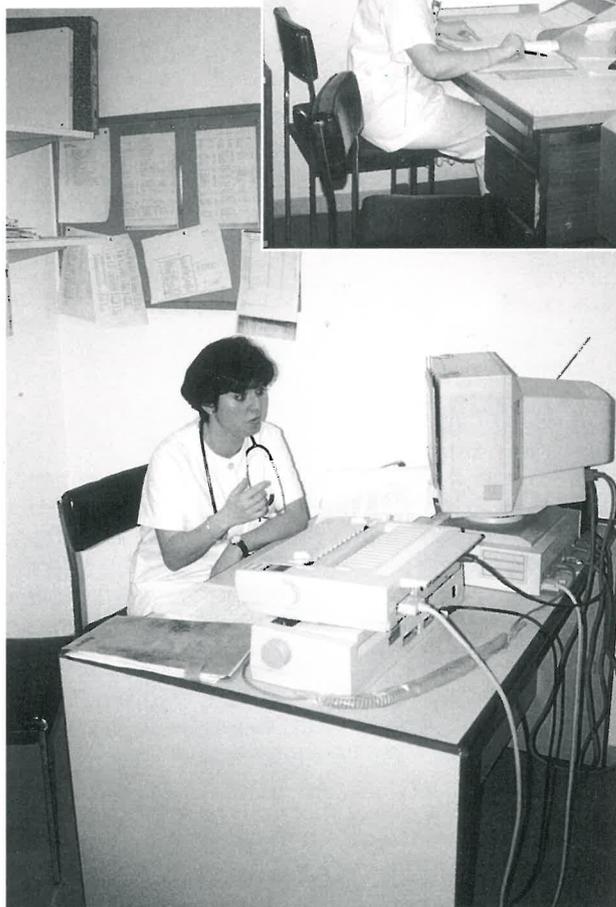


# Crónicas

FRANQUEO CONCERTADO. AUTORIZACION n° 26/28 AÑO V. N° 11. 1994

de

E  
N  
F  
E  
R  
M  
E  
R  
I  
A



## Registros

Soporte válido del Ministerio N.º SV 91017R



# SUMARIO

## Editorial

Sobre el despegue definitivo de nuestra profesión (I parte)

3

## Premios científicos

Valoración de la educación sanitaria en una unidad básica de Atención Primaria de un Centro de Salud

4

Análisis comparativo del patrón alimentario neonatal: su repercusión sobre la salud del lactante durante el primer trimestre de vida

9

## Departamento socio-profesional.

3.º Encuentros de Enfermería riojana

14

Póliza de responsabilidad civil

16

Programa de becas

17

7.ª Convocatoria premio "Enfermería riojana"

18

Guía comercial

19

## Normas de publicación

20

## Cartas al director

21

## Agenda

22

## Biblioteca- Videoteca

23

### CRONICAS DE ENFERMERIA

**Dirección:** Otilia Garay Treviño.

**Subdirección:** Pilar Blanco Navarrete.

**Coordinación:** Sagrario García Ramos.

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

**Fotocomposición e Impresión:** Mogar Linotype, S.A.

**Maquetación:** Evelyn Maeztu.

**Dep. Legal:** LO-150-1984.

### Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja:

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

Tífo. 22 83 16 \* Fax. 22 03 44 \* 26005 LOGROÑO

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



# Sobre el despegue definitivo de nuestra profesión (una parte)

Seguro que todos los que ahora comenzamos a leer estas líneas, en alguna ocasión de nuestra actividad enfermera nos hemos preguntado cuándo y a través de qué dejaremos una situación profesional de eterno justificarse, de estar siempre entre dos aguas, de no poseer un "reconocimiento", de ser una pieza clave en el sistema, pero muda, de no tener posibilidades de crecimiento profesional, de ser la mayoría en número, pero, sólo en eso, de...?

Quizá todas estas cuestiones surgen cada vez que dos o más enfermeras de las que yo denomino "vivas", se reúnen con cualquier motivo. También en esa misma asamblea se escuchan críticas internas como: "tenemos lo que nos merecemos", "las enfermeras no nos ponemos de acuerdo ni para pedir aumento de sueldo", "somos una profesión de mujeres" -con el tono más cruel y peyorativo- y, un sinnúmero de recriminaciones que en muchos casos y desgraciadamente no se alejan de la realidad.

Pero, detectados los problemas, conociendo el substrato de nuestra profesión, lo que puede dar de sí, ¿cómo podemos empujar para que esta Enfermería que hemos elegido como dedicación salga definitivamente de un letargo de siglos, recupere el papel que debiera en la sociedad y en la sanidad y sobre todo, se vuelva a ilusionar con una misión tan decorosa

Seguramente esas mismas conversaciones de "cafetería" reciben sabiamente cuál es el camino para avanzar. A mi entender precisaremos de un elemento sin el cual el "lanzamiento" y "alzamiento" será infructífero. Entiendo que la "unión" en el más amplio y orgulloso sentido de la palabra va a propiciar ese salto cualitativo. El corporativismo del que hacen gala otros grupos profesionales y que algunos han criticado, ha sido una barrera infranqueable ante intentos de destronar o agredir. ¿Por qué la enfermera, por contra, lucha siempre contra la otra enfermera, intenta desprestigiar y lesionar a su propia compañera, lamenta no tener lo que la otra y zancadillea cualquier intento de sobresalir de otro miembro de su misma profesión? ¿Por qué las envidias, codicias, malas artes, las aplica unívocamente sobre sí misma como cuerpo profesional?

Sin pretender ser esto una invitación a dirigir estos ataques a otros objetivos distintos, sino a ninguno a priori, sí quiere solicitar que conservemos esas energías para construir y no destruir, admirar y no echar por tierra, participar y colaborar y no sólo juzgar, sentirse agredido cuando alguien intente desprestigiar la labor de una de las "nuestras" en vez de hacer causa común con el otro e intentar "hundir" más a lo nuestro. A fin de cuentas, estoy pidiendo "más amor por nuestra profesión", un amor distinto, más "fuerte" que ese que expresamos con agilidad cada vez que alguien nos encuesta sobre el porqué de haber elegido esta bella profesión de ayuda.

Consumado este "amor" y esta defensa, poseemos el combustible para dinamitar nuestra actividad. Demandar enérgicamente el desarrollo de la tan necesitada carrera profesional para Enfermería. La puesta en marcha de las Especialidades y el diseño del segundo ciclo académico con el reconocimiento de la Licenciatura en Enfermería, pudieran venir a limar, lo que en ocasiones identifico, como complejo de inferioridad con respecto a otros grupos. No podría faltar en esta brevísima reflexión, asumir los registros de enfermería como mejor y única carta de presentación de nuestros servicios, y la investigación como herramienta que permitirá consolidar y ver aceptado nuestro "quehacer de cuidar" por toda la comunidad científica.



# Valoración de la educación sanitaria en una unidad básica de Atención Primaria de un Centro de Salud



1<sup>er</sup> premio "Enfermería riojana" 1993

Jorge Mínguez Arias (Enfermero)

Luisa Ausejo Gómez (Enfermera)

## RESUMEN

**Objetivo.** Estudiar el grado de cumplimiento de la dieta hiposódica en los pacientes en programa de hipertensión arterial.

**Diseño.** Estudio descriptivo y prospectivo.

**Emplazamiento.** Población hipertensa asignada a un médico y enfermero del Centro de Salud de Arnedo.

**Pacientes u otros participantes.** Se estudia 174 pacientes, catalogados como hipertensos en programa.

**Mediciones y resultados principales.** Durante los meses de julio, agosto y septiembre de 1993, se comienza a citar a los pacientes hipertensos para recoger la orina de 24 horas y analizar la eliminación de Na de la diuresis recogida.

La media de eliminación de sodio en orina por paciente en estudio, es de diez gramos/24 h. Si consideramos una dieta de restricción moderada de 7 gr./24 horas de ClNa el porcentaje de cumplidores es del 33%, si se considera una dieta restrictiva de 4 gramos de ClNa el porcentaje de cumplidores es del 10%.

**Conclusiones.** Primera. La mayor parte de los pacientes hipertensos, no cambian de comportamiento alimenticio, no hacen dieta hiposódica, siendo paradójicamente más marcado en los pacientes en tratamiento exclusivamente dietético.

Segunda. Cuanto mayor es el grado de repercusión visceral en los pacientes, mayor es el grado de adhesión a la dieta hiposódica.

Tercera. Los pacientes hipertensos mayores de 65 años, son mejor cumplidores de la dieta hiposódica, que los menores de dicha edad.

## INTRODUCCION

En el encuentro celebrado en Alma-Ata<sup>1</sup>, en 1978, 134 países miembros de la OMS, entre ellos España, se comprometen a realizar un especial esfuerzo, para conseguir que la población del mundo tuviera la suficiente salud para llevar una vida social y económicamente productiva. Los medios para conseguirlo, fundamentalmente serían a través de la Atención Primaria de Salud, según definieron en dicha declaración.

Diferentes estudios demuestran, que las nuevas tecnologías y el aumento del número de profesionales sanitarios especialistas, no aumentan en lo deseado el nivel de salud de la población; esto es así, si se considera, que los determinantes de salud de la comunidad que potencialmente contribuyen a la reducción de la mortalidad son: biología humana en un 27%, medio ambiente en un 19%, estilo de vida en un 43% y el sistema sanitario en un 11%, además, los recursos utilizados para modificarlos, están irregular y desproporcionadamente repartidos, ocupando el sistema sanitario el 90% de los utilizados en salud<sup>2</sup>.

Por todo esto, consideramos necesario, redistribuir y adecuar los recursos en salud, en una mejora del medio ambiente y de los estilos de vida, que son los que en mayor medida contribuyen, a la reducción de la morbi-mortalidad. Precisamente por ello, dirigimos prioritariamente en esa dirección, las acciones o programas de Atención Primaria<sup>3</sup>.

Uno de los primeros cometidos que se realizan en los centros de salud, es la armonización de las actividades de los diferentes profesionales para trabajar en equipo a través de los protocolos y programas de actuación en las patologías crónicas, EPOC, Diabetes, obesidad, HTA etc.<sup>4</sup>, teniendo en cuenta, que las enfermedades crónicas tienen una prevalencia en el adulto del 40%,<sup>4</sup> y existen datos fiables, de que en el momento actual en España, la HTA supone una prevalencia del 20-30%<sup>5</sup>.



En la estructura sanitaria en que estamos inmersos, puede afirmarse, que resulta fácil la detección, posible su tratamiento y quizá más complicado el control de la hipertensión. Considerando que la HTA representa un gran problema socio-sanitario en los países desarrollados, donde constituye la causa más importante de morbi-mortalidad cardio-vascular<sup>6</sup>, y que en nuestra Zona básica de salud (Zona 4 de La Rioja) actuar sobre la hipertensión, tiene grandes ventajas por su vulnerabilidad, pues la detección de casos es sencilla, barata y con escasas molestias para el usuario, en 1992, decidimos transformar, el protocolo de HTA, en subprograma de HTA como parte del programa del adulto y del anciano.

De ahí, que intentemos conocer, cómo está siendo nuestro trabajo diario, a través de la evaluación del grado de adhesión a la dieta hiposódica por los pacientes incluidos en dicho programa de nuestra **Unidad Básica de Asistencia (UBA)**, compuesta por un médico y un enfermero.

La educación sanitaria, en este programa, representa un pilar fundamental para tratar de cambiar conductas con la información y formación del propio paciente, sobre los cuidados higiénico dietéticos, hábitos de actividad-reposo, horario de toma de medicación etc. pudiendo ser capaz de promover conductas positivas, que es el objetivo último de la educación sanitaria<sup>7</sup>.

La relación existente entre la cantidad de sal de la dieta (hábito o forma de vida) y la prevalencia de hipertensión<sup>8</sup> es un hecho conocido, así, sociedades en las que la ingesta diaria es baja, se acompaña de una prevalencia baja de hipertensión, en tanto que aquellas que rebasan los 25 gramos de cloruro sódico por día, presentan una prevalencia de hipertensión arterial cercana al 30%<sup>9</sup>. En España existen estudios epidemiológicos en los que se demuestra que el consumo de sal de los españoles oscila entre 10-14 gr/día<sup>10</sup>.

A pesar de la existencia de pacientes sal sensibles y sal resistentes<sup>11, 12</sup>, y con la aparición de trabajos, respecto a la existencia de un defecto primario del hipertenso en la excreción de sodio renal<sup>13</sup> y considerando que el 40% de los hipertensos se encuentran en cifras diastólicas entre 90-94 mm. Hg<sup>14</sup> y que la utilidad de los fármacos hipotensores para controlar la elevación leve de las cifras tensionales continúa siendo discutida, seguimos pensando, que las medidas terapéuticas dietéticas son el primer escalón de la hipertensión arterial esencial leve, siendo en la mayoría de los casos suficientes por sí solas.

Todas estas reflexiones, nos llevan a intentar conocer cuál es el nivel de cambio de comportamiento de la población hipertensa catalogada y

controlada en nuestra UBA, a través de la determinación del sodio en orina de 24 horas.

Por ello, el *objetivo* de este trabajos, es saber, cuál es el grado de cumplimiento de la dieta hiposódica en pacientes hipertensos en programa, con lo que podemos *valorar* si la educación sanitaria individual está siendo eficaz.

## MATERIAL Y METODOS

El Centro de Salud de Arnedo atiende a una población de 16.464, de los cuales, el 72% son mayores de 20 años y el 19% son mayores de 65 años. La población asignada a nuestra Unidad Básica de Asistencia, es de 1.773 usuarios, de los cuales tienen historia de salud 1.152, que se comienzan a realizar desde 1989.

Mediante el fichero de prevalencia, se contabilizaron 209 pacientes incluidos en programa de hipertensión. Se les cita telefónicamente en el Centro de Salud, en grupos de 5-10 personas. Se le explica al paciente y/o familiar próximo, que el motivo de la citación es para realizar un análisis genérico de orina, sin desvelar el objetivo del trabajo, y evitar así, la posible distorsión en los resultados. A la vez, se les indica cómo debe de ser recogida la orina, el día y la hora para su entrega en la sala de extracciones, junto con el volante confeccionado para dicho trabajo, que es cumplimentado por nuestra parte en ese momento. En caso de no tener teléfono del usuario, se realiza visita domiciliaria individualizada, haciendo un total de 31.

Tanto en los domicilios, como en el centro de salud, se les explica que la recogida de orina, debe de ser en frasco estéril, que previamente el usuario compra en la farmacia, comenzando ésta, desde las ocho de la mañana, hasta las ocho del día siguiente, (teniendo en cuenta que deben de desechar la primera micción de la mañana) y se entrega el mismo día a las nueve horas en la sala de extracciones del centro de salud. Para evitar una sobrecarga del servicio de laboratorio, se recogen diariamente entre diez y doce muestras.

En dicho lugar, se comprueba y anota la diuresis en el volante, se rotulan los botes, con nombre y apellidos, cantidad de orina recogida, y el número de orden que previamente se le adjudicó al usuario y que consta en el volante. A continuación, es transportado al laboratorio del Centro de Salud de Calahorra, donde se centrifuga y almacena, hasta finalizar el total de la recogida de muestras, el 13 de septiembre de 1993, para posterior análisis y lectura en el laboratorio del complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de Logroño.



Por los motivos que a continuación se citan, existen un total de 35 pacientes que no entregaron la orina, desglosándose de la siguiente manera:

- Ausencia de domicilio, no contestar llamadas de teléfono ni a visita domiciliaria: 16 pacientes.
- Cambio de domicilio a otra zona de salud: 2 pacientes.
- Datos incorrectos de teléfono y/o domicilio: 7 pacientes
- Compartir domicilios con hijos en otras zonas: 4 pacientes.
- No entrega de orina a pesar de explicación previa: 6 pacientes

Por tanto, el total de *pacientes en estudio* son de 174, lo que supone el 83% del total de la población hipertensa incluida en programa, hasta el 30 de Junio de 1993.

La media de edad es de 64,78, con un rango de 93 a 34 años, de los cuales 94 pacientes, son mayores de 65 años, lo que supone, algo más de la mitad de la población en estudio.

La distribución de los pacientes según el grado de repercusión visceral<sup>14</sup> es el siguiente:

Grado I	87	50%
Grado II	63	36%
Grado III	24	14%

El tratamiento antihipertensivo que siguen, se distribuye de la siguiente manera:

Dieta sin sal	31 pacientes	18%
Inh. de la E.C.A	24 pacientes	4%
Ca. antagonistas	54 pacientes	31%
B. bloqueantes	26 pacientes	15%
Diuréticos	11 pacientes	6%
Asoc. dos o más medicaciones	27 pacientes	16%

La determinación de iones en orina se hace en un analizador automático de iones, por medio de electrodos selectivos (ELISE, BECKMAM, MADRID).

Así como el soporte informático es un Macintosh Classic, con un procesador de textos Microsoft Word 4.0, y Deltagraph 1.5 para gráficos.

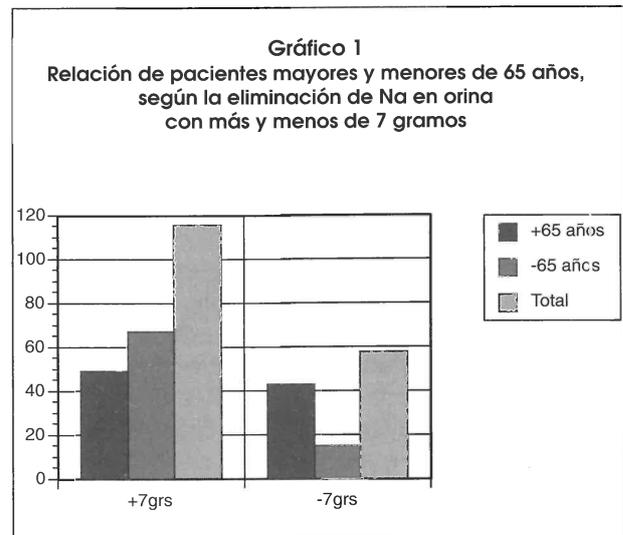
### RESULTADOS

La diuresis total recogida a los 174 pacientes, ha sido de 286.530 c.c. de orina lo que supone una media de 1.647 centímetros cúbicos por individuo.

El total de sodio de la orina recogida, es de 18009 miliequivalentes, la media por paciente es de 103,55 m.e.q.. El resultado de multiplicar la diuresis media por paciente por la media de m.e.q. de Na es de 170,5 m.e.q. de Na./l. paciente. Si suponemos que un gramo de cloruro sódico equivale a 17 m.e.q. de Na. en orina, nos da una media de eliminación y por tanto de ingesta de Cl.Na., de 10 gramos de Cloruro sódico por paciente en estudio (ya que se desestima las pérdidas producidas por diuréticos e inhibidores de la E.C.A., por estar prescritos con más de un mes de antelación).

Desglosando a la población en dos grupos de edades, mayor y menor de 65 años, nos dice que la media de eliminación de sódico es de 93,3, 115,4 m.e.q., así como la diuresis media de los dos grupos de edad es de 1.644 c.c., 1.650 c.c. respectivamente, lo que da una media de 9 gr. de Cl.Na. en mayores y de 11 gr. de Cl.Na. en los menores de 65 años.

Si la dieta de restricción moderada de sal corresponde con una eliminación de Cl.Na. en orina menor de 7 gramos/día, son 58 pacientes, los que cumplen este criterio, el 33% de la población en estudio. Es de resaltar que el 74% de éstos son mayores de 65 años (Ver gráfico 1). Considerando una dieta estricta hiposódica hasta 4 gr. de Cl.Na., sólo 18 pacientes son estrictos cumplidores (Ver gráfico 2), es decir el 10% de los hipertensos en estudio. El 26,5% de pacientes mayores de 65 años tienen unas cifras de Na superiores a 10 grs., que es la media del total de la po-



blación en estudio, así como el 42,5 % de los menores de 65 años superan la media anteriormente citada.

Relacionando el grado de repercusión visceral con la adherencia moderada a la dieta, (menos de 7 gr./día) se obtienen los siguientes resultados.



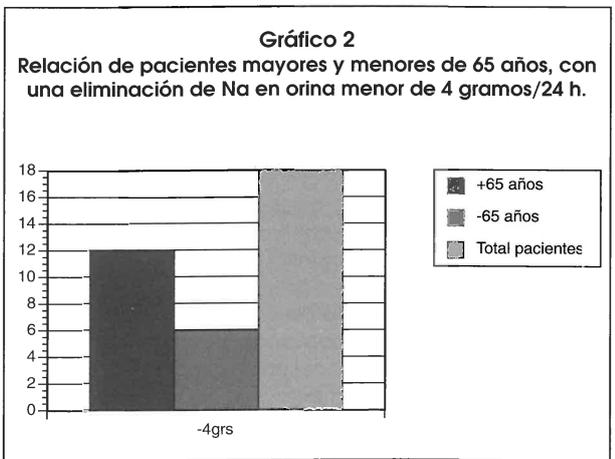
Grado I	18 pacientes	20,6%
Grado II	21 pacientes	33,3%
Grado III	14 pacientes	58%

Lo que nos indica, que cuanto mayor es la repercusión visceral, mayor es el grado de cumplimiento de la dieta hiposódica. Esto es confirmado con los datos que arroja el estudio de la población con una eliminación de sodio en orina mayor de siete gramos (Ver gráfico 3).

Grado I	69 pacientes	57%
Grado II	42 pacientes	34%
Grado III	10 pacientes	8%

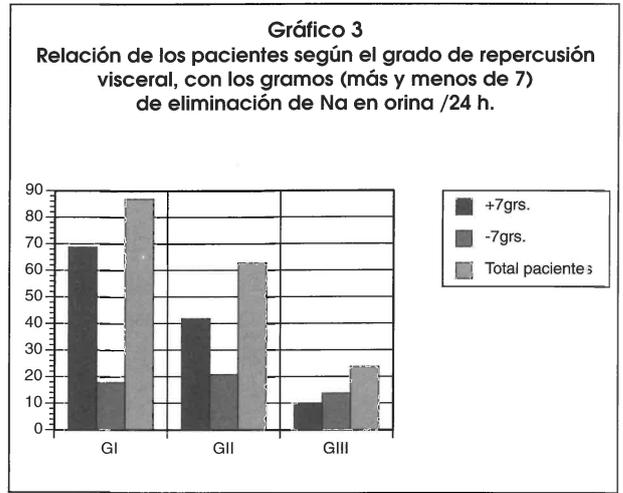
Analizando la relación de los gramos de eliminación de Na. en orina y la edad de los pacientes en *tratamiento medicamentoso*, vemos, cómo más de la mitad, el 65%, tienen unas cifras en orina, superiores a lo que en principio hemos considerado dieta moderada hiposódica, y no llegan al 11% los que tienen unas cifras inferiores a cuatro gramos de Na. en orina.

Si se realiza el mismo análisis con los pacientes en tratamiento exclusivamente con *dieta hiposódica*, el resultado es, que casi tres cuartos de la población, el 74%, no cumplen el régimen dietético moderado, y el 6,4% mantienen unas cifras de Na. en orina inferiores a cuatro gramos.



Revisando los pacientes con tratamiento medicamentoso, y analizando éstos por grupos terapéuticos, obtenemos que los pacientes tratados con inhibidores de la E.C.A., diuréticos, calcio-antagonistas, B. bloqueantes y asociaciones medi-

camentosas, el grupo más numeroso, es el de los pacientes con una eliminación de Na en orina de más de 7 gramos, siendo de destacar únicamente, que en los pacientes con B bloqueantes el mayor porcentaje es el de los menores de 65 años y en el resto son los mayores de 65 años el grupo más numeroso. (Ver gráfico 4)



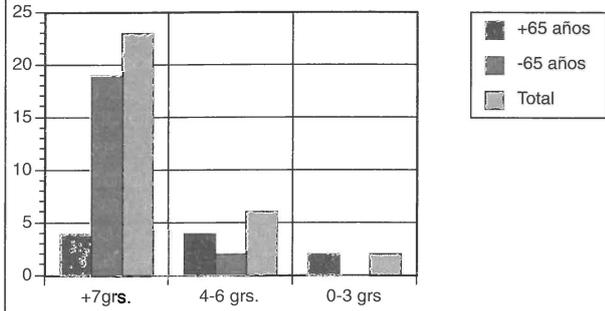
**CONCLUSIONES**

Al analizar los resultados, nos damos cuenta, que la mayoría de los pacientes en programa de hipertensión, *no* son cumplidores de los cuidados y medidas higiénico dietéticas, que se les indica en cada uno de los controles que periódicamente mantienen en consulta médica y en consulta de enfermería. Esto es más acusado, en los pacientes en tratamiento exclusivamente dietético, que son menores de 65 años, lo que nos lleva a preguntarnos, si están mal catalogados como hipertensos, o si al ser introducidos en programa con el refuerzo positivo de la educación sanitaria, hace que sus niveles de ingesta de sodio disminuyan, y así, sus cifras tensionales, se encuentren dentro de los límites aceptados como buenos, dentro del control de los pacientes hipertensos.

Otro dato llamativo, es que cuanto mayor es el grado de repercusión visceral de la hipertensión, mejor respuesta existe a la restricción de cloruro sódico en la alimentación, lo que nos induce a pensar, que el grado de concienciación viene determinado por la mayor repercusión de la hipertensión. Por lo tanto debemos de considerar esta situación a la hora de dirigir la educación sanitaria, haciendo mayor hincapié, en los pacientes que por no tener ninguna sintomatología no se consideran afectados por la hipertensión, como se indica anteriormente.



**Gráfico 4**  
Relación de la población en tratamiento con dieta hiposódica, según edad y los gramos de Na en orina.



Sobresale también, que el grado de cumplimiento de la dieta hiposódica, es más marcado en los pacientes de mayor edad, lo que nos hace reflexionar, sobre si el estilo de vida de los más jóvenes, se ve condicionado por el tiempo dedicado a la preparación de la dieta

Sí queremos resaltar, que en la revisión bibliográfica hecha al respecto, no hemos encontrado trabajos de las mismas características que el nuestro, que nos ayuden a evaluar si nuestros resultados, se hallan dentro de parámetros considerados como aceptables.

También podemos, en este punto preguntarnos, si el mayor porcentaje de pacientes no cumplidores, es por no tener completa la actividad educativa, dado que únicamente estamos haciendo educación individual y no la completamos con educación grupal, que es según algunos expertos el método didáctico mejor para cambiar conductas<sup>16</sup>, objetivo fundamental de nuestro trabajo diario.

De todas formas al analizar estos datos y tratando de poner una nota humorística, que demuestre el sentir popular, que coincide con el resultado de este trabajo, podemos concluir con un refrán al respecto:

**“Con ajo, sal y pimienta y lo demás es cuento “**

## BIBLIOGRAFIA

1. Alma-Ata, 1978. Atención Primaria de Salud. **Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Alma-Ata URRSS; 6-12 sep. 1978. Ginebra, OMS (Serie Salud para Todos nº 1).
2. Dever, G.E.A. "An Epidemiological Model for Health Policy Analysis". Social Indicators Research, 1977; 2: 453-466.
3. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. **Consenso para el control arterial en España, Informes, Ponencias y comunicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo**. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Publicaciones Documentación y Biblioteca. Año 1990, Pág. 45-46.
4. Mañanes V., Arnal E., Soriano A. **Un estudio sobre hipertensión arterial**. Rev. Rol de Enfermería 1989 Nº129, Pág. 58-62.
5. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. **Consenso para el control arterial en España, Informes, Ponencias y comunicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo**. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Publicaciones, Documentación y Biblioteca. Año 1990, Pág.15
6. Pozuelo G., Molina L., Buitrago F. **Confirmación diagnóstica de hipertensión arterial ligera mediante monitorización ambulatoria**. Rev. Atención Primaria , 1993, 15 Sep. Vol 12 Núm. 4 Pág 35 -37.
7. Salleras Sanmartín L. **Educación Sanitaria, principios, métodos, aplicaciones**. Ed. Díaz de Santos SA. Año 1990, Pág. 59.
8. Law M. R., Frost C.D., Wald N.J. **By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? Analysis of observational data among populations**. Br Med J 1991; Mum. 302 Pág 811-815.
9. Miranda B., Oliet A. **Hipertensión Arterial**. Ed. Idepsa. Año 1989, Pág. 15-16.
10. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. **Consenso para el control arterial en España, Informes, Ponencias y comunicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo**. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Publicaciones, Documentación y Biblioteca. Año 1990, Pág. 33-34.
11. Dahl, L.K. **Possible role of chronic excess salt consumption in the pathogenesis of essential hypertension**. Am. J. Cardiol. 1961. 8: 571-579.
12. Dahl, L.K.; Heine, M. **Primary renal omografts in setting chonic blood pressure in rats**. Cir. Res. 1975. 36: 692
13. De Wardener, H.E.; Mac Gregor, G.A. **The relation of a circulatin Na trasport inhibitor (The Natiuretic Hormona?) To hypertension**. Medicine. 1983. 62, 310.
14. Ruilope L.M. **Hipertensión Arterial**. Ed. Idepsa. Año 1989, Pág. 88
15. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. **Consenso para el control arterial en España, Informes, Ponencias y comunicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo**. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Publicaciones, Documentación y Biblioteca. Año 1990, Pág. 24.
16. Salleras Sanmartín L. **Educación Sanitaria, principios, métodos, aplicaciones**. Ed. Díaz de Santos SA. Año 1990, Pag 151.



# Análisis comparativo del patrón alimentario neonatal:

## Su repercusión sobre la salud del lactante durante el primer trimestre de vida

### INTRODUCCION

Desde los tiempos más remotos los hombres han reconocido las diferencias existentes entre los lactantes y los adultos: los lactantes no pueden andar ni hablar, carecen de dientes, no controlan sus esfínteres anal y vesical, no pueden comer alimentos sólidos y sólo pueden ser alimentados con leche. Aquellas personas relacionadas con el mundo animal habrán observado que el potro, el ternero, el cordero y el lechón nacen con los dientes ya afilados, aunque todas estas especies también necesitan leche como primer alimento.

A mediados del siglo XX se comienza a estudiar la adaptación fisiológica del feto al mundo exterior tras su vida transcurrida al calor y protección del útero. El libro de Smith "*The physiology of the newborn*" se publicó por primera vez en EE.UU. en el año 1941, y el libro de Barcroft "*Researches on prenatal life*", que supuso muchos años de investigación, apareció en el Reino Unido en 1946. Aunque Barcroft se interesó principalmente por el feto, extendió inevitablemente sus estudios a la fisiología del recién nacido.

A continuación se empezaron a celebrar Simposios, Jornadas y Reuniones Científicas, en los que las personas interesadas en fisiología infantil pudieron intercambiar ideas y presentar sus hallazgos. Entre los primeros, merece resaltar el *Simposio de Cold Spring Harbor* sobre aspectos fisiológicos de desarrollo, celebrado en EE.UU. en 1954.

El conocimiento de la fisiología del lactante ha experimentado en estos últimos 50 años un avance tan considerable que es imposible de pormenorizar. Frecuentes observaciones, realizadas especialmente en los años 70, hicieron pensar durante mucho tiempo que la malnutrición podía incrementar la susceptibilidad a las infecciones, generando así un círculo vicioso de malnutrición-infección-malnutrición.

Smythe y Campbell en 1959, y Phillips y Wharton en 1968, señalaron la alta incidencia de infecciones bacterianas (causadas por bacterias Gram positivas y negativas), en niños con malnutrición calórico proteica. El sarampión produciría una alta mortalidad en estos pacientes. La erupción puede incluso no producirse, debido a la alteración de la inmunidad celular media-



2º Premio "Enfermería riojana" 1993

M.ª Jesús García Ramírez y

Pilar Ramírez-García

da alterada, y la aparición de neumonías por células gigantes es habitual. Las infecciones por el virus herpes son frecuentemente graves y el número de portadores crónicos de hepatitis B es elevado. Las micosis y parasitosis, así como las infecciones por *Pneumocystis carinii* son frecuentes en los niños malnutridos.

Estas observaciones han sugerido que la malnutrición puede provocar, secundariamente, una inmunodeficiencia. En 1971, Smythe y colaboradores investigaron el sistema timo-linfático y la inmunidad celular mediada en niños con malnutrición calórico proteica. Sus amígdalas eran pequeñas. Su respuesta retardada a una sensibilización química *in vivo* y la velocidad de transformación de los linfocitos estimulados *in vitro* con fitohemaglutinina estaban significativamente alteradas. Las necropsias mostraban una atrofia del timo, desaparición de los tejidos periféricos linfoides y una deplección de las áreas paracorticales, así como una pérdida de los centros germinales. La hipoplasia era tan notable que fue llamada "tímetomía nutricional".

La alteración de la inmunidad celular mediada es el trastorno inmunitario más común en la malnutrición. La prueba de la tuberculina puede ser negativa en presencia de una tuberculosis activa o tras vacunación de BCG. La reducción de la función de las células T en la malnutrición calórico-proteica puede demostrarse por los bajos valores absolutos de células T o por un desequilibrio en la distribución de los subgrupos de células T.

Los estudios inmunológicos que se han efectuado en la leche materna y en las secreciones mucosas del tracto gastrointestinal, han permitido comprender mejor las estrechas relaciones existentes entre la nutrición y la inmunidad, así como los mecanismos celulares y moleculares subyacentes, como, por ejemplo, la inmunidad secretora. En modelos animales, Ehrlich demostró, ya en 1882, que la vacunación de la madre lactante facilita el paso, a través de la leche materna, de anticuerpos que protegen a los lactantes contra las toxinas en el intestino.

Los primeros estudios realizados pronto demostraron que los anticuerpos específicos antibacterianos están presentes en el tracto gastrointestinal y respiratorio, contribuyendo a los mecanismos de defensa local. Su caracterización inmunológica siguió al aislamiento por parte de Heremans, de la IgA sérica en 1959.

En 1961, Hanson demostró que, efectivamente, la IgA es la inmunoglobulina predominante en la leche humana y que sus características bioquímicas son únicas. El descubrimiento de una molécula IgA secretora en las secreciones fue fundamental para comprender la observación de que la resistencia inmunológica es-

pecífica a las infecciones mucosas puede producirse incluso en ausencia de anticuerpos séricos demostrables. Esta observación condujo, posteriormente, a Tomasi y colaboradores a postular que la inmunidad secretora y sistémica representan dos sistemas independientes.

Efectivamente, la leche humana contiene IgA secretora contra todos los microorganismos que pueden entrar en contacto con el tracto gastrointestinal y respiratorio de la madre. Otros estudios han demostrado que la lactancia materna protege contra las infecciones respiratorias<sup>1, 2</sup>, otitis media, septicemia y meningitis neonatal<sup>3</sup>. Los estudios de Burgio en 1980 y de Hanson en 1984 sobre la ontogenia de la inmunidad secretora mostraron que la IgA secretora, no detectable en las secreciones neonatales, aparece en la saliva durante los primeros meses de vida. Su concentración aumenta después progresivamente hasta alcanzar los valores del adulto hacia la edad de 5-6 años.

La presencia de células en la leche humana fue observada por primera vez por Donnè en 1884, pero se han valorado y caracterizado recientemente en 1979. El papel biológico de los fagocitos de la leche todavía se desconoce, como también el modo en que los linfocitos T y B de la leche pueden transferir protección, aunque se ha comunicado una transferencia transitoria de la sensibilidad a la tuberculina por los linfocitos T de la leche.

El sistema inmune secretor debe ser comprendido como un mecanismo que permite al organismo adquirir información sobre el ambiente y reaccionar en consecuencia. La luz intestinal puede ser considerada como una parte de este *medio exterior* situada dentro del propio organismo y poblada por un gran número de agentes y sustancias que pueden dañarlo y contra los que tiene que organizar un sistema de defensa para protegerse.

Esta defensa se basa en un continuo muestreo del contenido luminal a través de pinocitosis por parte de las células del epitelio absorptivo y por las células M, localizadas en el epitelio, que cubren la cúpula de los folículos linfoides de las placas de Peyer. Los antígenos, procesados por las células M y los macrófagos, son presentados a los linfocitos cercanos, que emigran entonces hacia la *lámina propia* y la submucosa, los ganglios mesentéricos, la cisterna de Pecquet y el canal torácico. Durante esta emigración, proliferan y se transforman en células plasmáticas, que retornan por vía circulatoria hacia la *lamina propia* del intestino, donde se alojan y segregan inmunoglobulinas, la mayor parte de clase IgA. Algunas de estas células emigran a la mucosa del tracto bronquial o a los acinos de las glándulas mamarias, ampliándose el sistema inmune no sólo en el tracto gastrointestinal, sino también en el tracto respiratorio y por medio de la leche humana<sup>4</sup>.

Este proceso de adquisición de información acerca de la calidad del ambiente del tracto gastrointestinal, conduce generalmente a una tolerancia inmunológica a través de la cual la respuesta del organismo a los antígenos queda suprimida.

La comprensión de la función inmune de la mucosa digestiva obtenida durante las últimas tres décadas ha permitido conocer mejor los mecanismos generales subyacentes a la distribución entre "propio" y "no propio", y ha contribuido de un modo significativo a obtener información acerca de la trascendencia alimentaria.

El primer alimento que recibe el recién nacido es el calostro. El aparato digestivo ha ido desarrollándose antes de nacer. El intestino ha funcionado absorbiendo agua y disolviendo sustancias del líquido amniótico ingerido, lo cual es importante para su desarrollo. Pero el calostro tiene una composición muy diferente al líquido amniótico, puesto que contiene proteínas lácticas, grasa y lactosa, que requieren un procesamiento más complejo que el agua. El bienestar del recién nacido depende de que el tracto gastrointestinal sea funcionalmente capaz de digerir estos nutrientes y de absorber los productos de la digestión.

Antes de nacer, el intestino inmaduro es permeable a las macromoléculas deglutidas con el líquido amniótico, pero esto no desempeña ningún papel en la inmunidad.

Lactancia materna exclusivamente	Lactancia mixta	Lactancia natural	Lactancia artificial
61 (32%)	67 (35%)	128 (67%)	63 (33%)

**Tabla 1. Distribución de madres según el tipo de lactancia.**

Las gamma-globulinas, absorbidas del calostro o derivadas de la circulación placentaria en el recién nacido, proporcionan una inmunidad pasiva suficiente hasta que el niño produzca anticuerpos por sí mismo.

Los avances en la comprensión de la inmunodeficiencia de la malnutrición y de las propiedades inmunológicas de la leche materna han facilitado el conocimiento de los mecanismos celulares y moleculares que integran la inmunidad de la nutrición. Un buen estado de nutrición es la condición *sine qua non* para el desarrollo y funcionamiento de la compleja maquinaria que constituye el sistema inmunitario. Simultáneamente, la nutrición requiere una estrecha interacción gastrointestinal entre las moléculas extrañas y los organismos patógenos.

La inmunidad secretora previene, en gran medida, el acceso al organismo de moléculas potencialmente dañinas, capaces de provocar una alergia, y reduce el riesgo de infecciones. Sus funciones son, por tanto, esenciales para disponer de un estado de nutrición saludable y adecuado.

Hoy se conoce que durante la fase de lactancia, los seis primeros meses del recién nacido, el niño sólo está preparado para succionar y deglutir líquidos, el tracto digestivo aún no ha desarrollado completamente sus funciones digestivo absorptivas, pero sobre todo se encuentra inmadura su función de barrera<sup>5</sup>.

Durante este período sólo hay un alimento que es capaz de cumplir las exigencias energéticas y de los distintos nutrientes sin exceder la capacidad digestivo metabólica del lactante: la leche humana.

En la actualidad, tras una larga etapa de recesión, es cada vez mayor el número de mujeres de todos los niveles socioeconómicos que tienden a amamantar a sus hijos y lo hacen durante períodos más largos cada vez<sup>6</sup>.

Con este estudio se pretendió valorar la influencia de la lactancia artificial y natural sobre la aparición o no, respectivamente, de infecciones y estreñimiento en los tres primeros meses de vida en un sector de población urbana riojana.

## PERSONAS Y METODOS

Para la elaboración del presente estudio se revisaron las historias clínicas de los niños pertenecientes a dos cupos de la Unidad de Pediatría de un Centro de Salud urbano del Área de Salud de La Rioja, nacidos en los años 1990 y 1991 y que estuvieron incluidos durante 1992 en el Programa del Niño Sano desde el nacimiento.

Intentamos comprobar si el estudio de las variables profesión y edad materna, número de hijos anteriores y realización de educación maternal influye sobre el tipo de lactancia administrada al recién nacido. Así como el porcentaje de mujeres que dan lactancia materna y la duración de la misma, lactancia mixta y lactancia artificial.

Considerando lactancia natural, conjuntamente la materna y la mixta (alternante de pecho y leches adaptadas), puesto que las madres adscritas al grupo de lactancia mixta de nuestro estudio amamantaron a sus hijos durante al menos 15 días, tras el nacimiento, proporcionando a los lactantes los beneficios propios del calostro. La secreción láctea, o sea, la leche madura o completa, no se segrega hasta unos 7-14 días después del alumbramiento<sup>7</sup>.

Se tuvieron en consideración los siguientes criterios para la exclusión de los casos:

1. Niños que no asistieron a las visitas programadas del Centro hasta los 3 meses.
2. Lactantes en los que no constaron todos y cada uno de los datos en sus historias.

Así se revisaron un total de 244 historias clínicas, de las cuales se desecharon 53 por los motivos antes ex-

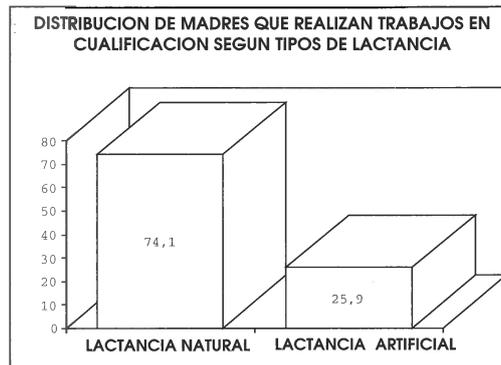
puestos, con lo que el total de historias analizadas resultante fue de 191.

En la tabla de datos confeccionada para la recogida de información se estudiaron las siguientes variables:

- Número de meses de lactancia materna.
- Lactancia artificial y momento en que se instauró dentro de los tres primeros meses de vida.
- Aparición de procesos gastroentéricos dentro de los primeros tres meses tras el nacimiento.
- Infecciones respiratorias en el primer trimestre.

Considerando como tales todos los procesos catastrales de vías respiratorias.

- Edad de la madre.
- Actividad laboral de la madre.
- Número de hijos anteriores al estudiado.
- Asistencia a cursos de educación maternal.



Es este un estudio descriptivo de prevalencia de la lactancia materna<sup>8</sup> de naturaleza transversal en el que a las variables se les aplicó la fórmula de Desigualdad Relativa de Prevalencia (DRP) que nos permite una aproximación del riesgo relativo<sup>9</sup>. En el análisis estadístico se ha utilizado la prueba de la Chi-cuadrada ( $\chi^2$ ). Considerando como significativos los valores de p inferiores a 0,05.

## RESULTADOS

La media de edad de las mujeres del estudio resultó de 27,9 años. El 10% de las madres fueron de una edad inferior a 20 años, mientras que en el 83,2% estaban incluidas las del intervalo correspondiente a 20-35 años. Tan sólo el 6,8% restante correspondió a madres mayores de 35 años.

En el conjunto de madres menores de 20 años la lactancia natural fue practicada por el 78,9% mientras que lactancia artificial por el 21,1%; mientras que en el grupo de 20 a 35 años, la lactancia natural fue seguida por un 66,6% de las madres en tanto que la artificial por un 33,4%.

Las madres mayores de 35 años siguieron una lactancia natural en el 53,8% de los casos y artificial el 46,2%.

El 49,2% de las madres realizaron educación maternal anterior al parto, de este grupo un 73,8% propició lactancia natural frente al 26,2% que dio lactancia artificial. Del resto de las madres, es decir, aquellas que no asistieron a cursos de preparación para el parto, un 63,2% llevó a cabo lactancia natural y el 36,8% artificial.

Del total de madres estudiadas (138 casos, por carecer de datos sobre actividad para el resto) el 60,9% trabajan su casa y sólo el 39,1% lo hacen fuera de ésta.

Lactancia exclusivamente materna como mínimo hasta el tercer mes sólo fue secundada por 61 mujeres que suponen el 32% del total, con una media de duración de la lactancia de 6,19 meses.

Optaron por la lactancia mixta 67 madres, lo que equivale al 35% del total, con una media de 1,75 meses que amamantaron.

63 madres se decantan por la lactancia artificial, lo que supone el 33%.

Se estudió el riesgo de los siguientes padecimientos:

• **Gastroenteritis.**

Los niños que fueron alimentados con lactancia artificial mostraron 4,3 veces más riesgo de padecer GEA que aquellos que recibieron lactancia natural. Mientras que en los niños alimentados con lactancia artificial fue 6,7 veces mayor el riesgo de sufrir esta infección que los amamantados exclusivamente y 3,2 veces más de riesgo que los alimentados con lactancia mixta.

No se obtuvo asociación estadística entre lactancia materna y lactancia mixta.

• **Infección respiratoria.**

En los niños que tomaron lactancia artificial se observó 1,9 veces más riesgo de sufrir infecciones respiratorias que los alimentados con lactancia natural.

Los recién nacidos alimentados con leches maternizadas tuvieron 3,9 veces más riesgo de verse afectados por una afección respiratoria que los nutridos con lactancia materna exclusivamente y 1,2 veces más riesgo que aquellos cuyas madres se decidieron por la lactancia mixta.

No se observó asociación estadística de la lactancia artificial respecto de la mixta.

• **Estreñimiento.**

La alimentación basada en lactancia artificial entrañó un riesgo de 2,2 veces más que la natural en cuanto a la aparición de estreñimiento en los tres primeros meses de vida.

Los niños que tomaron lactancia artificial tuvieron 3,9 veces más riesgo de padecer estreñimiento que los que tomaron exclusivamente leche materna y 1,6 veces más riesgo que los de lactancia mixta.

No se apreció asociación estadística entre lactancia artificial y lactancia mixta.

## DISCUSION

La lactancia natural es el alimento perfecto del niño durante los primeros meses de vida<sup>10</sup>, entre sus ventajas se destacan: satisfacción de sus necesidades nutricionales, es de fácil y rápida digestión, condiciona la

flora intestinal del lactante<sup>11</sup>, le confiere protección inmunológica directa y disminuye la exposición a los patógenos presentes en los alimentos, líquidos y utensilios contaminados<sup>12, 13</sup>. Actualmente se acepta sin reservas que la lactancia materna limita la morbilidad por Gastroenteritis Aguda (GEA) y prevalece la opinión de que otorga una inmunidad específica contra los rotavirus, aunque tampoco puede excluirse el concurso de elementos inmunitarios inespecíficos, como son la flora microbiana ácida y lactobacilar, presentes en el niño amamantado frente al predominio coliforme en la alimentación artificial<sup>14</sup>. Por estas razones, es posible suponer que los niños alimentados con lactancia natural presenten menor incidencia de infecciones del tracto respiratorio y gastrointestinales, así como estreñimiento, que los alimentados con lactancia artificial.

De este estudio podemos extrapolar los siguientes contrastes como más relevantes:

- Nos hemos sorprendido por el alto porcentaje de madres menores de 20 años y, más aún, que este grupo sea en el que se da una mayor incidencia de lactancia materna. Esto pudiera estar asociado a la población marginal acogida por este Centro de Salud urbano de Logroño. La escasa independencia económica que se tiene a esta edad puede ser uno de los factores que empuja a las madres a decidirse por este tipo de lactancia.

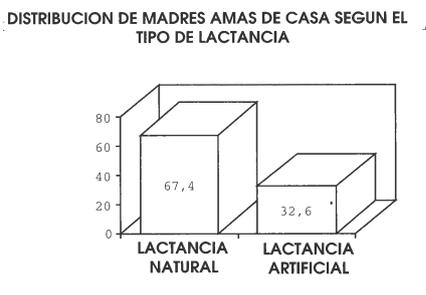
- En este estudio apreciamos la relevancia de la educación ma-

ternal en la decantación hacia la lactancia natural, en las madres que acuden a este Centro, por lo que parece importante la captación de mayor número de embarazadas, incluyendo en su formación cuidados básicos del recién nacido, tipos de alimentación y ventajas e inconvenientes de éstas. Los profesionales sanitarios responsables de este tipo de educación debieran fomentar la lactancia y promocionar sus beneficios de forma prioritaria.

Posiblemente una mayor educación sanitaria sobre la población de mujeres que trabajan su casa mejoraría este aspecto pues es el grupo que menos han optado por la lactancia natural, pudiendo estar influenciada esta decisión por otros factores de tipo socioeconómico y cultural.

- Es satisfactorio comprobar el alto porcentaje de mujeres, en los casos estudiados, que se inclinaron por la lactancia natural y la prolongada duración de ésta, corroborando así el aspecto positivo que favorece su implantación como es el inicio precoz de la lactancia materna tras el parto<sup>15</sup>. La proporción de madres que optan por la lactancia materna se ha mantenido estable a lo largo del periodo de estudio y mayor que otros recientes estudios de este tipo en nuestro país<sup>16, 17, 18</sup>.

- La lactancia materna, en los lactantes que siguen el programa, parece conferir cierta protección ante





algunos agentes virales enteropatógenos<sup>19</sup>. El cuadro con mayor riesgo detectado en los niños alimentados con lactancia artificial es la GEA<sup>20</sup>, al margen de los períodos estacionales.

- En este estudio se corroboró que el estreñimiento es prácticamente desconocido en los lactantes alimentados al pecho que reciben un adecuado aporte de leche<sup>21</sup>.

- En una escala de prioridades, debiera estar situada en el primer peldaño la lactancia materna, seguidamente la mixta y ante la imposibilidad de las anteriores y como recurso final, la lactancia artificial, esgrimiendo argumentos adaptativos nutricionales, higiénicos, afectivos e incluso económicos<sup>22</sup>.

Los profesionales de salud deben promover e incentivar la lactancia materna por los beneficios que proporciona tanto al niño como a la madre<sup>12</sup>. Es imprescindible para ello el apoyo continuo del Equipo de Atención Primaria para solucionar los problemas técnicos, psicológicos y socio-laborales que se planteen durante la lactancia.

La incorporación paulatina de la mujer al mundo laboral está haciendo que sea difícil que la lactancia natural supere el período de baja maternal en este grupo de madres<sup>6</sup>.

En el caso de que las madres se decidan por la lactancia artificial se deberá hacer hincapié en las medidas higiénicas y en la preparación de los biberones<sup>23</sup>.

Otros autores han observado como relevantes los contactos precoces tras el parto, en el domicilio, y los controles periódicos desde el nacimiento. Este refuerzo profesional, en particular, de la enfermería, debe continuarse mediante un sistema al que las madres puedan acudir con confianza, con interacciones domiciliarias y telefónicas<sup>24</sup>.

No se puede hablar de actividades preventivas en niños sin hablar de la lactancia materna, entre otras razones porque es el método más natural y económico de prevenir numerosas enfermedades infecciosas en el recién nacido<sup>25</sup>.

Aunque todas las ventajas de la lactancia materna son universalmente reconocidas, existen varios aspectos sociales que obstaculizan el amamantamiento. Por un lado la presión de las casas comerciales que llegan a enviar muestras gratuitas a las madres, con «información científica» que en ocasiones siembra la duda sobre la calidad y suficiencia de su propia leche. Por otro lado la gran influencia de los medios de comunicación y los factores culturales condicionantes. Creando así el temor a la ineptitud para la lactancia, cuyo abandono actuará inhibiendo la lactopoyesis por vía diencéfalo-hipofisaria<sup>26</sup>.

Hace más de 50 años la fisiología infantil era totalmente desconocida como ciencia. Nació a mediados de los años 40 y, desde entonces, se ha desarrollado considerablemente. Actualmente sigue desarrollándose, y probablemente lo hará a lo largo de los próximos años.

Encontramos interesante para próximos estudios indagar la influencia de la alimentación en otras pato-

logías del lactante. También se puede considerar la repercusión de la educación maternal con respecto a las actitudes y conductas de las madres en lo concerniente a la alimentación infantil.

## BIBLIOGRAFIA

1. Dowham MAPS, et al. Breast-feeding protects against respiratory syncytial VIRUS INFECTIONS. *Br Med J*, 1976; 2: 274-276.
2. Chandra RK. Nutritional deficiency and susceptibility to infection. *Boletín WHO*, 1979; 57: 167-177.
3. Winberg J, Wessner G. Does breast-milk protect against septicemia in the newborn? *Lancet*, 1971; i: 1091-4.
4. Burgio GR, Ugazio AG. Inmunología pediátrica: modelo de desarrollo de una subespecialidad. *Anales Nestlé*, 1993; (50) 1: 24-36.
5. Hernández M. NUTRICIÓN INFANTIL. En Grande F, Varela G (directores). ASPECTOS DE LA NUTRICIÓN DEL HOMBRE. Bilbao. Fundación BBV, 1993: 131-148.
6. Pedrera JD, et al. ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA EDAD DE LA MADRE EN EL TIPO DE LACTANCIA INFANTIL. *Enfermería Científica*. Diciembre, 1991. (117): 31-33.
7. Polanco Allué I. NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. Madrid. Saned, 1990: 191-203.
8. Silva LC, et al. EPIDEMIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA: Prevalencia y duración. *Atención Primaria*. Junio 1991. 8(6):455-459.
9. Morton RF, Hebel JR. BIOESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA. México. Interamericana, 1985:33-35.
10. Grande F. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. Barcelona: Salvat, 1984:26-27.
11. Casado de Frías, E. LACTANCIA NATURAL. Madrid. M<sup>o</sup> de Sanidad y Consumo, 1983:11-14.
12. Rodríguez García R, Schaefer LA. LACTANCIA MATERNA: ¿Antigua práctica o nueva técnica? *ROL*. Enero 1992. 161: 73-77.
13. Díaz Fernández C. NUTRICIÓN E INMUNIDAD. En Polanco I. NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. Madrid. Saned, 1990:179-190.
14. Fernández-Crehuet J, Pinedo A. OTRAS INFECCIONES ENTÉRICAS DE ORIGEN BACTERIANO Y VÍRICO. En Piedrola, G, et al. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. 9<sup>o</sup> ed. Barcelona: Masson-Salvat, 1991:426.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DEL LACTANTE Y PREESCOLAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Madrid. M<sup>o</sup> Sanidad y Consumo, 1985:109-115.
16. Serra B, Llinares RM, Andrés E. ESTUDIO DEL PATRÓN ALIMENTARIO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA. En Anónimo. PREMIOS NUTRICIÓN INFANTIL 1991. Barcelona. Nestlé-AEPA, 1992:509-526.
17. Buñuel JC, García C, Zarazaga G, Sanvicente L. EVALUACIÓN DE LA LACTANCIA Y ASPECTOS RELACIONADOS CON LA MISMA EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA. *An Esp Pediatr*. Octubre. 1990;33(supl.41):118-119.
18. Berjón Rufes MC, Barba Pérez MN. PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL LACTANTE. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL. *Rev San Hig Pub*. 1992; 66(2):131-138.
19. Benenson AS (editor). EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL HOMBRE. 14<sup>o</sup> ed. Washington. OPS, 1987: 211-215.
20. Barnes LA. NUTRICIÓN Y SUS TRASTORNOS. En Behrman RE, Vaughan VC. NELSON: TRATADO DE PEDIATRÍA. 9<sup>o</sup> ed. Madrid. Interamericana-McGraw-Hill, 1988:167-168.
21. Waechter B. ENFERMERÍA PEDIÁTRICA. México. Interamericana, 1978: 284.
22. Thoulon-Page CH. ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS SANAS. Barcelona. Masson, 1991:1-20.
23. Dickason EJ, Olser SM. ASISTENCIA MATERNA E INFANTIL. Barcelona. Salvat, 1980.
24. Calvo B, et al. ACTITUD MATERNA ANTE LA LACTANCIA NATURAL Y DIFICULTADES. EN EL PUERPERIO INMEDIATO. *Atención Primaria*. Septiembre, 1992. 10 (3): 650-654.
25. Anónimo. LA LECHE MATERNA, UN ALIMENTO ESENCIAL. *La Vanguardia: Medicina y calidad de vida*. 28.02.92:11.
26. Anónimo. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA: V Reunión anual. Barcelona. SEMFYC, 1992: 26.



# 3.º Encuentros de Enfermería Riojana Una propuesta de trabajo...

Logroño, 13 de mayo 1994

"La capacidad para ejercer la Enfermería, guarda una estrecha relación con el tipo de conocimientos que posea la enfermera o enfermero, el pensamiento crítico que haya desarrollado y el grado de compromiso profesional alcanzado.

Existe un acuerdo general respecto a que prestar cuidados enfermeros, obliga a poseer claridad en cuanto a su objetivo, conocimiento del rol profesional, un método de aplicación de los conocimientos teóricos con respecto a situaciones clínicas, o instrumentos y procedimientos para lograr los fines implícitos en el método.

Difícilmente se lograría todo esto, si no se contase además con una disposición especial y, con la competencia precisa para trabajar en coordinación y colaboración con quienes solicitan ayuda, su familia y el resto

de los miembros del equipo enfermero y el equipo de salud.

Esta particularidad del cuidado enfermero, justifica por sí mismo, la importancia de encontrar un espacio en el que recoger la información precisa, para actuar y poder reflexionar posteriormente sobre lo logrado.

Es evidente que la preocupación alrededor de los registros no es más que la manifestación del crecimiento y avance de una disciplina. Reflexionar sobre los registros es empezar a tomar el compromiso de la palabra..."

*Fdo.: Consuelo López*

Reflexionar sobre la importancia de la utilización de registros como instrumento para favorecer la construcción de un lenguaje enfermero, será en esta tercera edición de nuestros Encuentros de Enfermería Riojana, el proyecto.

**PREMIOS COMUNICACIONES**

"CIUDAD DE LOGROÑO"  
Excmo. Ayuntamiento  
de Logroño

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

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

Fecha límite de recepción  
resúmenes 29-4-1994

**SECRETARIA TECNICA  
E INFORMACION**

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA,  
Gran Vía 67 esc. B 1º der.  
Tel: (941) 228316 - FAX: (941) 220344  
LOGROÑO ( La Rioja)

**FECHA DE INSCRIPCION**

Del 18-4-1994 al 10-5-1994  
**INCLUYE:**  
Documentación  
Coffe-Break  
Certificado de Asistencia  
Almuerzo de Trabajo  
Exposición Material Técnico

**CUOTA DE INSCRIPCION**

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



## PROGRAMA CIENTIFICO

VIERNES 13 DE MAYO

09,30 horas: Recogida documentación

10,00 horas: Acto de apertura

10,15 horas: 1.º Ponencia:

**El Registro, un instrumento clave para el avance de "Enfermería"**

Ponente:  
**CONSUELO LOPEZ FERNANDEZ**  
*Diplomada en Enfermería  
Profesora de Enfermería  
Fundamental  
E.U.E. de Cádiz*

11,00 horas: Coloquio

11,30 horas: Coffe-Break.

*Defensa de comunicaciones  
posters.*

12,00 horas: 1.º Mesa Redonda.

**El Registro en el ejercicio profesional "Del Conocimiento a la Acción, de la Acción a la Reflexión".**

• 1.º Parte

*El Registro y el Conocimiento.*  
**M.º ANGELES MARISCAL CRESPO**  
*"El Registro en la Investigación y la Enseñanza"*  
**JUAN MANUEL PICARDO GARCIA**  
*"El Registro en el Aprendizaje"*

• 2.º Parte

**M.º JOSE FONTANILLA PARRA**  
*"El Registro en la Gestión"*  
**M.º DEL CARMEN GARCIA MAÑAS**  
*"El registro en la asistencia"*

Moderadora:  
**INMACULADA PERTEGUER HUERTA**

12,45 horas: Coloquio

13,15 horas: Comunicaciones Orales

14,30 horas: Comida de Trabajo

17,00 horas: 2.º Mesa Redonda:

**Registros de Enfermería en La Rioja**

Componentes:  
**GEMMA SOLANAS MERINO**  
*Enfermera. Centro de Salud  
"Joaquín Elizalde" de Logroño*  
**JULIETA MONTERO LAPRESA**  
*Adjunta Dirección de Enfermería.  
Complejo Hospitalario "San Millán-  
San Pedro"*  
**PRESENTACION ABAD DOMINGO**  
*Enfermera. Hospital Psiquiátrico  
"Reina Sofía"*  
**BEGOÑA SAN MARTIN SALAZAR**  
*Enfermera. Responsable Formación  
Continuada Complejo Hospitalario  
"San Millán-San Pedro"*

18,00 horas: Coloquio

18,30 horas: Descanso

19,00 horas: Conferencia de Clausura

**La enfermería en América**

Conferenciante:  
**GLADYS VELEZ**  
*Catedrática de Enfermería  
Universidad de Puerto Rico  
Master en Ciencias de la  
Enfermería  
Especialista en Enfermería Clínica.*

19,45 horas: Coloquio

20,15 horas: Acto de Clausura

**SEDE**

**HOTEL "SOTO GALO"**  
Polígono de Cantabria  
LOGROÑO

# Póliza de responsabilidad Civil

Se está convirtiendo en una costumbre casi diaria, ver en los medios de comunicación noticias referentes a la responsabilidad civil de los profesionales sanitarios, de la más variada índole:

Cuantiosas indemnizaciones por sentencias condenatorias, listas de recomendaciones para evitar denuncias, aumentos del 100 x 100 en las primas de los seguros, Comunidades Autónomas que no encuentran compañías que suscriban pólizas de R.C., usuarios afectados por errores médicos que se constituyen en asociación...

Dicho así, podría parecer que se ha abierto la veda del profesional sanitario y aunque no haya que pecar de alarmista, sí conviene extremar las medidas de celo en la práctica diaria. Más de 70 enfermeras procesadas por causas graves (una en La Rioja), dan una idea de la situación. Hemos pasado de una situación en la que eran excepcionales las denuncias, a otra en la que las denuncias, fundadas o no, son cotidianas.

Cierto es que la mayor parte no pasan ni a la vía penal ni a la civil, pero no por ello son intrascendentes. A la sensación de impotencia y a veces de acoso que sufre el profesional ante denuncias injustas o a los mil quebraderos de cabeza que le ocasiona una denuncia ante los tribunales, hay que añadir otra consecuencia directa y nada desdeñable: El aumento constante de las cantidades a abonar por primas de seguros de R.C., de forma que se están haciendo cada vez más difíciles de soportar.

Por todo ello, es conveniente reiterar como se ha dicho anteriormente, las medidas de celo y muy especialmente esa pequeña laguna crónica de la Enfermería: Los registros. A la hora de demostrar lo correcto de nuestras acciones si éstas han quedado perfectamente registradas, resultará de gran ayuda. Igualmente, deben quedar registradas aquellas tareas que deleguemos o las órdenes de otros profesionales que nosotros cumplimentamos.

Y por supuesto, ante la simple sospecha de que podemos ser denunciados, dar los pasos adecuados y no otros, pues con demasiada frecuencia se producen autoculpaciones y declaraciones inoportunas que perjudican notablemente el desarrollo posterior. Esto no es una llamada al corporativismo, sino ejercer nuestro derecho a defendernos con las garantías que permiten las leyes.

Como ya sabéis, el Colegio ofrece a todos una cobertura de veinticinco millones de pts. por siniestro mediante la póliza suscrita con la compañía Zurich de la que podéis retirar una copia en la Sede Colegial.

Una vez más, insistimos en que la forma de proceder ante una posible denuncia es la siguiente:

- No hacer declaraciones de ningún tipo.
- Ponerse en contacto con el Colegio inmediatamente.

**ZURICH INTERNATIONAL**

**ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA Consejo General**

### RESPONSABILIDAD CIVIL

Certificado de Seguro

Por el presente certificamos que este Consejo General de Enfermería, tiene concertado con ZURICH INTERNATIONAL (España), Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., desde 20 de Enero de 1992, un seguro de Responsabilidad Civil Profesional cubierto por la póliza 9201.39115-9 con las siguientes características, entre otras:

**Tomador del seguro:** CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA, que con personalidad jurídica propia, suscribe el contrato, actuando por cuenta y en representación del conjunto de los Colegios de España.

**Asegurados:** Se entienden por asegurados los colegiados en ejercicio profesional de los indicados Colegios.

**Riesgos cubiertos:** La responsabilidad civil profesional atribuible al asegurado, derivada de los daños corporales causados a terceras personas, a consecuencia de **faltas, errores, omisiones o negligencias involuntarias** cometidas por el mismo en el desarrollo propio de su actividad profesional como ENFERMERO GENERALISTA, ESPECIALISTA, FISIOTERAPEUTA O PODÓLOGO.

**Defensa jurídica:** Se conviene expresamente la cobertura de la defensa jurídica en los términos establecidos bajo este título en las cláusulas especiales de la póliza.

La garantía incluye, asimismo, la defensa del asegurado ante reclamaciones infundadas.

**Garantías:** Se establece una garantía máxima por siniestro de Ptas. 25.000.000,- para el conjunto de daños materiales, corporales y perjuicios.

**Límite temporal:** Las garantías del presente contrato se extenderán a los siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro y reclamados hasta 2 años después de anulada la póliza.

**Este certificado tiene validez, en tanto la póliza se halle en vigor, para todos los colegiados del Estado, siempre y cuando estén al corriente de sus obligaciones con su Colegio Provincial y este a su vez con el Consejo General (acuerdo unánime de la Asamblea General de Presidentes de 11-11-1993).**

**En caso de siniestro, se debe contactar con el Colegio Provincial o el Consejo General.**

Se expide y firma el presente certificado en Madrid, a de de 1.99 .

ZURICH INTERNATIONAL (España) Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.  
Consejo General Enfermería El Presidente

ZURICH INTERNATIONAL (España) Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Vía Augusta 200, 08021 Barcelona C.I.F. A-0168221. Registro Mercantil de Barcelona. Tomo 11521 del Archivo. Libro 10291 de la sección 2ª. Folio 109. Hoja 44565. N.G.



# Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja

## Programa de Becas 1994

### BASES

#### TIPO A) Nº de Becas 1. Cuantía 100.000 Ptas.

*Fines:* Realización de estudios de post-grado de nivel equivalente a EXPERTO O MAGISTER Universitario. Dada la diversa naturaleza del gran número de instituciones que imparten este tipo de actividades, la aceptación de peticiones quedará sometida al criterio de la Comisión de Becas.

*Solicitudes:* Presentación de memoria detallada de la actividad. Pueden presentarse para actividades que finalicen o comiencen durante el año 1994.

*Plazo límite de solicitudes:* 5 de Octubre de 1994.

*Adjudicación:* Mediante sorteo entre las solicitudes aceptadas.

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

#### TIPO B) Nº de Becas: 5. Cuantía: 50.000 Ptas.

*Fines:* Realización de cursos de formación continuada de un mínimo de 40 horas, fuera de La Rioja. Dada la diversa naturaleza del gran número de instituciones que imparten este tipo de actividades, la aceptación de peticiones, quedará sometida al criterio de la Comisión de Becas.

*Solicitudes:* Presentación de memoria detallada de la actividad, que ha de ser realizada durante el año 1994.

*Plazo límite de solicitudes:* 5 de Octubre de 1994.

*Adjudicación:* Mediante sorteo entre las solicitudes aceptadas.

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

#### TIPO C) Nº de Becas: 10. Cuantía: 25.000 Ptas.

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

*Solicitudes:* Presentación de la inscripción a la actividad, que ha de ser realizada durante el año 1994. En su caso, aceptación de la comunicación de la que sea autor.

*Plazo límite de solicitudes:* 5 de Octubre de 1994.

*Adjudicación:* Tendrán preferencia los solicitantes autores de comunicaciones aceptadas (A estos efectos, solamente se aceptarán dos autores por comunicación). La adjudicación será directa a los solicitantes autores de comunicaciones aceptadas si el número de peticiones no supera el de becas y por sorteo si lo superase. Por sorteo igualmente se adjudicarán las becas restantes si ha lugar.

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

#### TIPO D) Nº de Becas: 100. Cuantía: 3.000 Ptas.

*Fines:* Asistencia a los 3ºs. ENCUENTROS DE ENFERMERIA RIOJANA.

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

#### DISPOSICIONES COMUNES

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

2º Las Becas que queden desiertas, serán amortizadas.

### BECAS IBERCAJA 1994

#### BASES

##### Nº de becas: 20. Cuantía 25.000 Ptas.

*Fines:* Asistencia a Congresos, Jornadas y Simposios fuera de La Rioja, que se celebren durante el año 1994.

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

*Presentación* de la inscripción a la actividad.

*Fecha límite:* 5 de Octubre de 1994.

*Adjudicación:* Por sorteo entre los solicitantes.

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

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



# 7.ª Convocatoria Premio "Enfermería Riojana" al mejor trabajo científico de enfermería en ciencias de la salud, Logroño 1994

**DOTACIONES DE LOS PREMIOS:**  
**1º Premio: 150.000 pts.**  
**2º Premio: 100.000 pts.**  
**CON EL PATROCINIO DE IBERCAJA**

## BASES

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

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

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

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

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

6º. El plazo de recepción de los trabajos y documentación debidamente cumplimentados, finalizará el día 30 de Diciembre de 1994.

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

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

9º. El fallo del jurado será inapelable y no recurrible. Si en opinión del jurado se considerase que alguno de los premios no deben ser adjudicados por no reunir los trabajos los méritos suficientes, éste podrá declarar desierta la concesión de dicho premio. El fallo del jurado se dará a conocer dentro de los 45 días siguientes al término de la convocatoria.

10º. El Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de La Rioja se reserva el derecho a la publicación de los trabajos premiados en aquellos medios de comunicación profesionales que estime oportunos, haciendo siempre referencia al autor de los mismos.

Asimismo, el Colegio se reserva la posibilidad de crear accésits ante la concurrencia de trabajos de relevante interés y calidad.

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

**"PREMIO INVESTIGACION ENFERMERIA RIOJANA "**

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

**26005 LOGROÑO ( LA RIOJA )**

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



# COMERCIOS

## JOYERIA *Balsari*

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

## JOYERIA-RELOJERIA

### *DOMINGUEZ*

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

## SACHA

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

## SACHA NIÑOS

Gran Vía, 26  
LOGROÑO

## 20 ANS

Juan XXIII, 21  
Tel.: 24 37 72  
LOGROÑO

## *RJMA*

*Gallargu. 3  
Tel. 22 51 08  
LOGROÑO*

## VERSION ORIGINAL V.O.

Gran Vía, 22  
Tel.: 20 92 68  
LOGROÑO

## BUGATTI New Classic

Gran Vía, 22  
Tel.: 25 92 68  
LOGROÑO

## ANDREAS ZAPATEROS

Gran Vía, 61  
Ed. Robinson  
LOGROÑO

## PERFUMERIA PILY

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

Descuento del 10% en todos los comercios nombrados para los colegiados, excepto en rebajas, liquidaciones o pagos con tarjetas de crédito.

## HERBORISTERIA NATURAL

Villamediana, 16 - Tel.: 26 08 60  
LOGROÑO

**¡¡ATENCIÓN  
ESPECIAL!!**

## CARROCERIAS MIGUEL

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

## UNIBER

Unión Iberoamericana  
SEGUROS - Grupo Zurich

### MULTISEGURO PARA SU HOGAR

Le ofrece servicio, lo que significa:  
Protección, Seguridad, Rapidez en los siniestros  
Amplias coberturas  
Información en la sede Colegial. - Tel.: 22 83 16

## CAUDAL

SEGUROS - Grupo Zurich  
SEGURO DE AUTOMOVILES

Precios muy especiales para los colegiados de La Rioja  
"CAUDAL" mantiene las bonificaciones que se tengan con otra compañía  
Seguro esté donde esté y durante las 24 horas del día, a mínimas cuotas muy interesantes tanto para el colegiado como para los familiares directos

# NORMAS DE PUBLICACION

## MARZO 1994

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

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

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

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

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

La revista consta de las siguientes secciones:

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

### PRESENTACION DE LOS TRABAJOS

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

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

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

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



# Federica: Que la tierra sea leve

Esto es lo que tú y tus compañeros anarquistas soléis decir a vuestros muertos.

Con estas pocas líneas, quisiera rendirte un pequeño homenaje por tu capacidad de lucha en momentos tan adversos así como el elevado grado de entrega a los demás, sin olvidar el sobreesfuerzo por el hecho de ser mujer, incluso renunciando a tus propias convicciones, aceptas y te conviertes en la primera ministra de este país.

Espero puedas servir de ejemplo de lucha y coherencia a nuestra profesión, mayoritariamente de mujeres, de lo que creo estamos un tanto faltos en los tiempos que corren.

**Jorge Mínguez Arias**

## AVISO A LOS COLEGIADOS

Se comunica a todos los colegiados, que a partir del próximo día 1 de Mayo, será cambiado el modelo de carnet, para la renovación del antiguo se ruega a todos que entreguéis personalmente en el Colegio una fotografía tamaño carnet.

## Periódico Profesión Enfermería

El Consejo General informa mediante circular n.º 10/94 que a partir del número 22, Profesión Enfermería será repartido en todos los Hospitales y Centros de Salud del Estado, así como en las Instituciones relacionadas con la profesión de enfermería.

Todos los colegiados que deseen recibirlo en su domicilio, pueden solicitarlo al Consejo General, para su envío gratuito, o bien enviar el cupón adjunto al Colegio.

Asimismo el Colegio dispone de 100 ejemplares, para el que desee recogerlo personalmente.

Deseo recibir en mi domicilio y gratuitamente el periódico PROFESION ENFERMERIA, para lo cual adjunto mis datos personales

Nombre ..... Apellidos .....

Calle ..... C.P. ....

Localidad ..... Provincia .....

N.º Colegiado ..... Tfno.: .....



# Agenda

- **XIII Congreso Nacional de ATS y de especialistas en Análisis Clínicos.**  
Toledo, 27 al 30 de Abril de 1994  
*INFORMACION:* Asociación Española de Diplomados en Enfermería. Especialistas en Análisis Clínicos. Tfno.: (95) 2395320
- **II Congreso Nacional de Enfermería en cirugía endoscópica H.U.**  
Puerto Real (Cádiz). 18, 19, 20 y 21 de Mayo de 1994.  
*INFORMACION:* H.U. Puerto Real  
Tfno.: (956) 470147
- **Curso Superior en salud pública.**  
*INFORMACION:* Universidad de Oviedo  
Extensión Universitaria. Tfno.: (98) 5103930
- **Formación en Análisis Psicocorporal.**  
*INFORMACION:* Gran Vía, 39-1º B  
26002 LOGROÑO. Tfno.: (941) 205614
- **XVII Congreso Nacional y II Simposio Internacional de la A.E. de Enfermería en Urología.**  
18, 19, 20, 21 y 22 de Octubre de 1994.  
*INFORMACION:* Servicio de Urología  
Hospital de Navarra.
- **VI Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 94.**  
Santiago de Cuba ( Cuba )  
20 al 24 de Junio 1994  
*INFORMACION:* Caribe Internacional  
TOURS S.A. (Madrid). Tfno. (91) 5630611
- **Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias.**  
Madrid 27, 28 y 29 de Octubre de 1994  
*INFORMACION:* Viajes el Corte Inglés.  
Tfno.: (91) 3093229
- **III Jornadas de Bioética. Proyecto Genma humano.**  
Córdoba 3 y 4 de junio de 1994  
*INFORMACION:* Tfno.: (957) 274600
- **"El Anciano Terminal" II Jornadas Nacionales de la sociedad española de geriatría y gerontología.**  
Sevilla 5 al 7 de Mayo de 1994  
*INFORMACION:* ATECSAL  
Tfno. y FAX: (95) 4578476
- **II Master en gestión Medioambiental.**  
*INFORMACION:* Tfno.: (95) 2603540-2603541
- **Jornadas sobre rehabilitación social en las áreas de salud mental y drogodependencias.**  
Palencia 20, 21 y 22 de abril de 1994  
*INFORMACION:* Hnos. de San Juan de Dios.  
Departamento de trabajo social. De lunes a viernes de 10 a 14 horas. Tfno.: (979) 742300-742290
- **II Congreso Nacional de Enfermería en cirugía endoscópica.**  
Cartagena 18,19, 20 y 21 de Mayo de 1994  
*INFORMACION:* Tfno.: (956) 470147-470148
- **Jornadas de trabajo sobre Eutanasia.**  
Valencia 9,10 y 11 de Junio de 1994.  
*INFORMACION:* Tfno.: (96) 3604511-3604745-3604671
- **XVIII Congreso Nacional de Enfermería en Neurociencias.**  
Granada 25, 26, 27 y 28 de Mayo de 1994  
*INFORMACION:* Tfno.: (958) 204140-204236
- **Curso Master/Experto en Drogodependencias y SIDA.**  
*INFORMACION:* Tfno.: (95) 2467569
- **I Certamen Nacional de Enfermería en Cantabria.**  
*INFORMACION:* Colegio Oficial de Enfermería en Cantabria. Tfno.: (942) 310212
- **I Jornadas de debate en Enfermería.**  
Zaragoza 15, 16 y 17 de Junio de 1994  
*INFORMACION:* Consejo Autonómico de Colegios de Diplomados en Enfermería de Aragón. Tfno.: (976) 356492
- **VII Jornadas Nacionales de Enfermería de la infancia.**  
Murcia 5 y 6 de Mayo de 1994  
*INFORMACION:* Tfno.: (968) 343550
- **CLUB DE ENFERMERIA DE URGENCIAS. Charlas:**  
*5 de mayo*  
**SUTURAS DE PEQUEÑAS HERIDAS EN ENFERMERIA.**  
*2 de junio*  
**TECNICAS DE MOVILIZACION EN ENFERMERIA.**  
*INFORMACION :* Hospital San Millán.  
Tel.: 294500  
Supervisora de Urgencias

## AVISO

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

### HORARIO ATENCION AL PUBLICO

Mañanas de Lunes a Viernes de 9 a 14 horas  
Tardes de Lunes a Jueves de 15 a 17 horas



## Biblioteca

## Videoteca



### **MANUAL DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA MEDICA EN ATENCION PRIMARIA**

*R. Ruiz de Adana*  
954 páginas

La Atención Primaria, durante muchos años olvidada en el Sistema Sanitario de nuestro país, ha tenido que enfrentarse entre otras muchas adversidades a la de carecer de una bibliografía sobre la que sustentar su actividad clínica diaria. En la mente de todos están los grandes manuales eminentemente prácticos como el famoso Manual de Terapéutica Médica de la Washington University; sin embargo, tanto unos como otros han sido escritos desde la experiencia hospitalaria y desgraciadamente no se ajustan en muchas ocasiones a las demandas que plantea la asistencia en los Centros de Salud. Todas estas circunstancias han sido las que han motivado el nacimiento del presente libro, cuyo único objetivo es el de aportar a los profesionales de la Atención Primaria una herramienta, creemos básica, que intente paliar el vacío anteriormente comentado.

Los capítulos de los que consta el libro han sido elegidos de acuerdo con los habituales motivos de consulta. Su estructura permite, a partir del problema referido por el paciente, plantear unas normas de actuación tanto en el plano diagnóstico como terapéutico. Pretendiendo ser eminentemente práctico, facilita los datos necesarios en los que apoyar el diagnóstico como terapéutico. Pretendiendo ser eminentemente práctico, facilita los datos necesarios en los que apoyar el diagnóstico más probable y la actitud más correcta. Se han evitado las descripciones y consideraciones fisiopatológicas exhaustivas, pues todas ellas se encuentran en cualquiera de los inmejorables tratados –ya clásicos– de Medicina y no fue la intención de los autores competir con ellos.

Esperamos que este Manual contribuya a llenar el vacío bibliográfico que sentimos con cierta frecuencia los profesionales de la Atención Primaria y sirva de estímulo para la reflexión, el trabajo y la investigación en este campo –tan antiguo y, sin embargo, tan nuevo– de la Medicina.

### **MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL:**

Esta película se divide en tres partes; la primera habla de la morfología y cuidados de los aparatos de medición de la presión arterial; la segunda parte explica cómo se realiza una correcta toma de presión y en la tercera, encontramos una serie de ejemplos para poder hacer una autoevaluación.

(Disponible en el Colegio)

### **TRATAMIENTO DEL QUEMADO:**

Explica como valorar las quemaduras, ya sea por la extensión y el grado de las lesiones, además de los tratamientos adecuados y la posible evolución.

(Disponible en el Colegio)

### **EL CUIDADO DEL ENFERMO TERMINAL DEL SIDA EN CASA:**

El SIDA es la forma más grave de infección por VIH. La asistencia a estos pacientes supone un desafío para todo sistema sanitario. Esta película pretende informar de los aspectos básicos de la atención domiciliaria a estos enfermos. Está enfocado, sobre todo, a la atención sanitaria, ya que enseña las precauciones que deben tener en la vida cotidiana tanto el paciente con SIDA como su familia.

(Disponible en el Colegio)

### **LA INFECCION HOSPITALARIA. LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES:**

La infección nosocomial es uno de los mayores problemas con que se encuentra la salud pública en todos los hospitales del mundo. El objetivo de esta película ha sido contribuir a la formación del personal sanitaria; por ejemplo, realizando con técnicas asépticas el sondaje vesical, la cateterización de una vía venosa, etc...

(Disponible en el Colegio)



# Tu nómina en Ibercaja puede darte mucha libertad



Sorteos de viajes a Nueva York

## y multiplicarse hasta por cuatro.



Si domicilias tu nómina en Ibercaja participarás en sorteos mensuales de viajes a Nueva York, para dos personas. Podrás multiplicar hasta por cuatro tu nómina. Dispondrás de un práctico servicio de Multiasistencia para el hogar (electricista, fontanero...). Seguro gratuito de Accidentes... Tendrás acceso a anticipos sin interés, a créditos preferentes y a muchas cosas más... Domicilia tu nómina en Ibercaja y deja que se multiplique en ventajas.

**Super·Servicio Nómina**

**iberCaja** 