, ácido úrico, colesterol y alcohol, ellos no están recogidos en la mitad de las historias.

-El grupo control, aunque menos, también presenta deficiencias en cuanto a la recogida de datos: alcohol, colesterol y ácido úrico.

A pesar de esto, como solo hemos tenido en cuenta a las personas en las que se recogían los datos (tanto de expuestos, como de no expuestos), separándolos de los que no constaba ningún dato, el estudio es fiable en cuanto a su rigor científico y estadístico.

**INCIDENCIA EN EL GRUPO INFARTO:**

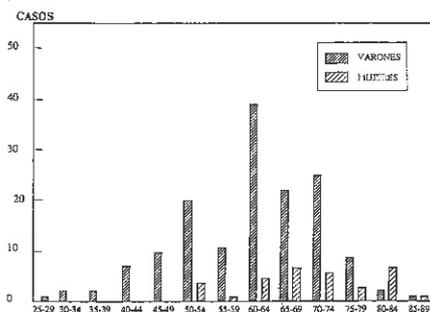
De los factores de riesgo el más frecuente es el estrés 95'65% (presente en 66 de un grupo de 69), seguido de la hiperuricemia 94'12% (16 de 17 casos) y en cuarto lugar la obesidad 75% (12 de 16).

A pesar de estos porcentajes tan elevados es reconocido que no son los principales factores de riesgo, especialmente los dos últimos, pero en nuestra muestra han salido tan elevados debido al pequeño número de casos en los que estaban registrados.

El tercer lugar lo ocupa el tabaquismo que aparece en un 77'68% de los infartados (94 de 121 de los casos), esta cifra es muy superior a la encontrada en otros estudios 58'2% (Tribuna Médica).

El quinto lugar lo ocupa la hipertensión arterial con un 60'54% (112 de 185) este dato está

DIAGRAMA DE BARRAS COMPARATIVO POR SEXO E INTERVALO DE EDADES DE INFARTADOS



Los casos más tempranos se dieron en el intervalo 50-54, 4 casos.

Los intervalos con menos infartos fueron los de 55-59 y 85-89 con 1 solo caso cada uno.

recogido en todos los casos, por lo que se refiere al total de enfermos.

A continuación la hipercolesterolemia 58'8% (53 de 90) y la diabetes 30'27% (56 de 185), también este último dato se refiere al total de los enfermos.

Además hay que tener en cuenta la sumación de los factores de riesgo, es decir, una persona fumadora con hábito de beber y con una obesidad importante, tiene más posibilidad de padecer un infarto que una persona que solamente es fumadora.

La importancia de estos factores es diferente según el sexo: VARONES:

Es más importante el tabaquismo 80'70% (92 de 114) y la hipertensión arterial 52'98% (80 de 151). MUJERES:

La hipertensión arterial 70'58% (24 de 34) y la diabetes 55'8% (19 de 34) tienen más peso específico.

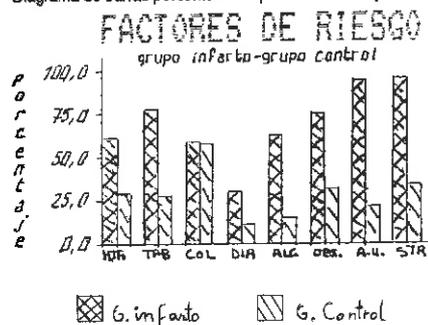
El tabaco es poco valorable como factor de riesgo en este grupo pues todas las mujeres son mayores de 50 años y pertenecen a una época en la que el hábito de fumar no estaba arraigado. Suponemos que este factor de riesgo tendrá mayor importancia en las próximas décadas debido a que la mujer se ha incorporado a este hábito y se está igualando con el hombre.

Inicialmente pensamos recoger datos de anti-conceptivos para valorarlos como otro factor de riesgo más, pero ya hemos comentado que nuestra muestra de mujeres es vieja (la más joven de 52 años) y ninguna de ellas los había tomado. Si bien suponemos que con este factor de riesgo, en el futuro, ocurrirá igual que con el tabaco, como en otros países como E.E.U.U. y Alemania.

#### INCIDENCIA EN EL GRUPO CONTROL:

En la muestra total y por orden, los factores de riesgo más importantes son: Hipercolesterolemia 56'76% (63 de 111 casos). Estrés 33'86% (43 de 127). Obesidad-30'77% (44 de 143). Hipertensión 28'57% (40 de 140) Tabaquismo 27'73% (38 de 137)

Diagrama de barras porcentual comparativo del G.I. y G.C.



La importancia de estos factores de riesgo también es diferente según el sexo, al igual que en el grupo infarto.

VARONES.—

Tiene mayor incidencia la hipercolesterolemia, 48'07% (25 de 52), tabaquismo 41'53% (27 de 65) y estrés 33'33% (20 de 60).

MUJERES.—

Tienen mayor peso específico la hipercolesterole-

mia 64'41% (38 de 59), obesidad 44'44% (32 de 73) e hipertensión 35'21% (25 de 71).

El orden de estos factores no es el mismo que en el grupo de personas que tuvieron un infarto, ni en la muestra total, ni en la de varones y mujeres. (TEST DE X2)

Los factores de riesgo más significativos en cuanto a su influencia en el infarto y calculados mediante el test de X2 son:

#### Muestra total

-Estrés, tabaco y alcohol con una  $p=0'000000001$ . La  $p$  es el margen de error y quiere decir que solamente en 1 de cada 100.000.000 no estará implicado el estrés como factor de riesgo en el desencadenamiento de esta patología.

Tiene una OR=42'97 con unos límites de confianza de 17'67-104'48. Es decir, la probabilidad de un estresado de padecer un infarto es aproximadamente 43 veces mayor que una persona en la que este factor de riesgo no está presente.

Los límites de confianza son muy amplios debido a que el tamaño de la muestra es pequeño, más valorable es la OR que no varía sea cual sea el tamaño de la muestra y en nuestro estudio ha salido suficientemente significativa.

—Acido úrico,  $p=0'0000001$ , OR=28'64.

—H.T.A.,  $p=0'0000001$ , OR=3'83.

Lo mismo que en el estrés ocurre para la H.T.A. y ácido úrico, más en este último, hemos de tener en cuenta que esta cifra se ha elevado debido a la escasa recogida de este dato en las historias por lo que este factor de riesgo no tendría tanta implicación real en la aparición del I.A.M.

El factor de riesgo diabetes sale significativo ( $X2=15'65$ ,  $p=0'0001$ ), pero esto es a consta de las mujeres, en los varones no es significativo.

—Muestra de varones.—

.Estrés:  $p=0'000000001$ , OR=59.

.Tabaco:  $p=0'0000001$ , OR=5'88.

.H.T.A. alcohol y ácido úrico:  $p=0'0001$ .

En todos estos la OR es mayor de 4.

El colesterol no es significativo en nuestro estudio.

—Muestra de mujeres.—

.Diabetes:  $p=0'0000001$ , OR=14'19.

.HTA:  $p=0'001$ , OR=4'42.

.Colesterol y estrés:  $p=0'01$ , con una OR=13'39 para este último.

La obesidad no sale significativa debido a que este dato aparecía en muy pocas historias.

#### ESTUDIO DE LA MORTALIDAD Y LETALIDAD EN LA RIOJA

A la hora de valorar los parámetros anteriormente nombrados, tuvimos una serie de dificultades que pueden ser consideradas como sesgos, estas fueron las siguientes:

A.-En cuanto a la mortalidad:

-Personas que murieron y no están recogidas en ninguna historia:

.Las que fallecieron en el Servicio de Urgencias, su historias no registradas. No habiendo tampoco datos de Anatomía Patológica de posibles necrosis.

.No hay constancia en ningún Centro Hospitalario de las personas que murieron por I.A.M. en los pueblos de La Rioja.

B.-En cuanto a la valoración de los factores de riesgo:

-Algunos que habíamos localizado como exitus por infarto en los libros de ingresos y egresos de las plantas no hemos encontrado su historia en los archivos del Hospital, los hemos contabilizado, pero los factores de riesgo que pudieran tener no están incluidos en el trabajo.

Así por todo lo anteriormente citado, en nuestro trabajo las tasas de mortalidad están infravaloradas, por desconocer los datos de los infartados que no se atienden en el Hospital o que fallecen en el Servicio de Urgencias.

Una vez expuestos los sesgos existentes en nuestro trabajo pasaremos a exponer los datos obtenidos en cuanto a mortalidad y letalidad.

#### A.— MORTALIDAD

La probabilidad total de morir por infarto es de 7'32 por cada 100.000 habitantes, pudiendo observarse una clara diferencia entre hombres y mujeres, esta es de un 3'05 frente a un 11'76 en los hombres.

En el año 1989 la incidencia de infartados en La Rioja fue de un total de 185 infartados de los cuales 151 eran varones y 34 mujeres.

De este total de infartados murieron un total de 19 (por lo que decíamos anteriormente que la tasa de Mortalidad total era de un 7'32).

De estos 19, 15 eran varones (Tasa de Mortalidad 11'76) y 4 fueron mujeres (Tasa de Mortalidad femenina 3'05).

La población corresponde al Censo de La Rioja de 1.986

La media de las edades de las personas que murieron (70'68) es mayor que la media de las personas que a pesar de padecer un infarto no murieron por esta causa (62'7); siendo la media de los varones que fallecieron de 69'87 frente a un 73'75 para las mujeres.

#### B.— LETALIDAD

Hemos constatado que la letalidad de nuestra muestra es de un 10'27% esta es menor a la encontrada en otros estudios realizados a nivel nacional (14'52% Tribuna Médica).

Pensamos que esto es debido a las muertes que no hemos podido contabilizar, (muertos en pueblos, Urgencias).

Del total de Infartos (185) fallecieron 19, 10 que supone un 10'27% y el resto (166) supervivieron, esto supone un 89'73%.

De este total 151 eran varones de los cuales 15 fallecieron, lo que supone un 9'93% y 136 supervivieron, esto supone un 90'67%.

El resto, es decir, 34 eran mujeres y de ellos sólo 4 fallecieron (11'76%) y 30 supervivieron (88'24%).

Se ha constatado en otros estudios que las personas infartadas con menos factores de riesgo tienen más posibilidad de morir ante la aparición de un I.A.M. que aquellas que tuvieron más factores de riesgo. Esto es debido a que el organismo del sujeto no ha desarrollado mecanismos

## CIRCULAR DEL CONSEJO GENERAL

Ha sido convocada recientemente la beca de Enfermería CIE/3M para 1992. La fecha límite para el envío de los documentos al consejo general será el 30 de abril de 1992.

La Compañía Minnesota Mining and Manufacturing (3M) cuya sede central se encuentra en Minnesota EE.UU. otorga tres becas de 7.500 dólares cada una para continuar los estudios de tres enfermeras elegidas entre los miembros de las asociaciones nacionales de enfermeras, miembros del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Estas becas llamadas becas de Enfermería CIE/3M serán otorgadas anualmente a tres enfermeras seleccionadas por un comité de selección del CIE y deben ser utilizadas por los becarios para estudios formales de Enfermería en el

área de interés elegido. Cursos de corta duración, inferiores a un año académico no son considerados. Las asociaciones nacionales de enfermeras (ANES) tienen la responsabilidad de publicitar las becas de Enfermería CIE/3M, proporcionar a sus miembros los formularios de candidatura y nominar un candidato para el CIE.

El propósito de las becas es ayudar a las enfermeras seleccionadas a proseguir sus estudios de enfermería. Tal formación es importante para una mejor contribución a la calidad de los servicios prestados por las enfermeras y para el desarrollo de la profesión en general.

Más información en el tablón de anuncios del Colegio

## SU PARAISO DE VERANO SEGUR DE CALAFELL

PARA SU COMPRA EN PROPIEDAD, O UN COMODO ALQUILER  
DE APARTAMENTO O CHALET  
DESDE EL MAS ECONOMICO AL DE MAXIMA CALIDAD



VEA LAS COMUNIDADES DE ELITE EN 1ª LINEA DE MAR  
EDIFICIOS: ATENEA, LUXUS, PALAS o FILADELFIA

DIRIJASE A  
**UNION PROMOTORA CATALANA**  
LA MEJOR INVERSION

En Segur de Calafell - (Costa Dorada Tarragona)  
Paseo Marítimo 165 (Ed. Ancora) (Cerca Club Náutico) (977) 69 29 29  
Y en Barcelona (93) 416 14 52

# ¡NOS VAMOS A SEVILLA!

Aprovechando que estamos en 1992, año en que celebramos "NUESTROS PRIMEROS ENCUENTROS DE ENFERMERIA RIOJANA" y demás eventos por todos conocidos; desde el Colegio hemos organizado una escapada a Sevilla ¡No todo va a ser trabajar!

El programa es el siguiente:

Saldremos de Logroño el lunes día 1 de junio, a las 22 horas, haciendo noche en ruta en un cómodo autocar, para llegar a Sevilla a la hora del desayuno y aprovechar el resto del día para conocer la ciudad del embrujo.

Miércoles 3, Visitaremos la Expo 92 desde el punto de la mañana hasta que nos echen.

Jueves 4, mañana libre en Sevilla para, entre otras cosas, hacer las consabidas compras. Por la tarde volveremos a la Expo, permaneciendo en el recinto mientras que el cuerpo aguante.

Viernes 5, ¡Se acabó la juerga! con el siguiente programa. Desayuno en Sevilla, comida... donde podamos y cena en Logroño.

**EL PRECIO DEL VIAJE ES DE 22.500 ptas.**

Por esta módica cantidad tenemos derecho a:

Traslado a Sevilla

Alojamiento en habitación doble con baño y aire acondicionado, incluido el desayuno.

Desplazamientos al recinto ferial.

Las entradas a la Expo se negociarán a través del Colegio como Grupo. El número de plazas es de 54. Las reservas se harán por riguroso orden de inscripción, finalizando el plazo el día 15 de abril, o con la reserva número 54.

Para más información acude a la Sede Colegial.

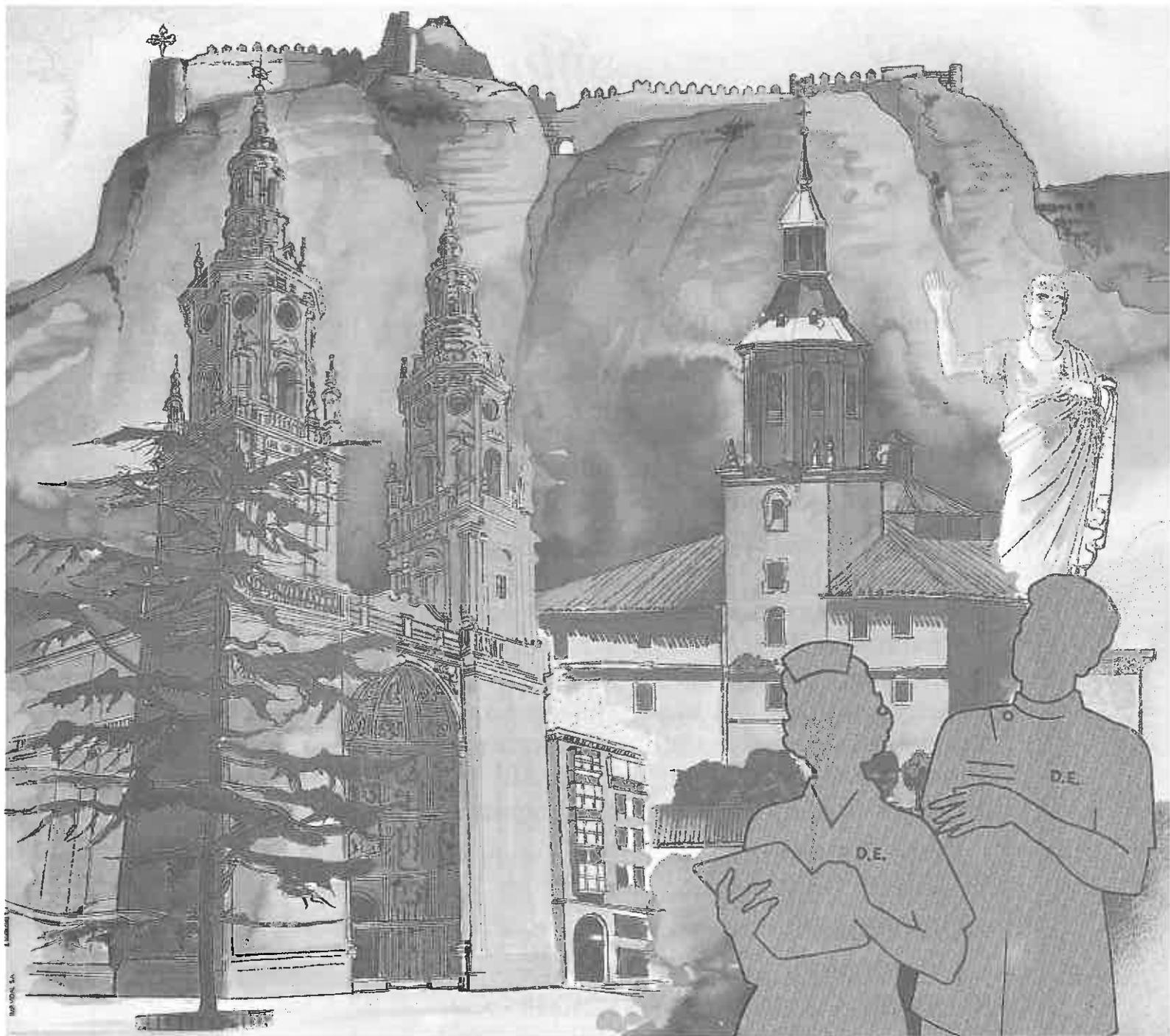
Horario de atención al público:

Mañanas de 9 a 14 horas (de lunes a viernes)

Tardes de 7 a 19 horas (de lunes a jueves)

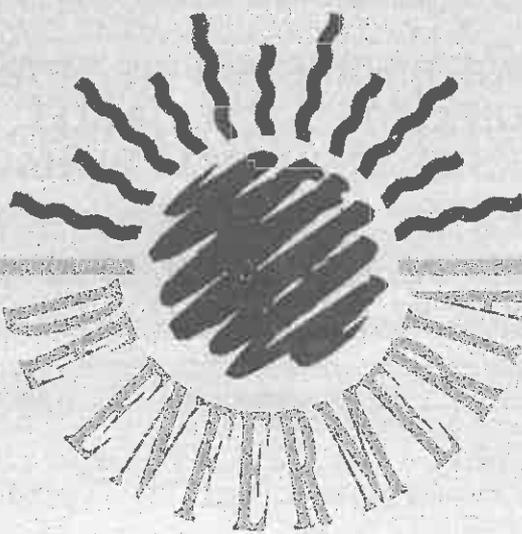
Teléfono: 22 83 16

**ESPERAMOS QUE EL PROGRAMA OS RESULTE ATRACTIVO.**



105

ENCUENTROS



RIOJANA

“Cuidados como seña de identidad.”  
Logroño, 21 y 22 de Mayo de 1992

También este prolífico y controvertido año 1992 ha querido acoger a nuestros 1<sup>os</sup> Encuentros.

Quizá la proyección de nuestro país al resto del mundo ha favorecido que iniciativas de calibre regional, guardadas durante tiempo en un baúl de posibles, vean la luz ahora. Ideas forjadas antes se hacen realidad en este embrujado 92.

El nombre de Encuentros elegido para este acontecimiento así como el diseño del programa científico han querido recoger un propósito más avanzado que otras actividades, Congresos o Jornadas, del panorama formativo para Enfermería. Estos ENCUENTROS están contruidos a partes iguales por un entramado científico atractivo, sólido y actual para nuestra profesión, y por un elemento de celebración, que posibilite al menos una vez al año, en esta cita intercambiar y compartir, reflexionar en voz alta y, por qué no, disfrutar de una buena mesa en compañía de tus compañeros .

Estos Encuentros además se apellidan de ENFERMERIA RIOJANA. Una Profesión y una Tierra. Las nuestras.

### **OBJETIVOS**

1. IDENTIFICAR LOS CUIDADOS COMO DEFINICION DE NUESTRA PROFESION ENFERMERA:

“LOS CUIDADOS COMO SEÑA DE IDENTIDAD”

2. DESTAPAR EL ROSTRO DE NUESTROS CUIDADOS:  
¿PROPORCIONAMOS CUIDADOS HUMANIZADOS?  
AUTOANALISIS DE UNA FORMA DE HACER.

3. CONOCER EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LA SOCIEDAD. SUS IMPLICACIONES Y APORTACIONES. ¿COMO NOS VEN DESDE EL EXTERIOR?



**Colegio de Enfermería de La Rioja**  
Logroño, 21 y 22 de Mayo de 1992

### **COMITE ORGANIZADOR**

**JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE LA RIOJA**

### **COMITE CIENTIFICO**

- ROSA MARIA ALBERDI CASTELL
- ROSARIO AREJULA BENITO
- J. JAVIER SOLDEVILLA AGREDA
- PEDRO J. VIDAL HERNANDEZ

### **COMITE DE HONOR**

EXCMO. SR. D. JOSÉ IGNACIO PÉREZ SÁENZ  
PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LA RIOJA  
ILMO. SR. D. MÁXIMO A. GONZÁLEZ JURADO  
PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA DE ESPAÑA  
ILMO. SR. D. MIGUEL GODIA IBARZ  
DELEGADO DEL GOBIERNO EN LA RIOJA  
ILMO. SR. D. MANUEL SAINZ OCHOA  
ALCALDE-PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE LOGROÑO  
ILMO. SR. D. PABLO RUBIO MEDRANO  
CONSEJERO DE SALUD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL  
ILMO. SR. D. LUIS GABILONDO PUJOL  
DIRECTOR GENERAL DE SALUD. GÓBIERNO DE LA RIOJA  
ILMO. SR. D. FRANCISCO HERNANDEZ RODRIGUEZ  
DIRECTOR TERRITORIAL DEL INSALUD EN LA RIOJA  
ILMA. SRA. D<sup>a</sup>. ROSARIO AREJULA BENITO  
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LOGROÑO  
D<sup>a</sup>. YOLANDA CARO BERGUILLA  
JEFA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "REINA SOFIA"  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> DOLORES LOPEZ LOPEZ  
JEFA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE LA RIOJA  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> DEL CARMEN PEREZ-ARADROS CALVO  
DIRECTORA DE ENFERMERIA COMPLEJO HOSPIT. "SAN MILLAN-SAN PEDRO"  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> ISABEL ROBERTSON DESOJO  
DIRECTORA DE ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA

**DECLARADO DE INTERES SANITARIO  
POR LA CONSEJERIA DE SALUD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL  
GOBIERNO DE LA RIOJA**

**PROGRAMA CIENTIFICO**

**Jueves 21 de mayo:**

- 16,30-17 h. Recogida de documentación.  
17-17,30 h. **Acto de Apertura**  
17,30-18,15 h. Comunicación Colegial:  
**"Historia y evolución de la Enfermería en La Rioja".**  
18,15-18,45 h. Descanso.  
Defensa Comunicaciones en Póster.  
18,45-19,30 h. 1ª Ponencia: **"Los Cuidados como seña de Identidad".**  
**Dª Rosamaria Alberdi Castell.**  
Enfermera Psicóloga Coordinadora General de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

**Viernes, 22 mayo**

- 9,30-10,45 h. 2ª Ponencia: **"Cuidados Humanizados y Enfermería"**  
**Dª Blanca María Fernández Pérez.**  
Enfermera Licenciada en Psicología Enfermera del Cuerpo de Inspección del Insalud. Profesora de Ciencias de la Conducta (III) y de Enfermería Psiquiátrica E.U.E. de Logroño.  
10,15-10,45 h. Coffe-break.  
Defensa Comunicaciones en Póster.  
10,45-12 h. 1ª Mesa Redonda: **"¿Proporcionamos Cuidados Humanizados?"**  
Moderador: **D. J. Javier Soldevilla Agreda.**  
Enfermero Secretario del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja. Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Profesor de Enfermería Geriátrica E.U.E. de Logroño.  
**Dª Pilar Blanco Navarrete.**  
Enfermera desde el año 1989.  
**Dª Milagros Margarita García Escribano.**  
Enfermera desde el año 1979.  
**Dª Francisca Blázquez Jiménez.**  
Enfermera Directora del Secretariado Pastoral de la Salud de la Diócesis de La Rioja.  
**Dª Carmen Pérez Aradros Calvo.**  
Enfermera. Licenciada en Derecho. Directora de Enfermería del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro.  
12,00-13,00 h. 3ª Ponencia: **"Los Derechos de los Pacientes".**  
**Dª María Fe Gamo González.**  
Enfermera Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario de Getafe.

17,00-18,30 h.

- 2ª Mesa Redonda: **"Enfermería y Sociedad".**  
Moderadora: **Dª Pilar Fernández Fernández.**  
Vicepresidenta del Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería de España. Directora de la Escuela de Especialización Profesional de Ciencias de la Salud.(Univ. Complutense de Madrid).  
**D. Pablo Rubio Medrano.**  
Consejero de Salud, Consumo y Bienestar Social, Gobierno de La Rioja.  
**D. Alfredo Milazzo Estefanía.**  
Presidente del Colegio de Médicos de La Rioja.  
**Dª Pepita Bernal Vázquez.**  
Presidenta de la Asociación de Amas de Casa Mª Valvanera.  
**Dª Pilar Rubio Peña.**  
Periodista Redactora de "La Rioja".  
**Dª Josefina Milian Omedas.**  
Enfermera Directora de Enfermería. Docente.  
18,30-19,00 h. Descanso.  
Defensa Comunicaciones en Póster.  
19,00-19,45 h. Conferencia de Clausura. **"Solicitud sin Paternalismo".**  
**D. Fernando Savater.** Filósofo. Sociólogo.  
19,45 h. **Acto de Clausura.**

**PROGRAMA SOCIAL**

**JUEVES, 21 MAYO 1992**

- 17 h. **Acto de Entrega de Banderas.**  
**Excmo. Sr. D. José Ignacio Pérez Sáenz.**  
Presidente de la Comunidad Autónoma de La Rioja.  
**Ilmo. Sr. D. Máximo A. González Jurado.**  
Presidente Consejo Gral. Enfermería España.  
**Ilmo. Sr. D. Miguel Godia Ibarz**  
Delegado del Gobierno en La Rioja

**VIERNES, 22 DE MAYO DE 1992**

- 21,30 h. **Cena de Clausura.**  
Sala Ducal  
(C/. Dqsa. de la Victoria, 4 LOGROÑO)  
**Homenaje a nuestros jubilados.**



**Colegio de Enfermería de La Rioja**  
Logroño, 21 y 22 de Mayo de 1992

**SECRETARIA TECNICA E INFORMACION:**

Colegio Oficial de Enfermería  
C/. Gran Vía nº 67 esc. b - 1º dcha.  
26005 LOGROÑO (La Rioja)  
Tel: (941) 22 83 16 • Fax: (941) 22 03 44

**CUOTA DE INSCRIPCION**  
**ASISTENTES: 6.000 ptas.**

**INCLUYE:**  
DOCUMENTACIÓN  
COFFE-BREAK  
CERTIFICADO DE ASISTENCIA  
CENA DE CLAUSURA  
EXPOSICIÓN MATERIAL TÉCNICO

**PLAZAS LIMITADAS: 200 personas**

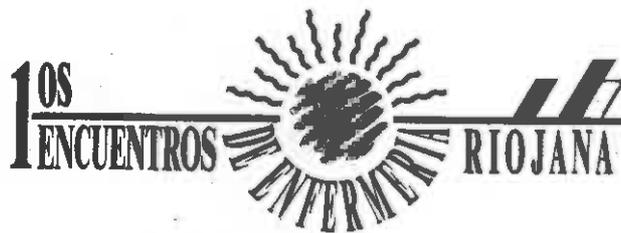
**RESERVA**  
**POR RIGUROSO**  
**ORDEN DE INSCRIPCION**

**SEDE**  
**SALON DE ACTOS**  
**BIBLIOTECA PUBLICA DE LOGROÑO**  
**C/ La Merced, 1 LOGROÑO**

EL COMITÉ ORGANIZADOR SE RESERVA LA FACULTAD  
DE MODIFICAR EL PRESENTE PROGRAMA SI FUERA NECESARIO

**1os** **BOLETIN DE INSCRIPCION**  
**ENCUENTROS DE ENFERMERIA RIOJANA**

Apellidos	_____
Nombre	_____
Domicilio	_____
Población	_____
Provincia	_____
C.P.	_____
Tel:	_____
Centro de Trabajo	_____
Colegiado Nº	_____



**Colegio de Enfermería de La Rioja**  
Logroño, 21 y 22 de Mayo de 1992

### COMUNICACIONES

– Para la presentación de comunicaciones, remitir los Resúmenes a la Secretaría de los Encuentros (Comité Científico) en la hoja de formato resumen que se adjunta.

– Fecha límite recepción Resúmenes: 4 Mayo 1992

### PREMIO “CIUDAD DE LOGROÑO”

#### A LA MEJOR COMUNICACION

Otorgado por el Excmo. Ayuntamiento de Logroño

*PARA LA PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES*

*ES PRECEPTIVO ESTAR INSCRITO EN LOS ENCIENTROS AL MENOS UNO DE SUS AUTORES.*

### EXPOSICION DE MATERIAL TECNICO Y EDITORIAL

Durante los días en que se desarrollarán los Encuentros en la Sala de Exposiciones anexa.

COLABORAN:

CAUDAL  
COLOPLAST  
CONVATEC

EDITORIAL INTERAMERICANA  
ESCUELA TECNICA DE TURISMO  
IBERCAJA

INTERNACIONAL DE EDICIONES Y  
PUBLICACIONES, S.A.  
INSTITUTO DE ESTUDIOS RIOJANOS

INTERAMERICANA  
PERFUMERIAS MARSELECT  
ROL  
SCOTT IBERICA

**Exposición  
de Material Sanitario  
de «Otras Epocas»**

---

**CUOTA DE INSCRIPCION: 6.000 ptas.**

**Solicitar Plaza a:**

**Colegio de Enfermería de La Rioja**

Gran Vía, 67 Esc. B - 1º dcha. - 26005 LOGROÑO (La Rioja)

Tel: (941) 22 83 16 – Fax: (941) 22 03 44

COMUNICACION

FORMATO RESUMEN

TITULO:

AUTOR/ES:

CENTRO DE TRABAJO:

Tema:

BASES

1. Las Comunicaciones podrán ser dirigidas a una ponencia o bien ser libres.
2. La forma de presentación de comunicaciones será mediante póster, que quedarán expuestos durante los días que duren los Encuentros.
3. El Comité Organizador Comunicará con suficiente antelación la hora para la discusión de cada uno de los posters presentados en el lugar donde se ubiquen.
4. El resumen de la Comunicación deberá de adaptarse al presente formato.
5. La fecha límite de recepción de resúmenes será el día 4 de Mayo de 1992.
6. Para presentar posters será requisito indispensable estar inscrito en los Encuentros.
7. El Comité Científico creado a tal fin se encargará de la valoración y selección de las Comunicaciones para su presentación en posters, comunicándolo oportunamente a los interesados.
8. El póster se ajustará aprox. a las medidas siguientes: 1 metro x 1 metro; habiendo de incluir: Título, nombre de autor/es,...
9. El resumen será lo más informativo posible en cuanto al propósito del trabajo, material, método y sobre todo conclusiones del mismo.
10. Los Resúmenes de las Comunicaciones - Posters aceptados serán publicados en "Crónicas de Enfermería", órgano de difusión del Colegio de Enfermería, pudiendo estudiarse la inclusión del trabajo original completo.
11. Los Resúmenes de las Comunicaciones se enviarán a la Secretaría de los Encuentros (Comité Científico), Colegio de Enfermería de La Rioja. c/ Gran Vía, 67 esc. B-1º dcha. 26005 Logroño (La Rioja). Tel: 22 83 16. Fax: 22 03 44



**Colegio de Enfermería de La Rioja**  
Logroño, 21 y 22 de Mayo de 1992

PONENTE/  
DEFENSOR

DIRECCION

POBLACION

TELEFONO

La Unidad de Medicina Laboral de la Dirección Provincial del Insalud, a través de un escrito dirigido al Colegio Oficial de Enfermería, nos informa de la existencia de vacantes puestos de ATS/DUE de Empresa en los Servicios Médicos de las siguientes Empresas:

EUROPUNTO, S.A.  
Apartado, 139  
26080 LOGROÑO

CMB. ENVASES  
ALIMENTARIOS  
Apartado, 246  
26080 LOGROÑO

HEINZ IBERICA, S.A.  
Ctra. Zaragoza, s/n  
26540 ALFARO

SERVICIO MEDICO DE LA  
MANCOMUNIDAD  
Apartado 42  
ARNEDO

El pasado 27 de Enero de 1992 se falló la 4ª CONVOCATORIA PREMIO ENFERMERIA RIOJANA 1991 que anualmente convoca el Colegio copatrocinado por Ibercaja.

Reunido el Jurado calificador acordó otorgar el 2º Premio dotado con 75.000 ptas. al trabajo "NIVELES DE SALUD DIFERENTES EN LA RIOJA. UNA APROXIMACION CUALITATIVA", del que son autores Dª Carmen QUIÑONES RUBIO y D. Enrique RAMALLE GOMARA. El Primer Premio quedó desierto.

## CARTAS AL DIRECTOR

### ATENCION PRIMARIA: El nepotismo ilustrado ataca de nuevo.

Desde una postura aséptica y enciclopédica, algunos pensamos que uno de los ejes fundamentales de la atención primaria, es dar respuesta a los problemas de salud de forma multifactorial con un equipo, pues así, de forma multicausal se pierde la salud.

Esta respuesta deberá ser realizada previo análisis sociosanitario, y de forma programada e integral. Pero sorpresa... en la atención primaria de La Rioja, ahora los programas (subprogramas) los realiza para todos los profesionales de los equipos, un solo estamento profesional.

Sí me gustaría recordar que la Ciencia no es patrimonio de ninguna profesión, salvo que se tengan ideas propias o te inventes algo y lo patentes.

Señores, así no se hace y construye un equipo, si se sigue por esos derroteros no se lamenten de que el resto de los profesionales se inhiban en la aplicación de esas actividades.

Se está usurpando a la comunidad el derecho a recibir cuidados de Enfermería. Si la disculpa es que es mucha gente para ser operativo y trabajar fluidamente, la solución es coger un grupo reducido multidisciplinar porque listos/as ¡harberlos haylos en todas las profesiones!, lo contrario, también.

Esto y así se va sólo al cementerio.

Fdo: Jorge Mínguez Arias.  
Col. nº 1630.

**I ENCUENTROS DE ENFERMERIA RIOJANA.**

Logroño, 21 y 22 de Mayo 1992

**II JORNADAS SOBRE PROGRAMACION EN EL AREA DE SALUD.**

Palencia, del 11 al 13 de Junio de 1992

**II JORNADAS SOBRE PROGRAMACION GERIATRICA-GERONTOLOGICA.**

Salamanca, del 7 al 9 de Mayo de 1992.

**ASOCIACION ESPAÑOLA DE A.T.S. Y D.E. EN UROLOGIA. XXI CURSO INTENSIVO INCONTINENCIA URINARIA.**

Segovia, 22 y 23 de Mayo 1992

**VIII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA TRAUMATOLOGICA.**

Puerto Real, Cádiz, del 8 al 11 de Abril de 1992

**IV JORNADAS DE ENFERMERIA EN TROMBOSIS Y HEMOSTASIA.**

Alicante, 3 de Abril de 1992.

**XVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN NEUROCIENCIAS.**

Gerona, del 17 al 29 de Mayo de 1992

**III JORNADAS CIENTIFICAS ALASS.**

Alix-en-Provence (Francia), del 23 al 25 de Abril de 1992.

**XII JORNADAS DE ECONOMIA DE LA SALUD**

Madrid, del 27 al 29 de Mayo de 1992.

**VIII CURSO DE EXPERTO ESTOMATERAPIA PARA ENFERMERIA.**

Madrid, del 2 de Marzo al 8 de Abril de 1992.

**V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA GERIATRICA Y GERONTOLOGICA.**

Toledo, Abril de 1993.

**II JORNADAS DE ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL.**

Santander, del 27 al 29 de Mayo de 1992.

**CURSO SOBRE TECNICAS DE BANCO DE SANGRE DESTINADO A A.T.S. Y D.E. BANCO DE SANGRE DE LA CRUZ ROJA**

Barcelona, del 18 de Mayo al 1 de Junio 1992

**VI CONFERENCIA BIENAL GRUPO EUROPEO DE ENFERMERIA INVESTIGADORA.**

Madrid, del 23 al 26 de Septiembre de 1992

**II CONGRESO DE LA FEDERACION DE SOCIEDADES ESPAÑOLAS DE ONCOLOGIA.**

Barcelona, del 9 al 11 de Diciembre de 1992.

**X CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL**

Mérida, de 9 a 12 de Abril de 1992

**JORNADAS INTERNACIONALES DE ENFERMERIA "SAN JUAN DE DIOS"**

Pabellón Inteligente de la Expo (Sevilla), del 2 al 4 de Septiembre de 1992

**III REUNION INTERNACIONAL DE ENFERMERIA EN ALAVA**

Del 26 al 29 de Mayo de 1992

**XIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS Y NEONATALES**

Palma de Mallorca, del 13 al 15 de Mayo de 1992

Para más información en el tablón de anuncios de la sede colegial

AVISOS

**L**a póliza de responsabilidad civil para 1992, está contratada con el Grupo Zurich.

**L**os Colegiados que estén pendientes de recoger títulos; certificados; apuntes de cursos y carnets; pueden pasar por el Colegio para retirarlos.

**H**orario de atención al público: MAÑANAS de 9 a 14 horas (de lunes a viernes)  
TARDES de 17 a 19 horas (de lunes a jueves)

**C**on motivo de los Primeros Encuentros de Enfermería Riojana, nos gustaría organizar una exposición con utillaje que habitualmente hemos manejado en nuestra profesión a lo largo de su historia. Para ello pedimos tu colaboración, si dispones de material antiguo o sabes dónde encontrarlo, acércate al Colegio o llámanos. Gracias.

compensatorios y de defensa y soportan peor un I.A.M.

Nuestro trabajo coincide con estas conclusiones, así las personas que murieron tenían menos riesgo que las que sobrevivieron; la media de estos factores en

las personas muertas (1'58) es más baja que en las personas que sobrevivieron (1'81).

No hemos encontrado una relación significativa entre la letalidad y el tiempo de evolución, es decir, entre una mayor posibilidad de morir cuanto más tiempo tardan en acudir al Servicio de Urgencias, a pesar de que está demostrado que si el tratamiento se instaura precozmente disminuye el riesgo de muerte.

Esta ausencia de significación es debida al pequeño tamaño de la muestra y a que el tiempo de evolución no está registrado en el total de los casos, solo en el 36% de ellos.

Manejando este porcentaje se deduce que la letalidad es casi el doble en hombres, con más de doce horas de evolución del I.A.M.

	HORAS	%
VARONES MUERTOS	<12 horas	10'91
	>12 horas	20'00
MUJERES MUERTAS	<12 horas	8'33
	>12 horas	11'11
TOTAL MUERTOS	<12 horas	10'45
	>12 horas	17'24

**PAPEL DE ENFERMERIA**

La enfermera de A.P. debe llevar a cabo una serie de programas, cuyas actividades van encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En el caso que nos ocupa el papel de enfermería tiene tres vertientes: 1. Tt° en enfermos en la fase aguda. 2. Tt° en enfermos postinfartados. 3. Tt° o medidas de prevención.

**—FASE AGUDA:**

.Es muy importante la educación de la población para que ante un síntoma de posible infarto, llame a su médico de guardia o acuda a un Centro Hospitalario, ya que así la necrosis de las células cardiacas sería menor y favorecería una mejor recuperación con un mínimo de secuelas. Especialmente los enfermos con angina de pecho, ya conocida, ante aparición del dolor en reposo o bien si no cede este con la administración de nitritos sublinguales en 5 o 10 minutos, deben solicitar una atención médica inmediata para evitar una posible evolución a I.A.M.

Una vez que nos encontramos con enfermos infartados el Servicio de Urgencias hospitalarias es prioritario la realización de un E.C.G. y una determinación de niveles enzimáticos cogiendo una vía. (Es importante no poner ningún inyectable i.m., pues la destrucción tisular alteraría dichos niveles).

Posteriormente: .Monitorización. .Oxigenoterapia para mantener una Po<sub>2</sub> superior a 72 mm. de Hg. .Sedación con cloruro mórfico E.V. .Si la evolución es de 4 a 10 h.:.Estreptoquinina. .Si son

menores de 70 años: Lidocaína E.V.

Una vez que pasan a planta debemos mantener más medidas generales para favorecer la recuperación de estos enfermos: .Reposo con habitación tranquila. .Limitación de visitas. .Dieta especial, primero líquida, pasando después a blanda con bajo contenido en sal.

Hasta este momento es la enfermera de atención especializada la que atiende al enfermo infartado.

2-Tt° Postinfarto: (Seguimiento por el equipo de A.P.) .Estos enfermos salen del hospital con una pauta terapéutica que combina un tt° farmacológico con antiagregantes plaquetarios con la prevención de los posibles factores de riesgo (HTA, sobrepeso, tabaco...) que es llevada a cabo con los programas de A.P.

3 -Prevención: En general la enfermera de A.P. trabaja con una serie de programas, cuyas actividades van encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En el caso que nos ocupa, I.A.M., la labor de enfermería tiene dos vertientes:

.a) Detección de personas sanas con hábitos-factores de riesgo, e incluirlos en los programas oportunos.

.b) Seguimiento de los enfermos infartados con el fin de evitar posibles recidivas. A estos enfermos los trataremos de una forma integral, nunca tratando al enfermo fijándonos solo en su patología, sino teniendo en cuenta también sus condiciones familiares, entorno-social, laboral etc e intentar solucionar junto con el resto del equipo todos los problemas que nos plantea.

Los programas que se llevan a cabo en los Centros de Salud para la detección y control de los factores de riesgo son: .Diabetes. .Obesidad. .H. T. A.

Otros parámetros a controlar son: .Ac. úrico .Colesterol .Tabaco .Alcohol .Stress

**CONCLUSIONES FINALES**

En nuestro trabajo se refleja la influencia que tienen ciertos hábitos en la génesis y desencadenamiento del I.A.M.

Debido a que se puede evitar la adquisición de estos hábitos y también pueden ser corregidos, pensamos que lo idóneo sería hacer una buena educación para la salud. Se ha constatado que esta es eficaz, pues en algunos países como Alemania, donde los médicos de familia que llevan a cabo un buen control, seguimiento y educación de estos pacientes, han conseguido reducir la aparición de casos de I.A.M.

La labor de la enfermera en este caso, sería realizar unos buenos programas, haciendo educación para la salud tanto en adultos y ancianos como en gente joven, así como controles y seguimiento a partir de los 25 años entre los que tengan algún factor de riesgo. De esta forma, la mayoría de los infartos, sus secuelas y muertes podrían evitarse.

Por todo lo anteriormente dicho, pensamos que algunas normas preventivas a seguir podrían ser: .Abstención absoluta de tabaco (cigarrillos, puros, pipa).

.Evitar la vida sedentaria. Realizar ejercicios físicos de forma progresiva. Los ejercicios intermitentes e intensos pueden ser perjudiciales para la salud.

.Los enfermos con sobrepeso (obesos) deberán adelgazar mediante dietas hipocalóricas, las cuales se realizarán mediante estricto control médico.

.La dieta hiposódica y el control estricto de la tensión arterial reducen la incidencia de arterioesclerosis coronaria.

.Evitar el stress y la vida agitada.

.Los pacientes diabéticos deberán controlarse de forma periódica las cifras de glucosa en sangre ajustando la dieta, la dosis de insulina o los antidiabéticos orales.

.Reducir el consumo de grasas animales y alimentos ricos en colesterol.

.Al menor síntoma, molestia, dolor torácico opresivo, llamar de inmediato al médico de urgencias o acudir a un centro hospitalario.

.En los enfermos con angina de pecho ya conocida, la aparición del dolor en reposo, o bien si este no cede con los medicamentos antiaginosos sublinguales a (Nitritos) en 5 o 10 minutos, deberán hacernos pensar en una posible evolución hacia el I.A.M., por lo que deberán solicitar atención médica inmediata.

**BIBLIOGRAFIA**

.J.W. Campbell, M. Frisse. Manual de Terapéutica Médica (5ª edición)  
 .B. Muñoz, L.F. de Villa. Manual de Medicina Clínica  
 .Farreras, Rozmán. Medicina Interna (Tomo 1).  
 .Merck Sharp—Dohme Research Laboratorio. Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica.  
 .Dr. Rafael Ruiz Lara, Dr. Luigi Segatore. Nuevo Diccionario Médico.  
 .C. Pigrau Serrallach. Urgencias (Enciclopedia Práctica de Primeros Auxilios).  
 .Daniel Schwartz. Métodos estadísticos para médicos y biólogos.  
 .Dres. C. Franco García y F. García de Luis. Artículos: Mesa Redonda: Infarto de Miocardio Clínica y Epidemiología.  
 .Wilbert S. Aronow. Importancia de los factores de riesgo cardiovascular en Geriatria.  
 .Karen M. Anderson, PhD-Willian. Colesterol y Mortalidad.  
 .Centro de Salud-Gonzalo de Berceo. Programas de Atención Primaria.

**AUTORAS:**

- PILAR ARMAS GASCON**
- TRINIDAD GARCIA PEREZ**
- M<sup>ra</sup> DOLORES GONZALEZ PEREZ**
- YOLANDA LANZA TOYAS**
- BLANCA RODRIGUEZ MENDEZ**

# ULCERAS POR PRESION ULCERAS POR DECUBITO

## INTRODUCCION

La incidencia que representa la problemática de las úlceras es muy elevada en nuestro país, un problema además íntimamente ligado con el personal de Enfermería y su trabajo diario, por lo que consideramos importante realizar una completa revisión bibliográfica de este tema.

El trabajo ha sido dividido en dos artículos, el primero dedicado a las úlceras vasculares, tratando únicamente las venosas y las arteriales o isquémicas con sus diferentes tipos, haciendo un repaso completo a su clínica diagnóstica, tratamiento... y un segundo artículo dedicado exclusivamente a las úlceras por decúbito, donde se intenta sobre todo incidir en los cuidados de Enfermería, tanto en un artículo como en otro.

Debemos recordar que las úlceras hoy en día, presentan una elevada incidencia a nivel hospitalario, y a la vez llevan consigo unos más que elevados costes de tratamiento.

El fin de estos artículos es que sirvan de guía y ayuda a nuestro trabajo diario en el tratamiento y prevención de las úlceras tanto vasculares como por decúbito o presión.

### - ULCERAS POR PRESION ULCERAS POR DECUBITO -

1.- **Definición:** La úlcera por decúbito representa un área de gangrena de la piel y del tejido subyacente que es causada por una presión o fuerza de cizallamiento anormal y sostenida en el tiempo, lo que determina la respuesta de los tejidos con isquemia. Se produce en aquellas zonas de la piel donde existe un saliente óseo que hace de apoyo comprimiendo la piel entre dos planos duros. Evoluciona de manera crónica, a veces fatal, pues estas áreas de necrosis son susceptibles de infecciones, que provocan una mayor lesión tisular y pérdida de líquido exudado rico en proteínas.

2.- **Curso y Etiología:** En la aparición de la necrosis se conjugan la acción de una serie de factores que se pueden clasificar en:

#### A.- Factores intrínsecos:

a.- Disminución de la resistencia de los tejidos a la presión: ante una presión superior a la presión hidrostática capilar de 13-32 mm de Hg aparece una isquemia hística, que de prolongarse en el tiempo determina la aparición de una escara.

b.- Pérdida de sensibilidad: el enfermo no siente la sensación de hormiguillas que avisan de la isquemia, ocurre sobre todo en enfermos en cama o paralizados.

c.- Especial disposición anatómica: prominencias óseas prominentes, que unido a la disminución del espesor dérmico y vascularización determinan globalmente la fácil aparición de la úlcera.

d.- Déficit nutricionales: enfermos con carencia (desnutrición), enfermos graves (procesos infecciosos) o situaciones de stress quirúrgico. En los que hay un balance nitrogenado negativo, así como de calcio, fósforo y azufre, con discreta anemia. Todo conduce a un adelgazamiento y aparición de arrugas. La obesidad también influye pues hay un aumento de la presión por cm<sup>2</sup>.

e.- Déficit motores: Tanto físicos como mentales.

f.- Déficit vasculares: a nivel de la circulación capilar, por los fenómenos de esclerosis vascular. Insuficiencia cardíaca y vascular periférica. La hipotensión es favorecedora.

g.- Edemas: al aumentar la resistencia entre la célula y el capilar produce necrosis.

#### B.- Factores extrínsecos:

a.- Presión: cizallamiento ejercido desde fuera, tiene una acción directamente proporcional a la secundaria del hueso sobre las estructuras dérmicas. Será tanto más peligrosa cuanto más intensa y duradera sea.

b.- Humedad: responsable de la maceración de la piel, esto se agrava en pacientes incontinentes.

c.- Frío: puede desencadenar vasoconstricción periférica agravada por los trastornos en la regulación vasomotora propia de los pacientes ancianos.

d.- Falta de higiene: puede facilitar la aparición de infecciones en pequeñas escaraciones dérmicas transformándolas en úlceras.

3.- **Localización:** La presión se ejerce de forma principal en los sitios donde hay saliente óseo, y el 65% de las úlceras aparecen en la región pélvica y el 30% en las extremidades.

En los decúbitos tenemos:

D. Prono - esternón, rodillas, maleolos internos, dedos del pie, mentón.

D. Supino - occipital, sacro, escápula, codos y talones.

D. Lateral - hombros, costillas, fleon, trocánteres, maleolos externos.

Sedentarismo - isquion.

4.- **Fisio-Patología:** Una presión externa prolongada superior a la presión capilar 16-32 mm de Hg es el principal factor en la producción de las úlceras por decúbito. La presión supracapilar (32-60 mm de Hg) reduce el flujo sanguíneo capilar, lo cual origina una isquemia local.

La isquemia de la membrana capilar aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular. Se inicia de esta forma un proceso inflamatorio activo que origina una hiperemia activa. Esta hiperemia es reversible si se reduce completamente la presión, con lo que se permite la perfusión de los tejidos y la eliminación de los productos tóxicos o de desecho, y si no desaparece la presión, se produce una isquemia local intensa en los tejidos, trombosis venosas y alteraciones irreversibles que desembocan en necrosis y ulceración.

La reacción de la piel a estos distintos estadios de patogenia consisten en, dilatación capilar (eritema), dilatación de las arteriolas (espasmo), y aumento de la permeabilidad capilar (ronchas circunscritas) que contribuyen al edema, espasmo y prurito.

La persistencia de la presión suele destruir el tejido superficial o profundo, y alterar los impulsos nerviosos hacia la zona afectada y desde la misma. Al inhibir el riego sanguíneo, se suprime el aporte de oxígeno y nutrientes, produciéndose anoxia tisular. Al persistir la alteración de la circulación capilar se provoca una pérdida del tono capilar con extravasación de plasma, células, catabolitos y sustancias tóxicas que van a suponer el enrojecimiento de la zona afectada. Tras ello, se produce la formación de pequeñas ampollas que finalmente, confluyen en el flictena.

Si continúa la causa desencadenante, la presión, el siguiente estadio será la aparición de una necrosis tisular con afectación del tejido celular subcutáneo que forma una costra de color negro, la escara. Este proceso puede continuar su evolución y alcanzar partes más profundas, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos e incluso vasos y nervios.

A esta necrosis isquémica puede agregársele la infección de la lesión ulcerada, a expensas de la cual crece y se cronifica. La infección es una evolución normal ya que representa un proceso biológico capaz de eliminar detritos y preparar la cicatrización secundaria.

Puede estar localizada y limitada a la zona desvitalizada que se trata de eliminar, o no impide la epidermización marginal o bien, sobrepasar los límites locales, presentar una linfangitis y adenopatías, y a nivel general producir bacteriemias y septicemias con fiebre elevada y escalofríos. Constituye la complicación mas grave.

5.- **Prevención y Profilaxis:** Es el objetivo prioritario de todas las úlceras. A todo paciente debe efectuársele una valoración exhaustiva de su piel y de las condiciones físicas en las que ingresa.

La piel debe ser objeto de vigilancia extrema en cuanto a sus características, color, textura, turgencia, vascularización, humedad...

Las áreas de presión o puntos de apoyo de las prominencias óseas deben observarse minuciosamente para confirmar su integridad o detectar precozmente alguna modificación en su estructura.

La aparición de un edema cutáneo, disminución de la tasa de hemoglobina y proteínas, existencia de diabetes y alteraciones circulatorias, constituyen elementos orientativos para la prevención, por los riesgos que comportan.

- Prevención de la presión: esta prevención se realiza, una mediante los cambios posturales y otra por medios complementarios.

Los cambios posturales se harán cada 2-3 horas, siguiendo una rotación determinada, repartiéndose el peso del cuerpo por igual, las posiciones serán de decúbito dorsal, lateral, ventral, y posición de sentado, se deben poner protecciones en cada talón y pie, no debemos pinzar la sonda vesical, no se debe provocar una cifosis lumbar y no se le debe provocar al paciente una hiperflexión cervical que le ocasionaría dificultades respiratorias.

No poner almohada en el hueco poplíteo, empeora el retorno venoso. Como medios complementarios tenemos, el soporte textil antidecúbito, apósito transparente auto-adhesivo, diferentes

cojines (cojín microcélulas isobáricas, cojín de agua), colchones (hinchable alternante, aire de tres cámaras, agua, espuma), y otros tipos de camas (agua y fluidificada).

- Prevención de los factores de riesgo:

- Estado nutricional. Rica la dieta en proteínas, que mantengan un balance nitrogenado + y dar vitaminas A y C además de minerales que son necesarios en la reparación tisular.

- Corregir la anemia. Procurando mantener la tasa de hemoglobina en 12 gramos.

- Practicar ejercicio. Tanto activo como pasivo, que intente mejorar el tono muscular y cutáneo.

- Incontinencia urinaria y/o fecal. Se puede hacer sondaje vesical o rectal, pero no se debe abusar, pues el sondaje puede producir también una úlcera.

- Alteraciones de la circulación. Frente a este tipo de alteraciones, ya sean arteriales o venosas, pueden realizarse diferentes acciones para prevenir la hipoxia tisular, como son las fricciones y los masajes con sus variedades de rozamiento, amasado y despegue.

- Prevención del estado local y regional. Este nivel de prevención se centra primordialmente en el cuidado de la higiene e hidratación de la piel, lavado diario con agua y jabón neutro (que no altere la flora bacteriana normal del sujeto), secado sin frotar y con toallas suaves.

Si está seca la piel humidécela, si esta húmeda

sécala, (axioma de Dermatología a veces olvidado).

Mantener la piel en el grado de humedad adecuado. La piel seca se resquebraja con facilidad, mientras que la húmeda se desgarrará también fácilmente. Mejorar la circulación local, lo que algunos autores llaman autotransfusión, produce aumento del tono vascular por promover el retorno venoso y disminuir el edema.

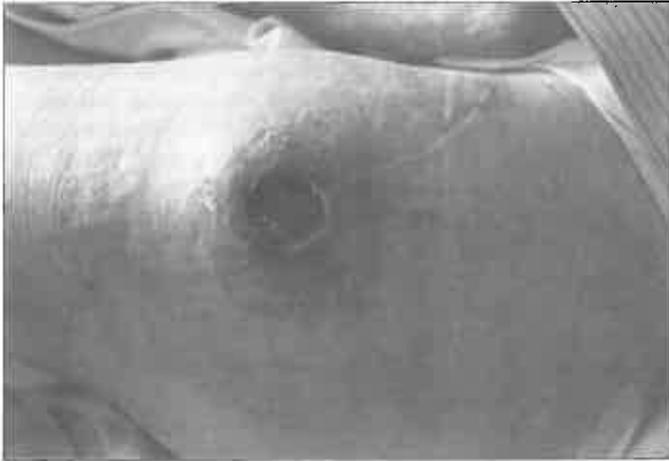
Es preciso cambiar al enfermo siempre que este sucio, mojado o transpire mucho, la sábana debe quedar bien estirada, sin pliegues. Es aconsejable no utilizar ropa nueva por ser menos suave.

6.- Tratamiento: Los aspectos hacia donde deben estar dirigidos todos los tratamientos son:

Eliminar la presión, mediante cambios posturales... Tratar la enfermedad de base que predispone a la ulceración, enfermedades respiratorias, circulatorias o endocrinas, que son factores de riesgo importantes en la formación de la úlcera. Limpieza de la úlcera, desbrida miento enzimático y/o quirúrgico, desinfección en su caso de la úlcera y facilitar el crecimiento del tejido de granulación. Como en toda herida que se produce en el organismo con importante pérdida de sustancia, la cicatrización se realiza por segunda intención, coexistiendo en este proceso dos fenómenos distintos pero íntimamente relacionados entre sí.

a.- Un fenómeno profundo que se caracteriza





por un desarrollo de tejido conectivo y vascular, es la cicatrización.

b.- Un fenómeno superficial a nivel epidérmico, la regeneración del epitelio, es la epidermización.

a.- Cicatrización: con diferentes etapas que son.

I- Fase catabólica o desasimilativa: En ella se intenta limpiar la herida eliminando todos los agentes contaminantes así como los restos necróticos y derrames y exudados acumulados. Esta acción detergente depende de una compleja actividad enzimática local como consecuencia de la cual tiene lugar un progresivo acumulo de residuos orgánicos que lejos de desecharse serán útiles a la hora de sintetizar el nuevo tejido reparador (fuente de sustrato).

-Período de inflamación postraumática. Inmediato a la producción de la herida, en el área con pérdida de sustancia se acumulan los derrames y exudados, rápidamente se forma un coagulo de fibrina a expensas de la sangre extravasada. Constituye el primer mecanismo con intento reparador.

La estabilidad de la red depende del factor XIII plasmático. En el área alrededor tienen lugar todos los fenómenos comunes a todos los procesos inflamatorios agudos. El resultado final es una cascada de enzimas que determinan una acción proteolítica y de inflamación, esta última acompañada de los clásicos fenómenos vasculares (vasodilatación arteriocapilar, aumento de permeabilidad capilar, exudación).

Seguidamente hay una serie de modificaciones bioquímicas importantes para el desarrollo de procesos tales como:

- Concentración creciente de albumina y alfa proteínas, aumento del porcentaje hídrico y electrolítico, del fibrinógeno y glicoproteínas.

- La degradación del conectivo, provoca acumulo local de elementos fundamentales como hemosaminas, polipéptidos, aminoácidos, albumosas y peptonas.

Todo esto produce elevación creciente de osmolaridad de la zona lesionada. El éxtasis secundario a la vasodilatación origina hipoxia relativa, que en un medio tan intensamente activo se traduce por un metabolismo anaerobio con la consiguiente producción de ácido láctico e hidrogeniones libres. Aquí la herida presenta un PH ácido de 6.22.

Si bien existe una marcada ectasia vascular en la periferia de las úlceras por decúbito, en las áreas necróticas no existen vasos. Por lo tanto, el tratamiento con vasodilatadores es ineficaz. La administración sistémica de vasodilatadores en realidad disminuye el flujo sanguíneo en la zona dañada, al hacer permeables las anastomosis arterio-venosas (efecto de robo).

Por otra parte, la mayoría de los vasos en las regiones hipóxicas ya se encuentran dilatados al máximo por efecto de los metabolitos producidos por la isquemia y la hipoxia, mientras que los vasos con trombos de fibrina no responden a los vasodilatadores.

En consecuencia, la aplicación local o la administración sistémica de vasodilatadores no contribuyen al tratamiento de las úlceras por decúbito, y sólo el desbridamiento del tejido necrótico, al disminuir la distancia de difusión permite aumentar el aporte de nutrientes que faciliten el proceso de curación de la úlcera.

-Período destructivo. Corresponde a los fenómenos celulares de una reacción inflamatoria. Sus elementos fagocitarios, tanto de procedencia hemática (polinucleares y monocitos) como del propio conectivo (histicitos), estimulando los diferentes mediadores químicos.

Su acción sobre el tejido degradado se realiza a expensas de los productos enzimáticos transportados en los lisosomas, entre los que destaca la colagenasa.

Con ello se obtiene la remodelación de los residuos orgánicos que aún están presentes en la herida, y que en parte también se expulsan al exterior junto con los exudados, o bien se drenan por los sistemas linfáticos y venosos. Determinados residuos permanecen en el lecho para ser utilizados en la síntesis del futuro tejido cicatricial.

II- Fase anabólica o asimilativa: En ella, los fibroblastos hacen su aparición en la herida y son de vital importancia para la reparación de la pérdida de sustancia, en ella destacan dos períodos:

a. Período proliferativo, productivo o de fibroplasia.

.Neoformación vascular. Estimulados por la hipoxia relativa, la despolimerización del tejido conectivo y el aumento de la presión hidrostática capilar estimulan la actividad mitótica de las células endoteliales capilares, con lo que se configuran cordones celulares, y así se originan nuevos capilares que como ejes tróficos van a aportar la energía y Oxígeno necesarios para la actividad celular.

- Desarrollo de los fibroblastos. Se disponen alrededor del capilar, determinando lo que se llama histológicamente el "mamelón angioblástico". Los fibroblastos proceden de las células mesenquimatosas locales asociadas a las capas celulares adventiciales de los vasos sanguíneos. Tienen gran actividad mitótica.

- Producción de colágeno por los fibroblastos. Constituye la proteína arquitectural. De estructura fibrilar, para que el colágeno sea elaborado se precisa oxígeno, ión ferroso, ácido ascórbico (Vitamina C) como donante de electrones.

- Síntesis de la sustancia fundamental amorfa. Que junto con el colágeno se dispone alrededor de los fibroblastos depositándose en el lecho de la herida. Básicamente se compone de glucoproteínas fibrosas y de mucopolisacáridos ácidos o glucosaminoglicanos. Constituye pues una matriz con capacidad de fuerte hidratación que cumple la función de resistir a la compresión, mientras que el colágeno, tiene la función de la resistencia a la tensión.

b. Período de maduración y remodelado de la cicatriz. En el que van disminuyendo el número de capilares al quedar estrangulados por el propio colágeno, también disminuye la población de fibroblastos, quedando así constituida la cicatriz por fibras colágenas, sustancia fundamental amorfa y alguna fibra elástica que comienza a aparecer al cabo de un mes.

La contracción de la herida constituye la aproximación de los bordes de la herida de manera centripeta, con lo que al disminuir la extensión, precisaría menor cantidad de sustancia a regenerar. Ocurre al tercer día y es necesaria y máxima a los 21 día. Está en relación con las células miofibroblastos, que son unos fibroblastos especiales existentes en el tejido conjuntivo con capacidad retráctil.

b.- Epitelización: Consiste en la producción del epitelio por encima del tejido conectivo cicatricial. Se produce por la emigración de las células epiteliales desde los bordes de la herida hacia el centro. Favorecen este desplazamiento la pérdida de inhibición por contacto celular y se produce en las células de estrato basal de la epidermis.

I- Fase desasimilativa:

- Limpieza: que puede ser

- mecánica, diaria en esta fase, de forma que arrastre todos los exudados sobrantes y los esfacelos muertos.

- quirúrgica, pequeña cirugía, eliminando los tejidos necróticos, esfacelo y pus, dejando completamente limpio si es posible el cráter de la úlcera.

- Polímeros de dextrano de elevado peso molecular.

- Desbridamiento enzimático: Completa el capítulo anterior el uso de pomadas desbridantes enzimáticas que vienen presentadas como ungüentos de

aplicación tópica, que llevan en su composición enzimas líticas como la tripsina o la quimi tripsina.

La función primordial es eliminar el colágeno desnaturalizado, licuando los restos necróticos sin eliminar el tejido de granulación.

- **Antiséptico local:** cuya función es evitar la infección local. Hay que tener algún principio fundamental, en la primera fase hay Gram- después son Gram+. No usar sustancias coloreadas ya que enmascaran la visión directa de las lesiones, y nunca se sabe como evolucionan en realidad. Dar concentraciones adecuadas dependiendo de la edad, ya que puede haber mayor poder de absorción del medicamento, y mayor facilidad de reacciones alérgicas. No usar antibióticos locales, se deben utilizar por vía general siempre, y únicamente cuando haya una infección severa y con unas normas generales (siempre con antibiograma del cráter de la úlcera, valorando la dosis conforme a la función renal). Su uso local crea casi siempre resistencias bacterianas.

- **Apósitos:** Los apósitos oclusivos constituyen una contribución reciente y eficaz en el tratamiento de las úlceras.

La aplicación de apósitos oclusivos favorece la curación de la úlcera al proteger la piel circundante, facilitar la eliminación de los esfacelos, minimizar el crecimiento bacteriano, promover la formación de tejido de granulación y la reepitelización, evitar la deshidratación del fondo de la úlcera, impedir la contaminación bacteriana y disminuir el dolor.

La tendencia es usar apósitos húmedos ya que favorecen la migración celular epitelial, ya que la superficie húmeda facilita el desplazamiento de las células nuevas favoreciendo la creación de la capa epitelial.

Para cada caso hay un tipo diferente de apósitos, superficiales o profundos.

Hay apósitos oclusivos permeables al oxígeno (Geliperm, Op-Site, Diraplast, Tegadem) y otros impermeables (Varihesive).

El apósito proporciona a la herida un microclima que favorece al máximo las condiciones de fagocitosis y crecimiento celular bajo el apósito. Como características más destacables se pueden resaltar que no produce dolor ni destrucción del tejido de granulación al ser retirado, pues no se adhiere a la herida. Permite el intercambio gaseoso en un ambiente húmedo, idóneo para la cicatrización de las heridas. Es impermeable a las bacterias, con lo que se evita la infección secundaria procedente del medio, posee una flexibilidad que le permite adaptarse al contorno de la herida y puede permanecer colocado varios días permitiendo sin embargo la observación de la herida gracias a la transparencia del mismo.

Estas características son del apósito Geliperm, compuesto por dos redes entrelazadas de poliacrilamida y agar, con un 96% de agua firmemente unida por estas redes.

El principio de actuación de los apósitos oclusivos compuesto por hidrocoloides semisintéticos (Varihesive), es decir macromoléculas cuyo medio de dispersión es el agua, es que estas interacciones con el exudado de la herida formando un gel blando que favorece la limpieza desbridamiento y formación del tejido de granulación porque crea un medio húmedo, que además estimula la migración epitelial, y por lo tanto la curación de la herida.

II- Fase asimilativa:

Es cuando se produce el cierre realmente de la pérdida de sustancia. Aquí las curas cambian:

- **Antiséptico local:** Similar a la primera fase.
- **Apósito graso húmedo:** con los menores cambios y la máxima delicadeza, la cura ha de retrasarse lo máximo posible, cada roce y cambio de la cura destruye las células jóvenes que se van con cada cura.

- **Cuidado con los corticoides:** pueden producir efectos profundos sobre el ritmo de cicatrización, disminuyen la velocidad de síntesis de proteínas, estabilizan las membranas lisosómicas e inhiben la reacción inflamatoria local, limitan la gemación celular a nivel de los capilares, inhiben la proliferación del fibroblasto y disminuyen el ritmo de epitelización.

- **Otros medios:** que ayudan en la aceleración del proceso de cicatrización.

- **Rayos Ultravioleta y Helioterapia:** Utilizados muy cuidadosamente, solo en dosis bactericidas y con una vigilancia estricta de la piel.

- **Rayos láser de baja y mediana frecuencia y los campos electromagnéticos pulsantes:** Aceleran la cicatrización y epitelización de las heridas y ayudan en la lucha contra la infección al estimular las defensas orgánicas.

- **Cirugía:** Las úlceras de grado cuatro frecuentemente requieren tratamiento quirúrgico sobre todo úlceras por decúbito situadas sobre las tuberosidades isquiáticas. Los principios básicos del tratamiento quirúrgico son el desbridamiento, el control de la infección y el recubrimiento de la herida.

Antes de la intervención, es esencial prever el posicionamiento post-operatorio del paciente y tratar las contracturas en flexión y la espasticidad cuando estén presentes. La preparación preoperatoria del paciente debe tener por objetivo conseguir una hidratación adecuada, unos niveles de hemoglobina de 12 gr/dl. y de proteínas séricas superiores a 60 gr/l.

Se deben efectuar radiografías o gammagrafías para evaluar la posible existencia de una osteoartritis, así como fistulografías para confirmar la presencia de comunicación con el hueso o la cavidad articular subyacente.

El tratamiento quirúrgico se basa en la escisión de la úlcera, la cicatriz circundante y la bursa, para conseguir un margen quirúrgico limpio y bien irrigado, la resección de la eminencia ósea subyacente para disminuir la presión y/o la infección,

la eliminación de las posibles calcificaciones de partes blandas, la obtención de hemostasis adecuada, la obliteración del espacio muerto mediante colgajos musculares o adiposos y el diseño de una cicatriz que no discorra sobre la eminencia ósea.

La elección de la técnica de recubrimiento cutáneo es el factor más importante para el éxito del tratamiento quirúrgico.

Los mejores resultados se pueden obtener con algunos de los siguientes métodos:

- Cierre primario.
- Colgajos cutáneos de rotación.
- Transposición muscular recubierta con un injerto cutáneo de espesor parcial o un colgajo cutáneo.
- Colgajos miocutáneos.
- Colgajos neurovasculares, cuando sean posibles.

De todos estos métodos, el colgajo miocutáneo es el que acostumbra a proporcionar mejores resultados, aunque la probabilidad de recidiva de la úlcera por decúbito es elevada sino se corrigen los factores predisponentes.

## BIBLIOGRAFIA

- A. Zanner Guttmann. Segunda Edición. Fisioterapia actual. Ed. Jims.
- Banus S., G. Meneses, Oayés E. Arteriopatías Periféricas, Vox Clínica. Hoeschst Ibérica S.A. Barcelona 1.985.
- Bonerandi J.J. Úlcera de la pierna. Praxis médica Tomo XI. Madrid 1.981.
- 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 1.986.
- Hanne Marquard. Terapia de las zonas reflejas de los pies. Urano 1.986.
- 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 nº 63 y 64 . Diciembre 83. Editorial Rol S.A. Barcelona 1.983.
- Sabiston D.C Jr. . Tratado de Patología Quirúrgica de Davis-Christopher. Sexta edición. Madrid. Interamericana 1.974.

**Autores:**

**Enrique Malo**

**Luis A. Pevidal**

**Centro de Salud Gonzalo de Berceo**

## DIARIO (I)

Yo, como el Marqués de Bradomín, soy fe, creyente y sentimental. Bastante feo, poco creyente y demasiado sentimental para ser más exactos. Como el personaje de Valle-Inclán quiero pasar por la vida apenas pisándola, que sea un fugaz roce de mi cuerpo sobre la tierra el único recuerdo que quede de mí; pero sintiendo todas las manifestaciones de la vida: Un amanecer de primavera, el olor de la lluvia sobre los campos, los ojos de una mujer que va a reunirse con su amado...

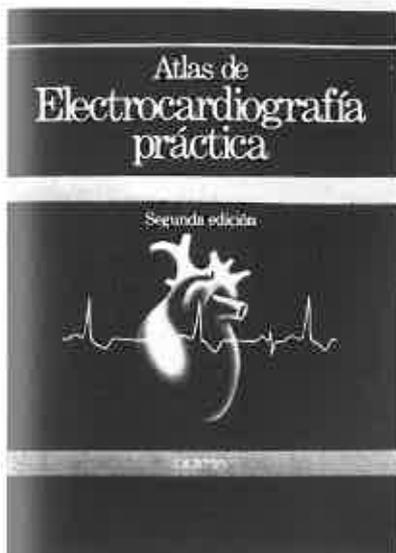
Abandono el pragmatismo escolástico, cierro la puerta de la realidad para dejar, apenas entornada, una pequeña ventana a la ilusión, y por ella, sólo dejaré entrar los sueños, los recuerdos y, como un guru sistemático, abandonaré mi cuerpo para dejarlo sólo a mi mente, a mi espíritu, la chispa de energía necesaria para que el viento no se lleve, un día, aquello que aún queda de mí.

... Y recordaré, porque el recuerdo es el único paraíso del que no podemos ser expulsado. Decía un gran pensador que cada uno de nosotros tiene un hada que le confiere un solo deseo; pero que pocos son los que saben qué deseo pidieron un determinado día y qué pocos también, reconocen algún día el haber cumplido su deseo. Si yo, por suerte o por desgracia, tengo posibilidad de entablar relación con mi hada, le pediré mi deseo: que no muera mi ilusión; y quiero afirmar que recordaré mi deseo, y quiero afirmar que si se cumple, dejaré constancia de él en la tarde del último ocaso.

Porque es hora ya de abandonar lo material, porque trabajo-dinero-entrega no es un círculo vicioso, sino un círculo viciado. Porque catástrofe, hambre, dolor y angustia es carcoma que acaba con el más robusto olmo. Gohete tenía razón cuando dijo que el hombre sólo, puede comprender cierto grado de desgracia; y que más allá de este grado, la desgracia le aniquila o te deja indiferente. Prefiero creer que he sido aniquilado, porque de las cenizas cabe el resurgimiento, pero de la indiferencia nace el odio, el crimen y la muerte. Porque no quiero que me ocurra como al artista adolescente de Joyce, que se vio fracasado y hundido y sintió la sordidez de su espíritu; ahora, justo ahora, abandono la realidad. Niego que exista la realidad en cualquier foro, y grito a los cuatro vientos que en mí ha nacido la utopía, que vivo de los recuerdos, que la locura de la vida es lo único aprovechable y que la ilusión es mi único pan.

Por eso, aunque sea feo en mi envoltura, quien sepa buscar encontrará en mi ilusión la bondad de mis sentimientos.

**Carmelo Candelas.**



## ATLAS DE ELECTROCARDIOGRAFIA PRACTICA

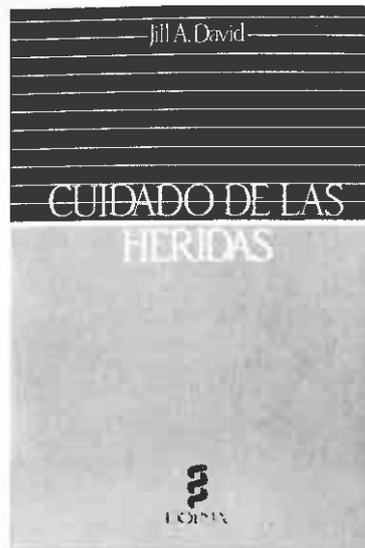
FLEMING, J.S.  
Consultant Cardiologist. Northern General, Mallowshire and Children's Hospital. Sheffield, U.K.

La lectura e interpretación del ECG se compone de forma muy clara prestando especial atención a sus aspectos clínicos. Tras analizar las alteraciones de la onda P, complejo QRS y onda T, se presentan una serie de ejemplos prácticos, comentados, de gran valor didáctico.

### Contenido:

Introducción. La onda P. El complejo QRS. Alteraciones del corazón derecho. Infarto de miocardio. El segmento ST. La prueba de esfuerzo en la cardiopatía isquémica. La onda T. Alteraciones del complejo STT. Ritmos cardíacos normales y anormales. Bloqueos de rama. Bloqueo cardíaco (auriculoventricular). Ritmos auriculares anómalos. Fibrilación auricular. Arritmias ventriculares. El electrocardiograma en enfermedades no primitivamente cardíacas. Conclusión.

(Disponible en biblioteca)



## CUIDADO DE LAS HERIDAS

DAVID, J.A.  
Director of Nursing Research  
Royal Marsden Hospital. Londres.

El objetivo de este libro, profusamente ilustrado, es suministrar al profesional de enfermería una completa información sobre el proceso de curación de las heridas, la forma en que éstas afectan y son afectadas por su localización y por el estado de salud del paciente, y la manera de tratar los problemas derivados de las mismas.

En los últimos años han aparecido nuevas formas en los procesos curativos, y gracias a la investigación se ha conseguido mejorar su comprensión. Las nuevas técnicas, como la microcirugía, los nuevos métodos de sutura de heridas y la aparición de los vendajes biológicos indican que los conocimientos que debe adquirir el profesional se incrementan constantemente.

### Contenido:

Lesión y reparación del tejido. Cuidado del paciente herido. Cuidado de la herida quirúrgica. Cuidado de las heridas en accidentes. Heridas con pérdidas de tejido. Infección de la herida. Cuidado de la herida en los centros de Atención Primaria, ambulatorios y domicilios. Cuidado de heridas en pediatría. Efectos a largo plazo de las heridas. Consideraciones éticas y morales. Bibliografía. Índice de apósitos en la herida. Índice de materias.



## ATENCION PRIMARIA: CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nursing Photobook

El papel del profesional de enfermería en el ámbito de la salud pública se ha modificado espectacularmente en las últimas décadas, y es por ello que esta obra aborda la gran variedad de problemas que los cuidados de atención primaria conllevan enfrentándose tanto con el estado físico del paciente como con los estados emocionales, económicos, familiares y psicosociales.

### Contenido:

Introducción.  
ATENCIÓN DE ENFERMERIA A LA COMUNIDAD. Atención primaria de salud. Valoración orientada hacia los problemas.  
CUIDADO DE LOS PROBLEMAS DE CABEZA Y CUELLO. Ojos. Oídos. Nariz, boca y garganta. Cabeza.  
CUIDADOS DE LOS PROBLEMAS DE PIEL, MUSCULOS Y HUESOS. Piel. Músculos y huesos.  
CUIDADO DE LOS PROBLEMAS TORACICOS. Corazón. Pulmones.  
CUIDADO DE LOS PROBLEMAS ABDOMINALES Y PELVICOS. Aparato digestivo. Aparato genitourinario.  
CUIDADO DE OTROS PROBLEMAS DE SALUD. Problemas sistémicos. Problemas psicosociales. Bibliografía. Índice de materias.

(Disponible en biblioteca)

# 5ª CONVOCATORIA

## PREMIO "ENFERMERÍA RIOJANA"

AL MEJOR TRABAJO CIENTIFICO DE ENFERMERIA EN CIENCIAS DE LA SALUD. LOGROÑO, 1992

### DOTACION DE LOS PREMIOS:

1 Premio: 125.000 pts.

2º Premio: 75.000 pts.

CON EL PATROCINIO DE

**iberCaja**

### BASES:

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

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

3ª.- Los trabajos deberán ser remitidos mecanografiados a doble espacio en papel blanco, tipo DINA4 y correctamente paginados.

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

5ª.- 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.

6ª.- El plazo de recepción de los trabajos y documentación debidamente cumplimentados, finalizará el día 30 de diciembre de 1992

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

8ª.- 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.

9ª.- 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 30 días siguientes al término de la convocatoria.

10ª.- 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 accesits ante la concurrencia de trabajos de relevante interés y calidad.

12ª.- 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)

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

*Logroño, Marzo de 1992*