

CRÓNICAS de 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

FRANQUEO CONCERTADO. AUTORIZACION nº 26/28

AÑO IV - Nº 9

Enero, 1993

XX CONGRESO CUADRIENAL DEL C. I. E.



Unidad Para la Calidad

Dirección:
Otilia Garay Treviño

Coordinación:
Sagrario García Ramos

Consejo de Redacción:
Pedro J. Vidal Hernández
Juan M. Rodríguez Cazorla
Yolanda Jalle Andrés
Pilar Munilla Atienza
Regina Ruiz Hernández
Javier Soldevilla Agreda

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	Organización colegial
5	Crónica Científica ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PEQUEÑAS QUEMADURAS
8	LA GRIPE: EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN LA RIOJA
13	ACTITUD DE ENFERMERÍA ANTE LAS DROGODEPENDENCIAS
17	Colaboraciones LA OPORTUNIDAD Y ENFERMERÍA
18	TE DESEO BUEN HUMOR
19	Los Libros de la Biblioteca
SEPARATA	
I-VII	Noticias Colegiales
VIII-IX	Congreso Cuadrienal
X-XI	Avisos - Agenda
XII	6ª Convocatoria Premio Enfermería Riojana

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.

Madrid, 20 de Junio de 1.993. UNA CITA PARA LA ENFERMERIA MUNDIAL

Hace ya 80 años que la Enfermería, bajo el auspicio del Consejo Internacional de Enfermeras, convoca una cita cuatrienal, donde confluyen los avances, experiencias y perspectivas de futuro de la profesión enfermera. En 1.993, con el lema **Unidad para Calidad**, a la Enfermería Española nos cabe el honor de ser los anfitriones de esos miles de compañeras/os que desde todos los lugares del mundo, acudirán a Madrid en el mes de Junio, con el deseo de enriquecer su bagaje profesional y humano.

Los 7.000 compañeros que se esperan de los más de 100 países que componen el C.I.E., deben encontrarse una nutrida representación española, no sólo por su carácter de anfitriona, si no porque desde hace unos años, somos punto de referencia en la evolución a la Enfermería del próximo siglo.

Por primera vez, el número de comunicaciones en el idioma español (más de 300), supera lo meramente simbólico; de la Enfermería Riojana son varias las aceptadas, lo que es motivo de orgullo y prueba de una profesión con inquietudes. Hagamos por tanto, con nuestra presencia que la imagen de una enfermería de vanguardia, se haga realidad y que el esfuerzo organizativo merezca la pena.

Desde estas páginas, queremos animaros a participar en un acontecimiento que junto a un importante contenido científico, tendrá el carácter de experiencia irrepetible. El Colegio, en la medida de lo posible, facilitará la asistencia con la creación de becas, búsqueda de subvenciones, organización de viajes y alojamiento, de forma que unidos en busca de la calidad, podamos estar en Madrid el próximo 20 de junio.

ACUERDO MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO ORGANIZACION COLEGIAL

De las tres grandes reivindicaciones de Enfermería, de las Funciones, hasta ahora nunca se había mostrado voluntad de desarrollo con los argumentos más variados o simplemente dando la callada por respuesta, cada vez que desde la organización colegial eran pedidos. Seguimos como referencia legal con las de los A.T.S., que no se corresponden ni con la realidad actual ni con nuestro cuerpo de conocimientos y todos sabemos los problemas que eso origina en el día a día. Que se defina la profesión de Enfermería en el ámbito de una Ley de Especialidades de Ciencias de la Salud, delimitando nuestro campo y el de los demás, no sólo es importante, sino fundamental.

Las especialidades por el contrario, han llevado un camino diferente, tras unos años de no saber qué hacer, son reguladas por R. D. preparado y acordado su desarrollo, pero no llevado a efecto en los plazos previstos, debido a un cambio de planteamiento por parte de la Administración.

Sólo el obligado cumplimiento de las directrices comunitarias hace que la especialidad de Matrona vea la luz (aunque no se haya empezado a impartir), como la verán próximamente las de Enfermería Pediátrica y de Salud Mental.

Quedarán pues limitados a estos tres, por el momento, al igual que en la Europa Comunitaria, predominando el modelo de Enfermería generalista,

aunque a efectos de baremos y carrera profesional, según se desprende del acuerdo, se reconocerán los que pudieran realizarse vía titulaciones propias, etc.

La carrera profesional, ni ha sido regulada, ni ha tenido un modelo claro por parte de la Administración. Inicialmente aceptó el basado en la antigüedad, defendido por determinados sectores sindicales, frente al que los profesionales siempre hemos propuesto, el basado en el perfeccionamiento y esfuerzo personal, al margen de la antigüedad. Afortunadamente, será la formación continuada, la base de la promoción en la carrera profesional.

Inicialmente podemos pensar que es un acuerdo más, que puede no cumplirse como otros muchos, pero quizás sea llegado el momento de cambiar la tradicional desconfianza por un poco de esperanza.

En época preelectoral y con sondeos de opinión que arrojan resultados inciertos sobre quién detentará el poder, esto nos puede sonar a "liquidaciones por fin de temporada". Pero no olvidemos que en una crisis como la actual poco nos van a ofertar en lo socio-económico, por lo que puede ser el momento de avanzar en lo profesional.

En cualquier caso, de nosotros dependerá que gobierne quien gobierne, recuerde que esa es la Enfermería que queremos y que estamos dispuestos a conseguirla.

ATENCION DE ENFERMERIA EN PEQUEÑAS QUEMADURAS

Autor: Sixto Herrero Escrich
Diplomado en Enfermería

DEFINICION

Entendemos como quemaduras, aquellas lesiones producidas en los tejidos como consecuencia directa del calor en cualquiera de sus formas, (gases, líquidos, sólidos, llama, electricidad y radiactividad). También son consideradas como quemaduras, por la similitud de las alteraciones orgánicas que producen desde el punto de vista anatomopatológico, las lesiones producidas por Acidos y Alcalis (quemaduras Químicas).

CLASIFICACION

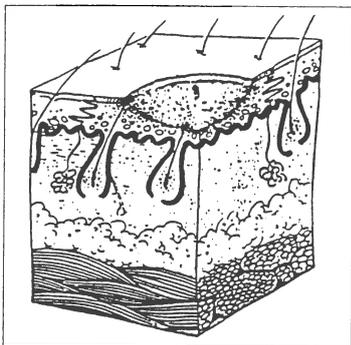
Para clasificar las quemaduras se utilizan, clásicamente, dos parámetros. Uno relacionado con la profundidad de la lesión en los tejidos y otro, en relación con la extensión corporal de la quemadura.

A.- CLASIFICACION POR LA PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA.

DE PRIMER GRADO: También llamadas Superficiales o Epidérmicas

Son aquellas que se limitan a las capas más superficiales de la piel, es decir a la Epidermis.

La Epidermis está compuesta por una capa de células germinativas cuboideas, que recubren todo el límite Dermo-Epidérmico de configuración papilar y se prolonga hasta el revestimiento de los folículos pilosebáceos y las glándulas sudoríparas. A partir de esta capa germinativa, se originan todas las células epidérmicas o QUERATINOCITOS. Estas van germinando hacia las capas más superficiales mientras sufren un proceso de queratinización, de forma que las capas más externas de la Epidermis son cada vez más planas y más ricas en la proteína fibrosa llamada QUERATINA, hasta llegar a la última capa, donde ya no existe componente celular y está



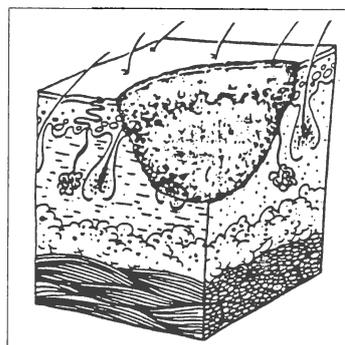
exclusivamente compuesta de fibras de queratina procedentes de los queratinocitos necróticos. Se denomina capa CORNEA y cumple una función de barrera, impidiendo la penetración de agentes extraños y la pérdida excesiva de líquidos orgánicos.

En estas quemaduras superficiales, por lo tanto, la capa de células basales no se pierden, o al menos completamente y a partir de ella en pocas horas/días, regenera nuevamente la Epidermis. Son lesiones ERITEMATOSAS, SIN EXUDADOS NI AMPOLLAS y son dolorosas por la integridad de las terminaciones nerviosas.

Se resuelven sin cicatriz perenne dejando simplemente una hiperpigmentación residual fugaz.

DE SEGUNDO GRADO: También llamadas Dermoepidérmicas

Serán Dermoepidérmicas superficiales, medianas o profundas según el nivel de profundidad alcanzado.



En las Dermoepidérmicas Superficiales, se ve afectada toda la Epidermis y solamente la parte superficial de la Dermis. Cursa con flictenas.

En las Dermoepidérmicas Medianas, la Dermis se ve afectada por la lesión en mayor profundidad, pero se regenera a partir de piel que queda en el lecho de las flictenas. Estos restos epiteliales pueden cicatrizar sin necesidad de injertos, aunque tardan en hacerlo.

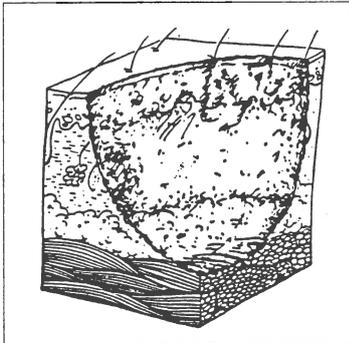
En las Dermoepidérmicas Profundas, al estar muy cerca la lesión de la membrana basal, la regeneración se hace a partir de restos epiteliales que quedan en el fondo de las glándulas de la piel. Las quemaduras de SEGUNDO GRADO al afectar a esta segunda capa de la piel (DERMIS), y estar ésta vascularizada, si el aporte sanguíneo

no está comprometido por el edema, son lesiones **HIPERHEMICAS, EXUDATIVAS**, forman **AMPOLLAS** y duelen por irritación de las terminaciones nerviosas que no se han dañado.

Se resuelven con cicatriz, cuya intensidad dependerá de la profundidad que haya alcanzado. Con frecuencia son **HIPOPIGMENTADAS**.

DE TERCER GRADO. También Llamadas Hipodérmicas.

En este tipo de lesiones se destruye la Epidermis y la Dermis en toda su extensión. Son heridas **PALIDAS** o **NEGRUZCAS**, por falta de vascularización y **NO SON DOLOROSAS** por la pérdida de las terminaciones nerviosas.



La ausencia de elementos Epidérmicos imposibilita la reepitelización, por lo que curan muy lentamente por segunda intención a partir de la piel circundante sana.

Si son extensas, son necesarios injertos. Se resuelven con cicatrices muy defectuosas.

B.- CLASIFICACION POR LA EXTENSION DE LAS QUEMADURAS

En esta Clasificación no se tienen en consideración las quemaduras de Primer Grado, (superficiales o epidérmicas).

Para calcular la extensión corporal afectada por una quemadura, que se dará en porcentaje, existen diversas fórmulas de cálculo, siendo la más sencilla y fácil de memorizar la llamada regla de **WALLACE** o regla de los nueve ya que se determina en base a este número o sus múltiplos.

Es la siguiente:

	Extensión corporal
Cabeza y cuello	9% = 9%
Cada uno de los miembros superiores	9% = 18%
Cada uno de los miembros inferiores	18% = 36%
Cara anterior del tronco	18% = 18%
Cara posterior del tronco	18% = 18%
Genitales	1% = 1%
	100%

Otra fórmula para quemaduras de menor extensión y que es aproximativa, es la de comparar la extensión lesionada con el dorso de la mano del

paciente, dándole un valor de un 1% a dicho dorso de la mano.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN QUEMADURAS LEVES

Las quemaduras leves de la piel son un accidente que se ve con bastante frecuencia en un servicio de Urgencias.

Para que pueda ser considerada una quemadura como leve, su extensión en términos de **SUPERFICIE** corporal no puede sobrepasar el 10% de la misma y en términos de **PROFUNDIDAD** no sobrepasará el **SEGUNDO GRADO**, incluso dentro de esta clasificación, sólo consideraremos como leves las quemaduras de Segundo Grado (dermoepidérmicas) **SUPERFICIALES** y **MEDIANAS**.

Cuando estas lesiones se localizan en regiones como cara, genitales, periné o glándulas mamarias de la mujer, deberán considerarse como quemaduras **GRAVES**, ya que aunque no pongan en peligro la vida del enfermo, sí pueden comprometer o mutilar desde un punto de vista estético o funcional estas regiones.

CUIDADOS EN QUEMADURAS DE PRIMER GRADO

Como ya hemos visto, este tipo de quemaduras producen lesiones No exudativas. No hay ampollas y se caracterizan principalmente por el **ERITEMA** local de la zona afectada. La más típica de todas es la quemadura Solar o Eritema Solar.

La atención en estas lesiones deberá de ir encaminada sobre todo a calmar el dolor que produce y a facilitar la rehidratación de la zona afectada, ya que por lo general no tienen complicaciones posteriores. Para ello y como primera medida, se aplicarán sobre la zona compresas o paños húmedos frescos, que ayudarán a aliviar el dolor. Si fuera preciso, se podrán utilizar analgésicos no narcóticos por vía oral.

Posteriormente la aplicación de una crema hidratante ayudará a que en pocas horas quede resuelta la lesión sin mayores consecuencias que una posible hiperpigmentación temporal.

Dado que el mayor porcentaje de este tipo de quemaduras, como ya se ha comentado, serán por sobreexposición al Sol, la labor de enfermería en este caso debería ir encaminada a la prevención de estos accidentes recomendando exposiciones cortas y progresivas y la utilización de cremas protectoras existentes.

CUIDADOS EN QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO

(Dermoepidérmicas superficiales y dermoepidérmicas medianas).

La atención inicial de estos quemados por parte del personal de Enfermería puede ser fundamental, ya que de esta primera atención dependerá el éxito de una buena evolución.

Las primeras medidas a tomar serán:

1).- CALMAR EL DOLOR Y LA ANSIEDAD DEL LESIONADO:

Para ello se emplearán analgésicos no narcóticos (salvo prescripción contraria) y tranquilizantes por vía oral a dosis bajas.

2).- LAVADO INICIAL DE LA ZONA QUEMADA:

Se hará un primer lavado de toda la zona afectada, con agua y jabón para quitar los restos de tierra, ropas e incluso cremas o ungüentos que pudieran haberles sido aplicados en una cura de urgencia.

3).- SEGUNDO LAVADO CON TODAS LAS NORMAS DE ASEPSIA:

Una vez acabada la limpieza de la zona lesionada y valorada la gravedad de la misma, se procederá a un segundo lavado con material estéril, campo estéril, jabones antisépticos (jabón yodado), suero fisiológico estéril, etc.

Tanto en el primer lavado, como en el segundo se procurará respetar las flictenas existentes que pudiera haber intactas, cortando sin embargo los restos de aquellas ampollas que al estar rotas pudieran esconder en sus bordes o pliegues suciedad.

4).- DESINFECCION DE LA QUEMADURA:

Se procederá a la desinfección de la herida con antisépticos no irritantes y al DESPRENDIMIENTO o DRENAJE de las flictenas ya que pueden ser excelente caldo de cultivo para futuras infecciones, sobre todo en las zonas donde existan folículos pilosos.

El desprendimiento o drenaje de las flictenas se hará igualmente bajo todas las normas de asepsia.

Las flictenas en las palmas de las manos, deberán respetarse en lo posible y si son muy grandes se procederá solamente a su drenaje dejando la piel como apósito natural (no tienen folículos pilosos).

El drenaje de aquellas ampollas cuya piel queramos mantener, puede hacerse mediante el paso de uno o más cabos de hilo de sutura a través de la flictena y dejándolos para que vaya drenando el exudado. Este hilo se moverá con la cura diaria para que no se obstruyan los orificios de drenaje y se procurará no mantenerlo más de 72 horas.

Cuando la quemadura es en la mano y afecta a varios dedos, la cura se hará individualmente a cada dedo, así como el vendaje que deberá de separar, mediante diferentes apósitos, cada uno de los dedos afectados.

Dado que las manos son propensas a formar edemas, se aconsejará llevar la mano por encima del tronco para facilitar la reabsorción de los mismos.

5).- PROTECCION DE LA ZONA AFECTADA:

Se hará mediante compresas vaselinadas o embebidas en cremas antisépticas, preferentemente las de plata. (Sulfadiacina Argéntica).

6).- VENDAJE DE LA ZONA LESIONADA:

Teniendo en cuenta las observaciones hechas para el caso de los dedos, en el punto cuatro, se procederá a cubrir la quemadura con gasas estériles y secas y se vendará previo acolchado con vendaje de celulosa o algodón.

7).- PROFILAXIS ANTITETANICA:

Dado que las personas con quemaduras son uno de los grupos de riesgo de Tétanos, se procederá a poner una dosis de recuerdo de la vacuna Antitetánica y la Gamma Globulina antitetánica si no estuviera vacunado, o aun estándolo, fuera recomendable por la naturaleza de la lesión.

8).- CURA DIARIA DE LA QUEMADURA:

Sobre todo los tres/cuatro primeros días después del accidente es recomendable efectuar curas diarias con el fin de ver la evolución y las posibles complicaciones. Posteriormente y si la evolución es favorable, una cura cada dos días será suficiente.

La administración de antibióticos en el caso de las quemaduras deberá quedar siempre a criterio del facultativo.

BIBLIOGRAFIA:

Etiología y tratamiento de las heridas cutáneas (Knoll-Made)

Quemaduras. Enciclopedia de Enfermería.

Traumatismo térmicos. Cruz Roja Española.

LA GRIPE: EL PROGRAMA DE VACUNACION ANTIGRIPIAL EN LA RIOJA. Campaña 1992-93

DONLO HERNANDEZ, Alicia (Alumna E.U.E. en Prácticas)

AZOFRA OLAGARAY, M^a Mar (Alumna E.U.E. en Prácticas)

BERMEJO ASCORBE, Rafael (Tutor de Prácticas, C.S. Rdz. Paterna)

1.- INTRODUCCION

La gripe es una enfermedad infecciosa aguda, extremadamente contagiosa y con gran poder de difusión, alta morbilidad y de declaración obligatoria en España. Cursa habitualmente entre los meses de octubre a enero, en brotes epidémicos anuales. La expansión de la epidemia gripal provoca problemas tanto a nivel sanitario, como a nivel social, laboral, y por lo tanto económico; en España las cifras de afectados por la gripe, alcanzan los cuatro millones de personas cada año y se suelen perder unos 80 millones de horas de trabajo debidas a bajas por gripe, siendo éste uno de los motivos más relevantes por los que se demuestra la repercusión social de esta enfermedad.

En el año 1.990, la tasa de incidencia de gripe en España fue de 11.025 casos por cada 100.000 habitantes, lo que da una idea de la necesidad de realizar una campaña de vacunación antigripal. La enfermera de Atención Primaria, juega un papel decisivo sobre este problema de salud actuando para la prevención de la gripe a través de un Programa de Vacunación Antigripal (PVA). Este importante programa se pone en marcha todos los años durante los meses de septiembre, octubre y noviembre principalmente.

La gran variación del virus de la gripe, sobre todo el Tipo A, dificulta la preparación de vacunas eficaces. Para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) detecta a través de la red de vigilancia epidemiológica las variantes víricas y así recomienda la composición idónea para cada año. Por lo tanto, la población susceptible debe vacunarse de año en año, un poco antes del comienzo de la época invernal, con el fin de prevenir el desarrollo del virus.

2.- AGENTE CAUSAL

2.1.- Propiedades del virus.

El agente causante de la enfermedad es el denominado virus de la gripe.

2.1.1.- Este pertenece a la familia de los Ortomyxovirus, contienen RNA en su interior y una membrana de envoltura con espículas de Hemaglutinina

(HA) y Neuraminidasa (NA). Según la disposición de las HA y NA, se dividen en tres tipos antigénicos: A, B, C.

2.1.2.- El virus gripal es relativamente estable, y puede ser conservado a 4°C. durante una semana, y a 0°C. más tiempo. El calentamiento a 56°C. durante unos minutos, destruye el poder infectante del virus, al igual que con la irradiación ultravioleta, o sometiendo el virus a la acción del aldehído fórmico, fenol u otras sustancias que desnaturalicen las proteínas.

2.1.3.- Se pueden obtener cultivos puros a partir de la membrana corioalantoidea.

2.1.4.- « Eclipse Vírico ». Tras inocular el virus, es absorbido por los receptores celulares introduciéndose en el interior de la célula. El eclipse es un período de tiempo en el que no se consigue evidenciar la presencia del período de latencia. La actividad vírica se manifiesta por la aparición en el líquido alantoideo de una hemaglutinina soluble y de un antígeno fijador del complemento.

2.1.5.- Poseen gran variabilidad antigénica. Son virus con gran capacidad mutágena, de ahí su gran difusión y el aumento de las complicaciones a la hora de elaborar las vacunas.

La OMS los divide en tres tipos antigénicos :

- A: responsable de pandemias y epidemias más severas.

- B: epidemias más benignas.

- C: casos esporádicos.

2.1.6.- Son capaces de aglutinar los eritrocitos.

1º.- El virus es absorbido por el eritrocito.

2º.- Se aglutina el agregado virus-hematíe.

3º.- Se disocian espontáneamente.

El eritrocito pierde la capacidad absorbente viral, mientras que el virus, no sufre ninguna modificación. Esto se debe a que, sobre la pared del glóbulo rojo hay un receptor para el virus, que tras la absorción es destruido por una enzima vírica.

2.2.- Nomenclatura de los virus.

En 1980 la O.M.S. propuso el siste-

ma de nomenclatura siguiente:

- Designación del tipo : A, B, C.

- Designación de la cepa:

- Nombre del huésped de origen o material donde se ha aislado (separado por barras)

- Lugar de aislamiento.

- Número de laboratorio.

- Año de aislamiento.

- Descripción de los antígenos de superficie H y N.

Ejemplo: A / DUCK / UCRANIA / 1 / 63 / (H3N8)

A: Tipo de virus.

DUCK: Aislado por primera vez en patos.

UCRANIA: Lugar de aislamiento.

1/63: Número de laboratorio y año de aislamiento.

H₃N₂: Hemaglutinina subtipo 3 y Neuraminidasa subtipo 8.

Fuente: Llibre, M.A. / Torra, J.E. 1992.

3.- SINTOMATOLOGIA

3.1.- Síntomas.

El periodo de incubación es de uno a tres días y generalmente no se tienen síntomas importantes. Aparece de forma brusca con fiebre, a veces superior a 39-40°C. acompañada de:

- Manifestaciones a nivel respiratorio: tos rebelde, seca, faringitis, dolor retroesternal, lagrimeo, congestión conjuntival, a veces epistaxis.

- Manifestaciones de carácter general: astenia, estado de malestar, cefalea, dolor en masas musculares, artalgias, inapetencia, náuseas, taquicardias, diarreas, etc...

La fiebre dura normalmente de tres a cinco días aunque a veces se prolonga una semana o más. La tos se vuelve catarral, los dolores ceden pero la astenia persiste más que la fiebre y puede durar incluso varios días.

3.2.- Complicaciones.

Se trata de complicaciones broncopulmonares debidas a la superposición de la flora bacteriana patógena sobre la mucosa respiratoria inflamada por la infección vírica.

Se observan bronquitis simples o bronconeumonías.

Clínicamente se confirman por la persistencia de la temperatura tras los tres o cuatro días de fiebre, tos seca e insistente, además de los datos semiológicos que presenta la afección bronquial o pulmonar.

Pueden afectar a todas las edades y

en general tiene un curso benigno menos en personas ancianas o aquellas que ya padecían alguna enfermedad respiratoria, cardiovascular o metabólicas, en los que el padecimiento es más grave o incluso conllevar la muerte antes de que la terapéutica antibiótica llegue a actuar.

A veces, sobre todo en infecciones epidémicas malignas, las complicaciones broncopulmonares pueden adoptar un curso sobreagudo indicado por un cuadro respiratorio o general: disnea intensa, alto grado de cianosis, expectoración hemática, adinamia circulatoria, colapso, etc... En estos casos la muerte puede llegar a producirse en 24-48 horas.

Las complicaciones de la gripe son las causantes fundamentales de hospitalización y muerte sobre todo en grupos de alto riesgo.

Las complicaciones gripales más habituales son:

- Neumonía: gripal o postgripal (bacteriana).
- Bronquitis aguda.
- Otitis aguda y sinusitis.
- Laringitis y laringotraqueitis obstructiva sofocante.
- Pericarditis y miocarditis.
- Síndrome de Reye.
- Insuficiencia renal.
- Malformaciones y procesos congénitos.
- Formas neurológicas: mielitis, encefalitis, síndrome Guillain-Barré.
- Descompensación de patologías crónicas.

4.- EPIDEMIOLOGIA

4.1.- Historia epidemiológica.

Desde que existen documentos los cambios antigénicos han coincidido con elevadas cifras de morbi-mortalidad a causa de la gripe, siendo las grandes variaciones observadas únicamente en el tipo A las responsables de las grandes pandemias. Se trata de una enfermedad invernal con brotes epidémicos cada dos-cuatro años y brotes pandémicos cada diez-quince.

Aquí mostramos de forma esquemática la historia epidemiológica de la gripe:

1889: Regresión, tendencia a desaparecer.

1890: Vasta difusión epidémica pero escasa mortalidad.

1918: Pandemia de más de veinte millones de muertos (epidemia española).

1933: Descubrimiento del virus gripal.

1957: Pandemia (gripe asiática).

1960: Nueva epidemia con elevado número de muertos.

1977: Cambio en el comportamiento epidemiológico de los virus. Es la primera vez que se observa la circulación simultánea de dos subtipos en una misma temporada [A (H_1N_1) con A (H_3N_2)].

Desde 1977: Circulación simultánea A (H_1N_1) con A (H_3N_2) y con B.

1986-87: Predominio de la gripe A (H_1N_1). Mayor actividad en enero-febrero.

1987-88: Poca actividad gripal (gripe B).

1988-89: Máximos valores de morbilidad en España (diciembre-enero gripe A).

1989-90: Máxima incidencia noviembre-diciembre gripe A (H_3N_2).

En la actualidad, el periodo de tiempo entre las manifestaciones epidémicas de virus tipo A es de dos a tres años, en las tipo B entre tres y seis años y las tipo C sólo presentan casos esporádicos sin tendencias a las manifestaciones epidémicas.

Se desconoce lo que ocurre con los virus en los periodos interepidémicos. Probablemente se transfieren de un individuo a otro sin manifestación clínica aparente, en estado parcialmente inmune hasta que el virus encuentra las condiciones favorables para provocar una nueva epidemia.

4.2.- Vías de transmisión.

Principalmente la fuente infecciosa de la gripe son las personas afectadas por ésta y su mecanismo de transmisión más importante es la transmisión directa mediante las gotas de Flügge y los corpúsculos goticulares de Wells que son emitidos al exterior en la saliva del individuo al toser, estornudar o hablar.

La fácil extensión de la gripe se explica por diversos factores:

- Alta concentración de virus en las secreciones.
- Baja dosis infecciosa necesaria para producir la enfermedad.
- Vía de transmisión aérea.
- Condiciones meteorológicas y ambientales ideales en los primeros meses de invierno (cambios bruscos de temperatura, humedad, poca ventilación de los espacios cerrados y mayor convivencia...).

Dicho esto podemos resumir que el evitar la difusión gripal está en la prevención; así, como prevención prima-

ria tendremos las referidas a la fuente de infección, que serían las encaminadas a educar a la población para que evite la convivencia masiva en espacios cerrados, que se tape la boca al estornudar... y las referidas a protegerse específicamente ante la gripe, que sería la vacunación antigripal.

4.3.- Población de riesgo.

4.3.1.- Primer grupo: Deben vacunarse principalmente aquellas personas a las que la gripe, pueda complicar su enfermedad de base, como son:

- Personas con enfermedad cardíaca.
- Personas con enfermedades pulmonares.
- Diabéticos.
- Inmunodeprimidos.
- Personas con insuficiencia renal.
- Personas mayores de 65 años.
- Personas que viven en instituciones o centros que alojan enfermos crónicos.

- Niños y adolescentes que han recibido terapia a largo plazo con aspirina, por el riesgo de padecer Síndrome de Reye después de la gripe.

4.3.2.- Segundo grupo: También se vacunarán aquellas que puedan transmitir la gripe a individuos de alto riesgo como:

- Personal sanitario.
- Miembros de una familia con personas de alto riesgo.
- Personas que cuidan en el hogar a pacientes de alto riesgo.

4.3.3.- Tercer grupo: También se pueden incluir en el proceso vacunal:

- Quien desee voluntariamente vacunarse contra la gripe.
- Personas que proporcionan servicios esenciales a la comunidad.
- Embarazadas en determinadas situaciones.
- Persona que preparen viajes al trópico o al hemisferio sur.

5-DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

5.1.- Anatomía patológica.

El virus penetra en las vías respiratorias, y permanece en la bucofaringe desde uno o dos días antes del inicio del cuadro, hasta uno o dos días después de la remisión de los síntomas. La enzima neuraminidasa del virus gripal, disminuye la viscosidad del moco que recubre el epitelio respiratorio; así, el virus puede difundirse más fácilmente por las vías respiratorias inferiores.

Primero se produce una reacción in-

flamatoria de las vías respiratorias superiores, y después, el virus provoca la necrosis del epitelio ciliado.

5.2.- Diagnóstico.

Se basa fundamentalmente en la clínica y en el laboratorio.

La clínica que presenta es la ya descrita, y su diagnóstico diferencial se realiza, sobre todo, con la infección de vías respiratorias superiores (resfriado común). Estas últimas no desarrollan afectación general tan importante, ni la temperatura es tan elevada como en el caso de la gripe.

A modo de norma puede resumirse que la presencia de una angina catarral, amigdalitis críptica, afección de los ganglios linfáticos laterocervicales y permanentes manifestaciones a nivel del aparato respiratorio, debería ser suficiente para poner en duda el establecimiento de un diagnóstico de gripe.

La confirmación diagnóstica podrá conseguirse sólo mediante algunas investigaciones serológicas específicas que, no obstante, debido a la brevedad de la enfermedad y su carácter benigno, no se realizan por ser superfluas desde el punto de vista práctico.

Como observaciones complementarias estarán:

* Exploración al paciente: lo encontraremos abatido, con escalofríos, fotofobia, la cara congestionada, lengua saburral y faringe enrojecida.

* Auscultación: aparecen ruidos roncós, sibilancias y bradicardia relativa.

* Radiografía: no presenta alteraciones.

* Análisis de orina: oliguria y albuminuria.

5.3.- Pronóstico.

Es en general bueno en los individuos adultos y sanos, mientras que se vuelve peor en la primera infancia, ancianos y pacientes afectados de enfermedades cardiorespiratorias o metabólicas, en los que incluso, se puede encontrar una mortalidad considerable, durante epidemias de elevada malignidad.

Si no existen complicaciones, evoluciona favorablemente en dos o cuatro días, apareciendo una crisis repentina de poliuria y pirosis, y desapareciendo gradualmente los síntomas generales. La tos puede durar una semana y la astenia varias semanas pasando después a la curación definitiva.

5.4.- Diferencias entre el resfriado común y gripe.

Es habitual constatar el error de confundir resfriado común y gripe, por tratarse de dos patologías agudas con síntomas específicos semejantes, aunque la clínica de cada una de ellas sea diferente.

Por esto, nos parece fundamental para un profesional de la salud e incluso, para un individuo normal, conocer las diferencias primordiales para enfocar la utilización de métodos preventivos y terapéuticos diferentes en cada caso.

En la fig.1 presentamos un esquema que clarifica las diferencias.

	Resfriado Común.	Gripe
Agente etiológico	20-40%: Rinovirus 10-20%: Coronavirus	Ortomyxovirus Epoca invernal
Aparición	Cualquier época	Epoca invernal
Transmisión	Contagio directo a través secrec. nasalconjuntivales	Por gotitas de Pflügge y corpúsculos de Wells con la saliva.
Duración media	5 días	De 7-12 días
Incubación	2-4 días	1-3 días
Síntomas	estornudos leve malestar cefaleas rinorrea acuosa, obstrucción nasal, no fiebre o leve febrecula.	Faringitis no estornudos fatiga, escalofríos, mialgias en espalda y miembros, abatimiento, fuertes cefaleas frontoorbitarias, congestión nasal y expectoración, fiebre de hasta 39-40° C.
Complicaciones	nulas o raras	más frecuentemente.

Fig.1.- Diferentes aspectos entre resfriado común y gripe.

Fuente: DONLO, A./AZOFRA, M. 1992.

6.- TERAPEUTICA Y PROFILAXIS

6.1.- Tratamiento.

Para la gripe no existe tratamiento curativo específico por su ineficacia. En algunas ocasiones se han utilizado Amantadina o Rimantadina administradas dentro de las primeras 48 horas del comienzo de los síntomas.

Generalmente con esto disminuye la fiebre y la duración de la enfermedad se reduce en un 50%. También se ha observado una disminución vírica en las secreciones.

6.1.1.- El tratamiento más eficaz se basa en medidas básicas como:

- reposo en cama en una habitación templada.

- administrar líquido abundante y variado.

- medicación sintomática que disminuya la fiebre, cefalea, tos...

6.1.2.- Como medidas recuperadoras aconsejables están:

- Seguir una alimentación lo más equilibrada posible.

- Realizar diariamente algún deporte o ejercicio.

- No abusar del tabaco o del alcohol.

- Evitar los cambios bruscos de temperatura.

El error más frecuente que se comete cuando aparece esta enfermedad es el de abusar de los compuestos polivitamínicos para superarla cuanto antes, dejándose aconsejar por personas no indicadas, sobre la administración de una u otra medicación. Para evitar esto, debemos aconsejar acudir al facultativo para que prescriba un tratamiento específico, ya que la automedicación es errónea y en ocasiones perjudicial.

Si ya aparecen complicaciones del aparato respiratorio o si es un paciente con alto riesgo de padecerlas, se administra tetraciclina; que es un antibiótico de amplio espectro.

6.2.- Profilaxis.

Las medidas preventivas pueden ser de tres tipos:

1º. Profilaxis de exposición :

El aislamiento es ineficaz, pero es aconsejable el uso de pañuelos al estornudar, evitar manifestaciones de cariño que entrañen formas de contagio, mantener ventilados los lugares cerrados...

2º. Profilaxis específica: Vacunación.

3º. Quimioprofilaxis:

Se recomienda el uso de Amantadina en época de epidemia gripal a población de riesgo no vacunada excepto embarazadas.

Más adelante vamos a desarrollar la profilaxis específica de vacunación; por considerarlo el método más eficaz para erradicar, aunque no sea en su totalidad, la epidemia anual de la gripe.

6.2.1.- Vacunación.

La dificultad de obtener una vacunación eficaz en masa durante el período epidémico está ligada a diversos factores:

- * Variabilidad antigénica.

- * Elevada contagiosidad.

- * Posibilidad de intercambio genético.

- * Hibridación entre virus humanos y animales.

Para contribuir a la solución de los problemas relacionados con una eficaz profilaxis vacunal, la OMS ha creado una red de centros de información que le permite obtener el aislamiento precoz, la identificación del virus y la difusión a todas las naciones para ser utilizado, este conocimiento, en la producción de las vacunas.

1^{er} CURSO DE ACTUALIZACION EN ENFERMERIA

ORGANIZA: **Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja**

COLABORA: **Escuela Universitaria de Enfermería de Logroño**

INFORMACION GENERAL

Fechas: Martes y Jueves, del 16 Febrero al 27 Abril de 1993.

Horario: de 18,30 a 20,30 h.

Lugar: Salón de Actos de IberCaja. (C/. San Antón, Logroño)

- Fecha Límite de inscripción: 9 de febrero
- Plazas limitadas por riguroso orden de recepción
- Cuota de inscripción: 5.000 ptas.

NOTAS:

- * El Comité Organizador se reserva el derecho de modificar el programa en cuanto a fechas y/o ponentes, si hubiera causas que así lo obligaran.
- * Se otorgará Diploma de Asistencia con el refrendo de la Universidad de La Rioja a todos los cursillistas que cumplan con la normativa de asistencia establecida para este tipo de actividades por el Ministerio de Educación y Ciencia.

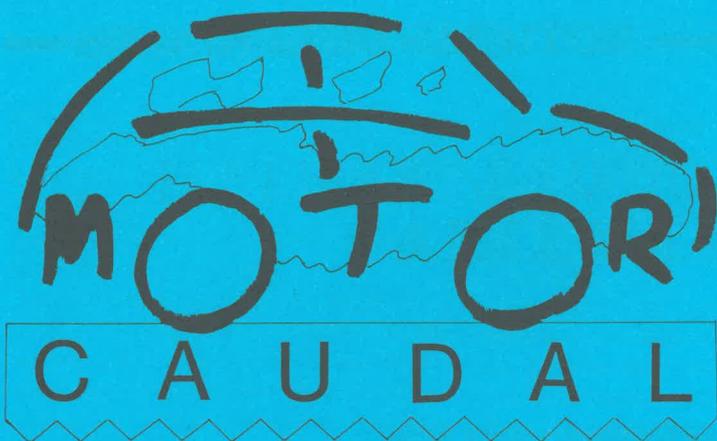
CURSO AUTORIZADO POR EL RECTORADO
DE LA UNIVERSIDAD DE LA RIOJA
(En trámites)

OBJETIVOS

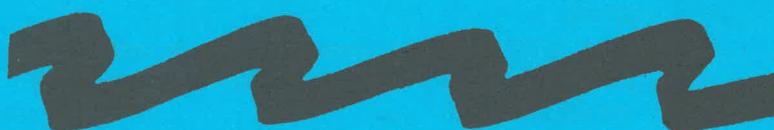
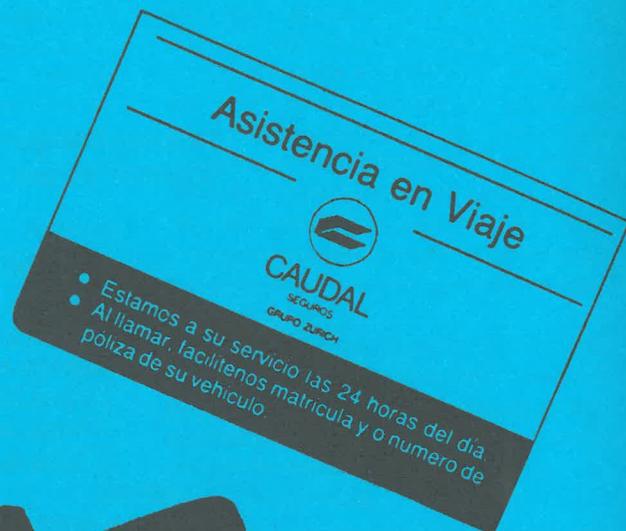
1. Presentar nuevas variables, interrogantes y expectativas que han surgido fruto de la actualidad en el campo de actuación de nuestra profesión enfermera.
2. Abordar temas relacionados con la salud y la enfermedad de notable interés para nuestro grupo profesional, por su complejidad, novedad o repercusiones sociales y sanitarias.
3. Conocer algunos de los proyectos de investigación tecnológicamente más avanzados en el campo de las Ciencias de la Salud.
4. Revisar las técnicas, instrumentos y materiales de última generación que precisa conocer la enfermera de hoy.
5. Debatir y contrastar opiniones y planteamientos respecto al entramado de la salud en sus diferentes expresiones y contextos.
6. Profundizar y revisar capítulos de nuestra formación básica que prevalecen, han aumentado y/o variado su tratamiento, haciéndolo acorde con la época actual.

METODOLOGIA

- * Mesas Redondas
- * Conferencias



SEGURO DE AUTOMÓVILES



Todas las pólizas de seguro de coches, desde el obligatorio al todo riesgo, de «Caudal» están cubiertos con la Tarjeta de Asistencia en viajes.

Desde el Km. 0

Contempla garantía sobre personas, con o sin vehículo, y conductor identificado hasta los límites señalados en la póliza.

En el todo riesgo se garantiza en caso de siniestro con pérdida total, el 100 por 100 del valor incluido IVA, tanto por accidente como por robo.

«CAUDAL» MANTIENE LAS BONIFICACIONES QUE SE TENGAN CON OTRA COMPAÑIA

«CAUDAL» LE GESTIONARA LA BAJA EN LA ANTIGUA COMPAÑIA DEL NUEVO ASEGURADO

SEGURO ESTE DONDE ESTE Y DURANTE LAS 24 HORAS DEL DIA, A MINIMAS CUOTAS MUY INTERESANTES TANTO PARA EL COLEGIADO COMO PARA LOS FAMILIARES DIRECTOS

**Colegio Oficial de Enfermería
de La Rioja**

Gran Vía Rey D. Juan Carlos, 67 - esc. B - 1º dcha.
☎ 22 83 16 • 26005 LOGROÑO

«CAUDAL»
Gran Vía, 45
Tfno: 20 02 42 - 20 03 99
LOGROÑO

CONVALIDACION DE LA ESPECIALIDAD DE PODOLOGIA

En el B.O.E. nº 291 de 4 de diciembre de 1992 se publicó la Orden de 25 de noviembre de 1992 sobre convalidación de la especialidad de Podología para Ayudantes Técnicos Sanitarios por título universitario de Diplomado en Podología.

Los requisitos para la homologación están a disposición de los interesados en la Sede Colegial.

CURSO DE NIVELACION PARA A.T.S.

En la pasada Asamblea de la Organización Colegial de Enfermería, se estudió la conveniencia de solicitar al Ministerio de Educación y Ciencia la convocatoria de un nuevo curso de nivelación de A.T.S. por Diplomado en Enfermería, habida cuenta de que queda un buen número de profesionales de A.T.S. que aún no han convalidado sus estudios.

Para poder llevar a cabo esta petición, necesita este Consejo tener una idea clara de aquellos compañeros que estarían dispuestos a realizar el mismo, por lo que solicitamos una vez más que los posibles interesados lo comuniquen al Colegio con la mayor brevedad posible.

BECAS DEL CIE

Ha sido convocada recientemente la beca de Enfermería CIE/3M para 1993. La fecha límite para el envío de los documentos al Consejo General será el 30 de Abril de 1.993.

La Compañía Minnesota Mining and Manufacturing (3M) cuya sede central se encuentra en Minnesota EE.UU. otorga tres becas de 9.000 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).

Los formularios de inscripción y las bases de las mismas, están disponibles en la sede colegial.

SENTENCIA SOBRE TECNICOS DE LABORATORIO

Desde la publicación de la Orden Ministerial de 14 de junio de 1984, la Organización Colegial de Enfermería ha informado reiteradamente que los Técnicos Especialistas de Laboratorio no pueden ejercer las tareas propias de las TOMAS DE MUESTRAS, ya que únicamente pueden ejercer las funciones de COLABORACION bajo dirección y supervisión facultativa, puesto que en definitiva, insistíamos en que:

“Las funciones propias de los Técnicos Especialistas, en **ningún caso abarcarán la totalidad** de las que en los laboratorios pueden desempeñar los A.T.S.-D.E., **toda vez que haya tareas que no corresponden a los Técnicos**, en aquellos casos en que únicamente pueden ejercer funciones de COLABORACION”.

Colaboración, que aunque para realizarla requiere supervisión y dirección facultativa, no implica más que el sentido de “ayuda”, y así se acaba de pronunciar la reciente Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, (Sala de lo Social), que con fecha de 27 de Octubre de 1992 ha dictaminado que:

“Los Técnicos están habilitados para realizar la actividad de COLABORACION” en dichas técnicas (extracciones de sangre y contrastes, así como cualquier actividad que suponga manipulación clínica de pacientes enfermos con oxígeno, sondas... “QUE SE LLEVAN A CABO POR LOS A.T.S. - D.E.; y por tanto la actividad autorizada es únicamente la ayuda o colaboración pero no la realización del acto sanitario, sin que quepa confundir la colaboración con la acción principal...”

Finalmente se dicta Fallo a favor del recurso interpuesto por el Consejo General. Al tratarse de una Sentencia dictada ante la demanda dictada en su día por la Asociación Española de Técnicos de Laboratorio, en **Conflicto Colectivo**, no cabe interponer contra la misma recurso alguno, es decir **INAPELABLE**. Junto a esta Sentencia, en su día, se dictó otra, igualmente inapelable por la Audiencia Nacional, el 20 de noviembre de 1992. Es por ello, que desde el Consejo General se ha informado a todas las Instituciones Sanitarias relacionadas con la Enfermería, para que una vez conocida la Sentencia puedan, en aquellos casos en que por los Técnicos Especialistas se ejerzan actos propios de los profesionales de Enfermería, querrellarse contra los infractores, de acuerdo con el art. 321 del Código Penal por el Delito de Usurpación de Funciones o Intrusismo. Las Querellas se dirigirán a quienes ejerzan indebidamente estas funciones, y correlativamente, por el mismo motivo y **Prevaricación**, frente a quienes emitiesen dichas órdenes. Igualmente reiteramos el propósito como Organización Colegial de personarnos en todos los Sumarios a los que hubiera lugar. El texto íntegro de la Sentencia está disponible en la Sede Colegial.

ACUERDO ENTRE EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y EL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA

La Asamblea General de la Organización Colegial de Enfermería, el Pleno del Consejo General y el Consejo Interautonómico de Enfermería han aprobado por unanimidad el acuerdo firmado el pasado 1 de diciembre de 1992, en el Ministerio de Sanidad y Consumo, por el Secretario General de Salud, Marcos Peña Pinto y el Presidente del Consejo general de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería, Máximo González Jurado, sobre los siguientes aspectos:

1º Anteproyecto de Ley de Especialidades de Ciencias de la Salud. Por la Secretaría General de Salud, se acuerda remitir al Consejo General en la primera quincena de Enero de 1993, un Anteproyecto de Ley donde se definan las diferentes profesiones de Salud, y en ellas la profesión de Enfermería, especialmente la definición Enfermero Generalista y Enfermero Especialista, así como los niveles de responsabilidad. Igualmente se acuerda la creación de un grupo de trabajo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General, para consensuar el documento anteriormente citado, y establecer una estructuración de la profesión de enfermería. 2º.- Desarrollo de las especialidades y formación continuada. Se decidió mantener una reunión entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo general de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería, a la que se invitaría a otras instituciones y organismos donde llegar a un acuerdo sobre:

a) Desarrollo del R.D. 992/87, sobre Especialidades de Enfermería, con la promulgación de las normas que desarrollen las especialidades de Enfermería Pediátrica y salud Mental y realizando los estudios necesarios para el desarrollo del mencionado decreto. b) Análisis del Documento sobre Formación Continuada de las Profesiones de Ciencias de la Salud, que se compromete a enviar la Secretaría General del salud en el que se contempla la formación continuada como base de las diferentes etapas de la proporción profesional a través de la Carrera Profesional. Así mismo, también se estudiará en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, una vez aprobado su reglamento, la creación de un grupo de trabajo de la formación continuada para la profesión de enfermería, con su composición y responsabilidades. c) La Secretaría General de Salud estudiará conjuntamente con la Secretaría general de Planificación la suscripción de un convenio de colaboración académica con la Escuela de Especialización Profesional de Ciencias de la Salud para que la realización de las enseñanzas prácticas del Programa de Titulaciones de Oficiales de Expertos Universitarios, se puedan realizar en los Centros Sanitarios de la Red Pública d) Incorporación de estos programas y otros a los baremos que se establezcan tanto para acceso como para promoción profesional en el sistema sanitario. 3º Modificación Parcial de los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería. Por arte de la Secretaría General de Salud, se informa que dicho Decreto ha cumplido toda la tramitación pertinente, que cumple todos los requisitos necesarios, y que será remitido a la Comisión de Subsecretarios y Consejo de Ministros, para su aprobación en fechas inmediatas. 4º Baremo de Méritos para el Acceso al Sistema Nacional de Salud

La Dirección General de Ordenación Profesional estudiará conjuntamente con el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería, el baremo de acceso al sistema nacional de Salud de los profesionales de Enfermería, donde se valoren los méritos académicos, científicos y profesionales de éstos. 5º Congreso Mundial de Enfermería. Se acuerda que por la Organización Colegial se remita a la Secretaría General de Salud un documento donde se explicita la participación que se requiere del Ministerio de Sanidad y Consumo para el desarrollo del citado Congreso.



206.286 ESTAS PERSONAS

son casi
las primeras
en utilizar
las primeras
marcas en
la primera
de las
Perfumerías



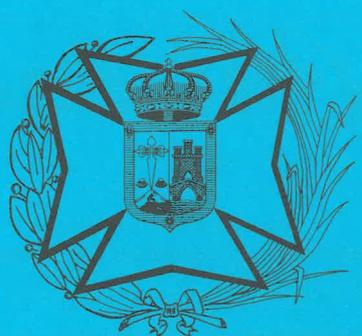
PERFUMERIAS

Marselect

Gran Vía, 26 - Tlf. 225397
M. Cervantes, 7 - Tlf. 254625
Hnos. Moroy, 24 - Tlf. 206773
Vara de Rey, 13 - Tlf. 250909
LOGROÑO
Gallarza, 18 - Tlf. 135891
CALAHORRA (La Rioja)



Colegio de Enfermería de La Rioja
Logroño, Octubre 1993



BECAS

La Junta de Gobierno del Colegio oficial de Enfermería de La Rioja, ha acordado la concesión de 20 becas, con una cuantía, de 25.000 pesetas cada una que serán sorteadas entre los inscritos al XX Congreso cuatrienal del C.I.E. que se celebrará en Madrid del 20 al 25 de junio de 1993.

XX CONGRESO CUADRIENAL DEL CIE



«Unidad para la Calidad»



Como Presidente de la Organización Colegial de Enfermería de España y del Comité organizador del Vigésimo Congreso Cuadrienal del Consejo Internacional de Enfermería, quiero invitar a todos los enfermeros y enfermeras del mundo a compartir en Madrid - España, sus inquietudes, experiencias y avances profesionales.

Los enfermeros y enfermeras de España, estamos trabajando con una gran ilusión en la organización del Congreso y esperamos que la meta de la "UNIDAD PARA LA CALIDAD", lema del Congreso, se consigna plenamente.

Madrid, sede del Congreso y capital del estado español, es una ciudad cosmopolita, hospitalaria y universal, que espera a la Enfermería mundial con los brazos abiertos.

Como enfermero y como español, me siento orgulloso de presentarles a Vds. el Congreso Mundial de la Enfermería a celebrar en España, en Junio del 93, ofrecerles todo nuestro afecto e invitar a todos los enfermeros del mundo a encontrarse en Madrid.

Un saludo muy afectuoso de los enfermeros españoles y gracias por su confianza.

Máximo A. González Jurado

Presidente del Consejo General de Enfermería de España.

LA ENFERMERIA EN ESPAÑA

Durante los últimos años, y fundamentalmente desde 1977, año en que por reivindicación mayoritaria de los profesionales, se establece para la enfermería española un currículum formativo Universitario de Primer Ciclo, fundamentado el Marco Conceptual de la Enfermería Mundial desarrollada, la profesión "Enfermera" en nuestro país ha estado inmersa en un "proceso de cambio y de maduración" altamente positivo, durante el cual ha tratado de definir de forma consensuada, tanto la práctica profesional, como su contribución específica en la atención de salud, teniendo en cuenta las actuales demandas sociales y Sistema Sanitario.

Este proceso de cambio ha ampliado el campo de actuación profesional, desde los clásicos cuidados generados por el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, hacia nuevas directrices de actuación que contemplan al individuo como "el centro de la acción profesional" y "el protagonista de su propia salud", actuando en el desarrollo de su potencial, tanto en situaciones de salud como de enfermedad.

La meta actual y de futuro inmediato de la Enfermería Española derivadas de esta "Etapa de desarrollo científico" es la de UNIFICAR criterios de actuación profesional, aplicando el método científico, adecuando los Modelos existentes de mayor representatividad en la Enfermería Mundial al contexto de la práctica profesional de nuestro país, desarrollada

de forma mayoritaria según el Modelo de Asistencia Sanitaria Pública, y/o formulando Modelos propios de cuidados que pongan de manifiesto la identidad de la Enfermería Española dentro del Equipo de salud, y todo esto para conseguir incrementar progresivamente la CALIDAD de los cuidados que se prestan asumiendo la responsabilidad derivada del rol profesional, con el fin de lograr y mantener un nivel de confianza social elevado en todas las áreas de actuación de la Enfermería, tanto en la promoción de la salud como en la prevención de la enfermedad, y en la atención directa a enfermos e impedidos.

Esta meta está orientada para el desarrollo de la Enfermería Española en la Asistencia, Docencia y Gestión, partiendo de una continua y rigurosa investigación que favorezca el continuo enriquecimiento y crecimiento de las ciencias propias del cuidado, aspecto que se propicia inicialmente con la fase formativa curricular actual de Primer Ciclo, que deberá dar paso a la estructuración del Segundo Ciclo formativo o de "Licenciatura", demanda actual prioritaria de la Enfermería Española, cuya consecución que va a favorecer afianzar de forma definitiva este gran desarrollo de la práctica profesional en todas sus funciones, con una visión más compacta y armónica, así como la concesión del necesario reconocimiento social de la especificidad e idiosincrasia de la enfermería.

INSCRIPCION

Pueden participar en el Congreso los miembros de una asociación nacional de enfermeras afiliada al CIE (todos los colegiados).

Cumplimentado el formulario de inscripción, se entregará en el Colegio junto con el comprobante de la transferencia bancaria.

Fecha límite para las inscripciones tempranas: 28 de Febrero de 1993.



ACUERDO: COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE LA RIOJA NH HOTELES



El Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja ha firmado un acuerdo de colaboración con la cadena N.H. Hoteles, por el cual todos los colegiados podrán beneficiarse de los siguientes descuentos sobre el precio de la habitación:

De lunes a jueves: 10%

De viernes a domingo: 20%

Estos descuentos serán aplicables sobre la tarifa oficial en la totalidad de Hoteles (exceptuando aquellos que dispongan de una tarifa especial neta de Empresa), previa presentación del carnet de colegiado.

Los nombres, direcciones, teléfonos, categorías y precios de todos los hoteles de la Cadena N.H., están a disposición de los interesados en el Colegio.

FELIZ ESTANCIA

Los alumnos del curso de "Movilización del Paciente", pueden pasar a recoger el título del mismo.

Se recuerda a todos los colegiados la existencia de la póliza de responsabilidad civil, contratada con el grupo Zurich.

Horario de atención al público:

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

Tardes de 17 a 19 horas (de lunes a jueves)

Durante los meses de julio a septiembre, el Colegio permanecerá cerrado por las tardes.

Se ruega a los colegiados que han cambiado el número de teléfono, el domicilio o la entidad bancaria, lo comuniquen a la mayor brevedad posible en la secretaría del Colegio, para evitar devoluciones que no benefician a nadie.

Asimismo, todos aquellos que tengan pendiente de entregar documentación para completar su expediente o de recoger títulos, certificados o carnets, pasen lo antes posible por la secretaría.

GRACIAS POR COLABORAR AL BUEN FUNCIONAMIENTO
DE LA SECRETARIA TECNICA.

- V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA GERIATRICA Y GERONTOLOGICA

Toledo, Abril, 1993

- V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION SANITARIA.

Granada, 27, 28, 29 y 30 de Octubre 1993

- I CONGRESO ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DE PATOLOGIA DIGESTIVA

Barcelona 16,17 y 18 de Junio 1993

- I SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE ENFERMERIA Y PROGRAMA DE CONVERGENCIA EUROPEO

Alicante, 3, 4 y 5 de Febrero 1993

- V JORNADAS DE ENFERMERIA EN TROMBOSIS Y HEMOSTASIA

La Coruña, 21, 22 y 23 de Abril de 1993

- II CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Sitges, 22, 23 y 24 de Abril de 1993

- CURSO DE POSTGRADO 1993-1994. ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

- ENFERMERIA COMUNITARIA

- ADMINISTRACION Y GESTION DE ENFERMERIA

Escuela Universitaria de Enfermería, Servicio Vasco de Salud.

- II CERTAMEN CIENTIFICO ENFERMERIA ANDALUZA

Plazo de entrega: 3 Marzo 1993

- I PREMIO DE INVESTIGACION EN ENFERMERIA ROBERTO LEAL LOBO E SILVA FILMO ESPAÑA-BRASIL

- V CERTAMEN NACIONAL DE RELATOS DE ENFERMERIA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

San Sebastián. Plazo de Entrega: 8 de marzo 1993

- XIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS Y NEONATALES.

Burgos, 12, 13 y 14 de Mayo 1993

- III PREMIO FUNDACION "JOSE LLOPIS"

Tema: CONSULTAS DE ENFERMERIA, EXPERIENCIAS Y PERSPECTIVAS

Plazo de Entrega: 31 Marzo 1993

- PREMIO INTERNACIONAL DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERIA. 4ª CONVOCATORIA

Plazo de Entrega: 30 Abril 1993

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

6ª CONVOCATORIA PREMIO "ENFERMERIA RIOJANA"

AL MEJOR TRABAJO CIENTIFICO DE ENFERMERIA EN CIENCIAS
DE LA SALUD, LOGROÑO 1993

DOTACION DE LOS PREMIOS:

- 1 Premio: 150.000 pts.
- 2º Premio: 100.000 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 1993

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, Enero 1993

La vacunación nos reporta los siguientes beneficios:

- Reducción de la morbilidad en un 70-90%.

- Disminución de la mortalidad.

En la actualidad se distinguen dos tipos de vacunas: de virus vivos atenuados y vacunas inactivadas.

6.2.1.1.- Vacunas de virus vivos atenuados.

Se administra intranasalmente produciendo anticuerpos de forma local y general.

Ventajas:

- Mayor aceptación por parte de la población.

- Mayor estimulación de los mecanismos de inmunidad local.

- Mayor protección frente a cepas heterólogas.

Inconvenientes:

- Respuesta inmunológica pobre

- Falta seguridad ante la recombinación con una cepa salvaje de forma incontrolada.

6.2.1.2.- Vacunas inactivadas.

Pueden contener virus enteros o fraccionados. Estas últimas vehiculizan únicamente los antígenos inmunizantes resultando menos tóxicas, especialmente en individuos jóvenes.

En períodos extraepidémicos se puede obtener una inmunidad eficaz usando las vacunas polivalentes que contienen una mezcla de las cepas hasta ahora aisladas.

La vacunación debe ser efectuada antes del inicio de la estación gripal (septiembre-octubre).

El tipo de vacuna empleada es la preparada a partir de virus enteros o fraccionados, inactivados por formol o beta-propiolactona, obtenida por desarrollo del virus en la membrana corioalantoidea de huevos embrionados. Para que ésta sea eficaz debe presentar una composición antigénica muy parecida a las cepas que están circulando.

La OMS para la temporada 1992-93 recomienda, una vacuna trivalente de virus fraccionados inactivados, que son:

A/ Beijing/ 353/89 (H₃N₂)

A/ Singapore/ 6/86 (H₁N₁)

B/ Yamagata/ 16/88

Asociaciones de la Vacuna:

- Permitida con anatoxina tetánica.

- En los niños no administrar simultáneamente con la DTP o DT, para evitar reacciones adicionales. Se debe esperar 30 días antes de proceder a la vacunación.

- Esperar también 30 días tras la administración de la vacuna del sarampión o de la triple vírica.

Contraindicaciones de la vacuna:

- Alérgicos a la proteína del huevo.

- Enfermedades agudas infecciosas (procesos febriles).

- Infección subaguda evolutiva, como hepatitis vírica, tuberculosis...

- Procesos malignos evolutivos.

- Tratamiento inmunosupresor: Corticoides, radioterapia, quimioterapia...

- Se debe esperar cinco días tras la finalización del tratamiento para vacunar.

- Nefropatías agudas evolutivas

- Administración reciente de gammaglobulina, plasma o transfusiones sanguíneas. Esperaremos tres semanas para vacunar.

- Mujeres embarazadas. Sería conveniente administrar la dosis antigripal después del primer trimestre excepto las de alto riesgo.

Efectos secundarios:

En la actualidad han disminuido considerablemente los efectos secundarios de la vacuna gracias a los nuevos métodos de fabricación, tecnologías, etc...

Estas reacciones pueden ser de dos tipos:

a) Locales:

Con dolor, enrojecimiento e induración en el lugar de la inyección.

Suelen aparecer a las pocas horas y durar uno o dos días. Son frecuentes y se producen en uno de cada tres receptores.

b) Generales:

- fiebre, malestar, mialgias. La reacción se inicia a las 6-24 de la vacunación y persiste uno o dos días. Es la reacción más frecuente.

- Respuesta inmediata presumiblemente alérgica. En este caso debemos administrar adrenalina por vía subcutánea a dosis de 0,001 c.c. por kilo de peso cada 20 minutos. Aproximadamente la dosis de adrenalina se puede ajustar de la siguiente forma:

- En niños menores de 6 años se administra 0,2 c.c.

- En niños de 5 a 12 años serán 0,4 c.c.

- En adultos de 0,5 a 0,8 c.c.

En caso de persistencia de la reacción sistémica estas dosis podrán ser repetidas cada 15 minutos hasta un máximo de tres veces.

- Síndrome de Guillain-Barré y accidentes neurológicos.

Ante la aparición de cualquier reac-

ción adversa, antes de proseguir con el tratamiento habrá que consultar con el prescriptor y si es necesario el traslado hacia el centro de urgencia más próximo.

6.3.- Programa de vacunación antigripal (PVA).

6.3.1.- ¿Qué es un programa de vacunación antigripal?

El PVA permite a los profesionales del Equipo de Atención Primaria abordar actividades preventivas frente a la gripe de forma eficaz.

La OMS define un programa como un conjunto organizado de actividades encaminadas hacia el logro de unos objetivos y metas definidas, que son gradualmente más concretos que las finalidades generales a las que contribuye.

En el programa de salud destacan los siguientes elementos:

a) Conjunto interrelacionado de actividades.

b) Objetivos claramente definidos.

c) Períodos de tiempo limitados con metas claramente establecidas.

d) Disponibilidad de recursos y estructura.

e) Existencia de un protocolo de trabajo.

f) La no interferencia en la realización de otras actividades que se hagan regularmente.

El PVA es realizado por el EAP o una representación de los profesionales que en él trabajan. Cada área de salud por medio de la Consejería de Salud de su Comunidad Autónoma elabora su propio PVA. Para la elaboración de éste nos hemos de basar en datos estadísticos que nos permitan valorar los objetivos que nos vamos a marcar como meta. En La Rioja durante la campaña de 1991-92 se registraron 27.182 casos de gripe, tasa de 10.434,31 por cada 100.000 habitantes.

El informe final del PVA en La Rioja detalla que los indicadores de evaluación del censo concretan que en esta comunidad se vacunaron 39.347 personas, siendo la cobertura poblacional del 14,81%. Las personas inhibidas contra el virus gripal con edades que superan los 65 años detalla que se ha vacunado como media al 48,92% de la población riojana.

6.3.2.- ¿Qué objetivos y metas persigue?

El PVA se marca un objetivo general que es el de contribuir en la disminución de la morbimortalidad por la gripe y sus complicaciones.

En la campaña 1992-93 las metas propuestas son:

- 1.- Vacunar al 65% de mayores de 65 años (30.096 individuos).
- 2.- Crear un sistema de registro útil de la población de riesgo menor de 65 años.
- 3.- Vacunar al 90 % de los menores de 65 años que pertenezcan a grupos de riesgo (5.759 individuos).
- 4.- Vacunar al 50% de los profesionales sanitarios.

6.3.3.- ¿A quién va dirigido?

La población diana del PVA es aquella residente en la zona básica de salud independientemente de estar afiliada a la Seguridad Social y cumplan los requisitos de inclusión en los grupos de riesgo.

6.3.4.- ¿Cómo se realiza un PVA?

6.3.4.1.- ¿Quién lo organiza y lo ejecuta?

En cada Centro de Salud hay un profesional responsable que coordina el desarrollo y evaluación del programa. Este también se encargará de presentar el PVA ante la Gerencia de Atención Primaria para que sea aprobado.

6.3.4.2.- Actividades del programa:

a) Información.

Los sistemas más utilizados para divulgar las actividades, sus horarios y recomendaciones son:

- Información directa a los usuarios en las consultas
- Información mediante carteles en los Centros de Salud y la Comunidad.
- Envío de cartas personalizadas.
- Llamadas telefónicas a personas con algún factor de riesgo.
- Charlas en la comunidad.
- Uso de los medios de comunicación: radio, T.V., local y periódicos...

Con esta información se pretende asesorar al usuario acerca de la dosis que se le aplicará, los criterios de inclusión en grupos de riesgo, además de otros criterios de voluntariedad en menores de 65 años.

b) Vacunación.

El período de tiempo de vacunación para la campaña 1992-93 en la Rioja será en el período comprendido entre el 15 de Septiembre y 15 de Noviembre de 1992. Lo ejecutará el personal de enfermería de los centros de salud según un horario convenido que permita la accesibilidad del usuario.

c) Procedimiento de vacunación.

La vía de administración será subcutánea en adultos, intramuscular en niños menores de 3 años, siempre

previa desinfección de la piel con un antiséptico no alcohólico (Clorhexidina). La pauta se indica en la fig.2.

Las precauciones a tener en cuenta con las vacunas serán:

- Mantener la temperatura entre 2-8°C.
- Evitar congelación y luz.
- Evitar contacto con alcohol u otro desinfectante antes de la vacunación.
- Verificar la temperatura de la nevera periódicamente.
- Verificar la conexión del frigorífico a la red.
- Almacenaje correcto de las vacunas en el interior del frigorífico.

Existen otras actividades administrativas que se realizarán los listados de la población susceptible de vacunación.

Al finalizar el período de vacunación se realiza la evaluación que pasará a poder del responsable del programa de cada EAP y éste lo remitirá a la correspondiente gerencia.

EDAD	VACUNA	DOSIS	Nº DOSIS	INERVº/DOSIS
6-35 meses	Virus fraccionados	0,25 ml.	2	cuatro semanas
3-12 años	Virus fraccionados	0,50 ml.	2	cuatro semanas
>13 años	Virus enteros	0,50 ml.	1	anual

Fig.2- Pauta recomendada de dosificación antigripal.

6.3.4.3.- Evaluación:

Se dirige a relacionar la cobertura alcanzada con la meta propuesta. Para un balance objetivo se utilizan los siguientes indicadores:

1.
$$\frac{\text{nº vacunados}}{\text{población total zona}} \times 100 =$$
2.
$$\frac{\text{nº vacunados} > 65 \text{ años}}{\text{total personas} > 65 \text{ años zona}} \times 100 =$$
- 3.- nº de personas > 65 años pertenecientes a grupo de riesgo.
- 4.- nº de personas vacunadas pertenecientes a grupos de riesgo.
- 5.-
$$\frac{\text{nº de trabajadores del centro vacunados}}{\text{total de trabajadores del centro de salud}} \times 100 =$$

Estos indicadores mínimos se envían anualmente a la Gerencia de Atención Primaria, que junto con la Dirección General de Sanidad, realizará un análisis general del programa en el área de salud riojana.

Un modelo de carta enviada como información por correo al usuario sería:

Como todos los años da comienzo en estas fechas la campaña de vacunación antigripal.

Del 15 de Septiembre al 15 de Noviembre, le esperamos en el Centro de Salud.

La vacunación antigripal va dirigida a la población en general, pero especialmente a las personas que como

usted, pertenecen a algún grupo de riesgo.

Un saludo,

*Responsable de la Campaña de Vacunación Antigripal
1992-93, en el Centro de Salud Rodríguez Paterna.*

Otro ejemplo, esta vez de otra área, en años anteriores fue:

Con el objeto de hacer lo más extensiva posible la Campaña de Vacunación Antigripal, nos ponemos en contacto con usted para comunicarle que se encuentra dentro del grupo de personas que se debe beneficiar de dicha vacuna; por ello si desea ser vacunado, le rogamos se persone en la consulta nº ____ a las ____ horas, donde el personal de enfermería le vacunará.

Atentamente.

Responsable Campaña Vacunación

BIBLIOGRAFIA

- 1.- LLIBRE, M.A. / TORRA, J.E.: LA GRIPE, IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD. ROL, Barcelona. 1992 (169): 29-40.
- 2.- VAQUERO PUERTA, J.L.: SALUD PUBLICA. Pirámide, Madrid. 1988: 157-158, 360-362.
- 3.- Anónimo: ENCICLOPEDIA DE CONOCIMIENTOS BASICOS. Salvat medicina. Pamplona, 1975 Tomo V: 196-202.
- 4.- GESTALOTERO, J.J.: Gripe. En: Piedrola, G. et al: MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA. Salvat, Barcelona. 8ªEd.1988: 478-501.
- 5.- Anónimo: LA CAMPAÑA ANTIGRIPAL EN MARCHA. SALUD. Logroño, 1992 (20): 10.
- 6.- Anónimo: COMPOSICION RECOMENDADA DE LAS VACUNAS ANTIGRIPALES PARA LA TEMPORADA 1989-90. Boletín Epidemiológico de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de La Rioja. Logroño, 1989 (18).
- 7.- Anónimo: COMPOSICION RECOMENDADA DE LA VACUNA ANTIGRIPAL PARA LA TEMPORADA 1990-91. Boletín Epidemiológico de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de La Rioja. Logroño, 1990 (29).
- 8.- RAMALLE GOMARA, E.: LA GRIPE: Composición de la vacuna antigripal para la temporada 1991-92. Boletín Epidemiológico de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de La Rioja. Logroño, 1991 (42).
- 9.- Anónimo: TODOS LOS AÑOS UNA CITA CON LA GRIPE. ROL, Barcelona. 1990 (123): 12.
- 10.- Anónimo: ADIOS A LA GRIPE. SALUD. Logroño, 1991 (11): 3-4.
- 11.- Anón.: VACUNACIONES. SALUD. Logroño, 1992 (17): 10.
- 12.- Servicio de Epidemiología de la Consejería de Salud de La Rioja. GUERRA A LA GRIPE. SALUD. Logroño, 1992 (19): 26.

ACTITUD DE ENFERMERIA ANTE LAS DROGODEPENDENCIAS

Pedro J. Vidal Hernández
Diplomado en Enfermería

INTRODUCCION

Con unas estimaciones de 600.000 consumidores de cocaína, 550.000 de heroína, 700.000 de anfetaminas, 35.000 de inhalantes y 3.500.000 de Cannabis (C.G.E. Enero de 1.990), más los consumidores de otros tipos de drogas no cuantificados (alucinógenos, drogas de diseño, etc.) y 4.500.000 de alcohólicos (F.N.A.R. XIX Congreso, Agosto de 1.990), se ha hecho cotidiana la presencia de este tipo de pacientes en los Servicios de Urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios.

El drogodependiente acudirá al servicio de urgencias generalmente por: **Síndrome de abstinencia, Sobredosis o complicaciones asociadas al consumo.**

De todas estas causas, el síndrome de abstinencia quizá sea el que más pacientes lleve al servicio de urgencias, aunque difícilmente puede considerarse como tal, pues a excepción del Delirium tremens, rara vez la vida del paciente corre peligro, tratándose simplemente de la búsqueda de los fármacos que calmen la sintomatología de su deprivación.

Es en las intoxicaciones agudas por sobredosis, donde la actuación **rápida y eficaz**, va a impedir un desenlace fatal.

En las urgencias por patologías asociadas al consumo (anfilaxias, etc.), la actuación será con arreglo a las pautas propias de cada caso, pero teniendo siempre presente su **condición de drogodependiente.**

Factores añadidos a la consideración de las drogodependencias como una enfermedad más, como son los planteamientos éticos y la

delincuencia y/o marginación que pueden coincidir en el paciente, propician el incurrir en el error de la predisposición negativa hacia el. Por ello, es importante el desarrollar unas **actitudes de enfermería ante el paciente drogodependiente.**

DROGAS: CLASIFICACION

Las clasificaciones que de las drogas susceptibles de abuso pueden hacerse son múltiples, según atendamos a sus bases farmacológicas, efectos sobre el sistema nervioso central, peligrosidad, legalidad, etc.

Atendiendo a criterios de practicidad y simplicidad y limitándose a las drogas de uso común en nuestro entorno social, pueden clasificarse en tres grandes grupos, según los efectos y manifestaciones que producen sobre el S.N.C.:

Depresores:

- Inhalantes
- Opiáceos
- Barbitúricos
- Benzodiacepinas
- Alcohol

Estimulantes

- Cocaína
- Anfetaminas
- Xantinas
- Tabaco

Alucinógenos

- L.S.D.
- Hongos alucinógenos (Peyote, mescalina)
- Cannabis.

Hay también un significativo número de sustancias disponibles en nuestro entorno, de difícil clasificación, pues proceden de la manipulación de radicales químicos de

fórmulas ya conocidas (Ejemplo: anfetaminas a las que se añade un componente alucinógeno). Son tan numerosas y cambiantes que se ha acuñado el término **drogas de diseño**. Son producto tanto de la búsqueda de nuevos efectos como de sortear la normativa legal existente.

Por la brevedad que impone el motivo de este trabajo, a modo de pauta, desarrollaremos las urgencias originadas por un representante de cada uno de los grupos descritos, Opiáceos, cocaína y L.S.D.

OPIACEOS

El jugo de la adormidera *papaver somniferum album*, denominado opio y conocido desde antiguo, contiene alcaloides naturales (fenantrénicos y bencilisoquineicos), ampliamente utilizados en la terapéutica por sus efectos analgésicos, sedantes y espasmolíticos.

El desarrollo de la química farmacéutica permitió la síntesis de hasta veinticinco de ellos, de los que seis presentan actividad terapéutica.

Entre ellos destaca la Morfina, que por sus acciones analgésica y sedante, junto a la sensación de bienestar y euforia, es motivo del consumo de abuso y la consiguiente dependencia. Casi tan rápido como sus efectos terapéuticos, fueron conocidos los peligros del consumo, por lo que la síntesis química comenzó a crear nuevas sustancias con la finalidad de mantener la misma acción analgésica, pero sin sus inconvenientes. Esto dio lugar a la aparición de productos aún más peligrosos, como la heroína, auténtica plaga de nuestros días.

La heroína es consumida fundamentalmente por individuos jóvenes que dada la alta tolerancia del producto y su disponibilidad, desarrollan una dependencia tiránica, produciéndose un desarraigo social y detención del aprendizaje, que les convierte en seres marginales.

Acción farmacológica: Depresor del S.N.C.

Vías de consumo: Oral (Infrecuente), inhalada-fumada, intranasal (esnifada) e I.V. (la más frecuente hasta la aparición del SIDA).

Dependencia física: Sí, creciente al ir aumentando la dosis

Dependencia Psíquica: Sí.

Tolerancia: Sí, muy rápida

INTOXICACION AGUDA

Situación frecuente que está produciendo un gran número de muertes y siempre ha de ser considerada como urgencia vital. El producto causante será normalmente la heroína, de origen siempre clandestino, que al no estar sometida a ningún tipo de control sufre multitud de alteraciones (cortes) a medida que va pasando por los distintos niveles de traficantes. Esto hace que el adicto no pueda saber en ningún momento qué dosis se está administrando

Por otra parte las sustancias utilizadas en la adulteración (polvo de ladrillo, talco, harina, estricnina, etc.) son también altamente peligrosas, dando lugar a cuadros de embolismo, anafilaxias y envenenamientos, además de infecciones sobreañadidas por contaminación del producto (Candidiasis) o de las jeringas (Sida y Hepatitis B).

En otras ocasiones, la sobredosis se debe a un propósito de suicidio.

Sintomatología

Suele empezar por una situación de inquietud y excitación, mareos y vómitos para pasar a una situación de sopor o coma.

Los síntomas más característicos son:

Piel fría y sudorosa, Depresión respiratoria (varía de la bradipnea a la apnea, 2-3 r./m.), miosis puntiforme (midriasis cuando existe hipoxia severa con afectación cerebral, de mal pronóstico), hipotensión, bradicardia, cianosis, hipotermia, relajación muscular (también pueden presentarse convulsiones) y coma.

El paciente puede entrar en parada respiratoria, causa habitual de la muerte.

Tratamiento

Ventilación asistida.

Provocación vómito si sospechamos consumo oral (Metadona).

Clorhidrato de naloxona (Naloxone Abelló) I.V., con la siguiente pauta: 0,4 mg. Nueva dosis a los 2-3 m. si el cuadro no se ha resuelto, e incluso una tercera dosis con el mismo intervalo si persiste.

Actuación de Enfermería

Identificación del problema: Recabar el mayor número de datos posibles como dónde lo encontraron, si tenía jeringa clavada, buscar signos de venopunción, o si viene acompañado, dosis habitual, si ha cambiado de traficante, etc.

Control y mantenimiento de vías (especialmente la aérea). Control de constantes.

Prevención del vómito (Decúbito lateral). Hidratación del paciente.

Tener presentes dos situaciones del tratamiento con Naloxona:

Que además de revertir el cuadro, puede originar de inmediato un síndrome de abstinencia.

Que el tiempo de acción de la Naloxona es de aprox. 2 horas, mientras que el de la heroína es de 4-5, por lo que transcurridas las primeras, podría volver a reproducirse el cuadro. Cuidados propios

SINDROME DE ABSTINENCIA

Cuadro que aparece entre las 6 y 12 h. posteriores a la administración de la última dosis, y que el drogodependiente tratará de evitar por **todos los medios**, simulándolo antes de que se produzca si no vislumbra la posibilidad habitual de conseguir una nueva dosis.

Como quedó reflejado en la introducción, rara vez podrá alcanzar el calificativo de urgencia vital y será el cuadro de drogodependen-

cias que con más frecuencia vamos a ver.

Sintomatología

Ansiedad, agitación, irritabilidad, midriasis hiporreactiva, náuseas vómitos, sudoración profusa, lagrimeo, rinorrea, diarrea, escalofríos, bostezos, taquipnea, hipertensión, hipertermia, anorexia, insomnio y un deseo imperioso de volver a administrarse la droga.

Posteriormente, el enfermo tiene una verdadera crisis de angustia con sensación de muerte inminente y gran agitación psicomotriz. La máxima intensidad se produce sobre las 48 horas, y entre los días 1º y 3º puede haber una pérdida de líquidos importante, con deshidratación y acidosis, que rara vez provocará un colapso circulatorio. Generalmente el cuadro se resuelve por sí mismo a los 7-10 días.

Tratamiento

Existen multitud de pautas, que varían del medio hospitalario al extrahospitalario, pues medicamentos como la clonidina por ejemplo requieren un control riguroso.

Generalmente se realiza un tratamiento sintomático de la ansiedad con benzodiazepinas de acción prolongada (Ejemplo: Tranxilium 50), que se administrarán in situ. Se procederá a hidratar al paciente y si el medio lo permite, maniobras relajantes como baños tibios, masajes, etc.

Actuación de Enfermería

En ningún caso acceder a facilitar medicación no prescrita por el médico. Cuando haya sido prescrita, administrarla de modo que no pueda ser identificada (Disuelta, enmascarada en sellos de gelatina, etc.).

Impedir que el paciente mediatice el ambiente de trabajo, aislándolo en un lugar tranquilo, desdramatizar la situación y crear refuerzos positivos.

En cualquier relación con un drogodependiente y especialmente en ésta, deberá tenerse presente que quizás es la ocasión de que el individuo comience su desintoxicación, por lo que deberá tratarse de que acepte ponerse en contacto con un equipo de apoyo especializado.

Conviene tener presente que no

es un paciente agresivo "per se", pero que puede ser capaz de cualquier cosa por conseguir la droga o la medicación que alivie su sintomatología antes que sufrir el síndrome de abstinencia.

Cuidados propios.

COCAINA

Las hojas del arbusto eritroxilium coca contienen alcaloides naturales, de los que el principal es la cocaína, cuyo consumo es buscado por su gran poder estimulante del S.N.C.. Las hojas de coca eran consumidas desde antiguo por los indios de los países andinos, que las consumían para combatir la fatiga en su forma más elemental, la masticación.

A partir de estas hojas y merced a múltiples manipulaciones se obtienen sustancias diversas, como el sulfato y clorhidrato de cocaína, crack, rock, que consumidas por cualquier vía, se están convirtiendo en la principal drogodependencia de nuestros días, además de la más tiránica, todo ello pese a su alto precio.

La disponibilidad de esta droga en el mercado negro es altísima y desgraciadamente, las numerosas aprensiones de alijos realizados por la policía, no son más que una pequeña parte de la que circula.

Si en otras drogodependencias puede hablarse de un consumidor tipo, en ésta es imposible pues su arraigo abarca toda la escala social, desde las clases más altas donde empezó, hasta las más bajas, adultos y jóvenes, condicionados casi exclusivamente por su alto precio. La creencia generalizada entre los consumidores ocasionales de que la cocaína es una droga segura, que "esnifar una rayita" de vez en cuando carece de riesgos, no crea hábito y es muy bien aceptado socialmente agrava el problema además de no ser cierto, pues el riesgo está presente desde el primer momento.

Acción farmacológica:

Estimulante del S.N.C.

Tópicamente se comporta como vasoconstrictor y anestésico

Vías de consumo: Inhalada-fumada, intranasal (esnifada), tópica sobre mucosas e I.V.

Dependencia física: Sí.

Dependencia Psíquica: Sí

Tolerancia: Sí.

Síndrome de abstinencia Sí.

INTOXICACION AGUDA

Existe una intoxicación fulminante denominada **choque cocaínico**, cuya sintomatología es:

Angustia, depresión, palidez acentuada, sudor frío y viscoso, pérdida de conocimiento, hipotensión bradipnea y convulsiones. El paciente puede morir por parada respiratoria.

El **cuadro habitual** de intoxicación aguda se inicia con cefalea, excitación, vértigos, marcha vacilante, ataxia, temblores, convulsiones, midriasis, disnea, taquicardia, hipertermia y contracciones de los músculos pequeños, especialmente de cara y manos.

En ocasiones se produce un cuadro delirante agudo, seguido de disnea, arritmia e hipertensión. El estado terminal es de depresión intensa con convulsiones, con fallo respiratorio y circulatorio.

Tratamiento

No existe antagonista específico.

Diazepán para tratar las convulsiones, betabloqueantes en las complicaciones vasculares y neurolépticos en los cuadros psicóticos. Corregir la acidosis en los casos de arritmias.

Solución glucosada si hay hipoglucemia.

Respiración asistida si es necesario.

Complicaciones agudas del abuso de cocaína

Hay un numeroso cuadro de urgencias debidos al consumo de cocaína, a los que en principio no se les atribuye esa etiología, cualquiera que sea la vía de consumo y a dosis consideradas normales

Cardiopulmonares

Parada respiratoria.

Arritmias cardíacas, asistolia por fibrilación ventricular Angor pectoris e infarto de miocardio (Con coronarias normales).

Neumotórax, neumomediastino, neumopericardio. **Vasculares periféricas**

Infarto renal.

Isquemia mesentérica.

Rotura de la aorta ascendente.

Neurológicas

a) Vasculares:

Hemorragia subaracnoidea.

Hemorragia intraparenquimatosa.

Infarto isquémico.

b) Convulsiones.

c) Síndrome de hipertermia maligna.

Rabdomiolisis aguda

Necrosis hepática

J. M. Lardero Quesada, R. Emergencias. Julio 1990

Actuación de Enfermería

Identificación del problema: Recopilar el mayor nº de datos posibles por los acompañantes o si el paciente está consciente (Agitado y agresivo), buscar lesiones por vasoconstricción continuada en mucosas de tabique nasal, labios y encías además de signos de venopunción.

Tranquilizar al paciente. Control y mantenimiento de constantes. Control exhaustivo de síntomas que anuncien la aparición de las complicaciones descritas. Mantener permeabilidad de vías. Cuidados propios.

SINDROME DE ABSTINENCIA

Durante mucho tiempo se ha negado su existencia, admitiéndose en la actualidad el cuadro caracterizado por:

Estado depresivo importante, gran agresividad, dolores musculares, escalofríos, temblores, insomnio persistente, pesadillas relacionadas con la búsqueda de la droga, trastornos de coordinación sensación de opresión, taquicardia y vértigos.

Tratamiento

Sintomático

Actuación de Enfermería

Actuación similar a la descrita en el síndrome de abstinencia a los opiáceos, adaptado a las características del paciente cocainómano, excitado y agresivo.

L. S. D. 25

La dietilamida del ácido lisérgico, es quizá el representante más característico de las drogas de efecto psicodisléptico que se consumen en nuestro entorno.

Fue descubierta por un químico de la Sandoz, Albert Hofman, en 1.938 y que él mismo experimentó accidentalmente. Tras vanos intentos de encontrarle utilidad terapéutica, especialmente en psiquiatría, conoce su auge en la década de los 60, unida a movimientos contraculturales como el hippy.

A su consumo se le atribuyen gran número de suicidios y accidentes, lo que motiva fases crecientes o decrecientes del consumo. En la actualidad puede decirse que es objeto de consumo ocasional y típico de fin de semana.

Con una dosis media de 100 microgramos, a los 15-40 m. de su ingesta aparece un cuadro que dura 6-12 h. Somáticamente produce taquicardia, hipertensión arterial, hiperreflexia, sudores e incoordinación motora.

Sobre el psiquismo produce ilusiones visuales, agudización de los sentidos, disolución de la relación mundo-yo, sensación de omnipotencia y ansia o euforia combinadas con terror. Puede desencadenar brotes psicológicos graves.

Estas sensaciones pueden reaparecer días o meses después de su consumo.

Acción farmacológica: Antagonista de la serotonina.

Vías de consumo: Oral, I.V.

Dependencia física: No

Dependencia psíquica: Sí.

Tolerancia: Sí.

Síndrome de abstinencia: No.

INTOXICACION AGUDA

Es de difícil diagnóstico por la complejidad de la sintomatología y las múltiples respuestas sintomáticas a la droga. Puede ser confundida con una intoxicación por escricina o una esquizofrenia.

Síntomas físicos

Vértigos, cefaleas, elevación moderada de la temperatura, hipertensión, taquicardia, náuseas, agitación e incoordinación motora,

temblor fino, inyección conjuntival, hiperreflexia, midriasis (acompañada a veces de fofobia intensa), aumento de la formación de adrenalina y palpitaciones.

Efectos psíquicos

Excitación, hiperactividad, desasosiego, despersonalización y desrealización. Pueden desencadenarse brotes psicóticos graves, depresivos o de pánico.

Pasadas ocho horas, depresión, pensamiento lento, respuestas perezosas.

Tratamiento

Cloropromazina I.V. (50 mg. en 10 c.c. de suero fisiológico). Reposo. Diazepán en efectos residuales, de tipo ansiedad.

Actuación de Enfermería

Identificación del problema: Una buena recogida de datos evitará confundir el cuadro, es frecuente que el paciente venga acompañado, pues si consumen en grupo, hay uno que se abstiene.

Control de constantes (Especialmente T.A.)

Control exhaustivo del paciente (Grave peligro de suicidio). Cuidados propios.

ACTITUDES DE ENFERMERIA ANTE EL PACIENTE DROGODEPENDIENTE

Los factores añadidos que concurren en el paciente drogodependiente, así como las numerosas dificultades que plantean en la relación asistencial, aconsejan la adopción de una serie de actitudes que nos permitan no desvirtuar nuestra acción asistencial.

Actitudes terapéuticas

- Desechar condicionamientos éticos sobre la droga y sus consumidores.
- Aceptar al paciente tal y como se presenta.
- No realizar juicios éticos sobre la situación legal del paciente.
- Proporcionarle cuanta información precise.
- Prestar ayuda al paciente condicionada a su colaboración.
- Explorar al paciente en el

aspecto comunicativo.

Actitudes NO terapéuticas

- Actuación agresiva del profesional.
- Discutir con el paciente.
- Evitar la excesiva rigidez.
- Culpabilizar.
- Conceder privilegios.
- Ceder ante el chantaje.
- Acceder siempre a las demandas del paciente.
- Protección excesiva.
- Ayudas extraprofesionales.
- Utilizar el **argot** de las drogodependencias.
- **Facilitar medicación.**

BIBLIOGRAFIA

Drogas y Toxicomanías. Mario Alfonso San Juan y Pilar Ibáñez López. Edit. Narcea. 1987

El Profesional de Atención Primaria de Salud ante las Drogodependencias. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1988.

Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Goodman y Gilman. Edit. Panamericana. 7ª ed.

Nuevas Toxicomanías, Sobredosis y Abstinencias. Monografía. J.M. Lardero Quesada. R. Emergencias. Julio-Agosto 1990.

Tratamiento con Naltrexona en Drogodependencias. J.A. Salvá Miquel. R. 7 D/M. nº 55 13/7/90.

Terapéutica Medicamentosa frente a Sobredosis y Síndrome de Abstinencia en Heroínómanos. Monografía. C. Arrizabalaga Cuesta y D. Zulaica. R. Rol nº 78.

Farmacocinética de las Drogas de Abuso Depresoras del S.N.C. Monografía. Fernando Paredes Salido. R. Emergencias. Marzo-Abril 1989.

L.S.D. Drogas y Toxicomanías. M. A. San Juan y P. Ibáñez, pags. 196 a 201.

Actitudes de Enfermería ante las Drogodependencias. Curso F.F. en Drogodependencias. C.G.E. Oviedo 1988.

LA OPORTUNIDAD Y ENFERMERIA

Dar un paseo por distintos lugares de trabajo, si eres un poco curioso, es muy aleccionador. Vemos lo que hacemos, como lo hacemos, de que hablamos, que compartimos. Todo esto nos puede ayudar a reforzar o rectificar nuestros planteamientos y concepciones.

Una de las cuestiones que más comúnmente se suelen escuchar es el lamento "el quejío". Pero casi nunca ponemos o buscamos soluciones, es una constante en nuestra historia. Próximamente se hará a la luz un trabajo que analiza el grado de satisfacción **insatisfacción** y propuestas de satisfacción que debería de tener el lugar de trabajo para **nosotros ¿Sabremos aprovechar la oportunidad?**

Hace poco leía unas declaraciones de nuestro Presidente Máximo González en las que dice "hemos luchado muchos años para superar el modelo de enseñanza médica de la enfermería". Otra de las oportunidades que se nos esta ofreciendo desde la Universidad, **¿Sabremos aprovecharla? ¿Podremos desde allí reconducir la profesión? ¿Seremos capaces "de elaborar la ciencia, de sintetizar los saberes, de transmitir cultura, de preparar profesionales, de formar criterio, de fomentar la investigación"?** Y todo esto quizás sea más necesario en esta Región, pues somos la única profesión sanitaria presente en nuestra Universidad, deberíamos de ser el eje fundamental del debate sanitario para la reflexión de todo el sistema, *ser el Foro de debate* de las nuevas concepciones que al

respecto se puedan fraguar, ser vanguardia. Generar los acontecimientos, no ir a remolque de éstos.

Si la documentación no me traiciona La Rioja ya se distinguió desde el año dieciséis por ser pionera en crear opinión y generar asociacionismo no sólo en la región sino en las colindantes también, lo mismo ocurre en los tumultuosos setenta, que lo fueron para la Enfermería, cuando alguna Enfermera Riojana ocupó puestos de decisión importantes para la profesión a nivel nacional. **Aprendamos de la historia y aprovechemos la oportunidad.**

Cuando se hace todo lo anteriormente mencionado, seguro que no se siente insatisfacción, por ello, repito, debemos de repasar más la historia, analizarla y criticarla, tener un poco de ganas e ilusión, elegir un método de trabajo y seguro que no tendremos que cuestionarnos o lamentarnos como siempre si **¿SABREMOS APROVECHAR LA OPORTUNIDAD?**

P/D.- Digo oportunidad, en el sentido de oportuno, de favorable, no en la acepción de oportunismo, entendiéndolo esto como sacrificar principios para adaptarse a las circunstancias en el momento oportuno es decir "chaquetear"

Jorge Mínguez Arias
Colg. n°1630

Las compras no se pagan con dinero

