



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA. VALENCIA

Actualidad

- Creación del grupo de Enfermería Española en Cuidados Holísticos
- España se encuentra a la cola de Europa en número de enfermero/as.
- Sanitat dotará la asistencia a la salud mental de plazas de enfermería especialista.

Entrevista

- D. Rafael Martínez Nogués
Director de Enfermería del Hospital Intermutual de Levante.

Adquisiciones Biblioteca



VIOLENCIA DE GÉNERO
DENÚNCIALA



Enfermería de la Comunidad Valenciana

Atención a víctimas de malos tratos por violencia de género

Teléfono 016

sumario

editorial

- 3 Un Decreto Inoportuno

actualidad

- 5 Creación del grupo de Enfermería Española en Cuidados Holísticos. El programa Conectados de CEUMEDIA Televisión presenta la herramienta informática MPCADH.
- 6 Los alumnos de 3^{er} curso de Educación Primaria del colegio Cavite Isla de Hierro aprenden como salvar una vida. Por séptimo año consecutivo, la Asamblea General del Colegio aprueba el no incremento de la cuota colegial.
- 7 El Hospital de Manises crea un blog sobre celiaquía con consejos, recetas e información a pacientes. La rotación del turno de noche en el trabajo puede ser peligroso para la salud. APP del Colegio de Enfermería para smartphone.
- 8 Implantación de enfermeras/os escolares en todos los centros de Educación Especial. El estado de salud y la esperanza de vida de los españoles, a la cabeza de los países desarrollados. España se encuentra a la cola de Europa en número de enfermeras/os.
- 10 Las/os enfermeras/os lideran las estrategias de crónicos y neurodegenerativas. El informe Fedea repasa 41 indicadores sanitarios de los últimos años y ve preocupante la situación laboral. Los presidentes de los colegios de Farmacia y Enfermería se reúnen para establecer sinergias entre ambas profesiones.
- 11 Guía para reforzar el papel del cuidador de enfermos crónicos y Documento de Atención a pacientes con fibromialgia. La situación de la Sanidad, el sexto problema de mayor importancia para los españoles.
- 12 El Ministerio de Sanidad se compromete en mejorar la prevención y el tratamiento de la diabetes. Sanitat dotará la asistencia a la salud mental de plazas de enfermería especialista.
- 14 Nueva página web de la Fundación Vicente Ferrer.
- 15 España, en el puesto 18 en sanidad dentro de Europa. 25 Aniversario Promoción 1987-90 E.U.E. Hospital Clínico de Valencia.
- 16 La empresa Atria Jobs selecciona a enfermeros valencianos para trabajar en un hospital público de Londres. La Fe patenta un nuevo sistema para inyectar la quimioterapia directamente en la sangre.
- 17 La reforma del sistema universitario español no afectará a la titulación de Enfermería. Los enfermeros cobran hasta 10.300 euros menos al año según la comunidad en la que trabajan.
- 18 El Colegio se reúne con representantes de Coloplast. Colegio Oficial de Enfermería de Valencia Convocatoria de elecciones.

actualidadmatrona

- 19 ¡¡¡ ¡IRREGULARIDADES EN LA OPE 2007?!!!

asociacióndejubilados

- 20 La Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería "San Juan De Dios" ha celebrado la festividad de su patrón.
- 21 Comida de Navidad de la Asociación de Jubilados. Continuamos con el taichí, informática e inglés.
- 22 Visitas y conferencias. Coral y Rondalla La Armonía C.A.P.M. Sant Pau.

inmemoriam

- 23 Descanse en paz Carmen Martorell Riera.

artículo de opinión

- 23 A quién corresponda.
- 24 ¡Cuánto despropósito junto!

historia colegio enfermería

- 25 La constitución del Colegio de Matronas de Valencia y sus primeros tiempos.

entrevista

- 28 D. Rafael Martínez Nogués. Director de Enfermería del Hospital Intermutual de Levante.

enferjurídica

- 32 Seguro Responsabilidad Civil.

docencia y formación

curso y congresos

artículos científicos

- 3 Cuidados de Enfermería, protocolo y guía práctica de administración: BCG INTRAVESICAL.
- 8 Quimioterapia Oral de última generación: Recomendaciones de uso.
- 13 Valoración y cuidados de enfermería en la exanguinotransfusión del recién nacido.
- 18 Revisión sobre factores productores de metahemoglobina.
- 25 Síntomas depresivos en personas mayores de 65 años de Madrid.
- 29 Guía de referencia rápida sobre cuidados de enfermería de los recién nacidos en hipotermia terapéutica inducida.
- 31 Displasia congénita de cadera en pediatría.
- 35 Análisis del grado de cumplimiento del plan de parto en el departamento de Gandía.

Junta de Gobierno

PRESIDENTE

Juan José Tirado Darder

VICEPRESIDENTE

Vicente Caballero Hervás

SECRETARIO

Alejandro Sapiña Pérez

TESORERO

Antonio Núñez Hernández

VOCAL I

Jesús Juan Ribes Romero

VOCAL II

Andrés Valero García

VOCAL III

Juan Fabra Benet

VOCAL IV

María Isabel Castelló López

VOCAL V

Julio Tomás Heredia Lloret

VOCAL VI

Alicia Ten Gil

VOCAL VII

Francisco Soto Hernández (en funciones)

PRESIDENTE DE HONOR

Francisco Mulet Falcó

Equipo de Redacción

DIRECTOR

Juan José Tirado Darder

SUBDIRECTOR

Jesús Juan Ribes Romero

COORDINADOR

Juan Fabra Benet

REDACTORA

Laura Almudéver Campo

COMITÉ CIENTÍFICO

Francisco Mulet, Arcadio del Real, Antonio Núñez, Vicente Caballero, Francisco Soto, Alejandro Sapiña, Juan Caballero, M^a Isabel Castelló López, Jesús Sánchez Martos, Joaquín Peiró Martínez, Julio Heredia, Pedro Hidalgo, Ovidio Gans Cuenca, José Miguel Gallego López, José Ignacio Peñarrubia Pérez, Daniel Andrés Cuenca, José Vicente Carmona Simarro, Alicia Ten Gil, Andrés Valero García, Alonso Vela Briz, Cristóbal Zaragoza Fernández, Luis Ponce García.

PORTADA

Raúl Bustos

CONTRAPORTADA

Raúl Bustos

EDITA:

Colegio Oficial de Enfermería de Valencia
Calle Polo y Peyrolón, nº 59 - 46021 (Valencia)
Teléfono 96 393 70 15 Fax 96 393 04 28
enfervalencia@enfervalencia.org

IMPRIME: Temps Impresores

ISSN: 0214-0128 Depósito Legal: V-2424-1985

Horario de Atención al Colegiado

DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE JUNIO
de lunes a jueves horario ininterrumpido de 9 a 19:15 h

viernes: de 9 a 14 h

DEL 1 DE JULIO AL 15 DE SEPTIEMBRE
de lunes a viernes horario ininterrumpido de 9 a 14 h

Asesoría Jurídica

DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE JUNIO
martes y miércoles de 16 a 19 h

DEL 1 DE JULIO AL 15 DE SEPTIEMBRE
martes y miércoles de 10 a 13 h

AGOSTO

martes de 10 a 13 h

Asesoría Fiscal

DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE JUNIO
lunes de 16 a 19 h

DEL 1 DE JULIO AL 15 DE SEPTIEMBRE
lunes de 10 a 13 h

Servicio gratuito para los colegiados especializado en asesoramiento jurídico-laboral y reclamaciones administrativas.

Además reducción máxima de honorarios que permite el Colegio de Abogados de Valencia en procedimientos contenciosos privados.

Información General

Publicaciones

Revista Enfermería Integral / Boletines Informativos

Tablón de Anuncios

Funciona con carácter permanente en la sede colegial, insertándose información general de interés para los colegiados.

Biblioteca

Se pueden retirar dos libros por colegiado/a, debiendo devolverlos en el plazo máximo de 15 días.

Ayudas económicas

El colegio tiene establecidas Ayudas económicas por asistencia a Jornadas, Congresos, etc. Siempre que se presente Ponencia, Comunicación o Póster.

Cursos

Además de los cursos de Postgrado el Colegio organiza otros cursos que son gratuitos: Técnicas de búsqueda de empleo, Formación continuada gratuita en las diferentes áreas de Salud, aulas del Colegio, etc.

Seguro de responsabilidad civil

Todos los colegiados tienen asegurada la responsabilidad civil derivada del ejercicio profesional, con una cobertura personal de 3.500.000 de Euros por siniestro y hasta un límite de 22.000.000 anuales por anualidad de seguro.

Un Decreto Inoportuno

Solemos confiar en la capacidad de los expertos en cuanto al control de las complejidades solo para darnos cuenta de que esos mismos expertos, a los que resulta imposible poner cara dado que el presentador del documento es el político de turno, adolecen de la mínima sensatez exigible a la hora de implicar a la sociedad.

En el caso al que deseo aludir, dicha sociedad es la universitaria y, por extensión, la profesional, ya que es en torno al Plan Bolonia donde pretende anclarse el presente artículo.

Cuando, en su día, fue presentado el proyecto de implantación en España, ya hubo quien dijo que iba a suponer todo un triunfo el hecho de conseguir ser Licenciado. De entrada, esto tiene todos los visos de ser algo así como un engaño, ya que la definición misma desaparece, quedando transformada en una sucesión de tres niveles denominados, del primero al último, Grado, Máster y Doctor.

Ello generó en docentes y profesionales toda una batería de dudas, inquietudes, malhumores y demás, al constatar el hecho de que ni siquiera sería posible alcanzar el nivel académico que en esos momentos se poseía, ya que para conseguir el título de grado, los Diplomados tenían que empezar a rascarse los bolsillos para realizar el curso que unos cuantos espabilados diéronse mucha prisa en ofrecer, y a los que obviamente, tuvieron que agregarse las Universidades.

Es en noviembre del pasado año cuando se publica, por decisión gubernamental, el decreto 967/2014 en donde se establecen los requisitos de homologación y correspondencia para unificar académicamente los niveles de Diplomado y Grado, con el consiguiente desasosiego (por definirlo con tibieza) entre los que ya han realizado el curso y la lógica alegría por parte de los que no lo han hecho.

Superado este asunto, va teniendo uno la sensación de que las cosas se han instalado en el camino de la normalización, a la vez que comienzan a promocionar, este mismo año, la primera generación de Grado de 4 años. Al mismo tiempo, se confeccionan cambios en diferentes conceptos relativos al acceso al Doctorado, a la vez que se van ajustando las distintas realidades académicas.

Que las personas necesitamos espacio para actuar y adaptarnos, por sabido se omite, además de tener presente que al recibir cualquier tipo de mensaje comenzamos a construir el relato mental desde nuestro particular bagaje y visión del mundo, teniendo la impresión de que, tras toda esta serie de avatares y contraavatares, bien podría dar comienzo la fase de evaluación de las diferencias sufridas, tanto en formación, como en la manera de impartirla.

Pero no. Una vez más, la situación no revierte. Una vez más, las alarmas se disparan. Una vez más, tendremos que asistir al desagradable espectáculo de contemplar cómo los mercaderes de la profesión perpetran nuevas formas de sacar rédito a los posibles cambios que puedan presentarse

y las subsecuentes justificaciones que quepan (o no) para poder ir mudando versiones, tal y como las serpientes mudan la piel.

Con el Real Decreto aprobado el 31 de enero se abre la puerta a que de nuevo, en el primer ciclo formativo de Grado, cada Universidad pueda decidir qué duración va a tener; algo increíble, ya que si en la base educativa no se está de acuerdo en este país, en qué vamos a poder estarlo.

¿Cómo se permite, cualquiera que sea la parte contratante, que en el mismo puesto y con las mismas condiciones laborales nos encontremos ante profesionales con formaciones académicas distintas, de tres y de cuatro años?

¿Pueden darse, acaso, en el sistema de trabajo español diferencias o clasificaciones con variaciones económicas dependiendo de si se es enfermero de una u otra duración formativa? Porque, prácticamente, apenas las hay en los salarios de especialistas o entre puestos de categorías diferentes...

Como puede apreciarse, las cosas siguen sin cambiar. Cada vez que se decide algo que nos afecta directamente, esos mismos expertos de rostro invisible continúan ignorando las realidades y peculiaridades de los colectivos afectados por sus decisiones. ¿Para cuándo una auténtica ruptura en la barrera conceptual de que las decisiones de los expertos no admiten réplica?

Se nos condena, una vez más, al cabreo multilateral y a la pugna expedita ante los innumerables frentes que mantenemos abiertos, a los que a menudo, resulta sumamente complicado plantar cara, debido entre otras muchas cosas, a los portentosos índices de interinidad que padecemos.

Desde aquí, nuestro compromiso a continuar con la ineludible tarea informativa, a persistir haciéndolo con imparcialidad y a manifestar nuestra indignación siempre que sea necesario, mediante la denuncia "en tiempo real" de lo que acontece.

Por eso mismo, insistimos en la importancia de ponderar lo que, como Colegio profesional, se da y se recibe del colectivo al que representa; la justicia nace de la objetividad, y ésta, de la equidad y la honradez.

Callar, mantener a las personas ignorantes o confundidas, no es el camino. Y es que, como bien decía el filósofo William James, no hay mayor mentira que la verdad mal entendida.



Un Decret Inoportú



Solem confiar en la capacitat dels experts en quant al control de les complexitats solament per adonar-nos que aquests mateixos experts, als quals resulta impossible posar cara atès que el presentador del document és el polític de torn, emmalalteixen de la mínima sensatesa exigible a l'hora d'implicar a la societat.

En el cas al que desitje al·ludir, aquesta societat és la universitària i, per extensió, la professional, ja que és entorn del Pla Bolonya on pretén ancorar-se el present article.

Quan, en el seu moment, va ser presentat el projecte d'implantació a Espanya, ja va haver qui va dir que anava a

suposar tot un triomf el fet d'aconseguir ser Llicenciat. D'entrada, això té tots els aspectes de ser alguna cosa així com un engany, ja que la definició mateixa desapareix, quedant transformada en una successió de tres nivells denominats, del primer a l'últim, Grau, Màster i Doctor.

Això va generar en docents i professionals tota una bateria de dubtes, inquietuds, mals humors i altres, en constatar-se el fet que ni tan sols seria possible aconseguir el nivell acadèmic que en aquests moments es posseïa, ja que per aconseguir el títol de grau, els Diplomats havien de començar a rascar-se les butxaques per realitzar el curs que uns quants espavilats es donaren molta pressa a oferir, i als quals òbviament, van haver d'agregar-se les Universitats.

És al novembre del passat any quan es publica, per decisió governamental, el decret 967/2014 on s'estableixen els requisits d'homologació i correspondència per unificar acadèmicament els nivells de Diplomat i Grau, amb el consegüent desassossec (per definir-ho amb tebiesa) entre els quals ja han realitzat el curs i la lògica alegria per part dels quals no ho han fet.

Superat aquest assumpte, va tenir un la sensació de que les coses s'han instal·lat en el camí de la normalització, ahora que comencen a promocionar, aquest mateix any, la primera generació de Grau de 4 anys. Al mateix temps, es confeccionen canvis en diferents conceptes relatius a l'accés al Doctorat, ahora que es van ajustant les diferents realitats acadèmiques.

Que les persones necessitem espai per actuar i adaptar-nos, per sabut s'omet, a més de tenir present que en rebre qualsevol tipus de missatge comencem a construir el relat mental des del nostre particular bagatge i visió del món,

tenint la impressió de que, després de tota aquesta sèrie d'avatars i contraavatars, bé podria donar començament la fase d'avaluació de les diferències sofertes, tant en formació, com en la manera d'impartir-la.

Però no. Una vegada més, la situació no reverteix. Una vegada més, les alarmes es disparen. Una vegada més, haurem d'assistir al desagradable espectacle de contemplar com els mercaders de la professió perpetren noves formes de traure rèdit als possibles canvis que puguen presentar-se i les subseqüents justificacions que càpiguen (o no) per poder anar mudant versions, tal com les serps muden la pell.

Amb el Reial decret aprovat el 31 de gener s'obre la porta al fet que de nou, en el primer cicle formatiu de Grau, cada Universitat pugui decidir què durada va a tenir; alguna cosa increïble, ja que si a la base educativa no s'està d'acord en aquest país, en què anem a poder estar-ho.

Com es permet, qualsevol que siga la part contractant, que en el mateix lloc i amb les mateixes condicions laborals ens trobem davant professionals amb formacions acadèmiques diferents, de tres i de quatre anys?

Poden donar-se, per ventura, en el sistema de treball espanyol diferències o classificacions amb variacions econòmiques depenent de si s'és infermer d'una o una altra durada formativa? Perquè, pràcticament, tant sols les hi ha en els salaris d'especialistes o entre llocs de categories diferents...

Com pot apreciar-se, les coses segueixen sense canviar. Cada vegada que es decideix alguna cosa que ens afecta directament, aquests mateixos experts de rostres invisibles continuen ignorant les realitats i peculiaritats dels col·lectius afectats per les seues decisions. Per a quan una autèntica ruptura en la barrera conceptual que les decisions dels experts no admeten rèplica?

Se'ns condemna, una vegada més, al cabreig multilateral i a la pugna expedida davant els innombrables fronts que mantenim oberts, als quals sovint, resulta summament complicat plantar cara, hagut d'entre moltes altres coses, als portentosos índexs d'interinitat que patim.

Des d'ací, el nostre compromís a continuar amb la ineludible tasca informativa, a persistir fent-ho amb imparcialitat i a manifestar la nostra indignació sempre que siga necessari, mitjançant la denúncia "en temps real" del que esdevé.

Per això mateix, insistim en la importància de ponderar el que, com a Col·legi professional, es dona i es rep del col·lectiu al que representa; la justícia naix de l'objectivitat, i aquesta, de l'equitat i l'honoradesa.

Callar, mantenir a les persones ignorants o confoses, no és el camí. I és que, com bé deia el filòsof William James, no hi ha major mentida que la veritat mal entesa.

Creación del grupo de Enfermería Española en Cuidados Holísticos

Representantes de los Colegios de Enfermería de Barcelona, Murcia, Zaragoza, Jaén, Cantabria, Huesca, Baleares, Cádiz, Alicante, Castellón y Valencia han creado un grupo de trabajo en cuidados naturales, denominado "Grupo de Enfermería Española en Cuidados Holísticos". A esta iniciativa se sumarán próximamente otros colegios de Enfermería que han manifestado su interés por pertenecer a este grupo.

La OMS reconoce la importancia de la utilización en terapias naturales y complementarias y recomienda que se lleve a cabo un desarrollo armónico y científico y se introduzcan medidas para su regulación y control.

Un comité de expertos de la OMS sobre el ejercicio de la Enfermería, insta a los profesionales enfermeros a que estemos preparados para guiar a nuestros pacientes en el proceso de elegir entre los diferentes métodos complementarios y que, en su formación para el ejercicio de su profesión entiendan sobre los diferentes procedimientos existentes, ya que una gran cantidad de población en la actualidad ya demanda la aplicación de otra filosofía en sus tratamientos.

El grupo de Enfermería Española en Cuidados Holísticos ha acordado la continuidad en el trabajo para unificar criterios, por un lado, en el ámbito universitario para que los estudiantes de Enfermería adquieran conocimientos en Cuidados de Enfermería holísticos con evidencia científica y, por otro, para que la administración acepte que se puedan aplicar en su ámbito las herramientas de éstas, creando



una base de datos de terapias naturales y animando a las enfermeras que actúan en este campo a potenciar este tipo de atención.

El pasado 28 de noviembre 2014 se celebró en la sede del Colegio de Enfermería de Valencia, la I Jornada de Cuidados de Enfermería Naturales, con un aforo de 100 profesionales, bajo el lema "Salud natural, salud integral". Durante la Jornada se realizó un análisis y reflexión del papel de la Enfermería en los Cuidados de Enfermería Naturales. En definitiva una experiencia de contacto entre distintos profesionales que resultó muy positiva y que sirve de estímulo para continuar potenciando la continuidad de los cuidados aplicando todo aquello que resulte positivo para mantener y mejorar la calidad de los usuarios.

El programa Conectados de CEUMEDIA Televisión presenta la herramienta informática MPCADH

MPCADH (Modelo planes de cuidados de atención domiciliar holística) es una herramienta informática que mejora la calidad de los cuidados de las personas dependientes. Nació a partir de un algoritmo creado por el profesor de la Universidad CEU Cardenal Herrera, Juan José Tirado, presidente del Colegio de Enfermería. La aplicación proporciona información a enfermeros y trabajadores sociales para generar ahorro, evitar duplicidades y facilitar la atención al paciente. Permite baremar el grado de autonomía de las personas, la capacidad para realizar tareas básicas y la necesidad de apoyo y supervisión que requiere cada paciente por parte de profesionales de la Enfermería y cuidadores.

El diseño sencillo de la aplicación facilita a los enfermeros una valoración automática del nivel de dependencia mediante un algoritmo de baremación y, a continuación, genera un programa de cuidados personalizado. El modelo incluye también una serie de mapas mentales que facilitan al profesional una guía de actuación, lo que proporciona seguridad y exhaustividad en la cumplimentación de la valoración del grado de dependencia. El modelo está además diseñado para que pueda ser utilizado de manera conjunta con otras herramientas del ámbito de la Enfermería, como los diagnósticos de enfermería (NANDA) o las intervenciones enfermeras (NIC y NOC).

Los alumnos de 3^{er} curso de Educación Primaria del colegio Cavite Isla de Hierro aprenden como salvar una vida

La escuela constituye el lugar idóneo para iniciar a la población infantil en el conocimiento y aprendizaje de los primeros auxilios, la atención ante emergencias sanitarias y las técnicas de reanimación cardiopulmonar.

La actividad ha sido realizada por la enfermera del centro, Saray Carod López y ha estado dirigida a alumnos de tercero de Educación Primaria.



El objetivo es que los niños de 7 y 8 años aprendan que es una emergencia y como actuar en los primeros minutos que son vitales. Durante el taller aprendieron a realizar la maniobra de Heimlich, la reanimación cardiopulmonar y como



alertar a los servicios de emergencia de manera adecuada.

La educación en primeros auxilios en el ámbito escolar es vital para conseguir una sociedad cada vez más capacitada en socorrer inicialmente a sus ciudadanos. Somos conscientes de que los niños pueden salvar una vida.

Saray Carod López.

Enfermera Escolar Colegio Cavite Isla de Hierro.

Por séptimo año consecutivo, la Asamblea General del Colegio aprueba el no incremento de la cuota colegial

Esta es una de las decisiones que se adoptaron en la Asamblea General celebrada el día 28 de enero, donde



también se aprobaron por mayoría, el Balance 2014 y los Presupuestos para el año 2015.

El presidente del Colegio, Juan José Tirado realizó una detallada exposición de las actividades desarrolladas durante el año 2014 así como los proyectos para el 2015. Se destacó la importancia del Seguro de Responsabilidad Civil para el colectivo, que durante el pasado año atendió un total de 81 siniestros declarados, ofreciendo una gran protección a los profesionales gracias a la cobertura de la póliza. Además, Tirado remarcó el incremento de las actividades formativas desde el Colegio, donde más de 3.000 profesionales han participado de modo gratuito en las mismas.

El Hospital de Manises crea un blog sobre celiacía con consejos, recetas e información a pacientes

El Hospital de Manises ha alojado en su web, www.hospitalmanises.es, un nuevo blog de la Unidad de Celiacía del centro dirigida a los pacientes aquejados con esta enfermedad, a fin de informarles sobre la misma, sus principales signos y síntomas de alerta, así como los pasos a seguir cuando existe sospecha; en suma, se trata de normalizar su día a día.

Según explica Esther Hinojosa, coordinadora del blog, el perfil de los pacientes que atiende la Unidad es proclive al uso de las nuevas tecnologías de la información. Un gran número de pacientes son niños pequeños con padres jóvenes que buscan mucha información en las redes y tratan de estar al tanto de novedades.

La rotación del turno de noche en el trabajo puede ser peligroso para la salud

Se ha observado un posible aumento de las enfermedades cardiovasculares y la mortalidad por cáncer de pulmón en las enfermeras que trabajan en turnos de noche rotativos, según un informe publicado en *American Journal of Preventive Medicine*.

El trabajo por turnos de noche se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y cáncer. En un estudio publicado en la edición actual de la revista *American Journal of Preventive Medicine*, los investigadores encontraron que las mujeres que trabajan en turnos nocturnos rotativos durante cinco o más años parecen tener un modesto aumento en la mortalidad por cáncer de pulmón. Estos resultados se suman a la evidencia previa de un efecto potencialmente perjudicial de cambios de turno de noche en la salud y la longevidad.

Dormir y el sistema circadiano juegan un papel importante en la actividad antitumoral y la salud cardiovascular. Hay eviden-

cia biológica considerable de que el trabajo por turnos de noche promueve el desarrollo del cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y contribuye a una mayor mortalidad.

Un equipo internacional de investigadores analizó los posibles vínculos entre los cambios de turno de noche y la mortalidad por cáncer en un estudio de casi 75.000 enfermeras estadounidenses registradas. Utilizando los datos del *Nurses Health Study*, encontraron que trabajar en turnos nocturnos rotativos durante más de cinco años se asoció con un aumento en todas las causas y de la mortalidad.

La mortalidad por todas las causas parecía ser un 11% mayor para las mujeres con 6 o 15 años de cambios de turno de noche. La mortalidad parecía ser un 19 por ciento y un 23 por ciento mayor para los grupos, respectivamente. No hubo asociación entre cambios de turno y cualquier mortalidad por cáncer, excepto por cáncer de pulmón en los que trabajaban en turnos de noche durante 15 o más años.



APP del Colegio de Enfermería para smartphone

La aplicación se llama *Enfervalencia* y para acceder a ella los usuarios de iPhone podréis descargarla gratuita-

mente desde vuestra appStore, y los usuarios de Android desde PlayStore, indicando *enfervalencia* o *Colegio de Enfermería de Valencia*.

Implantación de enfermeras/os escolares en todos los centros de Educación Especial

La Conselleria de Sanidad ha anunciado que a lo largo de este año, los 47 centros de Educación Especial de la Comunitat Valenciana contarán con profesionales de Enfermería escolar durante todo el horario lectivo. Esta medida, anunciada por el conseller de Sanidad, Manuel

Llombart, beneficiará a más de 2.900 alumnos y supondrá la contratación de 40 profesionales de Enfermería escolar para dar respuesta a una necesidad social que está cada vez más cerca de conseguirse.

El estado de salud y la esperanza de vida de los españoles, a la cabeza de los países desarrollados

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha presentado la edición 2014 de su informe Panorama de la Salud (Health at a Glance) para los países de la Unión Europea. Las conclusiones del estudio para nuestro país revelan que, en general, el estado de salud de los ciudadanos españoles es bueno, medido por criterios como la esperanza de vida y la mortalidad infantil, indicadores en los que España está por encima de la media de los 28 países de la UE.

España, Italia y Francia lideran el grupo los países de la UE en los que la esperanza de vida al nacer supera los 80 años. En concreto, el conjunto de personas nacidas en España alcanzaron en 2012 una esperanza de vida al nacer de 82,5 años, la más alta de la Unión Europea. En el caso de las mujeres, la esperanza de vida en España (85,5 años) fue la más alta de la UE mientras que para los hombres fue más alta en Suecia (79,9 años).

Si bien es cierto que la esperanza de vida en los países de la UE está creciendo, también lo hace la carga de enfer-

medades crónicas, como la diabetes o las demencias. En España, según el estudio de la Federación Internacional de Diabetes que utiliza la OCDE, el 8,2% de los ciudadanos de 20 a 79 años padecen diabetes, frente al 6% de la media de la UE. En cuanto a las demencias, el 7,5 % de los mayores de 60 tienen diagnosticada alguna, frente al 7% de la media UE.

La tasa media de mortalidad ajustada por edad se situó en la UE en 1.500 fallecimientos por cada 100.000 habitantes. Las tasas de mortalidad más bajas se dieron en los países del norte de Europa, oeste y sur, sobre todo en Francia, España, Italia, así como Suiza.

La calidad en la atención a los procesos crónicos se puede medir por las tasas de admisiones hospitalarias en patologías como el asma o la diabetes. En España, la tasa de hospitalización por asma en adultos por 100.000 habitantes es de 40, cifra inferior a la tasa media de la UE (51). Para la hospitalización por agudización de diabetes, España, con una tasa de 85 por 100.000 habitantes, presenta una de las tasas más bajas de la UE.

España se encuentra a la cola de Europa en número de enfermeras/os



A colación del informe *Salud de un vistazo: Europa 2014*, cuya autoría pertenece a la Comisión Europea y a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), el Sindicato de Enfermería SATSE ha denunciado que España se encuentra, a la cola de Europa en número de enfermeras/os por habitante.

En este sentido, y debido a que este documento también revela un descenso de estos profesionales en el año 2012, que en concreto, fue de 0,3 puntos porcentuales, esta organización sindical sostiene que éstos son los principales profesionales sanitarios que han resultado víctimas de los recortes realizados en materia de recursos humanos en momentos de crisis.

Seguro **Multirriesgo de Hogar**



La llave de la seguridad de su casa

MAS INFORMACIÓN EN EL



15%
DESCUENTO

Hasta el
31 de diciembre
de 2015*



Ahora, con **SERVICIOS EXCLUSIVOS** pensados para su casa y para usted

- ✓ Manitas del Hogar
- ✓ Manitas Tecnológico
- ✓ Ayuda Personal en el Hogar
- ✓ Y disfrute también de nuestro servicio de Asistencia Informática

A.M.A. ALICANTE

Castaños, 51
Tel. **965 20 43 00**
alicante@amaseguros.com

A.M.A. CASTELLÓN

Mayor, 118
Tel. **964 23 35 13**
castellon@amaseguros.com

A.M.A. VALENCIA

Plza. América, 6 ac
esquina Avda. Navarro Reverter, 17
Tel. **963 94 08 22**
valencia@amaseguros.com

LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10



(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación realizados hasta el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Las/os enfermeras/os lideran las estrategias de crónicos y neurodegenerativas

El jefe del servicio de la subdirección de calidad de Sanidad, José Rodríguez Escobar, reivindica el papel de la profesión de enfermería en la gestión sanitaria. La subordinación de la enfermera al médico y a otros sanitarios no es asunto nuevo. Existen indicios de cambio de paradigma en la importancia que el Ministerio de Sanidad atribuye a los

cuidados del paciente, y no solo a su diagnóstico y tratamiento. Uno de ellos reside en algunos planes estratégicos de primera línea gubernamental, como el plan de crónicos, el de enfermedades neurodegenerativas o el de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), todos ellos con creciente implicación directiva del enfermero/a.

El informe Fedea repasa 41 indicadores sanitarios de los últimos años y ve preocupante la situación laboral

La Fundación de Estudios de Economía Aplicada (Fedea) ha presentado el estudio Sistema de Salud en España en perspectiva comparada, primer informe observatorio de sanidad en el que repasa los principales indicadores sanitarios de los últimos años y su evolución. Más allá de poner sobre la mesa los datos en esperanza de vida, factores de riesgo, gasto, empleo y salud percibida, entre otros, Fedea saca sus propias conclusiones eligiendo 41 indicadores, de los que 14 presentarían una situación positiva, 14 una

preocupante y 13 una negativa.

Los indicadores que salen peor parados son el gasto y los presupuestos, nacionales y autonómicos, y las listas de espera. Otro de los factores que más ha sufrido, el empleo sanitario, es calificado de preocupante, no de negativo, mientras que las buenas notas se las llevan principalmente indicadores como la esperanza de vida, la salud percibida y la reducción del consumo de tabaco.

Los presidentes de los colegios de Farmacia y Enfermería se reúnen para establecer sinergias entre ambas profesiones



El presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF), Jaime Giner, siguiendo con las rondas de reuniones que está realizando con colegios profesionales sanitarios, se ha reunido con el presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. El objetivo de estas reuniones es debatir sobre los temas que afectan a ambos colectivos y buscar una mayor colaboración, teniendo como premisa que una mayor relación entre colectivos sanitarios genera un mayor beneficio en el usuario.

Durante la reunión se ha acordado que se creará una comisión mixta entre farmacéuticos y enfermeros para

establecer sinergias que redundaran en mejorar la atención sanitaria en beneficio del paciente, fortaleciendo las competencias de cada profesión y trabajando de una forma conjunta y coordinada. Además se establecerán pautas de trabajo conjuntas en referencia a la atención domiciliaria y otros temas asistenciales para sacar lo mejor de cada profesión en beneficio del paciente.

Para ambos presidentes, es importante la colaboración entre distintos roles profesionales con el fin de racionalizar la atención al usuario. Respecto a la atención domiciliaria se matizó la importancia que tiene la enfermería con el fin de generar calidad asistencial y ahorro, haciendo posible el mantenimiento del estado del bienestar.

Guía para reforzar el papel del cuidador de enfermos crónicos y Documento de Atención a pacientes con fibromialgia

La Conselleria de Sanitat ha presentado dos nuevas publicaciones sanitarias: la "Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario" y el Documento "Atención a pacientes con fibromialgia".

Se trata de dos publicaciones que han sido elaboradas con finalidad de ofrecer una atención más eficaz y de mayor calidad a los pacientes que padecen alguna enfermedad crónica, así como prestar una mayor atención a los cuidadores de dichos pacientes y a su entorno familiar. Son herramientas fundamentales de apoyo a los profesionales que desarrollan su trabajo en el ámbito de atención primaria.

El incremento de las enfermedades crónicas ha provocado una mayor necesidad de respuesta integral para atender las necesidades reales de dichos pacientes. Por ello, mediante la elaboración de estas publicaciones, se pretende ofrecer una mayor información y dar soporte a los pacientes que padecen fibromialgia, así como a los cuidadores de pacientes con cualquier tipo de enfermedad crónica. Tanto el paciente como la persona cuidadora tienen un papel muy importante en las decisiones de salud. Además, como personas con un papel activo en su autocuidado pueden ayudar a otros a afrontar y gestionar mejor su enfermedad compartiendo sus experiencias.

Guía de atención a personas cuidadoras

La Guía de atención a las personas cuidadoras familia-

res en el ámbito sanitario supone un manual de apoyo dirigido a los profesionales para facilitar su labor de captar e identificar a las personas cuidadoras susceptibles de intervención, desarrollar una valoración integral del paciente y del cuidador, y seleccionar las intervenciones más adecuadas.

Con esta guía los profesionales podrán responder a las necesidades de los cuidadores, lo que se traduce en una mejor atención del paciente crónico.

Documento Atención a pacientes con fibromialgia

La finalidad de este documento responde a la necesidad de ofrecer la atención adecuada a pacientes que padecen esta patología. La fibromialgia es una afección caracterizada por dolor crónico músculo-esquelético generalizado o extenso de etiología desconocida. Actualmente, se estima que la padece un 2% de la población adulta, con mayor afectación entre las mujeres.

Sobre la base del documento de fibromialgia del Sistema Nacional de Salud, el documento recoge directrices sobre los últimos avances en la evidencia científica, y describe el circuito asistencial de diagnóstico y tratamiento para difundirlo entre los profesionales con el objetivo de contribuir al trabajo en equipo de los mismos en los distintos niveles asistenciales, en la atención a las personas que padecen esta patología.

La situación de la Sanidad, el sexto problema de mayor importancia para los españoles

El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) ha publicado el avance de los resultados de su Barómetro del mes de diciembre del año 2014, el cual refleja que la Sanidad es el sexto problema de mayor importancia a juicio de la sociedad española, ya que es considerada una de las tres principales preocupaciones por parte del 10,6 por ciento de los ciudadanos.

De esta manera, la Sanidad se sitúa por detrás del paro (75%), la corrupción y el fraude (60%), los problemas de índole económica (24,9%), los políticos (21,8%) y los problemas sociales (10,8%). Más atrás que ella se sitúan,

por su parte, la educación (7,5%), los problemas relacionados con la calidad del empleo (4,9%) y la inseguridad ciudadana (3,4%).

Por otro lado, en cuanto a cuál es el problema que afecta más de manera individual, la Sanidad asciende hasta el cuarto puesto de la clasificación, con un 9,9 por ciento del total. En esta tabla, el hipotético podio lo ocupan el paro, con un 45,4 por ciento; los problemas de índole económica, con un 26,6 por ciento; y la corrupción y el fraude, con un 18 por ciento.

El Ministerio de Sanidad se compromete en mejorar la prevención y el tratamiento de la diabetes

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que surge cuando el páncreas no produce suficiente insulina (diabetes tipo 1), o cuando el organismo no puede hacer un uso eficaz de la insulina generada (diabetes tipo 2). Ambos tipos son graves y requieren un seguimiento y control exhaustivos. Se trata, además, de las enfermedades crónicas más prevalentes en España, como en la mayoría de los países desarrollados. En los últimos 25 años, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud, ha experimentado un importante aumento, pasando de afectar al 4,1% de la población hasta cerca de un 7%.

Por este motivo, el ministro de Sanidad, Alfonso Alonso se ha comprometido en mejorar la prevención de la enfer-

medad, el tratamiento de los pacientes y también la formación de éstos y sus familias para un correcto seguimiento y para evitar complicaciones, pues la diabetes es la primera causa de trastornos como la ceguera, el tratamiento sustitutivo renal y las amputaciones en los países occidentales.

Se pretende actualizar la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud y consolidar la mejora en la atención a la diabetes tipo 1 (la más frecuente en la infancia). Junto a ella, la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad, que incluye enfermedades y trastornos como la hipertensión, las demencias y también la diabetes, son el principal instrumento para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Sanitat dotará la asistencia a la salud mental de plazas de enfermería especialista

La conselleria de Sanitat comenzará este año la primera fase del proceso para dotar un centenar de plazas de la categoría de enfermería especialista en salud mental, dando así respuesta a una de las principales reivindicaciones de este colectivo profesional.

Concretamente, el proceso supondrá la reconversión de aquellas plazas de enfermería "generalista" cuyo personal está adscrito a dispositivos asistenciales de salud mental, y que además tengan la titulación de la especialidad en salud mental de acuerdo con la normativa vigente.

Actualmente, la conselleria de Sanitat forma a profesionales de especialidades de enfermería cuya especialización vía residencia se lleva a cabo en unidades acreditadas para la docencia, que según la normativa son: enfermería obstétrico-ginecológica, enfermería de salud mental, enfermería familiar y comunitaria y enfermería del trabajo. Están en fase de acreditación las especialidades de geriatría y pediatria.

Excepto la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica, de larga tradición, algunos de los profesionales titulados ejercen sus funciones en plazas básicas, denominadas "generalistas", ya que las nuevas categorías se han ido implantando tanto en virtud de las necesidades asistenciales

como la situación del personal que presta sus servicios en las mismas.

Este paso supone un nuevo reconocimiento a la profesión de enfermería, que tiene un importante peso en el sistema valenciano de salud. Concretamente, en las instituciones sanitarias de la Comunitat trabajan a diario cerca de 13.000 profesionales de enfermería; 10.000 en atención especializada y cerca de 3.000 en atención primaria.

De las más de 1.000 plazas de formación sanitaria especializada para graduados o diplomados en Enfermería ofertadas en el territorio nacional, la Comunitat ha obtenido la acreditación anual de 137 plazas en las cuatro especialidades de Enfermería que actualmente se ofertan: 25 de Enfermería Familiar y Comunitaria, 11 de Enfermería de Salud Mental, 94 de Enfermería Obstétrico-Ginecológica y 7 de Enfermería del Trabajo.

Para la Conselleria de Sanitat, la dotación de plazas para la Enfermería de salud mental es un gran paso en la formación especializada del personal sanitario; un área en el que se producen cambios constantes y que requiere unos conocimientos específicos en nuevas tecnologías y nuevos procedimientos que revertirán en un aumento de la calidad de los cuidados.

CIRUGÍA REFRACTIVA LÁSER

VIVE LA VIDA SIN GAFAS NI LENTILLAS

PROMOCIÓN EXCLUSIVA

para colegiados
y familiares directos del



COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERÍA DE VALENCIA



SOLICITA YA TU 1ª CONSULTA PREOPERATORIA

SÓLO HASTA EL 30 DE ABRIL

795€
POR OJO

+ CONSULTA
PREOPERATORIA
GRATUITA

Alicante • Castellón • Valencia • Denia • Ontinyent • Puerto de Sagunto • Requena • Torrent • 902 130 100
TARIFAS Y PROMOCIÓN VÁLIDAS SÓLO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

clinicabaviera.com    



CLINICA
BAVIERA

Tarifa General: 895€/ojo. Promoción válida desde 01/03 hasta 30/04/15 para tratamiento Láser, excepto Lasik/Lasek Z-100. Consulta valorada en 55€. No acumulable a otras ofertas. Imprescindible presentar acreditación en 1ª visita.

Nueva página web de la Fundación Vicente Ferrer

La lucha contra la pobreza es quizás el mayor desafío que afronta la humanidad. En los últimos años, la incertidumbre económica y social nos ha hecho mucho más conscientes del gran esfuerzo que supone hoy para ti y para muchos de nuestros padrinos y colaboradores, acompañarnos en nuestro objetivo de combatir la discriminación por casta, género o discapacidad y trabajar para que todas las personas tengan igualdad de oportunidades. Por ello, queremos agradecer tu generosidad, tu colaboración tiene un impacto en la vida de millones de personas de la India rural.

Como sabes, el programa de desarrollo en el estado indio de Andhra Pradesh no cesa, puesto que tampoco se detienen sus necesidades. Con el objetivo de conseguir más complicidad de personas como tú y de empresas e instituciones que nos apoyen, nos complace comunicarte dos novedades.

Por un lado, os presentamos el que será el nuevo logotipo de la Fundación Vicente Ferrer a partir de este mes de enero. Este cambio nos aproxima más a la figura del

fundador de la organización. Nos permite también acercar a más personas la filosofía de la "acción buena" que tanto promulgó Vicente Ferrer.

La segunda novedad es el cambio de nuestras páginas web. Ha sido necesario actualizarlas para ajustarlas a los nuevos formatos que exige la irrupción de los dispositivos móviles.

La edición española de la página web que lanzamos www.fundacionvicenteferrer.org quiere informar de un modo más ameno de toda la actualidad de nuestro programa de desarrollo en la India, a través de noticias y entrevistas, con una presencia destacada de contenido audiovisual con más fotografías y vídeos. La gráfica y esquema de navegación es más intuitiva. Te animamos a que la difundas en tu entorno y que participes a través de nuestras redes sociales. Lanzamos también una página web internacional www.vicenteferrer.org para darnos a conocer más allá de las fronteras de España y la India.

(Nota de prensa de la Fundación Vicente Ferrer sobre novedades en su sitio web)



CLÍNICA DE LA DRA. M^a JOSÉ OLTRA
CLÍNICA PIONERA EN VALENCIA
que realiza el protocolo de
Extracción Segura de la IAOMT

**LÁSER DE DIODO
APLICADO A LA CIRUGÍA
Y PERIODONCIA**

Dra. M^a José Oltra Moscardó

**10% EN TODOS
LOS TRATAMIENTOS**

Experiencia con **más de 25 años en la Odontología**.
Equipo Médico Profesional en **continua formación**.
Financiación.



**Oferta válida para colegiados y empleados.*

Avda. Blasco Ibáñez 64, esc 2, ptas 3 y 4
Valencia 46021. Tel/Fax: 96 361 00 11
www.mariajoseoltra.com
www.idimblascoibanez.com



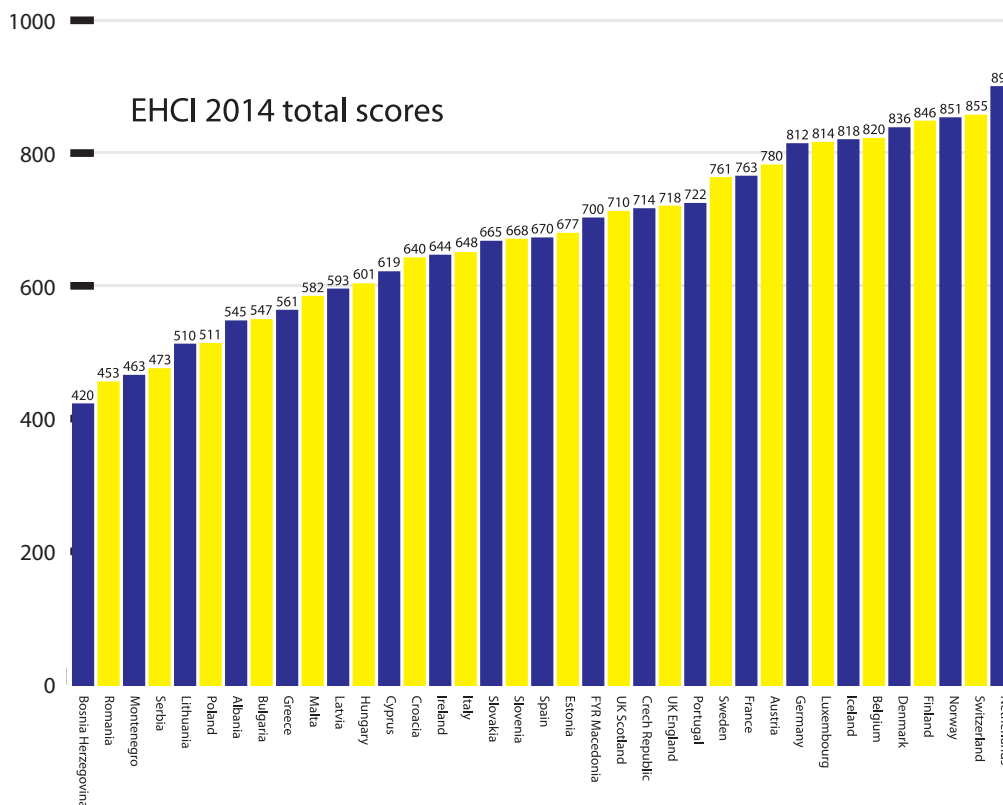
España, en el puesto 18 en sanidad dentro de Europa

España ocupa el puesto 18 en el Euro Health Consumer Index (EHCI) 2014, consiguiendo 670 puntos sobre un máximo de 1000, lo que la ubica en la misma posición que en el 2013.

Holanda se mantiene en la cima, obteniendo 898, seguido por Suiza, Noruega, Finlandia y Dinamarca. España gana siete puntos en el rendimiento general, pero no es suficiente para subir en el ranking de países. El estudio incluye 36 Estados.

El sistema Sanitario español está bajo presión, aseguran desde el EHCI, no sólo por las medidas de austeridad sino

también por las crecientes tensiones entre Madrid y las regiones, en lo que respecta a responsabilidades y financiación. Sin embargo, parece como si las funciones básicas de la asistencia sanitaria se mantuviesen adecuadamente, con la mortalidad infantil baja, la vacunación de niños y la prevención de enfermedades importantes en funcionamiento. Los resultados de los distintos tratamientos también siguen mejorando en España. No obstante, a pesar de estas cualidades no se puede ocultar que existen importantes disfunciones en la asistencia sanitaria española que parecen muy difíciles de abordar.



25 Aniversario Promoción 1987-90 E.U.E. Hospital Clínico de Valencia

L@s compañer@s de la Promoción de Enfermería 1987-90 de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital Clínico de Valencia, están organizando una comida para el mes de mayo con motivo del 25 Aniversario de su promoción. Con tal motivo están tratando de hacer llegar esta información a los integrantes de la citada promoción. Los interesados

debéis ponerlos en contacto con Rosabel, a través del número de teléfono: 691408246.

Esperemos que haya mucho éxito de convocatoria y lo podáis celebrar todos juntos, contándoos vuestras vivencias y experiencia profesional.

La empresa Atria Jobs selecciona a enfermeros valencianos para trabajar en un hospital público de Londres

Los pasados días 3, 4 y 5 de febrero se organizó en el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, de la mano de la empresa Atria Jobs, un proceso de selección final para trabajar en Inglaterra.

Un total de 50 candidatos pasaron una pre-selección telefónica, para posteriormente, examinarse en el Colegio de Enfermería mediante un examen escrito y una posterior entrevista oral. Para ello, se desplazaron hasta Valencia cinco entrevistadores, supervisores de los distintos servicios de los hospitales para los que había puestos vacantes, asegurando así una mejor selección.

Al final de los tres días, un total de 38 personas superaron las pruebas finales. Los seleccionados trabajarán en uno de los hospitales públicos del King's College Hospital, situados en Londres.



La Fe patenta un nuevo sistema para inyectar la quimioterapia directamente en la sangre

El Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe) ha patentado un nuevo sistema más seguro para administrar la quimioembolización, una forma de quimioterapia en la que el medicamento se inyecta directamente en los vasos sanguíneos que alimentan el tumor, según han confirmado a Europa Press fuentes de este instituto.

Así, la Oficina de Transferencia de Resultados de la Investigación (OTRI) del IIS ha registrado en la Oficina Española de Patentes y Marcas este nuevo dispositivo, que permite administrar al menos tres sustancias al mismo tiempo manteniendo la estanqueidad del sistema, lo que resulta "más eficiente y sencillo" que los sistemas actuales y evita situaciones de riesgo.

En la actualidad se lleva a cabo empleando una jeringa conectada a una llave de tres pasos a través de la cual se mezcla el citostático con sustancias como el suero fisiológico, agua destilada o medio de contraste. Una vez realizada la mezcla se separa de la llave y se entrega al facultativo para su administración al paciente, aunque durante el proceso se debe ir ajustando las dosis y modificando la concentración inicial, por lo que son numerosas las

ocasiones que se desconecta y vuelve a conectar la jeringa.

Sin embargo, el sistema, del que ya se dispone de un prototipo que puede utilizarse en la práctica clínica, consta de diferentes conexiones de jeringas formadas por válvulas estancas que contienen membranas y evitan fuga de vapores y líquidos.

Una de las conexiones es la que se destina a realizar la homogenización de la mezcla, mientras que en otra se conecta la jeringa con suero fisiológico, agua u otros diluyentes que se mezclan con el citostático. Se puede además añadir una tercera con medio de contraste para permitir una mejor visualización de las imágenes obtenidas en el angiógrafo. De esta forma, el dispositivo permite administrar al menos tres sustancias simultáneamente.

Este sistema, registrado bajo la fórmula de "modelo de utilidad", ha sido desarrollado por el equipo de enfermería del Hospital Universitari y Politécnico de La Fe, formado por Noemí Pilar Lorente Pastrana, Enrique Llinares Moltó, María Encarnación Marín García, y María Felicitas Sanahuja García, todos ellos especialistas en la realización de quimioembolización.

La reforma del sistema universitario español no afectará a la titulación de Enfermería

La reforma del sistema universitario español aprobada por el Gobierno no afectará a las titulaciones de Ciencias de la Salud como la de Enfermería, que están sometidas a normativa europea o nacional que fija su duración, por lo que no se van a ver afectadas por el Real Decreto 43/2015, de 2 de febrero, publicado hoy en el Boletín Oficial del Estado (BOE).

El Ministerio de Educación, Cultura y Deporte especifica que los cambios previstos no afectarán a todas las carreras universitarias que se cursan en España, sino que van dirigidos únicamente a las profesiones no reguladas. Es decir, aquellas

carreras que tienen normativas propias para la obtención del título (que están reguladas), permanecerán sujetas a las condiciones actuales.

Las profesiones reguladas en España --y que, por tanto, quedan exentas de la modificación-- se ubican, en su mayoría, en ramas del conocimiento de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Arquitectura, como Enfermería, Medicina, Veterinaria, Farmacia, Podología y las ingenierías. Tampoco afectará a los másteres que habilitan para el ejercicio de profesiones, como el de Abogacía y el de Profesorado.

Los enfermeros cobran hasta 10.300 euros menos al año según la comunidad en la que trabajan

Los sueldos de los enfermeros españoles no son, ni mucho menos, homogéneos, y la diferencia entre las comunidades que más pagan con las que menos es más que abultada: de hasta 10.262 euros al año en Atención Primaria (AP) y de 6.912 en Especializada, de acuerdo con las cifras recopiladas por el sindicato de Enfermería Satse.

El sueldo total medio de los profesionales de Enfermería de AP es de 1.832,32 euros brutos mensuales, es decir, 25.652,48 al año. País Vasco es la comunidad en la que las retribuciones son más elevadas, 2.201,87 euros por nómina. El pódium lo completan Cataluña (2.053,63) y Navarra (2.050,92). Por el contrario, donde menos se cobra es en Galicia, con 1.468,82 euros, es decir, 363,5 euros menos que la media nacional y 733,05 de diferencia con Euskadi, o lo que es lo mismo, 10.262 euros en un cálculo de 14 pagas al año. Así, el rango del valor de trabajo gallego es el único del país que no llega a los 10 euros por hora; de hecho, se queda a 26 céntimos para alcanzarlo, mientras que los profesionales del ramo que trabajan en el País Vasco cobran un tercio más, hasta colar los 15.

La media aritmética de las retribuciones personales en Enfermería, a lo largo del presente ejercicio, se desvirtúa no precisamente a raíz del sueldo base, que es de 958,98 euros en todo el territorio nacional, con la única excepción de Navarra, donde es mucho más elevado: 1.519,20. La cuestión es que luego hay una disparidad en cuanto a los complementos que se suman a final de mes. En el complemento de destino no hay diferencias abultadas (va desde los 473,35 que se da en 13 regiones hasta los 509,84 que se suma en Galicia),

todo lo contrario que sí ocurre en el específico, que va desde los 12,68 de Madrid hasta los 744,63 del País Vasco; en Galicia y en Canarias, este complemento no suma, o al menos no aparece desglosado.

En cuanto a la Atención Especializada, la diferencia entre los trabajadores que más cobran y los que menos a tenor de la autonomía en la que desempeñan su trabajo también es más que sobresaliente: de 6.912,36 euros anuales, para ser exactos. A la cabeza de la tabla regional en cuanto a las retribuciones personales se sitúa Murcia, cuyos profesionales perciben un total de 32.217,08 euros anuales (2.301,22 mensuales), seguida del País Vasco y Baleares (2.201,87 y 2.083,14 euros mensuales, respectivamente). Pero, además, hay otras dos comunidades en las que las nóminas sobrepasan los 2.000 euros: Canarias (2.065,66) y Navarra (2.050,92). Todas las demás se quedan por debajo.

En la última posición se coloca la Comunidad de Madrid, que es, con 1.807,48 euros, donde las retribuciones mensuales son más bajas. Respecto a la media, los enfermeros de Especializada madrileños cobran 140,07 menos que la media nacional (1.947,55). Al igual que en el caso anterior, la divergencia se encuentra en los complementos específicos (que van desde los 142,29 mensuales de Madrid a los 551,06 de Cataluña; la media nacional es de 348,16 y Canarias no contempla ninguna cantidad). Además, hay trece territorios que tienen una retribución de productividad fija (desde los 1,48 euros mensuales de Madrid a los 552,45 de Murcia).

El Colegio se reúne con representantes de Coloplast



D. Juan José Tirado Darder se reunió el pasado 9 de febrero con Ángel Redondo (gerente) y Amparo Bello (delegada) de Coloplast Productos Médicos S.A. En dicha reunión Coloplast con motivo de su 30 aniversario

de presencia en España ha presentado un folleto institucional que recoge el firme compromiso de Coloplast por mejorar los cuidados de los pacientes ostomizados.

Este compromiso se ve reflejado en el ámbito de la formación presentando la X Edición del Curso de Experto en Enfermería "Cuidado Integral del Paciente Ostomizado" dirigido y titulado por la Universidad Francisco Vitoria (título

propio) y avalado por la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia, la Fundación Asociación Española de Coloproctología, World Council of Enterostomal Therapists, y patrocinado por Coloplast Academy que ya ha formado a 196 profesionales de Enfermería españoles como expertos y ha contribuido a abrir 68 nuevas consultas especializadas en cuidado del paciente ostomizado.

Por último, Coloplast ha presentado el innovador proyecto en el que varios estomaterapeutas de nuestra comunidad tendrán un papel fundamental en el "Proyecto OROS" el cual va a reflejar la realidad de la Comunidad Valenciana, mediante el Observatorio Regional de Levante, y que va a permitir el desarrollo del primer Libro Blanco de Ostomía en España.

Colegio Oficial de Enfermería de Valencia Convocatoria de elecciones

La Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia en su reunión Extraordinaria celebrada el día 2 de marzo de 2015, ha acordado, por finalización de su mandato, convocar Elecciones para cubrir los cargos de:

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1.-PRESIDENTE | 7.-VOCAL III |
| 2.-VICEPRESIDENTE | 8.-VOCAL IV |
| 3.-SECRETARIO | 9.-VOCAL V |
| 4.-TESORERO | 10.-VOCAL VI |
| 5.-VOCAL I | 11.-VOCAL VII |
| 6.-VOCAL II | |

La convocatoria electoral se hace pública el día 6 de marzo de 2015, debiendo presentarse las candidaturas dentro de los ocho días naturales siguientes a partir del siguiente en que se hace pública, en la Secretaría del Colegio, C/ Polo y Peyrolón, nº 59 de Valencia, tal como ordenan los Estatutos de la Organización Colegial.

Las votaciones se celebrarán el día 17 de mayo del presente año, en la sede colegial de la C/ Polo y Peyrolón, nº 59, siendo el horario de sufragio de 9:00 a 16:00h.

El calendario electoral está a disposición de los colegiados en las oficinas del Colegio.

La Junta de Gobierno

iii ¿IRREGULARIDADES EN LA OPE 2007?!!!

Hola Compañeras, una vez más, me siento a escribir el que creo será el artículo definitivo para esta revista. Es el tercero que hago después de dos borradores previos porque a medida que los acababa iban surgiendo "novedades" que me parecía importante señalar o transmitirlos. Sólo espero que entre este escrito y el momento de su lectura, no haya ocurrido nada más "grave" que deje obsoletas estas líneas.

Y paso a contaros... Parecerá de perogrullo la pregunta de este artículo porque parece contestada al mismo tiempo que la hago. Argumento porqué lo digo.

Todo el mundo sabe que salió el listado definitivo de las plazas de matrona, muy reducido, por cierto, con tan sólo sesenta, cuando sabemos que hay vacantes muchas más. A ver, que me alegro por las que se quedan en las que no se han ofertado, sé que hoy en día trabajar casi parece un lujo de unas/os pocas/os. La cuestión es que casi al final de que expire el plazo de impugnación, tengo conocimiento de que hay algunas compañeras de las 21 que optan a promoción interna que están en situación... como decirlo, "irregular". Es decir, han optado "incumpliendo" la normativa exigida en el DOGV para este tipo de modalidad de concurso-oposición.

Claro, lo que me parece "sorprendente" no es que Conselleria o quien revisa los requisitos se equivoque en los expedientes incluso después de volverlos a revisar a finales de año tras denuncias previas. Lo que me tiene aún... "consternada" es que haya "compañeras" que hayan... "trampeado" e intentado "colarla" a costa de otras, que por mérito o esfuerzo, estaban en derecho de conseguir esa plaza y aprovechando los habituales "despistes" administrativos que todas/os conocemos.

Quiero pensar... que no fue de manera "consciente, con alevosía y nocturnidad" como diría una amiga mía. Quiero creer que malinterpretaron la normativa, quiero sentir que no hay falta de ética personal, en fin, espero que hayan hecho un buen examen de conciencia y que en el momento que esto salga publicado... ellas mismas hayan dado la cara y rectificado.

Pero aquí no acaba mi sorpresa. Además se da el caso que si esta vocalía o el mismo colegio no han actuado en su momento, y no es por echar balones fuera, es porque ha tenido conocimiento dos días antes y con fin de semana de por medio. Pero si en lugar de llegar mal y tarde, hubiese sido conocedora, os aseguro que esto no lo hubiese permitido. Lo curioso es que, al margen de esto, las compañeras que SI eran conocedoras y sabedoras de los nombres de las personas implicadas no hayan hecho el recurso de alzada ante la Administración o Recursos Humanos, o incluso el propio Tribunal.

No creáis que no pregunté los motivos de su pasividad a unas cuantas y la respuesta fue: "es que no quería dar los



nombres, me sabía mal, es una compañera".

Y yo me pregunto, ¿Una compañera? ¿Y es capaz de hacer esto? ¿Eres capaz de renunciar a una posibilidad de conseguir una vida estable laboralmente hablando? ¿Qué esperarás... que alguien adivine lo que pasa y resuelva por vosotros sin documentación, ni pruebas y escondiendo la mano?

En fin compañeras, creo que somos un colectivo con unos "años" de trayectoria profesional y entiendo, suficientemente maduro, como para esperar que nadie nos saque las castañas del fuego, sobre todo, si desconoce la causa.

Todo esto me hace pensar que todos los palos que nos dan por fuera, procedentes de varios frentes, han visto nuestro "talón de Aquiles"... y aún alguien preguntando...si esto me toca o no me toca!!!!

Sólo deseo que la primavera...el sol...regenera no sólo los depósitos de serotonina sino de la sensatez y la profesionalidad.

Y para todas y para las que no están en estas "batallas" casi diarias de nuestra realidad en el día a día, informaros de las actividades formativas programadas para este segundo trimestre y adelantaros las que se están tramitando para después del verano.

Curso	Fechas/Horario	Horas	Precio
Lactancia Materna: Formador de formadores. (4ª edición).	Abril: 15, 20, 22, 27 y 29. Mayo: 4, 6, 11 y 18 + 1 práctica en CS (4h). De 16 a 20h	40 horas. Acreditación EVES	20€
Conocerse bien para cuidar mejor (1ª edición).	Mayo: 11, 12, 13 y 14. De 15.30 a 20.30h	20 horas. Acreditación EVES	10€
Metodología de la investigación para Matronas (1ª edición).	Junio: 1, 3, 8, 10, 15 y 17. Septiembre: 21, 23, 28 y 30. De 16:30 a 19:30h.	30 horas. Acreditación EVES	15€

NOTA: Todas estas actividades se realizarán en la sede del colegio e irán dirigidas a matronas y enfermeras residentes de matrona hasta completar plazas por riguroso orden de inscripción.

Además de esto podéis encontrar más información sobre el *XIV Congreso Nacional de la FAME y II de la Asociación de Matronas de Madrid*, del 28 al 30 de mayo de este año en su página web www.federacion-matronas.org

Y para finalizar, adelantaros que para el último trimestre se volverán hacer el de Control de Bienestar Fetal, Reanimación del Recién Nacido, Duelo Perinatal y como novedad, en abierto, la primera parte del curso de Movilidad del Periné (Nuria Vives) que abarcarán los módulos I y II de su formación.

De todo esto tendréis información en la web, la revista digital y nuestro próximo número de septiembre.

Todas las novedades que vayan surgiendo se publicarán en la web así como en la revista digital diaria. Mientras tanto y por si no nos vemos, que disfrutéis de todo el tiempo libre que tengáis y sólo pido un deseo: formemos un colectivo unido e implicado en el futuro de nuestra profesión, será la única manera de que nadie se cuele por las rendijas!!!!

Sabed que contáis conmigo y mi disponibilidad para hacer de nuestra profesión, la excelencia en la atención a las mujeres, y sus familias.

Vocal IV. Matrona

asociación de jubilados

La Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería "San Juan De Dios" ha celebrado la festividad de su patrón

El pasado domingo día 1 de marzo se celebró la festividad de San Juan de Dios, nuestro Santo Patrón. Se organizaron actos lúdicos, religiosos y oficiales.

Actos religiosos:

Santa Misa a las 12.30 horas en la Parroquia de "Santa María Auxiliadora" situada junto al colegio Salesianos, en la Avenida de La Plata núm. 10. Como cada año la Santa Misa en honor a nuestro Santo Patrón, San Juan de Dios, se ha ofrecido para el eterno descanso de las almas de los difuntos del año 2014 y parte del 2015.

Actos Lúdicos:

A la salida de misa fuimos hacia el restaurante Rosiña, situado justo enfrente de la iglesia, donde se celebró un aperitivo a las 14,00 horas y el almuerzo a las 14,30 horas. Después de la comida se entregó los premios correspondientes a los ganadores de los concursos de Fotografía "Justo Serna" y Literatura "Rodolfo Bordetas".

Actos oficiales:

Como en años anteriores se nombraron Colegiados de Honor a los compañeras/os que por sus méritos personales y trayectoria profesional, fueron nombrados a propuesta de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería. Se les hizo entrega de las placas y nombramientos por el Sr. Presidente del Colegio Oficial de Enfermera de Valencia, D. Juan José Tirado Darder. Además, se homenajeó a los compañeros

que cumplían cincuenta años como Colegiados Honoríficos, a los que se entregó un Diploma conmemorativo del Acto de reconocimiento y agradecimiento de ese medio siglo de trabajo, de entrega, siendo las manos amigas que cuidan a los demás. Como siempre decimos a nuestros Jubilados, "SI TU QUIERES NUNCA ESTARÁS SOLO/A".

En mi calidad de Presidente de la Asociación de Jubilados del Colegio Oficial de Enfermería, quiero agradecer a la Junta de Gobierno del Colegio su gran apoyo y colaboración con esta Asociación y os pido participación activa, tanto en la práctica de Taichi, martes y jueves por la mañana de 10 a 11,30 y de 11,30 a 13 horas, como también del curso básico de informática gratuito. El colegio aporta las aulas y todo el material necesario y apoyo logístico, y yo mismo imparto el curso como profesor de informática, de forma altruista. Este año organizaremos otro curso avanzado de informática para aumentar conocimientos. Además, tenemos un curso básico y otro curso avanzado de inglés. Como siempre esperamos la máxima participación en los actos.



Fdo. Francisco Soto Hernández
Presidente Asociación

Comida de Navidad de la Asociación de Jubilados

Como cada año, los compañeros que durante el curso tenemos actividades en el Colegio, nos juntamos unos días antes de Navidad y comemos juntos. Esto es una forma



más de convivencia y podríamos decir que es una actividad más a realizar.



Continuamos con el taichí, informática e inglés

Continúan las actividades de taichí, todos los martes y jueves de 10 a 11,30 y de 11,30 a 13,00 horas. Somos muchos los que practicamos taichí y muchos los que nos sentimos muy bien física y psicológicamente. El taichí es el ejercicio físico más adecuado para nuestra edad, para nuestras articulaciones, para fortalecer nuestra masa muscular sin grandes esfuerzos y sin lesiones. No lo dudes, cuando te jubiles quédate en tu colegio y participa con todos nosotros y ten en cuenta nuestro: "si tu quieres nunca estaras sol@".



En cuanto al curso de Informática, también pensando en vosotros hemos formado dos cursos, uno básico para los que no saben nada, y otro avanzado para los que van

aprendiendo. Queremos que puedas, si quieres, manejar un ordenador, navegar por las redes sociales con conocimiento de lo que haces y por qué, pedir cita previa con tu médico de cabecera sin salir de casa, hacer compras on-line, ver las ofertas de los grandes almacenes... un mundo nuevo sino lo conoces, solamente tu decides lo que quieres.



Respecto a los cursos de Inglés, también pensando en los jubilados y en los que pronto llegaréis a la jubilación, tenemos dos cursos de inglés, uno básico, para los que no saben nada o muy poco, y un curso avanzado para los que ya han aprendido o tienen un nivel más alto.

Visitas y conferencias



Universidad de Valencia. Vista panorámica del claustro.



Salón de columnas de la Capitanía General, una de las maravillas arquitectónicas que pudimos observar en nuestra visita guiada a Capitanía.



Conferencia-taller de Holística y terapias alternativas, impartido por el compañero Francisco García, Máster en Fitoterapia. Tuvimos la suerte de poder compartir con nuestro compañero y amigo Paco, algunos de sus grandes conocimientos de Medicina Alternativa, terapias, tratamientos y bondades de las plantas, el agua y todo lo que nos rodea.

Coral y Rondalla La Armonía C.A.P.M. Sant Pau

Como parte de la celebración de la Festividad de San Juan de Dios, el pasado día 16 de febrero se presentó un espectacular concierto de cuerda y voz, a cargo de la "CORAL Y RONDALLA LA ARMONIA DEL C.A.P.M. SANT PAU." Este acto tuvo lugar en el Salón de Actos del Colegio.



El salón de Actos estuvo lleno completamente, los jubilados pudieron disfrutar de una serie de canciones conocidas, pero interpretadas con tanta maestría, que ponían el vello de punta al oír tan maravillosos sonidos provocados por instrumentos y voz.

Un éxito total que agradecemos al compañero Juan Andres Martinez Cabezas, que es parte de la Dirección del grupo de la Coral y Rondalla, fue quien nos propuso hacer esta actuación, de forma totalmente altruista. La Junta de Gobierno del Colegio y la Asociación de Jubilados aceptaron el maravilloso obsequio, que a su vez ofrecimos a todos los que quisieron oírlo.



Como presidente de la Asociación de Jubilados del Colegio de Enfermería de Valencia, agradezco a todos y cada uno de los asistentes su presencia en el acto, y como no a nuestro compañero Juan Andres, a la **Magnífica Directora** de esta estupenda Rondalla con Mayúsculas, a todos y cada uno de los componentes de **La "CORAL Y RONDALLA LA ARMONIA DEL C.A.P.M. SANT PAU"** por su actuación y por el regalo que nos han hecho con su actuación en el Colegio.

Un saludo: **Francisco Soto Hernández.**

Descanse en paz

Carmen Martorell Riera



Te fuiste casi sin hacer ruido, dos días después de que los ramitos de violeta hubiesen aparecido en las floristerías de la Plaza del Ayuntamiento. Tenías el corazón partido entre dos ciudades a las que amabas profundamente y cuyas tradiciones, como bien decías, las llevabas en las venas, Sevilla y Valencia. También te gustaba decir que llevabas la Enfermería en las venas, y te alegrabas sinceramente de los avances y pasos que se iban dando en el desarrollo profesional de todas las enfermeras. Te sentías orgullosa de todo lo relacionado con tu profesión y tus colegas.

Y te has ido sin hacer ruido, ¡con lo que te gustaban las mascletás! Algunas amigas te he hemos acompañado en estos últimos años en los que tu salud se resintió. Escuchamos las batallas sobre las vicisitudes de tu dilatada vida profesional que relatabas con todo lujo de detalles como si fueran cuentos.

Muchas compañeras, de todas las edades, te recordarán. Con algunas, fuiste jefa de enfermeras en el Centro de especialidades de Monteolivete, otras te tuvieron como profesora en la Unidad Docente de Matronas de Valencia, adjunta de formación en la Unidad docente de Valencia y jefa del SAIP en el Centro de especialidades de Padre Porta. Tu último destino laboral fue en la Dirección General de Salud Pública, en donde nos enseñaste que cada día era una fiesta, y siempre había motivos para celebrar el día a día. Un largo recorrido para una gran persona que tenía la amabilidad como estandarte. No dejaremos de recordarte.

M^a Montserrat Sánchez

artículo de opinión

A quién corresponda

Comenzaré sincerándome yo misma diciendo por qué no, que el presente artículo que hoy muchos estáis leyendo, es el primero que escribo como enfermera y que aquello que me impulsó a hacerlo ha sido el sentir la necesidad de ser la voz de muchas personas que están siendo literalmente ignoradas y discriminadas por nuestra sociedad.

En concreto, quisiera hacer referencia a un colectivo de personas usuarias de un fármaco que ha dejado de suministrarse en las farmacias españolas por desabastecimiento en el mercado nacional según me informaron en la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios).

El fármaco en cuestión era conocido en España con el nombre de Reandron 1000mg/4ml inyectable, conocido fuera de nuestro país con el nombre de NEBIDO 1000mg/4ml, ambos de laboratorios Bayer con misma concentración, mismo principio activo (Testosterona undecanoato) y mismos excipientes.

Pues bien, el motivo de mi artículo radica en reivindicar el derecho que toda persona tiene a vivir con la mejor calidad de vida posible y a no ser la salud de algunos el objetivo a la baja en los balances presupuestarios anuales del ministerio. En concreto, he de decir que Reandron, ha dejado de suministrarse en las farmacias españolas

por motivos puramente económicos, ya que según he podido averiguar, el actual Ministerio de Sanidad se niega a replantearse el precio de referencia de dicho fármaco y por ello, no llega a ningún acuerdo con el laboratorio en cuestión.

No voy a entrar en debate sobre quien tendría que replantearse sus principios morales y tampoco sobre quien tiene la razón, simplemente sé que ese fármaco es el sustento de vida para muchísimas personas en nuestro país y que dejar de suministrarlo en las farmacias no es la solución. Reandron se utiliza como tratamiento sustitutivo de la testosterona en hombres adultos (hipogonadismo masculino) así como en otras patologías como el síndrome de klinefelter (donde existe una alteración cromosómica de base), en tratamientos después de una orquiectomía, en pacientes oncológicos, personas transexuales, etc.

El ministerio alega que existen otras alternativas en el mercado pero bien sé de primera mano que estos fármacos no ofrecen ni la mitad de bienestar físico y mental a sus usuarios, y ni por supuesto, ofrecen calidad de vida ya que son tratamientos con una posología menor en el tiempo, lo cual hace que la persona tenga que depender constantemente de su farmacia y de su centro de salud para continuar con su tratamiento.

Otra de las críticas que quisiera hacer es la poca o nula información que se ha proporcionado a los profesionales sanitarios ya que he sido testigo del desconocimiento del tema por muchos de ellos.

Por último, me gustaría informar a las personas que se encuentran en esta situación que después de muchas llamadas de teléfono sé que el fármaco se puede conseguir vía extranjera, en concreto, en Valencia es el endocrino habitual quien debe haceros a mano una receta donde ponga NEBIDO 1000mg/ 4ml y haceros un informe médico donde explique con firma y nº de colegiado, fecha y sello del hospital el motivo por el cual necesitáis el tratamiento.

Dicha documentación será tramitada al ministerio de sanidad por la farmacia hospitalaria y ellos serán de ahora en adelante los que dispensarán el fármaco si el ministerio valora que realmente la persona lo necesita.

Podría extenderme muchísimo más pero creo que he podido reflejar en mis palabras que el sistema no es igual para todos y que si nosotros mismos nos conformamos con aquello que no nos parece justo, nunca llegaremos a conseguir nuestros verdaderos objetivos. Ánimo y suerte a todos.

Ana Ortega García
Col. Nº 23460

¡Cuánto despropósito junto!



Soy una compañera, matrona desde hace varias décadas y no logro recordar si antes viví lo que voy a relatar. Vaya por delante mi agradecimiento por la oportunidad que se presta en esta sección de nuestra revista para poder expresar lo que considero, nunca debía de haber ocurrido.

Habitualmente suelo estar en continua formación, sea con cursos reglados, artículos de revistas científicas, seminarios, congresos, etc. y por edad e inquietud personal, he asistido y conocido casi todo lo que surgía como novedad y enriquecimiento de mi profesión creyendo que así podía ofrecer más cosas y con más calidad a las "personas" que atendía, cuidaba, ayudaba, mimaba...

Sí, no os extrañe que entrecomille lo de personas, porque es el material humano con el que trabajo y no como algunas que parecen estar en la línea del conocido filósofo griego y su dualismo, cuerpo-mente.

No sé si mis compañeras obrarán o pensarán igual, pero yo trabajo con personas en el más amplio sentido de la palabra, con sus cuerpos, sus emociones, sus miedos, sus pudores, sus virtudes, sus almas y su dignidad. La persona como un todo, holístico e integral.

Dicho lo anterior, no entiendo cómo ahora hay una corriente tan presente en los medios de otros colectivos... vamos a dejarlo, de personas, que están empeñadas en discapacitarnos emocionalmente o seccionarnos a la persona en partes o indicarnos con cuál de todas ellas podemos trabajar.

Si alguien asistió alguna vez a las "charlas o conferencias" que ofrece, sabrá de quien o de qué hablo.

Yo hace poco fui testigo de cómo en "pro y defensa" de las mujeres, se sienten las "únicas" aptas y capacitadas para entenderlas, escucharlas o acompañarlas por el mero hecho de compartir la maternidad, es decir, la única potes-

tad que les otorga tal "función" es haber parido.

Bueno, bueno,...pero dónde vamos a llegar????! Primero, desconocen los cambios en la asistencia obstétrica que se vienen desarrollando desde hace más de 10 años; segundo, desconocen el tipo de formación que tienen las compañeras que durante dos años y tras una dura prueba, están de enfermeras residentes, por cierto, en total, seis años de sus vidas; tercero, desconocen la historia del desarrollo de nuestra profesión y nuestras ilustres antecesoras, como Trótula y cuarto, y más importante, son unas irresponsables al intentar ofrecer unos "consejos o atención" sin conocimientos, habilidades y lo más grave para mí, proyectando en otras mujeres todas sus frustraciones, desgracias o incluso me atrevo a decir, traumas vividos en sus "particulares experiencias".

No compañeras, no, no nos defendamos de un colectivo que lejos de lograrlo, lo único que hacen es que me haga sentir cada día más orgullosa y satisfecha de la profesión que tengo, de la formación recibida y de alguna vida que otra en la que he podido compartir todo mi ser y no sólo una parte.

Efectivamente, **YO NO TRABAJO CON EMOCIONES, TRABAJO CON PERSONAS!!!!** Así que, no tengo ningún miedo a que se proliferen como los champiñones, lo único que lamento es que este...fraude oportunista...tiene un alto costo, no sólo económico, sino que recaiga sobre la salud de las madres y sus hijos.

No quiero dejar pasar la oportunidad de poder transmitir que, utilizando los refranes de mi abuela, **¡¡EL TIEMPO PONE A CADA UNO EN SU SITIO!!**

De momento, seguiré haciendo lo mejor que sé hacer cada día siendo MATRONA.

¿Alguien llamaría a un fontanero para cambiar un enchufe? Yo, desde luego, no.

Sibila, Col. Nº 12783

La constitución del Colegio de Matronas de Valencia y sus primeros tiempos

Para terminar esta serie, nos ocuparemos en este último artículo de la fundación del Colegio Matronas de la Provincia de Valencia y de sus primeras actuaciones corporativas.

En el Boletín del Colegio de Practicantes de la provincia de Valencia, en su número 2, correspondiente al mes de febrero de 1920, en su página 6, se publicaba la siguiente convocatoria: "Se convoca a todas las matronas que ejercen la profesión en la capital y pueblos de la provincia, a una reunión que se celebrará el día 22 del actual, a las doce horas, en los locales de la Unión Sanitaria Valenciana, plaza de Wilson, 16 y calle Peris y Valero, 46, para tratar de la constitución del Colegio, nombramiento de la Junta provisional, redacción del Reglamento y adhesión a la Unión Sanitaria Valenciana." Venía firmada por Luisa Larrea, matrona municipal, en representación de "la Comisión organizadora".

Constitución del Colegio

De dicha nota se deduce que se está tratando por parte de las matronas de Valencia y provincia de organizar su colegio profesional, tarea que ha tomado a su cargo una comisión que parece amparada por la Unión Sanitaria Valenciana. Así fue. Lo hemos podido confirmar por el acta de la reunión de la Junta de Gobierno del Colegio de Practicantes de Valencia de fecha 15 de marzo de 1920 en la que su presidente, Enrique Marzo, "dio cuenta de los trabajos realizados con el doctor Alejandro García Brustenga para la organización del Colegio de Matronas, que habían sido coronados por el éxito más completo, habiéndose conseguido la constitución de dicho Colegio con gran número de colegiadas, tanto de la capital como de la provincia, y su ingreso en la Unión Sanitaria Valenciana, que fue recibido por la Junta directiva con gran satisfacción, puesto que era el complemento de los sanitarios que faltaba asociar."¹

Por consiguiente, el 22 de febrero de 1920, en aquella reunión a la que convocaba la matrona municipal Luisa Larrea, quedó constituido el Colegio de Matronas de Valencia. Gracias a que las matronas valencianas, asesoradas por sus mentores la Unión Sanitaria Valenciana y el Colegio de Practicantes, editaron enseguida su propio órgano informativo, el Boletín del Colegio de Matronas de la provincia de Valencia, podemos hoy reproducir el acta de constitución de su Colegio provincial. Se publicó en el número uno del Boletín y su contenido literal es el que sigue:

Asamblea de constitución del Colegio

ACTA

En la ciudad de Valencia, a las doce horas del día veintidós de febrero de 1920, reunidas previa convocatoria en el local de la Unión Sanitaria Valenciana numerosas matronas de la capital y pueblos de la provincia y en vista

del entusiasmo manifestado por las reunidas a favor de la colegiación, se acordó por unanimidad lo siguiente:

- 1.º *Constituir el Colegio de Matronas de la provincia de Valencia.*
- 2.º *Nombrar una Junta de Gobierno provisional, encargada de organizar el Colegio, redactar el Reglamento y convocar a una nueva sesión para aprobarlo.*
- 3.º *Adherirse a la Unión Sanitaria Valenciana, solicitando la convivencia en su domicilio social, en las mismas condiciones establecidas para las demás entidades sanitarias.*

Se procedió al nombramiento de la Junta de Gobierno, siendo elegidas por aclamación las señoras siguientes:

Presidenta, doña Filomena Guilló Barón; *vicepresidenta*, doña Ana Lucas Salmerón; *secretaria*, doña Luisa Larrea Álvarez; *vicesecretaria*, doña Josefa Sanchís Vicente; *tesorera*, doña Consuelo Rausell Puchades; *contadora*, doña Antonia Huguet Chuliá; *vocales*: doña Vicenta Soriano, doña Asunción Martí Barberá, doña Concepción Belda, doña Patrocinio Carbonell y doña Isabel Lerma.

Acto seguido tomó posesión la Junta nombrada, acordándose convocar a Junta general para el día 26 del actual, a las cinco de la tarde.

Y no habiendo más asuntos que tratar se levantó la sesión a las trece horas.²

El Boletín informativo del Colegio y la problemática de las colegiadas

El Colegio valenciano puede ser considerado hasta el momento como el primero organizado en España³. Fija su domicilio, al igual que sucediera con el de los practicantes, en la nueva sede de la Unión Sanitaria Valenciana y contribuye a los gastos generales de esta institución con 1, 50 pesetas por colegiada. La cuota colegial quedó establecida en la segunda reunión de la Junta por el importe de una peseta mensual.

Al mes siguiente de su constitución, comienza a publicar el Colegio su propio órgano informativo, bajo el título de *Boletín del Colegio de Matronas de la provincia de Valencia*.



Portada del número uno del Boletín del Colegio de Matronas de la provincia de Valencia.

Su número uno (marzo 1920), con un formato idéntico al de los practicantes, consta de cuatro páginas. En la portada, el habitual recuadro de saludo, con el siguiente texto:

NUESTRO SALUDO

¡Gratitud a la Unión Sanitaria Valenciana!

Al comenzar la publicación de nuestro Boletín, consideramos un grato deber dirigir el más afectuoso saludo a nuestras compañeras de profesión, a las demás clases sanitarias y a la prensa profesional; expresando al mismo tiempo nuestra gratitud a la Unión Sanitaria Valenciana por la buena acogida que nos ha dispensado.

La Junta de Gobierno

En las páginas siguientes se reproducen las actas de las Juntas generales y de Gobierno habidas hasta la fecha, cuatro en total, en las que se habían tomado los acuerdos iniciales, referidos a nombramiento, fijación domicilio y cuotas, aprobación del Reglamento, etc. Destaca un artículo de la secretaria de la Junta, Luisa Larrea, que, bajo el título de "A mis queridas compañeras", exhorta a las matronas valencianas a "la completa agrupación de todas para la mejor defensa de nuestros intereses y prosperidad de la clase". En el contexto de este artículo, aparece destacado el que sin duda es el mayor problema de las matronas de la época, a juzgar por el énfasis que pone en ello su autora:

Acudid a colegiaros, pues al par que conseguiréis con la agrupación defenderos en vuestros intereses, también os dignificaréis, ya que entre nosotras existen como en las demás profesiones sanitarias muchas intrusas que, usurpando nuestros derechos, nos restan trabajo, obrando al mismo tiempo en muchas ocasiones contra toda moral y sin conocimiento alguno de la ciencia. Siendo lo más sensible que, al no conocer el público cuáles son las intrusas, se nos mide con igual rasero.

Debe ser nuestra misión desenmascararlas, ya que podemos distinguirlas fácilmente de ellas y denunciarlas, persiguiéndolas ante las autoridades hasta conseguir el castigo debido y la extinción de tan dañina plaga.⁴

En el número dos (abril 1920), se da noticia de la aprobación del Reglamento por el Gobierno civil de la provincia y de la Junta General de 8 de abril de 1920 en que, tras la dimisión de la Junta provisional, es elegida por votación la nueva Junta de Gobierno que es idéntica a la anterior, respecto a los cargos directivos, con la única variación de algunas vocales.

En la misma Junta General se acuerda conmemorar la constitución del Colegio celebrando un banquete, al que

se invitará exclusivamente a las señoras colegiadas. Dicho banquete tendrá lugar el 15 de abril en el local de la Unión Sanitaria Valenciana.



Las matronas valencianas celebran con un banquete la creación de su Colegio y su ingreso en la Unión Sanitaria Valenciana. (1920)

Y, finalmente, la presidenta "enumera los trabajos realizados por los señores presidente del Colegio Médico y el de Practicantes a favor de la organización de la Unión Sanitaria y del Colegio de Matronas, y considera que dichos señores merecen la gratitud del Colegio, por cuyo motivo propone a la Junta general se nombre presidentes honorarios del Colegio de Matronas a don José Chabás Bordehore y a don Enrique Marzo Carsí." Así se acuerda por unanimidad y se comunica a los interesados dicho nombramiento.

Además del problema del intrusismo que, en los boletines siguientes aparecen identificados algunos de ellos y las correspondientes denuncias del Colegio, se apunta la morosidad en los pagos por parte de las púerperas ricas o "que alardeaban de serlo" y la necesidad de establecer una tarifa de honorarios mínimos. Y en el número dos, la Junta de 12 de julio de 1920 acordó "practicar las diligencias necesarias para que se conceda a las matronas de Valencia el derecho que tienen las de Barcelona de inscribir en el juzgado municipal a los recién nacidos en los partos asistidos por las mismas"⁶.

Filomena Guilló Barón

La figura de la presidenta del Colegio de Matronas de la provincia de Valencia alcanzó un alto prestigio al frente de las matronas valencianas y su fama se extendió a otras provincias, haciendo que el Colegio de Valencia fuera un ejemplo a seguir para la creación de los colegios de otras provincias. Por esta razón, en una reunión de matronas celebrada en Barcelona, en octubre de 1922, fue proclamada Filomena Guilló presidenta de las comadronas de España,⁷ motivo por el que cesa de su cargo de presidenta del Colegio de Valencia, en el que la sucederá Consuelo Campos. En febrero de 1925, volverá a ser reelegida por segunda vez para presidir el Colegio en un segundo mandato que terminará con su dimisión el 17 de septiembre del mismo año, a causa de la actitud de un grupo

de colegiadas sobre el modo de fiscalizar las cuentas del Colegio. En solidaridad con ella, dimitirán también la secretaria de la Junta, la vicesecretaria, la contadora y algunas otras colegiadas. Todas ellas se darán también de baja del Colegio.

La nueva Junta de Gobierno quedó constituida por elección en la siguiente forma: Presidenta, Consuelo

Campos Agapito; Vice, María Dolores Iborra; Secretaria, Manuela Soler; Vice., Carmen Martínez Fernández; Tesorera, Dolores Martí Vallado; Contadora, Patrocinio Carbonell Garrigós; Vocal 1ª, Carmen Serrano Sena; Vocal 2ª, Mercedes Ridaura Genovés; Vocal 3ª, Vicenta Peiró Andreu; Vocal 4ª, Carmen Sanchís Santalucía; Vocal 5ª, Consuelo Diago Abil.



Junta Directiva del Colegio Oficial de Matronas de Valencia en 1930.



Banquete de celebración de la colegiación oficial obligatoria de las matronas. Restaurante Termas Victoria, Valencia, mayo de 1930



Doña Consuelo Campos Agapito

¹ Boletín del Colegio de Practicantes de la provincia de Valencia, núm. 4. Abril 1920, pág. 5.

² Boletín del Colegio de Matronas de la provincia de Valencia, núm. 1. Marzo 1920, pág. 2.

³ ÁVILA OLIVARES, J.A. Evolución Histórica del Movimiento Colegial de Enfermería. El Colegio de Alicante. Universidad de Alicante (Tesis doctoral), 2011, págs. 315-319..

⁴ Ibidem, pág. 3.

⁵ Boletín del Colegio de Matronas de la provincia de Valencia, núm. 2. Abril 1920, pág. 2.

⁶ Boletín del Colegio de Matronas de la provincia de Valencia, núm. 5. Agosto 1920, pág. 2.

⁷ La Vanguardia, 8 de octubre de 1922.

D. Rafael Martínez Nogués

Director de Enfermería del Hospital Intermutual de Levante



“La dirección de enfermería me ha permitido contribuir al progreso de la profesión, revisando protocolos para aumentar la calidad asistencial del paciente, incorporando innovación y dando un aumento de estatus y dignidad a nuestra profesión”

Han pasado pocos meses desde que D. Rafael Martínez Nogués pasara a ocupar el cargo de Director de Enfermería del Hospital Intermutual de Levante, un puesto que viene avalado por su trayectoria profesional anterior en la gestión sanitaria, como director de enfermería del Instituto Valenciano de Oncología y posteriormente, de la Clínica Quirón de Valencia. Dedicado a la Enfermería desde el año 1988, nuestro entrevistado es un hombre implicado en su profesión, con gran capacidad de trabajo, responsabilidad y exigencia, lo que le ha llevado a dirigir sus esfuerzos en mejorar la atención de los pacientes, ofreciendo unos cuidados óptimos y de calidad asistencial.

Con motivo de su nuevo puesto laboral y tras una dilatada experiencia profesional, la revista Enfermería Integral le ha entrevistado para conocer con profundidad todos los detalles de su trayectoria profesional, así como sus inquietudes e ilusiones puestas al frente de este nuevo cargo.

¿Por qué decidió estudiar enfermería?

Soy hijo de médico y desde pequeño viví muy de cerca el mundo de la sanidad. Eso me hizo interesarme por la atención al paciente, me interesaban los pacientes como personas, no desde la ciencia médica sino desde la parte asistencial, por ello me decanté por Enfermería.

Además pensé que había mucho que evolucionar en la atención y cuidado del paciente. Era el momento en que se reconocía la profesionalización de la enfermería, su ascenso al título universitario y quise experimentar esa evolución.

¿Cree que se equivocó en la elección?

En absoluto, estoy muy contento de mi trabajo después de 27 años desempeñándolo y he podido aplicar las evoluciones profesionales que esperaba de la enfermería. He crecido junto con la profesión, me siento afortunado máxime cuando existen otras profesiones y actividades que les ha sucedido justo lo contrario, el desprestigio y la inadaptación a los nuevos tiempos.

¿Le hubiera gustado dedicarse a otra profesión?

En mi trayectoria profesional y en mi vida personal me relaciono con médicos y algunos de ellos me han planteado la pregunta refiriéndose a la medicina. La respuesta es siempre la misma, soy aficionado a las ciencias, incluso estudié en la universidad de biológicas, pero mi interés es más humanista, y la enfermería es una excelente manera de atender a estos principios aplicando un conjunto de ciencias multidisciplinares. Por lo demás hay muchas cosas que me gustan, pero las tengo como aficiones.

¿Dónde realizó los estudios?

En el Hospital Clínico Universitario de Valencia.

¿Cómo fueron sus inicios laborales?

Había mucha oferta y quería experimentarlo todo, así que en varias ocasiones doblaba trabajos, por la mañana en un centro de salud y por la tarde en un servicio hospitalario o viceversa, los festivos en otro sitio y por temporadas en urgencias, además de asistir a médicos familiares y amigos. Me proporcionó una visión muy completa y un aporte formativo muy útil.

“Me decanté por Enfermería porque me interesaban los pacientes como personas, no desde la ciencia médica sino desde la parte asistencial y humanista”

¿En qué servicios ha trabajado?

En la etapa inicial de Centros de salud desarrollé la atención primaria, pero tuve la suerte de colaborar en un proyecto investigador de prevalencia de la hepatitis C, que me dio la oportunidad de conocer el trabajo en el Hospital Clínico y aumentó mi interés por la hospitalización y con mi incorporación a mi primer hospital, que fue el IVO, desarrollé la especialización en Cuidados Intensivos, Oncología, Cirugía y UCI.

El paso a las funciones de Supervisión de la Unidad de Cuidados Intensivos, por sus características, me llevó a la coordinación del departamento de compras. Apreciaron cualidades organizativas y negociadoras en ello y me brindaron la oportunidad de dar el salto a la dirección.

Dentro de la Enfermería, ¿qué área le gusta más?

He disfrutado mucho en la dirección de enfermería pues me ha permitido contribuir al progreso de la profesión a la que me refería antes, participando de progresos formativos, revisando protocolos para aumentar la calidad asistencial del paciente, incorporando innovación y tecnología y dando un aumento de estatus y dignidad a nuestro hacer.

¿Cómo se adentró en el mundo de la gestión?

Me ofrecieron la supervisión cuando se montó el servicio de UCI en el IVO (hace 23 años) y a partir de ahí solo me he dedicado a la gestión.

¿Cuáles son sus funciones como Director de Enfermería?

Las funciones como director de Enfermería son muchas y variadas, entre las que destacan:

- Garantizar la continua y oportuna disponibilidad de servicios de enfermería para los pacientes.
- Medición, seguimiento y mejora constante de indicadores de calidad.
- Diseñar, en coordinación con Dirección Médica, el modelo asistencial, así como su implantación y seguimiento.
- Coordinar, dirigir, supervisar y gestionar las diferentes áreas de enfermería.
- Dar apoyo a las Supervisoras de Enfermería en la gestión de sus equipos de trabajo y su relación con el resto de servicios del hospital.
- Gestionar, en colaboración con el Departamento de RRHH, al personal del área de Enfermería: ratios de personal, productividad, turnos, cargas de trabajo, definición de puestos de trabajo, propuestas y mejoras para el área.
- Realizar, en colaboración con el Departamento de RRHH, los procesos de selección de personal para asegurar una estructura adecuada en las diferentes áreas de enfermería (personas, calidad).
- Actualizar de manera constante su formación en los estándares para la práctica de enfermería: seguimiento, análisis

y evaluación de nuevas técnicas, materiales y/o planes de cuidados.

- Promover acciones de formación y actualización para el personal de enfermería (incluido auxiliar).
- Elaboración y seguimiento de manuales de funcionamiento, monitorización y análisis de resultados. Corrección de disfunciones.
- Supervisar y controlar la gestión de los recursos materiales: definición de stocks, organización de pedidos, conservación de instrumental y aparatos.
- Gestión de camas, altas e ingresos del Hospital.
- Participar como miembro de pleno derecho en los diferentes comités hospitalarios y comisiones asistenciales en las que, por su labor, directa o indirectamente, pueda aportar su responsabilidad.
- Planificar y coordinar las actividades de formación, docencia, investigación y promoción, que en su centro estén implicadas directamente con enfermería y auxiliares de enfermería, así como otras áreas de su posible competencia (sanitarios, técnicos...).
- Desarrollar los contactos necesarios fuera de la organización para la realización de sus funciones. (congresos, convenios con colegios, universidades).



¿Cuáles fueron los objetivos y principales líneas estratégicas que se marcó al desempeñar el cargo de Director del Hospital Intermutual de Levante?

Dado que el cambio era un reto ilusionante en mi carrera profesional y a la vez una oportunidad para poder enriquecer mi experiencia, por tratarse de un modelo hospitalario

“Me gusta pasar por los distintos servicios del hospital para ver al personal trabajando y tener un criterio más adecuado sobre sus necesidades. Es vital el contacto con el equipo, no puedo concebir una gestión sólo sobre los papeles”

diferente y con la posibilidad de poder gestionar unas excelentes instalaciones y servicios, solicité que mi gestión se ampliara a cualquier departamento que tuviera relación con el paciente y me marqué como objetivos dirigir además del personal de enfermería, al servicio de admisión, consultas externas, cocina, limpieza y mantenimiento para conseguir un control integral sobre cualquier aspecto relacionado con el paciente.

Actualmente, ¿cuánto personal tiene a su cargo?

Unas 200 personas, incluidas enfermeras, auxiliares, auxiliares sanitarios y algunos de administración.

¿Cómo es un día normal en su trabajo?

A parte de atender mis reuniones de seguimiento programadas y analizar informes sobre la actividad hospitalaria y sus costes, me gusta pasar por los distintos servicios del hospital para ver al personal trabajando y tener un criterio más adecuado sobre sus necesidades.

Para mí es muy importante la colaboración directa con las supervisoras, que son las que mejor conocen sus servicios. Es vital el contacto con el equipo, no puedo concebir una gestión sólo sobre los papeles.

¿Qué cualidades, actitudes y requisitos considera que debe tener un/a enfermero/a para ejercer su profesión?

Como en todas las profesiones es un equilibrio entre aptitud y actitud. La actualización de conocimientos es importante para muchos enfermeros y enfermeras que desempeñan sus funciones en servicios cualificados, y la actitud dinámica y orientada al paciente es exigible a todos, es la base.

¿Cómo ve la enfermería en la actualidad?

La incorporación a los estudios de grado y la posibilidad de estudios postgrado ha sido un avance fundamental para esta profesión.

En los últimos años y gracias al trabajo de todos nosotros hemos dado un cambio importante, pero no definitivo, a nuestra imagen.

“La incorporación a los estudios de grado y la posibilidad de estudios postgrado ha sido un avance fundamental para esta profesión”



¿Cómo ha afectado a su trabajo la crisis política y económica que está sufriendo España?

Puedo tener una respuesta personal acerca del impacto en la sanidad, pero sería una respuesta como ciudadano y aquí no debe contar mi opinión.

He desarrollado mi profesión en la sanidad privada, eso significa que trabajas en una empresa y no en un servicio público. Las empresas sufren los impactos de otra forma. Como gestor me he encontrado con que al disminuir la demanda y aumentar la oferta disponemos de un mercado laboral muy nutrido de grandes profesionales. Pero también una mayor presión de criterios economicistas que podían llegar a desvirtuar lo logrado en calidad asistencial.

¿Cómo ve el desarrollo de la profesión a medio y largo plazo?

Creo que si desde las Universidades, Hospitales y por supuesto con nuestra dedicación, se sigue trabajando en la línea que se hace ahora mismo, tenemos un futuro alentador, pero si bajamos la guardia podemos retroceder de manera radical en todos nuestros avances.

No podemos despistarnos, hemos de seguir trabajando y duro para mantener a nuestra profesión en el sitio que se merece.

Para finalizar nuestra entrevista, ¿qué le transmitiría a los enfermeros?

Vocación, para mí eso lo contempla todo, el gusto por el trabajo, la entrega, la formación continuada...y que disfruten de la buena profesión que tienen.

OFERTA ESPECIAL



COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERÍA DE VALENCIA

RENOVACIÓN PERMISO DE CONDUCIR
Tasas de Tráfico incluidas
+ gestión en el acto

55 €

**CERTIFICADO MÉDICO PARA EL EXAMEN
TEÓRICO DE CUALQUIER PERMISO**

25 €
+ 8 fotos gratis

OTROS CERTIFICADOS MÉDICOS 25% DTO.

Armas, Seguridad, Patrón de Barco, Grúas, Animales Peligrosos,
Pirotecnia, Deportes, Oposiciones, Matrículas, Certificados Ordinarios...

No pierda tiempo en ir a Tráfico / más de 30 años a su servicio
CENTRO OFICIAL V-0007. Autorizado por la Jefatura Provincial de Tráfico

Presentar el carnet de Colegiado/a
Oferta extensible a familiares

(Oferta no acumulable con otras promociones)



AMPLIOS HORARIOS
De 9:00 a 13:30
De 16:00 a 19:30
(Sábados de 10:00 a 13:00)



C/ Gascó Oliag, 8 - Piso 1º 46010 VALENCIA
e-mail: ipmt@ipmt.es
(Frente Aulario / Fac. Fisioterapia)

**Servicio de cita
previa en la web**
www.ipmt.es

96 3623278

Seguro Responsabilidad Civil

El Colegio de Enfermería de Valencia, a través del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), tiene concertado con la entidad Agrupación Mutual Aseguradora A.M.A., contrato de seguro de Responsabilidad Civil Profesional con una garantía máxima por siniestro de tres millones y medio de euros (3.500.000).

Coberturas:

Responsabilidad civil profesional: Derivada de errores u omisiones profesionales, en los que haya mediado culpa o negligencia, en que pueda incurrir el asegurado en relación al ejercicio de la Enfermería. Asimismo quedan cubiertos los siguientes métodos alternativos o complementarios de Enfermería: acupuntura, auriculoterapia, osteopatía, reiki, yoga y técnicas de relajación, cromoterapia, iridología, fitoterapia, reflexología podal, naturopatía, homeopatía, flores de Bach, quiromasaje, magnetoterapia, kinesiología, terapia craneosacral y mesoterapia.

La cobertura de esta póliza comprende las responsabilidades en que pudieran incurrir el Asegurado derivadas de actos realizados en cualquier país del mundo, **excepto ESTADOS UNIDOS, CANADÁ Y TERRITORIOS ASOCIADOS**, siempre y cuando el desplazamiento haya sido comunicado y aceptado por A.M.A. y se trate de actos aislados que no formen parte de la actividad cotidiana del profesional sanitario, quien deberá siempre y en todo caso desempeñar su actividad habitual en el territorio español.

El importe máximo a pagar como subsidio por **inhabilitación temporal profesional** será de 3.000 euros mensua-

les y en ningún caso podrá exceder de los ingresos medios mensuales obtenidos por el asegurado por el ejercicio de su profesión, durante los doce meses anteriores a la condena. El pago del subsidio será durante el tiempo que dure la condena de inhabilitación y como máximo durante un periodo de 18 meses.

- En cuanto a Defensa Jurídica, se proporcionará y designará a los letrados y procurados que defiendan y representen al asegurado, siendo por cuenta del asegurador los honorarios de dichos profesionales.

La póliza garantiza igualmente la imposición de fianzas judiciales al asegurado.

Procedimiento de Actuación:

Cuando surja cualquier hecho que motive o pueda motivar la exigencia de responsabilidad civil, el asegurado **deberá contactar de inmediato con la Asesoría Jurídica de su Colegio Profesional**, debiendo facilitar sus datos y número de colegiado, así como la información de los hechos acaecidos y personas implicadas.

IMPORTANTE:

1. Nunca deberá declarar sin abogado ni firmar nada; y si es citado al juzgado, exija que le informen si lo hace como "imputado" o como "testigo".

2. Los abogados los designa la compañía aseguradora, nunca el colegiado/a, ya que el seguro no se responsabiliza de ningún procedimiento en el que no actúen los letrados designados por A.M.A.

docencia y formación

Actividades segundo trimestre 2015. Valencia

CURSOS DEL ÁREA DE FORMACIÓN Nº 1

**CURSO CONOCIMIENTOS BASICOS DE BANCO DE SANGRE.
(20 HORAS)**

- GRUPO 1: VALENCIA DÍAS 20, 21, 22, 23 Y 24 DE ABRIL DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: VALENCIA DÍAS 1, 2, 3, 4 Y 5 DE JUNIO DE 16 A 20 H.

**CURSO ACTUALIZACIÓN EN SONDAJE VESICAL.
(12 HORAS)**

- GRUPO 1: VALENCIA DIAS 25, 27 Y 28 DE MAYO DE 16 A 20 H.



CURSO FORMACIÓN EN MATERIALES DE SEGURIDAD BIOLÓGICA (10 HORAS)



- GRUPO 1: VALENCIA DIAS 8 Y 9 DE ABRIL DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: VALENCIA DIAS 25 Y 26 DE MAYO DE 16 A 20 H.



CURSO DE INTRODUCCIÓN AL SISTEMA TRIAJE MANCHESTER (8 HORAS)

- GRUPO 1: VALENCIA DIAS 14 Y 15 DE ABRIL DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: VALENCIA DIAS 4 Y 5 DE MAYO DE 16 A 20 H.
- GRUPO 3: VALENCIA DIAS 9 Y 10 DE JUNIO DE 16 A 20 H.



CURSO BÁSICO DE ACTUALIZACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ADIESTRAMIENTO EN VACUNAS. (10 HORAS)

- GRUPO 1: VALENCIA, 5 Y 6 DE MAYO DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: VALENCIA, DIAS 12 Y 13 DE MAYO DE 16 A 20 H.
- GRUPO 3: VALENCIA, DIAS 9 Y 10 DE JUNIO DE 16 A 20 H.



TALLER DE INTERPRETACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMAS (8 HORAS)

- GRUPO 1: VALENCIA, 14 Y 15 DE ABRIL DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: VALENCIA 28 Y 29 DE ABRIL DE 16 A 20 H.
- GRUPO 3: VALENCIA 4 Y 6 DE MAYO DE 9.30 A 13.30 H.



CURSOS DEL ÁREA DE FORMACIÓN Nº 2

CURSO DE FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN EN TERAPIA INTRAVENOSA PERIFÉRICA. (20 HORAS)



- GRUPO 1: VALENCIA, DIAS 4, 5, 6, 7 Y 8 DE MAYO DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: VALENCIA, DIAS 8, 9, 10, 11 Y 12 DE JUNIO DE 16 A 20 H.

CURSO DE ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS Y HERIDAS (30 HORAS)



- GRUPO 1: VALENCIA, DIAS 5, 7, 13, 15, 19, 21 Y 26 DE MAYO DE 16 A 20 H.

CURSO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA. En colaboración con la Asociación de Enfermería Quirúrgica de la Comunidad Valenciana (20 HORAS)



- GRUPO 1: VALENCIA, DIAS 19, 20 Y 21 DE MAYO DE 16 A 20 H. EN EL COLEGIO, Y DIAS 25, 26 Y 27 DE MAYO, PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE VALENCIA. (A escoger un día de prácticas por alumna/o y en horario de mañanas)

CURSO DE COACHING PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA (20 HORAS)

- GRUPO 1: VALENCIA, DIAS 30 DE ABRIL, 7, 8, 14 Y 15 DE MAYO DE 16 A 20 H.

CURSOS DEL ÁREA DE FORMACIÓN Nº 3

SEMINARIOS DE ORIENTACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA LA PREPARACIÓN DE OPOSICIONES Y EL EXAMEN PARA PLAZAS DE EIR. GRATUITOS. (VER INFORMACIÓN EN ESPACIO EXCLUSIVO PARA ESTA ACTIVIDAD).

CURSO LENGUA DE SIGNOS NIVEL INTERMEDIO (20 HORAS). (Requisito haber realizado el de iniciación)

- GRUPO 1: VALENCIA, DIAS 1, 3, 8, 10, 15, 17, 22 Y 24 DE JUNIO DE 17 A 19.30 H.

CURSO DE LACTANCIA MATERNA. PARA MATRONAS Y EIR MATRONAS. (40 HORAS)



- GRUPO 1: DÍAS 15, 20, 22, 27, 29 DE ABRIL Y 4, 6, 11 Y 18 DE MAYO DE 16 A 20 H. (MÁS UN DÍA DE PRÁCTICAS EN UN CENTRO DE SALUD).
MATRÍCULA: 20 EUROS

CURSO DE CONOCERSE BIEN PARA CUIDAR MEJOR (EMOCIONES). PARA MATRONAS Y EIR MATRONAS (20 HORAS)



- GRUPO 1: DÍAS 11, 12, 13 Y 14 DE MAYO. DE 15.30 A 20:30 H.

MATRÍCULA: 10 EUROS

CURSO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. PARA MATRONAS Y EIR MATRONAS (30 HORAS)



- GRUPO 1: 1, 3, 8, 10, 15 Y 17 DE JUNIO Y 21, 23, 28 Y 30 DE SEPTIEMBRE. DE 16:30 A 19: 30 H.

MATRÍCULA: 15 EUROS



CURSO DE MESOTERAPIA FACIAL Y CORPORAL PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA (40 HORAS)



- GRUPO 1: DIAS 30 DE MARZO, 1, 8, 9, 14, 15, 20, 23, 27, 29 DE ABRIL DE 16 A 20 H.

MATRÍCULA SUBVENCIONADA: 50 EUROS

TALLERES DE MESOTERAPIA Y ESTÉTICA (Es condición necesaria haber realizado el curso de mesoterapia para enfermería).

GRATUITOS.

TALLER DE HIDRATACIÓN: ACTUALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN REGENERACIÓN CUTÁNEA PARA ENFERMERÍA (4 HORAS)

INTRODUCCIÓN TEÓRICA. 2H.

TALLER PRÁCTICO: APLICACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO MEDIANTE MASCARILLAS DE ALGINATO Y MEDIANTE IONIZACIÓN. 2H.

- GRUPO 1: VALENCIA DIA 12 DE MAYO DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: VALENCIA, DIA 14 DE MAYO DE 16 A 20 H.

TALLER TÉCNICA MESOTERAPIA: ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN LA TÉCNICA DE MESOTERAPIA PARA ENFERMERÍA.

(8 HORAS)

TEORÍA: HISTORIA Y PRINCIPIOS DE LA MESOTERAPIA; LA HOMEOPATÍA. 4H.

TALLER PRÁCTICO: PRÁCTICAS DE MESOTERAPIA FACIAL Y CORPORAL EN MODELO HUMANO; PRÁCTICAS DE INFILTRACIÓN SOBRE TEJIDOS ANIMALES. 4H.

- GRUPO 1: VALENCIA DIA 18 DE MAYO DE 10 A 14 H Y DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: VALENCIA DIA 20 DE MAYO DE 10 A 14 H Y DE 16 A 20 H.

TALLER DE PEELING QUÍMICO: ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO CUTÁNEO MEDIANTE EL PEELING PARA ENFERMERÍA.

(8 HORAS)

INTRODUCCIÓN TEÓRICA: PRINCIPIOS, FUNDAMENTOS Y TIPOS DE PEELING QUÍMICO. 4H.

TALLER PRÁCTICO: APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS FACIALES CON PEELING QUÍMICO SOBRE MODELOS HUMANOS. 4H.

- GRUPO 1: VALENCIA DIA 1 DE JUNIO DE 10 A 14 H Y DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: VALENCIA DIA 3 DE JUNIO DE 10 A 14 H Y DE 16 A 20 H.

AVISO IMPORTANTE

Se informa a todos los colegiados que se inscriben en los cursos, que no comunican al colegio su no asistencia, penalizará no pudiéndose inscribir a cursos en próximas ediciones.

SE PODRÁN INSCRIBIR A UN MÁXIMO 3 CURSOS DEL ÁREA 1, 2 CURSOS DEL AREA 2 Y NO HAY LÍMITE PARA EL ÁREA 3.

En caso de que se completen todos los grupos y no hubiese posibilidad de inscripción en algunos de ellos (ya que las plazas son limitadas) existirá la posibilidad de lista de espera y el Colegio planificará nuevas fechas en este o el siguiente trimestre.

MATRÍCULA, A PARTIR DEL DÍA 23 DE MARZO DE 2015 HASTA QUE SE COMPLETEN LOS GRUPOS, POR ORDEN DE INSCRIPCIÓN, A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DEL COLEGIO (WWW.ENFERVALENCIA.ORG)

EN EL LUGAR HABILITADO PARA LA MATRÍCULA ON LINE.

Descentralización de actividades formativas en Gandia, Sueca, Xàtiva y Sagunto

CURSO DE ACTUALIZACION Y ENTRENAMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE A LA EVE (ENFERMEDAD POR VIRUS EBOLA) Y OTRAS ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS. (8 HORAS)

GANDÍA

- GRUPO 1: DIAS 14 Y 15 DE ABRIL DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: DIAS 14 Y 16 DE ABRIL DE 16 A 20 H.

SUECA

- GRUPO 1: DIAS 21 Y 22 DE ABRIL DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: DIAS 21 Y 23 DE ABRIL DE 16 A 20 H.

XÀTIVA

- GRUPO 1: DIAS 5 Y 6 DE MAYO DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: DIAS 5 Y 7 DE MAYO DE 16 A 20 H.

SAGUNTO

- GRUPO 1: DIAS 28 Y 29 DE ABRIL DE 16 A 20 H.
- GRUPO 2: DIAS 28 Y 30 DE ABRIL DE 16 A 20 H.



LAS ÁULAS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS CURSOS SERÁN:

SUECA

CENTRO DE SALUD INTEGRAL SUECA.
C/ DOS PONTETS, S/N - 46410

SAGUNTO

CENTRO DE SALUD DE SAGUNTO.
AV. SANTOS PATRONOS, 81
SAGUNTO Y HOSPITAL DE SAGUNTO (SALON DE ACTOS)
AV. RAMON Y CAJAL, S/N

XÀTIVA

HOSPITAL LLUÍS ALCANYÍS DE XÀTIVA
(ÁULA DE FORMACIÓN, JUNTO ENTRADA RESONANCIA)
CTRA. XATIVA-SILLA, KM 2 - 46800

GANDÍA

CENTRO DE SALUD PÚBLICA DE GANDÍA
C/ DUQUE CARLOS DE BORJA, 19 - 46701



TALLER AVANZADO DE INTUBACION TRAQUEAL Y MASCARILLA LARINGEA (8 HORAS)

XÀTIVA

- GRUPO 1: DIAS 20 Y 21 DE MAYO DE 16 A 20 H.

SAGUNTO

- GRUPO 1: DIAS 20 Y 21 DE ABRIL DE 16 A 20 H.

TALLER DE ACTUACION EN ANAFILAXIA (4 HORAS)

GANDÍA

- GRUPO 1: DIA 4 DE MAYO DE 16 A 20 H.

SUECA

- GRUPO 1: DIA 11 DE MAYO DE 16 A 20 H.

TALLER DE INTERPRETACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMAS (8 HORAS)

SUECA

- GRUPO 1: DIAS 6 Y 7 DE MAYO DE 16 A 20 H.



MATRICULA, A PARTIR DEL DÍA 23 DE MARZO DE 2015 HASTA QUE SE COMPLETEN LOS GRUPOS, POR ORDEN DE INSCRIPCIÓN, A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DEL COLEGIO (WWW.ENFERVALENCIA.ORG) EN EL LUGAR HABILITADO PARA LA MATRÍCULA ON LINE.

Seminarios gratuitos de orientación y entrenamiento para la preparación de oposiciones y el examen para plazas de EIR.

JUSTIFICACIÓN:

Coincidiendo con el momento actual social y político, en el que la proximidad de las convocatorias electorales municipales y autonómicas, hacen que cuestiones que en ocasiones llevan paralizadas desde hace tiempo cobren interés nuevamente para los que pueden decidir sobre ellas, han empezado a surgir diferentes convocatorias de OPE's. En el último mes de diciembre hemos visto como de repente oposiciones que afectan a enfermería y que llevaban tiempo paralizadas, han empezado a ofertarse nuevamente.

Tal es el caso de Andalucía, Canarias, Galicia y Castilla-León. Hay rumores cada vez más insistentes en que pronto aparecerán importantes convocatorias en Castilla la Mancha y en Cataluña. Y sin ir más lejos, en la Comunidad Valenciana seguimos pendientes de que se resuelva la situación que se creó después del examen y se convoque el segundo ejercicio.

Por otro lado hay una convocatoria segura anual, el examen para plazas de EIR, que cada vez despierta más interés en nuestro colectivo. Muestra de ello es que este año por ejemplo se presentarán cerca de 17000 enfermer@s para una oferta que no llega a 1000 plazas. Esto convierte este examen en una prueba de gran competencia y de gran interés para el colectivo.

Ambos tipos de examen, bien sea el de EIR o el de una oposición a cualquier Comunidad, tienen un elemento común: los contenidos del temario específico de enfermería, que siempre es una aproximación al conocimiento sobre todos los contenidos estudiados durante la carrera. Bien es cierto que el elemento que los hace diferentes es que en el caso de las oposiciones también hay temas de legislación general y autonómica, así como aspectos protocolarios propios de cada Comunidad.

Pero el peso de la preparación, es el llamado "temario específico", que consiste como ya hemos dicho, en el repaso a los temas tanto de enfermería fundamental como de enfermería clínica estudiados durante la carrera.

En base a esto, la repetición anual desde el año 1993 del examen del EIR, nos ha permitido acumular tanto gran experiencia en las necesidades formativas para llegar con buena preparación/entrenamiento a este tipo de prueba, como material teórico y práctico (centenares de preguntas tipo test revisadas y validadas por un tribunal), que estructuradas por materias y guiadas por profesionales con experiencia en este tipo de docencia, nos permitirán generar un recurso de apoyo continuo a todos aquellos colegiados/as que quieran prepararse para cualquiera de estas pruebas.

SEMINARIOS MENSUALES

La estructura de las clases será en forma de seminarios de una jornada de duración, una o dos veces al mes.

Ofertamos 10 seminarios, dos en el mes de abril, uno los meses de mayo, junio, septiembre, octubre, noviembre y diciembre y dos en el mes de enero de 2016. Programación con la fecha basada en la fecha de examen de EIR 15/16, que será el sábado 30 de enero del 2016.

No consiste en dar clases magistrales, si no orientaciones sobre el estudio de un bloque de asignaturas:

HORARIO: de 9:30 a 13:30 y de 16 a 20.

ASIGNATURAS

• Anatomía y fisiología. Ética. Administración y gestión. Fundamentos de Enfermería. Enfermería psicosocial. Enfermería de salud mental. Farmacología. Dietética y nutrición. Enfermería geriátrica y gerontológica. Enfermería de la mujer y obstétrica. Enfermería del niño y adolescente. Salud pública y comunitaria. Bloque Médico Quirúrgicas: Cuidados generales. Paciente quirúrgico. Enfermedades infecciosas. Problemas respiratorios. Problemas cardiológicos. Hematología. Reumatología. Sistema nervioso. Problemas sensoriales: ojos y ORL. Problemas traumatológicos. Dermatología. Problemas digestivos. Nefro - urología. Problemas endocrinos y metabolismo.

EN HORARIO DE MAÑANAS:

• Actualidad sobre oposiciones y últimas noticias sobre EIR en el último mes.

• Cada semana se hablará sobre un recurso de búsqueda en Internet: Google Libros, Google Académico, bases de datos...

El objetivo es que sean capaces de componer sus propios temarios a parte de lo que hay en el mercado.

• Repaso teórico a la asignatura que corresponda, resaltando su importancia en los exámenes de los últimos 10 años, estadística de preguntas, aspectos relevantes de la asignatura, etc.

• Test de 30/50 preguntas de 60 minutos de duración sobre la asignatura de la jornada y corrección razonada.

EN HORARIO DE TARDES:

• Simulacros de 80 preguntas en diferentes tiempos que se irán asignando. Se compondrán de un número proporcional de preguntas en función de la importancia de las asignaturas. Cada mes se compondrán con preguntas de las asignaturas ya vistas en los meses anteriores, de manera que llegando a los últimos meses puedan practicar con

simulacros compuestos por preguntas de todas las asignaturas.

- Corrección razonada.

Se corregirá aplicando fórmulas de descuento según los procedimientos habituales en este tipo de pruebas.

Se explicará el porqué de cada respuesta.

Referencias bibliográficas y de contenidos en Internet.

RECURSOS DOCENTES

- El intercambio de información entre alumnos y docente se realizará mediante correo electrónico.
- El intercambio de documentos y otros tipos de recursos será a través de una cuenta de Google Drive.
- Dispondrán de información actualizada sobre el programa y actividades de cada mes a través de un Blog.

EJEMPLO DE PROGRAMA (PRELIMINAR)

PRIMER DIA:

MAÑANA

- Presentación del proyecto, objetivos y funcionamiento general.
- Actualización sobre las convocatorias de oposiciones en marcha.
- Comentarios y análisis sobre la última convocatoria del EIR (el examen habrá sido el día 31 de enero).
- Revisión de asignaturas: anatomía y fisiología; ética; administración.

TARDE

- Simulacro de 80 preguntas en 120 minutos con preguntas de todas las asignaturas de la carrera.

El objetivo de este primer simulacro es ver el punto de partida. Que el propio alumno vea de donde

parte, sus áreas de conocimiento más deficitarias, etc. A lo largo de los meses verá cómo cambia su nivel de conocimientos.

- Corrección razonada del simulacro.

SEGUNDO DÍA:

MAÑANA

- Noticias último mes.
- Recursos de búsqueda de información.
- Revisión asignatura: ética; fundamentos; psicosocial; psiquiatría..
- Test de 50 preguntas sobre las asignaturas vistas.
- Corrección.

TARDE

- Test de 80 preguntas sobre las asignaturas vistas en las clases anteriores (100').
- Corrección razonada y referencias de búsqueda sobre las preguntas.
- Revisión asignaturas: Reumatología; sistema nervioso; sensorial: ojos y ORL.

RESTO DE SESIONES (DE LA 3ª A LA 9ª) CON FORMATO SIMILAR

DÉCIMA Y ÚLTIMA SESIÓN:

- Jornada completa dedicada a simulacros.

MATRICULA: GRATUITA.

LAS/OS ALUMNAS/OS DEPOSITARÁN 100 EUROS AL INICIO DEL CURSO QUE SE LES DEVOLVERA AL FINALIZAR EL MISMO, SIEMPRE Y CUANDO ASISTAN A UN MINIMO DE 7 SESIONES O HAYA CAUSA JUSTIFICADA DE NO ASISTENCIA.

MATRICULA, A PARTIR DEL DÍA 23 DE MARZO DE 2015 HASTA QUE SE COMPLETEN LOS GRUPOS, POR ORDEN DE INSCRIPCIÓN, A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DEL COLEGIO (WWW.ENFERVALENCIA.ORG) EN EL LUGAR HABILITADO PARA LA MATRÍCULA ON LINE.

Programación cursos 2º Trimestre 2015 Matronas

Curso	Fechas/Horario	Horas	Precio
Lactancia Materna: Formador de formadores. (4ª edición).	Abril: 15, 20, 22, 27 y 29. Mayo: 4, 6, 11 y 18 + 1 día práctica en CS (4h). De 16 a 20h	40 horas. Acreditación EVES	20€
Conocerse bien para cuidar mejor (1ª edición).	Mayo: 11, 12, 13 y 14. De 15.30 a 20.30h	20 horas. Acreditación EVES	10€
Metodología de la investigación para Matronas (1ª edición).	Junio: 1, 3, 8, 10, 15 y 17. Septiembre: 21, 23, 28 y 30. De 16:30 a 19:30h.	30 horas. Acreditación EVES	15€

Coaching aplicado a la enfermería ¿nos puede ser de utilidad?

Cuando nos ponemos a analizar lo que pueden pensar los usuarios del sistema sanitario sobre las funciones del personal de enfermería, muchos nos ven como las personas que curamos heridas, ponemos inyectables, hacemos extracciones o les tomamos las constantes. Sin embargo, en realidad, tenemos una función tanto o más importante, que es la de enseñar. Enseñar a que las personas logren alcanzar un estado óptimo de salud.

Las enfermeras y enfermeros somos responsables de los cuidados durante la enfermedad y, también, de los mismos durante los períodos de ausencia de ésta. Es por esto que tenemos un papel importantísimo, que es lograr que nuestros clientes sean capaces de conseguir, a través del autocuidado, la mejor salud posible, entendiéndose la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

Las enfermeras y enfermeros nos vemos muchas veces enseñando a los “pacientes” a tener hábitos más saludables, pero en repetidas ocasiones nos surgen las siguientes cuestiones: “¿cómo es posible que muchas veces continúen haciendo eso que todos sabemos, incluso ellos, que les perjudica tanto?”, “¿por qué les decimos continuamente lo que tienen que hacer y continúan haciendo lo contrario?”, “¿por qué continúan teniendo determinadas conductas, si es tan sencillo dejar de hacerlas?”, “¿por qué no dedican un poquito de tiempo cada día a cuidarse?”. Estas son preguntas que nos surgen muchas veces y, si nos paramos a pensar, nos las plantearíamos sobre nuestros pacientes y también sobre nosotros mismos. Es en este punto donde el Coaching nos puede ayudar.

En palabras de Whitmore, uno de los padres del Coaching, éste “consiste en ayudar a alguien a pensar por sí mismo, a encontrar sus respuestas, a descubrir dentro de sí su potencial, su camino al éxito, sea en los negocios,

en las relaciones personales, en el arte, en el deporte o en el trabajo”. Leonard, considerado el padre de coaching moderno, afirmó que el coaching es “una relación basada en la ayuda que permite a la persona llegar allí donde él solo no puede acceder. Coaching es, además, orientación, armonía, equilibrio e impulso para mejorar o ganar”. Si tenemos en cuenta estas definiciones, podemos tener claro que el coaching puede ayudarnos también en la búsqueda de salud.

A través del coaching, que no es más que un conjunto de técnicas psicológicas, podemos acompañar a los clientes en el proceso de salud. En palabras de la Dra. Molins, el Coaching “es un proceso de cambio personal que ayuda a pasar de una situación actual a una deseada”. Se trata de crear conjuntamente con el cliente un espacio que facilite el cambio. Si continuamos con la Dra. Molins, ella considera que el coaching para pacientes, como ella lo denomina, tiene las mismas características que el coaching personal, pero los objetivos son de salud.

Cuando la persona tiene un sueño, puede hacer dos cosas, esperar a que eso ocurra o ir a buscar aquello que desea. La mayoría de las veces sabemos cómo podemos alcanzar aquello que deseamos pero nos cuesta, porque nos sentimos solos en el proceso o porque nos centramos en el porqué de las cosas o de las conductas, cuando lo importante es el qué queremos conseguir y el cómo podemos conseguirlo. Es decir, lo importantes es descubrir cuál es nuestro sueño o nuestra meta y la forma de llegar a ella. Los profesionales sólo les acompañaremos en el proceso de conseguir el cambio. Para ello debemos adquirir unos conocimientos que nos harán más fuertes, en nuestro día a día, personal y laboral ¿te atreves a aprender?

Eva García.

DUE y Psicóloga especializada en Coaching.

Promoviendo la investigación en Enfermería desde el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia



¿Cada maestrillo tiene su librillo?

Una mañana cualquiera, en un hospital cualquiera. Sandra, estudiante de enfermería de tercero, está en una planta cualquiera haciendo sus prácticas. Hoy acompañará a Amparo, enfermera con amplia experiencia en el servicio.

Amparo: Buenos días, Sandra. Hoy tenemos que realizar un sondaje vesical a Eusebio, de la 425, porque parece ser que está reteniendo orina.

Sandra: Buenos días, Amparo. Genial, nunca lo he realizado a un paciente real, sólo sobre el maniquí.

Amparo: Vale, si te parece, hoy te vas a encargar de preparar el material necesario y de explicar al paciente el procedimiento, porqué y para qué es preciso hacerlo. La técnica la realizaré yo esta vez. La próxima serás tú, ¿de acuerdo?

Sandra: Claro, me parece perfecto.

Amparo: Acompáñame al almacén para preparar lo necesario.

Sandra: Vamos.

Amparo: Coge una batea para que llevemos cómodamente todo el material.

Sandra: Ya la tengo. Empiezo: sonda de Foley, jeringa de 10 ml, suero fisiológico...

Amparo: No, suero no, Coge agua destilada para el llenado del balón de la sonda.

Sandra: Pero, si da igual ¿no?

Amparo: No, que va. Con suero fisiológico se puede cristalizar el balón y que no se pueda vaciar para la retirada ¿te imaginas qué problema?

Sandra: Pues en clase nos dijeron que eso es un mito. Vamos, que da igual.

Amparo: En clase, ¿eh? Mira, llevo unos cuantos años en esto y he visto más de un globo de sonda vesical que no se ha podido vaciar por usar suero fisiológico. Hazme caso, mejor con agua destilada.

Sandra: Pero...

Amparo: Además, aquí siempre se ha hecho así.

¿Te resulta familiar?

En el día a día nos encontramos con situaciones en las que parece haber distintas soluciones posibles. Es habitual debatir con compañeros la forma correcta de realizar, o enseñar a hacer, una técnica, dar una información al paciente, etc. Ante esta situación ¿hay una manera mejor que otra? ¿Cómo podemos saberlo?

Nuestro objetivo como enfermeras está claro: brindar los mejores cuidados a las personas. Aquellos que repercutan de manera positiva en su salud. Y el hecho de hacernos estas preguntas durante nuestra práctica es la base de este objetivo. Ahora sólo falta contestarlas. Hoy en día disponemos de gran cantidad de información de fácil acceso que, por un lado, representa una ventaja pero, por otro, puede suponer un problema por la cantidad de tiempo necesario para conseguir separar el grano de la paja. Y la mayor parte de las veces no disponemos de ese tiempo. Entonces, ¿cómo podemos ofrecer esos cuidados de calidad?

El Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (COEV) tiene entre sus objetivos el apoyo a la mejora continua de los cuidados, y para ello va a poner en marcha diferentes recursos.

Por una parte, estamos elaborando un curso-taller sobre cómo responder a las preguntas que nos surgen en nuestra práctica diaria. Trabajaremos con herramientas (recursos web, app de salud) basados siempre en la mejor evidencia disponible y que, alavez, nos evite consumir mucho tiempo.

Por otro lado, se desea promover que sean las propias enfermeras quienes contesten a nuevas preguntas a través de la investigación. Sabemos que éstase percibe como una tarea-casi imposible de realizar. Nada más lejos de la realidad. Para ayudar en esos primeros pasos el COEV va a poner en marcha un servicio de consultoría científica para servir de apoyo a todas las enfermeras colegiadas con interés en realizar un trabajo de investigación.

Por último, para que todos formemos parte de estas propuestas, nos gustaría conocer tu opinión. Para ello, de cara al próximo verano lanzaremos una encuesta sobre todos estos aspectos.

Esperamos que participes y hagas tuyo este proyecto de mejora de los cuidados.

GRUPO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Raquel Soler Blasco. Colegiada 21301 (Valencia)
Diplomada en Enfermería. Universidad de Valencia.
Máster en investigación en ciencias de la enfermería. Universidad de Alicante.
Enfermera en el servicio de neumología y patología digestiva del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
Áreas de investigación: metodología cualitativa, cuidados paliativos, salud 2.0 y seguridad del paciente.

Manuel Ruescas López. Colegiado 14961 (Alicante)
Graduado en Enfermería. Universidad de Valencia.
Alumno del máster en investigación en ciencias de la enfermería. Universidad de Alicante.
Enfermero del servicio de hospitalización del Hospital Universitario del Vinalopó. Elche
Áreas de investigación: cuidados en pacientes traqueostomizados y laringectomizados, dispositivos médicos y seguridad del paciente.

Pedro Pimenta Fermisson Ramos. Colegiado 23954 (Valencia)
Graduado en Enfermería. Universidad de Valencia.
Máster en técnicas de diálisis para enfermería. Universidad Católica de Valencia.
Alumno del máster de investigación en ciencias de la enfermería. Universidad de Alicante.
Becario en el Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Unidad de arritmias.
Áreas de investigación: cuidados cardiológicos, tratamiento sustitutivo renal, dispositivos médicos y seguridad del paciente.

Congresos

XXVII CONGRESO NACIONAL/ I CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL NEUMOSUR ENFERMERÍA

FECHA: Del 19 al 21 de marzo de 2015 (Presencial) Del 23 al 29 de marzo 2015 (Virtual)
LUGAR: Córdoba Salón de Actos Hospital Reina Sofía
INFORMACION: Sociedad de Enfermería en Neumología, Cirugía Torácica y Fisioterapia del Sur, Andalucía, Canarias y Extremadura

XIV CONGRESO AEETO Asociación Española Enfermería en Traumatología y Ortopedia

FECHA: Del 15 al 17 de abril de 2015
LUGAR: Alicante. Hotel Meliá Alicante
INFORMACIÓN: Web: www.aeeto.es y www.aeeto.org

XVII CONGRESO NACIONAL DE LA ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

FECHA: Del 23 al 25 de abril de 2015
LUGAR: Barcelona. Salón de actos del Hospital Sant Pau
INFORMACIÓN:
Web: www.barcelona2015.enfermeriaradiologica.org

XI CONGRESO DE ENFERMERÍA OFTAMOLÓGICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

FECHA: 24 y 25 de abril de 2015
LUGAR: Valencia Centro de Convenciones Las Arenas. La Malvarrosa
INFORMACIÓN: Web: www.socv.org E-mail: AEOCV. Secretaria@gmail.com

XXXVI CONGRESO ENFURO Asociación Española de Enfermería en Urología

FECHA: Del 7 al 9 de mayo de 2015
LUGAR: Valencia
INFORMACION: Francisco J. Milla España secretario A.E.E.U.
Web: www.enfuro.es E-mail: enfuro@enfuro.org

II CONGRESO INTERNACIONAL IBEROAMERICANO DE ENFERMERÍA

FECHA: Del 20 al 22 de mayo de 2015
LUGAR: Madrid. Casa de América. Palacio de Linares
INFORMACION: Web: <http://www.campusfunciden.com>
E-mail: secretaria@funciden.org

XXXIX CONGRESO SEICAP (Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica)

FECHA: Del 21 al 23 de mayo de 2015
LUGAR: Alicante
INFORMACIÓN: Web: www.seicap.es/congresos.asp
Secretaría Técnica Apartado de Correos 8024 08080 Barcelona. Teléfono: 932081440 fax: 932081441

5º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA. Maridaje de Experiencias y Evidencia

FECHA: Del 27 al 29 de mayo de 2015
LUGAR: Valladolid
INFORMACION: Web: www.seecir.es

20º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

FECHA: Del 22 al 24 de octubre de 2015
LUGAR: Valencia. Hotel Las Artes I
INFORMACION: A.N.E.H. Asociación Nacional de Enfermería Hematológica
Tel: 954125277 Web: www.aneh.es
E-mail: valencia2015@aneh.es

XI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

FECHA: Del 28 al 30 de octubre de 2015
LUGAR: Zaragoza
INFORMACIÓN: Secretaría Técnica Merche Sáiz Tel: 902190848
Fax: 902190850
Web: <http://11enfermeriaquirurgica.com/>

Jornadas

SESIONES CLÍNICAS: CÁTEDRA HARTMANN DE INTEGRIDAD Y CUIDADO DE LA PIEL

FECHA: 16 Abril 2015: " Como abordar la Epidermolisis bullosa"
7 Mayo 2015: " Farmacología adversa en la cicatrización de las heridas"
4 Junio 2015: " Evidencia de las alteraciones terapéuticas naturales en la integridad cutánea"
LUGAR: Valencia. Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia. C/ Espartero nº 7
INFORMACIÓN: Universidad Católica de Valencia

26 JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERAS GESTORAS. SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA

FECHA: Del 15 al 17 de abril de 2015
LUGAR: Pamplona. Baluarte. Palacio de Congresos
INFORMACION: Asociación nacional de Directivos de Enfermería Secretaría Técnica SANI_CONGRESS
Tel: 902190848
Fax: 902190850
E-mail: sanicongress@26supervisionenfermeria.com
Web: www.26supervisionenfermeria.com

ENFERMERIA INTEGRAL publica trabajos originales, de revisión y puesta al día, cartas al Director y comunicaciones breves sobre todos aquellos aspectos técnicos y científicos relacionados con la enfermería; así como la información sobre convocatorias de premios y becas, comentarios y críticas sobre libros y publicaciones de aparición reciente y de interés, agenda de congresos, cursos y jornadas sobre Enfermería. Esta publicación es el Organismo Oficial del Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de Valencia.

Los autores que deseen publicar en nuestra revista deben seguir y tener en cuenta las siguientes normas:

1. Todas las publicaciones deberán ser enviadas por correo certificado o se entregarán personalmente al: Consejo de Redacción de ENFERMERIA INTEGRAL, Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería, Avenida Blasco Ibáñez, 64 · 46021 VALENCIA.

2. Ningún trabajo enviado deberá haber sido publicado, enviado y/o aceptado para su publicación, de forma simultánea, en otras revistas.

3. Los manuscritos deberán ser originales, tener una extensión máxima de 12 hojas y 8 tablas, grabados o figuras (legibles y en condiciones de ser reproducidas) y enviarlos mecanografiados a doble espacio sobre papel blanco, tipo DIN A-4, por una sola cara y con márgenes laterales de 2 cms. Tanto del texto como de la iconografía deberán ser enviados un original y dos copias. Se agradecerá que el envío de la versión definitiva sea en CD, con cualquier programa de tratamiento de textos para WINDOWS o para MAC.

4. Cada tabla o figura será numerada y titulada en su parte inferior, señalando en su reverso el nombre del autor y el título del trabajo. Si se utilizan flechas u otros símbolos deberá explicarse al pie de cada una de ellas su significado. No se aceptarán leyendas impresas a mano.

5. En cuanto a la redacción de los originales, y más si son fruto de un trabajo de investigación, deberán estructurarse en los siguientes apartados: Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones y Bibliografía. Esta se redactará en hojas aparte y siguiendo las recomendaciones de la Convención de Vancouver: apellido de los autores seguido de la inicial del nombre; título del trabajo; título abreviado de la revista según el Index Medicus; año, volumen, páginas primera y última. Si se trata de un libro se

filiará: autor o editor; título; lugar de publicación; editorial, año y páginas de comienzo y fin. Las citas bibliográficas se numerarán de acuerdo a su orden de aparición en el texto.

6. Todas las publicaciones irán acompañadas de un resumen, no superior a 150 palabras, en el que se hará referencia a los aspectos más significativos del trabajo y palabras clave.

7. En la cubierta figurará subrayado y en mayúsculas, el título del trabajo y nombre del autor o autores; puesto de trabajo que desempeñan; institución a la que pertenecen; año de realización del trabajo y si han recibido algún tipo de ayuda de investigación o beca para subvencionar el trabajo realizado, mencionando el origen de la misma.

8. Todos los originales se acompañarán de una autorización manifestando el deseo de que el trabajo sea publicado por ENFERMERIA INTEGRAL, haciendo constar el nombre, número de colegiado, D.N.I. y firma de cada uno de los autores.

9. El Consejo de Redacción solicita de los autores, siempre dentro de sus posibilidades, la aportación de fotografías ilustrativas en aquellos artículos que lo requieran.

10. El Consejo de Redacción de la revista Enfermería Integral y la institución que la edita no se responsabiliza de las opiniones vertidas en los trabajos publicados.

11. Los trabajos aceptados quedarán en propiedad de la revista y no podrán ser reimpresos sin la autorización expresa de la misma. A sus autores se les enviará un certificado de aceptación y, si es posible, la fecha aproximada de su publicación.

12. Los trabajos no aceptados serán remitidos a sus autores, bien para su corrección y posterior publicación, o bien, notificándole, al mismo tiempo, su no aceptación definitiva.

ENFERMERIA INTEGRAL publica treballs originals, de revisió i posada al dia, cartes al director i comunicacions breus sobre tots aquells aspectes relacionats amb la infermeria; així com informació sobre convocatòries de premis i beques, comentaris i crítiques sobre llibres i publicacions d'aparició recent i d'interés, agenda de congressos, cursos i jornades sobre Infermeria. Aquesta publicació és l'Òrgan Oficial del Col·legi d'Ajudants Tècnics Sanitaris i Diplomats en Infermeria de València.

Els autors que desitgen publicar en la nostra revista cal que segueixen i tinguen en compte les següents normes:

1. Totes les publicacions hauran de ser enviades per correu certificat o s'entregaran personalment al: Consell de Redacció de ENFERMERIA INTEGRAL, Col·legi Oficial d'Ajudants Tècnics Sanitaris i Diplomats en Infermeria, Avinguda Blasco Ibáñez, 64 · 46021 VALÈNCIA.
2. Cap treball que s'envie caldrà que no haja sigut publicat, enviat i/o acceptat per a la seua publicació, de forma simultànea, en altres revistes.
3. Els manuscrits hauran de ser originals, tenir una extensió màxima de 12 fulles i 8 taules, gravats o figures (llegibles i en condicions de ser reproduïdes) i cal que s'envien mecanografiats a doble espai sobre paper blanc, tipus DIN-A4, per una sola cara i amb margens laterals de 2 cms. Pel que fa al text i a la iconografia, hauran de ser enviats un original i dues còpies. S'agrairà que l'enviament de la versió definitiva siga en CD, amb qualsevol programa de tractament de textos per a WINDOWS o per a MAC.
4. Cada taula o figura aura de ser numerada i titulada en la part inferior, assenyalant en el revers el nom de l'autor i el títol del treball. En cas que s'utilitzen fletxes o altres símbols, cal que expliqueu el significat al peu de cadascuna d'elles. No s'acceptaran llegendes impreses a mà.
5. Pel que fa a la redacció dels originals, sobretot si són resultat d'un treball d'investigació, caldrà que s'estructuren en els següents apartats: Introducció, Material i Mètode, Resultats, Discussió, Conclusions i Bibliografia. Aquesta es redactarà en fulles a part i seguint les recomanacions de la Convecció de Vancouver: cognom dels autors seguit de la inicial del nom; títol de treball i títol abreviat de la revista segons l'Index Medicus; any, volum i pàgines primera i última. En cas que es tractés d'un llibre, cal filiar-lo: autor
- o editor, títol i lloc de publicació; editorial, any i pàgines de començament i acabament. Les cites bibliogràfiques hauran de ser numerades d'acord al seu ordre d'aparició en el text.
6. Totes les publicacions aniran acompanyades d'un resum, no superior a 150 paraules, en el qual, caldrà fer referència als aspectes més significatius del treball i paraules clau.
7. En la coberta figurarà, subratllat i en majúscules, el títol del treball i nom del l'autor o autors; lloc de treball que desempenyen i institució a la que pertanyen; any de realització del treball i si han rebut algun tipus d'ajuda o beca per a subvencionar el treball realitzat, esmentant l'origen de la mateixa.
8. Tots els originals s'acompanyaran d'una autorització manifestant el desig que el treball siga publicat per ENFERMERIA INTEGRAL, fent constar el nom, número del col·legiat, D.N.I. i signatura de cadascú dels autors.
9. El Consell de Redacció sol·licita dels autors, sempre dins de les seues possibilitats, l'aportació de fotografies il·lustratives en aquells articles que així ho requereixen.
10. El Consell de Redacció de la revista ENFERMERIA INTEGRAL i la institució que l'edita no es responsabilitza de les opinions que apareixen en els treballs publicats.
11. Els treballs acceptats quedaran en propietat de la revista i no podran ser reimpressos sense l'autorització expressa de la mateixa. Als autors se'ls enviarà un certificat d'acceptació i, si és possible, la data aproximada de la publicació del treball.
12. Els treballs no acceptats seran remets als seus autors, bé per a la seua correcció i posterior publicació, o bé, notificant-li al mateix temps la no acceptació definitiva.

Cuidados de Enfermería, protocolo y guía práctica de administración: BCG INTRAVESICAL

La finalidad de este artículo es presentar una guía práctica de preparación, cuidados de enfermería y administración de BCG: Bacillus de Calmette-Guerin, utilizado en el tratamiento del carcinoma superficial no infiltrante de vejiga, en la prevención de recidivas y en la progresión de la enfermedad.

La administración intravesical de BCG (conocido por su utilización como vacuna contra la tuberculosis) consiste en un tratamiento de inmunoterapia en el que se estimula el sistema inmunológico del paciente para que destruya las células del tumor, mediante la instilación de bacterias vivas liofilizadas derivadas del Mycobacterium bovis.

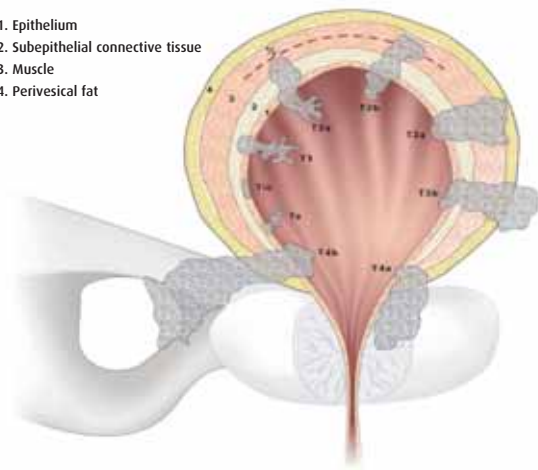
El tratamiento con BCG debe ser administrado por personal de enfermería formado y cualificado, ya que es una técnica que puede tener complicaciones. Por tanto es de enorme utilidad la elaboración de la siguiente guía para conocer las indicaciones, preparación, administración, contraindicaciones, efectos adversos etc... así como de los cuidados pre, durante y post-administración.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga es la segunda neoplásica urológica, aproximadamente el 2% de todas las enfermedades malignas, el cuarto más frecuente en hombres y el noveno más frecuente en mujeres.

La enfermedad superficial puede estar conformada por tumores no invasivos (Ta), localizados en la lámina propia (T1) y por carcinoma *in situ* (Tis). Cada uno de estos tipos de tumor tiene un pronóstico diferente.

1. Epithelium
2. Subepithelial connective tissue
3. Muscle
4. Perivesical fat



El tratamiento convencional para el cáncer superficial de vejiga en estadios Ta y T1 es la resección quirúrgica a través de la uretra (resección transuretral - RTU). Sin embargo, muchos pacientes tendrán recurrencia del tumor después

de este procedimiento, para ello la terapia intravesical es un procedimiento que se utiliza habitualmente como adyuvante de la RTU. (1)

Hay una gran variedad de agentes que se instilan directamente en la vejiga con el propósito de prevenir la recurrencia de tumores. Dentro de estos agentes se encuentra el Bacilo de Calmette-Guerin (BCG), Epirubicina, Mitomicina-C, Doxorubicina... (2)

La American Urological Association, recomienda el uso de BCG intravesical o de Mitomicina-C (MMC) para los casos de cáncer de vejiga en estadio Ta, T1 y Tis.

Sin embargo un estudio indicó que la recurrencia del tumor se redujo significativamente con el BCG intravesical en comparación con la MMC, pero sólo en el subgrupo de pacientes con alto riesgo de recurrencia del tumor. (3)

Basándonos en el estudio tumoral, dividiremos los tumores superficiales en 3 grupos:

TABLA 1

	GRADO	RECURRENCIA PROGRESIÓN	TRATAMIENTO
GRUPO I	Bajo < 3cm	Escasa	RTU + Biopsia
GRUPO II	Bajo > 3cm	Múltiple o Recidivante	RTU + Biopsia + Quimioterapia Intravesical
	Intermedio		
GRUPO III	Alto	Alta	RTU + Biopsia + Inmunoterapia Intravesical BCG

El Bacilo de Calmette-Guerin (BCG) es un estimulante inmune no específico. Aunque se desconoce cuál es su mecanismo preciso de acción, el BCG intravesical provoca una respuesta inmune del huésped local contra las células

José Vicente Gil Barberà
Enfermero Consultas Externas
Urología Hospital Arnau de Vilanova
(Valencia) 2014.

Palabras Clave:
BCG: Bacilo de Calmette-Guerin,
Intravesical, Cuidados de enfermería,
Carcinoma superficial vejiga,
Guía práctica.

tumorales, acompañada por una liberación de interleukina 1 y 2 y de factor de necrosis tumoral. Se ha reportado que el BCG intravesical reduce el número de recurrencias y progresión del tumor en estadios Ta y T1 e induce la remisión completa en Tis (1)

De las varias cepas existentes de BCG, actualmente son dos los medicamentos comercializados en España: Vejicur® (Cepa RIVM) y OncoTice® (Cepa Tice)

En la actualidad en el Servicio de Urología del Hospital Arnau de Vilanova se administra OncoTice® en el que vamos a centrar la elaboración de la guía práctica de preparación y administración intravesical. (4)

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica en bases de datos sanitarias: Medline y Cochrane; Agencia Española del Medicamento, Sociedad Española de Enfermería Oncológica, Guías clínicas de Asociación Europea y Americana de Urología, artículos científicos publicados hasta la fecha y protocolos del servicio de Urología del Hospital Arnau de Vilanova.

RESULTADOS:

1.- Protocolo BCG Intravesical

El protocolo se inicia en la consulta de urología, donde se diagnostica el tipo y grado de tumor, tras la intervención de RTU vesical y el resultado de la biopsia.

Es aquí donde enfermería tiene un papel fundamental ya que, será la responsable de administrar el tratamiento, los cuidados y el seguimiento de todo el proceso del paciente.

En primer lugar le informaremos de cómo será el tratamiento, los efectos secundarios posibles, la profilaxis antibiótica que debe tomar y los cuidados post-administración.

Para ello le entregamos una hoja de información e instrucciones por duplicado, una de ellas nos la debe entregar firmada a modo de consentimiento informado (5).

Servicio de Urología Hospital Arnau de Vilanova
Tratamiento intravesical con BCG

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE.

Ha sido usted intervenido de un tumor en la vejiga urinaria. Estos tumores tienen un alto porcentaje de recidiva, es decir de volver a reproducirse en un período de tiempo variable (meses o años).

Por ello se recomienda seguir un protocolo durante mínimo un año de un tratamiento intravesical con una sustancia derivada del bacilo de la tuberculosis. Es un tratamiento que, con frecuencia, produce molestias, y en ocasiones, reacciones indeseables. No obstante pensamos que el beneficio que usted puede obtener supera los inconvenientes; es un tratamiento muy utilizado en su enfermedad.

El tratamiento consistirá en la administración del fármaco por

la uretra mediante una pequeña sonda, en consultas externas del hospital. (Vuelve a su domicilio sin sonda).

Durante el primer mes se realizará el tratamiento 4 semanas seguidas, y después una vez al mes hasta completar el año.

Se realizarán controles mediante ecografías, analíticas de orina (citologías, cultivos etc) cistoscopias y también se realizará una biopsia de control en quirófano que precisará ingreso y preoperatorio. Todo ello le será explicado en la consulta por el personal de Enfermería en las sucesivas visitas para el tratamiento.

Con estos controles pretendemos que su enfermedad no vuelva a manifestarse o que si se manifiestan tengan un tratamiento rápido y sencillo, para ello le pedimos que colabore activamente en el cuidado de su salud, nosotros le guiaremos solucionando los problemas, si se presentan.

INSTRUCCIONES:

- 1.- No es preciso que venga en ayunas. No es quimioterapia.
- 2.- Ha de tomar un antibiótico preventivo generalmente Ciprofloxacino 500mg c12h, durante 3 días. Tomará la primera dosis la mañana del tratamiento, antes de acudir. Si es alérgico avise y se cambiará por otro.
- 3.- Acuda a la hora que le hayan citado en admisión.
- 4.- Después de la administración del medicamento debe procurar retenerlo en la vejiga al menos durante 2 horas.
- 5.- Si va a estar en casa, procure acostarse y realizar cambios de posición para favorecer la distribución del medicamento por las paredes de la vejiga, sino es conveniente permanecer de pie.
- 6.- Una vez pasa este tiempo debe orinar sentado en el aseo, pero SENTADO, para evitar salpicaduras.
- 7.- Durante las 6 primeras horas, cada vez que orine debe lavarse las manos y añadir lejía en la taza del inodoro, esperando 15 minutos antes de tirar de la cadena (para que la lejía haga efecto).
- 8.- Después de la administración del tratamiento debe beber agua en abundancia.
- 9.- Si mantiene relaciones sexuales, utilice preservativo las primeras 48h.

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS:

- Micción dolorosa, frecuente, urgencia al orinar y sangre en la orina.
- Síntomas de tipo gripal, como: fiebre, dolor muscular, malestar y sensación de fatiga...
- Dolor abdominal, náuseas o vómitos/diarrea.

Suelen producirse en la mayoría de los casos y duran entre 24-48 horas.

Debe informar de todas las medicinas que tome a este

Servicio así como de la aparición de fiebre, infecciones y si los efectos descritos anteriormente fuesen muy intensos o durasen más de 2 o 3 días.

DECLARO QUE HE LEIDO Y HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE LA INFORMACIÓN QUE HAN DADO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTE TRATAMIENTO:

FECHA:

ETIQUETA

FIRMA:

Revoco el consentimiento prestado en fecha: y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En segundo lugar le explicaremos que para evitar y controlar la recurrencia y progresión del tumor se realizarán controles durante el tratamiento: citologías de orina, biopsia randomizada, ecografías, cistoscopias etc... dependiendo del riesgo de recidiva.

TABLA 2

MES	RIESGO ALTO	R. INTERMEDIO	RIESGO BAJO
3	BIOPSIA QUIRÓFANO	CISTOSCOPIA	CISTOSCOPIA
6	CISTOSCOPIA + CITOLOGÍA	ECOGRAFIA + CITOLOGIA	ECOGRAFIA + CITOLOGIA
9	CISTOSCOPIA + CITOLOGÍA
12	CISTOSCOPIA + CITOLOGÍA	CISTOSCOPIA	CISTOSCOPIA

Será función de enfermería cursar y gestionar los controles, vigilar el resultado de las pruebas complementarias, efectos secundarios e incidencias derivadas del tratamiento.

En tercer lugar le informaremos del calendario de instilaciones y citaremos al paciente para la primera sesión del tratamiento. La duración total del protocolo será en principio de un año, realizándose una instilación por semana durante el primer mes y después una cada mes hasta completar el año. Al finalizar, si no ha habido incidencias, se concertará nueva cita con su urólogo para nuevo control.

2.- Guía práctica de administración de BCG: OncoTICE.

INDICACIONES:

OncoTICE pertenece al grupo de medicamentos de los denominados inmunomoduladores, de los cuales actúan sobre el sistema de defensas del organismo. Se emplea en el tratamiento del cáncer superficial de vejiga y también para prevenir que la enfermedad vuelva a aparecer tras la cirugía de vejiga. El principio activo es el bacilo de Calmette-Guerin (BCG), cada vial contiene 2-8 x 10(8) unidades formadoras de colonias (UFC) (6)

CONTRAINDICACIONES:

Infecciones del tracto urinario, (si aparecen durante el tratamiento debe suspenderse hasta que urinocultivo sea negativo y finalice terapia con antibióticos)

Hematuria activa, ya que puede facilitar la infección sistémica por BCG. Posponer de 7-14 días el tratamiento hasta que la causa se haya resuelto.

Pacientes sometidos a una resección transuretral, deberá iniciarse el tratamiento entre los 10-15 días después de la intervención. No debe iniciarse hasta que las lesiones de la mucosa hayan curado.

Tuberculosis activa. Debe descartarse en pacientes con Mantoux positivo antes de empezar el tratamiento. También estará contraindicado en el tratamiento con fármacos antituberculosos: Estreptomina, Isoniacida, Rifampicina, Etambutol.

Fiebre, a no ser que la causa de la fiebre sea de origen conocido.

Déficit de la respuesta inmunitaria, ya sea de origen congénito, adquirido, iatrogénico... Tratamiento con inmunosupresores, depresores medulares o radiaciones ionizantes.

Embarazo y Lactancia. (6)

EFFECTOS ADVERSOS:

La administración intravesical de BCG ha demostrado actividad profiláctica, pero ambos se asocian a efectos secundarios sistémicos y locales, ya que implica la presencia de bacilos vivos en el interior de la vía urinaria baja, con eventual poder patógeno.

1.- El problema más común es el *síndrome miccional* irritativo que es autolimitado y no requiere tratamiento. Consiste en escozor, urgencia y frecuencia miccional. Se presenta entre las 24-48h posteriores a la instilación.

2.- La *hematuria* es otro signo local que aparece con relativa frecuencia y que no suele trascender.

Aparece en un 2,4% de los pacientes tratados con BCG y cede en pocos días, si persiste hay que practicar cistoscopia para descartar recidiva de enfermedad tumoral en vejiga.

3.- La presencia de *fiebre* de menos de 48 horas de evolución no requiere tratamiento y corresponde a una reacción inmunológica derivada del contacto con el bacilo.

Los episodios febriles que comiencen después de las 24 horas de la instilación y que persistan más de 48 horas son indicativos de infección del tracto urinario (ITU) o por la propia BCG, con eventual infección tuberculosa. Estos pacientes deben ser hospitalizados e iniciar tratamiento antibiótico empírico.

Estos efectos adversos se producen por dos mecanismos: Reactivo e Infeccioso. En el reactivo la afectación visceral o general proviene de una reacción de hipersensibilidad. En el infeccioso es el propio bacilo el que afecta al órgano.

La pauta a seguir según la morbilidad por las instilaciones variará en función de cada una y de su gravedad;

puede ser desde posponer las instilaciones, disminuir la dosis de las mismas o suspenderlas. (7)

TABLA 3

COMPLICACION	INSTILACIONES
Cistitis < 48 horas	Continuar
Cistitis severa o > 48 horas	Posponer – Disminuir dosis – Suspender
Fiebre: pico febril autolimitado < 48 horas	Continuar
Fiebre > 48 horas	Posponer – Suspender
Sepsis por micobacterias	Suspender
Artritis leve	Posponer – Disminuir dosis
Artritis severa	Suspender
Hematuria	Posponer
Orquitis	Suspender
Prostatitis	Posponer

CONSERVACIÓN:

Conservar el vial entre 2-8°C en nevera y protegido de la luz.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Material necesario:

- Dispositivo de reconstitución y vial de BCG.
- Sonda de una vía tipo PVC CH 12 punta angulada (Tiemann) en caso de hombres.
- Sonda de una vía tipo PVC CH 12 femenina en caso de mujeres.
- Guantes estériles y no estériles, Mascarilla.
- Jeringa de 50 con conexión Luer-Lock y Suero fisiológico 50 cc.
- Paño estéril y Lubricante urológico estéril.
- Aguja rosa 18G (1,2x40mm), Gasas estériles y Clorhexidina acuosa.

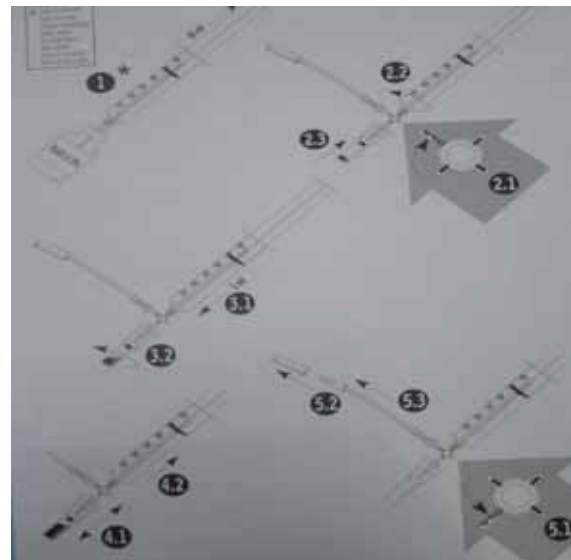


Preparación:

OncoTICE contiene micobacterias vivas, atenuadas. Debido al potencial riesgo de transmisión debe prepararse y manipularse como un material contaminante, en condiciones asépticas, con mascarilla y guantes de protección, y evitar contaminación cruzada y la diseminación en aerosol e inhalación. Asimismo, deberá evitarse la exposición de la piel dañada al OncoTICE.

Al finalizar todos los materiales deberán desecharse en contenedores especiales para productos biológicos.

Para la reconstitución:



1.- Cargar la jeringa de 50cc con conexión Luer-Lock de suero fisiológico estéril.

2.1.- Girar la llave del dispositivo de reconstitución para comprobar que gire bien y cerrar la vía de instilación.

2.2.- Conectar la jeringa de 50cc al dispositivo de reconstitución.

2.3.- Acoplar el vial de OncoTICE mediante una ligera presión hasta que acople.

3.1. y 3.2.- Añadir 1ml de suero fisiológico al vial y, agitar suavemente hasta obtener una suspensión homogénea.

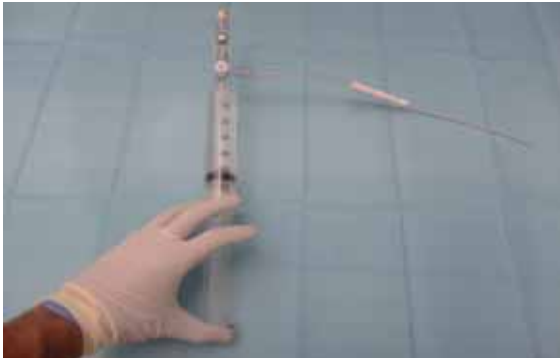
4.1 y 4.2.- Transferir la suspensión reconstituida del vial a la jeringa estéril de 50 ml.

5.1.- Abrir la vía de instilación y cerrar la del vial girando la llave.

5.2. y 5.3.- Quitar el tapón y purgar el equipo con la solución reconstituida.

El producto debe utilizarse inmediatamente.

Administración:



OncoTICE debe reconstituirse, prepararse y administrarse en condiciones asépticas.

- Insertar una sonda en la vejiga y proceder al vaciado completo de la misma.
- Conectar el dispositivo con la suspensión preparada de OncoTICE al catéter e instilar la suspensión en la vejiga. No forzar el émbolo ni forzar el flujo de la suspensión.
- Finalizada la instilación, girar la llave para cerrar el dispositivo y retirar el catéter.

Si se produce una exposición accidental de la BCG de los profesionales sanitarios por autoinoculación, exposición dérmica, por una herida abierta o por inhalación o ingestión, aunque en general no produce reacciones adversas significativas para la salud en individuos sanos, se recomienda realizar una prueba de tuberculina/PPD en el momento del accidente y 6 semanas después para detectar si existe conversión en la prueba dermatológica.

Cuidados Post-Administración:

- Es importante que el paciente no beba ningún líquido durante las 4 horas anteriores al inicio del tratamiento. Se recomienda la hiperhidratación durante la administración de la BCG.
- La solución de OncoTICE deberá permanecer en la vejiga durante dos horas para obtener el resultado óptimo de tratamiento.
- Es importante que en las 6 horas después del tratamiento evacue la orina en posición de sentado y que se añadan dos tazas de lejía doméstica al inodoro tras cada evacuación. La lejía y la orina deben dejarse en el inodoro durante 15 minutos antes de tirar el agua.
- Los varones deberán orinar sentados. Si se mantienen relaciones sexuales, utilizar preservativo. (8) (6)

DISCUSIÓN:

El carcinoma superficial de vejiga es propenso a tener recurrencias entre 50 y 70% de los pacientes.

Está demostrado que la inmunoterapia con BCG intravesical como adyuvante de la RTU es significativamente efectiva para reducir el número de pacientes con recurrencia del tumor a los 12 meses y para retrasar el tiempo transcurrido hasta una recidiva.

Las intervenciones que puedan reducir la recurrencia de tumores tendrían un enorme beneficio tanto en los costes para la atención como en calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIONES:

Como en tantos otros aspectos del proceso salud-enfermedad, los cuidados de enfermería, la información, la educación para la salud, la empatía, el apoyo emocional y la visión holística de este tipo de pacientes serán de vital importancia para el éxito del tratamiento.

Por tanto para administrar unos cuidados de enfermería de calidad, este artículo puede servir de guía así como formación continuada para el personal de enfermería

BIBLIOGRAFÍA

1. Shelley MD, Court JB, Kynaston H, Wilt TJ, Fish RG, Mason M. Bacilo de Calmette-Guerin intravesical en cáncer de vejiga en estadio Ta y T1 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. American Urological Association. Guideline for the management of nonmuscle invasive bladder cancer: (stages Ta, T1, and Tis): 2007. Chapter 3: Outcomes analysis for the treatment of nonmuscle invasive bladder cancer [En Internet]. American Urological Association URL disponible en: <http://www.auanet.org/content/guidelines-and-qualitycare/clinical-guidelines/main-reports/bladcan07/chapter3.pdf>
3. Shelley MD, Court JB, Kynaston H, Wilt TJ, Coles B, Mason M. Bacilo de Calmette-Guerin intravesical versus mitomicina C para el cáncer de vejiga Ta y T1 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Desabastecimiento de Immu-cyst BCG inmunoterapéutica. Fecha de publicación: 12 de julio de 2012. Referencia: AEMPS, 7/2012. http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/problemasSuministro/2012/docs/NI-AEMPS_07-2012.pdf
5. Servicio de Urología del Hospital Arnau de Vilanova. Información para los pacientes que reciben tratamiento con BCG. Agencia Valenciana de Salud.
6. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha Técnica y Prospecto OncoTICE. http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/61377/P_61377.pdf
7. M. Capell, O. Rodríguez, F. Rodríguez-Escovar, FM. Sánchez-Martín, J. Palou, H. Villavicencio. BCG intravesical: manejo práctico de sus efectos adversos. Actas Urología vol. 31 núm. 4 - 2012 http://www.fundacio-puigvert.es/sites/default/files/afp_04_2012.pdf
8. Guía Práctica de preparación y administración de medicamentos para tratamientos quimioterápicos: BCG. <http://fichastecnicas.seeo.org/pages/fichas/?CODF=16&Accion=1>

Quimioterapia Oral de última generación: Recomendaciones de uso

Teresa Paños Madrona

Diplomada en enfermería y máster en enfermería oncológica por la Universidad de Valencia.

Juan Escrivá Gracia

Diplomado en enfermería y máster en enfermería oncológica por la Universidad de Valencia. Enfermero laboratorio de microbiología del CHGVV.

Palabras Clave: Recomendaciones de uso, quimioterapia oral, administración correcta, eficacia, seguridad.

En la actualidad el cáncer se ha situado como un problema de salud pública, si bien, en los últimos años se ha avanzado en la investigación y terapias del mismo, llegando a presentar importantes novedades en quimioterapia. Asimismo, la quimioterapia oral de última generación se ha convertido en un recurso disponible y eficaz para el tratamiento de algunos cánceres, siendo a su vez, una terapia menos agresiva y más bien aceptada por el paciente. El objetivo principal del trabajo es definir las recomendaciones de uso básicas para garantizar la administración segura, correcta y eficaz de la quimioterapia oral de última generación, a partir de la revisión sistemática de los citotóxicos orales más utilizados y sus fichas técnicas, con la finalidad de mejorar y contribuir a la correcta administración, eficacia, seguridad y calidad en la farmacoterapia antineoplásica oral.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un grave problema de salud, siendo los mayores de 65 años el 13% de la población que soportan el 58% de todos los cánceres. El riesgo de padecer un cáncer se multiplica por diez en la población mayor de 65 años con respecto a la población en general, constituyendo la edad, probablemente, el factor de riesgo aislado más importante para padecer cáncer. Los sitios más comunes de aparición de cáncer son la mama en la mujer, la próstata en el varón, el colon y el recto, y el pulmón¹.

Por todo ello, existe claramente la necesidad de mejorar los procedimientos para la gestión de los pacientes que reciben quimioterapia oral, tanto para la administración de los fármacos, vigilancia de los efectos adversos, como la educación del paciente, a través de la aplicación del PAE, la anamnesis y la historia farmacológica. Sin una estructura que asegure la administración de los tratamientos de quimioterapia orales correctamente, existen posibles consecuencias, relacionadas con el tratamiento como causantes de desenlaces no esperados, haciendo referencia a la dosis equivocada, la frecuencia o la duración del tratamiento y falta de información para notificar reacciones de toxicidad².

Además, esta responsabilidad de gestionar su propio tratamiento puede ser una carga excesiva, que sin un asesoramiento de un profesional, puede tener consecuencias fatales entre los pacientes y sus cuidadores^{3,2}. Por ello, existe la necesidad de mejorar los procesos de atención en la administración quimioterapia oral, para que se equipare a la administración intravenosa. Según una reciente encuesta de los farmacéuticos del Reino Unido sugiere que los procedimientos para la administración de quimioterapia oral son menos rigurosos que los tratamientos intravenosos^{4,2}.

El incumplimiento en pacientes de edad avanzada, puede dar lugar a un mayor riesgo de hospitalización, de ello deriva la necesidad de toma de medidas destinadas a aumentar el cumplimiento, incluyendo la educación del paciente, el apoyo psicológico y ejercicios en la toma de la medicación oral, que son capaces de aumentar el cumplimiento casi 3 veces⁵. Por ello, la importancia de maximizar los beneficios y reducir los riesgos del tratamiento, utilizando folletos informativos para informar y confrontar con el paciente su terapia, sin embargo, el contexto en el que se utiliza la quimioterapia citotóxica a menudo limita su idoneidad.

Por ello, se han establecido una serie de recomendaciones a tener en cuenta en el momento de la prescripción de la quimioterapia oral en personas ancianas⁶:

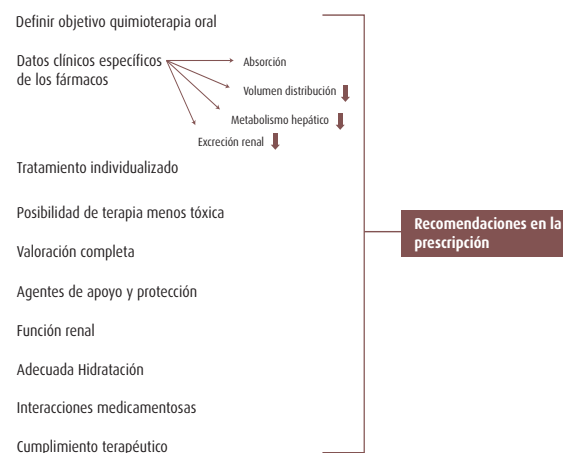


Figura 1: Recomendaciones a tener en cuenta en la prescripción de terapia citotóxica oral. Fuente: Elaboración propia⁶.

La información del paciente es fundamental para apoyar la seguridad el uso de la terapia citotóxica oral. Los pacientes deben recibir información verbal y escrita que incluya, un plan de tratamiento (diagnóstico, dosis...); promoción auto-cuidado (instrucciones de toma, cuando se debe tomar la medicina y si es necesario tomarse antes o después de la comida, manipulación correcta y segura, almacenamiento seguro...) y la mejora de síntomas (los efectos adversos).

OBJETIVO

El objetivo principal del trabajo es definir las recomendaciones de uso básicas para garantizar la administración segura, correcta y eficaz de la quimioterapia oral de última generación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, trasversal y retrospectivo, llevando a cabo una revisión sistemática de un total de 163 pacientes oncológicos, mayores de 65 años, tratados con citostáticos orales en el período de tiempo comprendido entre el 1-01-2011 y el 31-12-2011, en el Departamento de Salud 12 de la Comunidad Valenciana. Identificando los citostáticos orales de última generación más empleados y analizando sus recomendaciones de uso.

Para conocer, describir y presentar las recomendaciones de administración se consulto la ficha técnica de los mismos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios⁷.



Figura 2 . Área de cobertura del departamento 12. Fuente: Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat⁸.

RESULTADOS

La distribución de los antineoplásicos orales más utilizados se presenta a continuación, en la figura3.

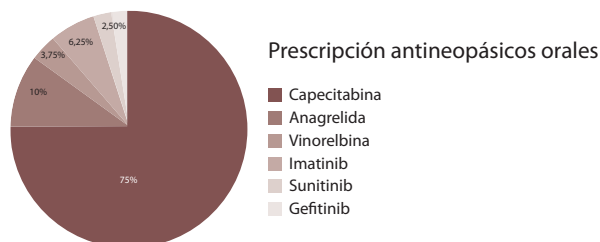


Figura 3: Distribución de utilización de antineoplásicos orales

El mecanismo y aplicaciones de estos fármacos citostáticos orales son los siguientes:

FÁRMACOS	MECANISMO DE ACCIÓN	APLICACIONES CLÍNICAS
CAPECITABINA	Inhibe a la TS; incorporación del FUTP en el RNA que produce alteración del procesamiento del RNA; incorporación del FdUTP en el DNA que produce inhibición en la síntesis y la función del DNA.	Cáncer de mama. Cáncer colorrectal. Cáncer gastroesofágico. Cáncer hepatocelular. Cáncer pancreático.
ANAGRELIDA	Inhibidor de la fosfodiesterasa III dependiente del AMP cíclico.	Indicado para la reducción del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial (TE).
VINORELBINA	Inhibe la mitosis.	Cáncer pulmonar no microcítico. Cáncer de mama y ovárico.
IMATINIB*	Inhibe la cinasa tirosina de Bcr y Abl y a otras cinasas de tirosinas de receptores, lo que comprende PDGFR, factor citoblástico y c-Kit.	CML. GIST. Tumor de estroma gastrointestinal.
SUNITINIB*	Inhibe a múltiples RTK, lo que comprende VEGF-R1, VEGF-R2, VEGF-R3, PDGFR- α y PDGFR- β , lo que origina la inhibición de la angiogénesis, invasión y metástasis.	Adenocarcinoma renal. GIST
GEFITINIB*	Es una molécula pequeña que inhibe selectivamente la tirosina quinasa del receptor del factor de crecimiento epidérmico y es un tratamiento efectivo para pacientes con tumores con mutaciones activadoras del dominio de la tirosina quinasa del EGFR independientemente de la línea de tratamiento.	Indicado para tratamiento de pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico con mutaciones activadoras de EGFR.
ERLOTINIB*	Inhibe la cinasa de tirosina del EGFR lo que desencadena la inhibición de la señalización EGFR.	Cáncer pulmonar no microcítico. Cáncer pancreático.

(*): Inhibidores de la tirosina quinasa.

Figura 4: Mecanismo y aplicaciones de los fármacos oncológicos orales.




Fuente: Elaboración propia.

Todos los fármacos presentados poseen una serie de recomendaciones generales y específicas de cada medicamento para garantizar una administración correcta, segura y eficaz.

Recomendaciones generales

- Evitar el contacto con la piel. Lavarse las manos antes y después de cada toma.
- Tanto los comprimidos, como las cápsulas (forma farmacéutica) no debe manipularse. Deben tragarse enteros con un vaso de agua, sin masticar, ni abrir (cápsulas), ni chupar en la boca, ni disolverlos.
- Apuntar el día la semana que empieza el tratamiento. Seguir un diario de administración ayudará a no equivocarse y saber cuándo ha de terminar el tratamiento.
- Mantener siempre el mismo horario para administrar las dosis.

Recomendaciones específicas de administración que posee cada citostático oral

 Capecitabina (Xeloda ®)	
Modo Administración	Dos veces al día, 30 minutos antes del desayuno y la cena.
Si se olvida una dosis. ¿Qué hacer?	Tomar lo antes posible. Si han pasado más de 6 horas esperar a la siguiente toma y no doblar nunca la dosis.
Si vomita. ¿Qué hacer?	Repetir la dosis si ha transcurrido menos de 1 hora desde la toma.
 Anagrelida (Xagrid ®)	
Modo Administración	Se puede tomar con o sin alimentos
Si se olvida una dosis. ¿Qué hacer?	Tomarla lo antes posible. Excepto si se encuentra más próxima la siguiente dosis que la olvidada.
Interacciones	Zumo de pomelo
Otras Recomendaciones	Nunca tomar una dosis doble para compensar un olvido.
 Vinorelbina (Navelbine ®)	
Modo Administración	Tomar con alimentos. Preferentemente por la mañana con el desayuno.
Si se olvida una dosis. ¿Qué hacer?	Tomarla lo antes posible.

Si vomita. ¿Qué hacer?	No repetir la dosis
Otras Recomendaciones	<p>Recortar el blister por la línea de puntos, sacar el plástico blanco y presionar para sacar la cápsula.</p> <p>Si una cápsula se abre o se estropea, evitar el contacto del líquido del interior con la piel y los ojos.</p> <p>Las cápsulas alteradas no deben tragarse y deben devolverse a la farmacia o al médico, para que sigan el procedimiento habitual de destrucción de la vinorelbina.</p> <p>Si toca el líquido, limpiar el área afectada con mucha agua. Si se mastica, chupa o disuelto por error, enjuagarse la boca con mucha agua. Contactar con el médico.</p> <p>Limpie las superficies (suelo, mesa, etc.) que hayan estado en contacto con el líquido de la cápsula con lejía.</p>

Figura 5: Recomendaciones específicas de administración de citostáticos orales. Fuente: Elaboración propia;⁷.

Inhibidores de la tirosina quinasa

Bajo esta denominación se agrupa una serie de moléculas dirigidas a bloquear la enzima tirosinaquinasa, la cual es activada en las células tumorales e impulsa el crecimiento y progresión tumoral.

Esta enzima se excita en el dominio intracelular tras la estimulación de un receptor de membrana en respuesta a una señal exterior (ver figura 5). En este momento sabemos que algunos tumores son particularmente dependientes de este proceso enzimático, lo que justifica el empleo de este grupo de fármacos.

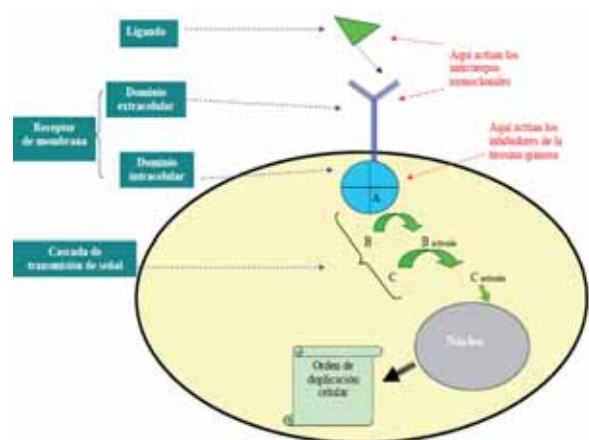






Figura 6: La célula y la transmisión de la señal de crecimiento y duplicación celular. Fuente: Elaboración propia ⁹.

 Imatinib (Glivec ®)	
Modo Administración	Tomar con alimentos, preferentemente por la mañana.
Si se olvida una dosis. ¿Qué hacer?	Si se olvida una dosis: tomarla lo antes posible. Si han transcurrido más de 12 horas esperar a la siguiente toma y no doblar nunca la dosis.
Si vomita. ¿Qué hacer?	No repetir la dosis.
Otras Recomendaciones	Si se tienen problemas para tragar pueden disolverse en agua (no carbonatada) y tomarlos inmediatamente.
 Sunitinib (Sutent ®)	
Modo Administración	Se puede tomar con o sin alimentos
Si se olvida una dosis. ¿Qué hacer?	Tomarla lo antes posible. Si han transcurrido más de 12 horas esperar a la siguiente toma y no doblar nunca la dosis.
Si vomita. ¿Qué hacer?	Únicamente repetir la dosis si han transcurrido menos de 30 minutos desde la toma.
Interacciones	Zumo de pomelo mientras dure el tratamiento.
 Gefitinib (Iressa ®)	
Modo Administración	Puede tomarse con o sin alimentos.
Si se olvida una dosis. ¿Qué hacer?	Tomarla lo antes posible. Si han transcurrido más de 12 horas esperar a la siguiente toma y no doblar nunca la dosis.
Si vomita. ¿Qué hacer?	Repetir la dosis si ha transcurrido menos de 30 minutos desde la toma.
Interacciones	Zumo de pomelo.
Otras Recomendaciones	El comprimido debe tragarse entero con un vaso de agua (no carbonatada), sin masticar ni chupar en la boca. Si se tienen problemas para tragarlo puede disolverse en medio vaso de agua y tomarlo inmediatamente. Después el vaso se debe enjuagar con medio vaso de agua, que debe beberse también.
 Erlotinib (Tarceva ®)	
Modo Administración	Debe tomarse sin alimentos, es decir, 1 hora antes o dos horas después de comer.
Si se olvida una dosis. ¿Qué hacer?	Tomarla lo antes posible. Si han transcurrido más de 12 horas esperar a la siguiente toma y no doblar nunca la dosis.

Si vomita. ¿Qué hacer?	Repetir la dosis si ha transcurrido menos de 30 minutos desde la toma.
Otras Recomendaciones	Si se tienen problemas para tragarlo puede disolverse en un poco de agua y tomarlo inmediatamente. Se deberá recomendar a los fumadores dejar de fumar ya que, de lo contrario, las concentraciones plasmáticas pueden verse reducidas.

Figura 7: Recomendaciones específicas de administración de citostáticos orales. Fuente: Elaboración propia; 7.

DISCUSIÓN

La vía oral es una forma segura y económica de administrar fármacos y suele ser una vía bien aceptada por el paciente frente a terapias más agresivas, pero presenta limitaciones que deben tenerse en cuenta por los profesionales de la salud. Por un lado, su biodisponibilidad puede verse comprometida por factores como interacciones con otros fármacos, alimentos, edad, presencia de otras enfermedades, además de presentar el inconveniente de la adherencia al tratamiento.

Pensamos que debido al creciente aumento de la utilización de fármacos orales en quimioterapia y para la correcta atención del paciente, el papel de enfermería es fundamental dentro del contexto de un equipo multidisciplinar, para que se cumpla el principio de continuidad de los cuidados¹. Es esencial que los profesionales de la salud involucrados en el suministro de terapias citotóxicas orales entiendan cómo se utilizan, los efectos adversos potenciales y cómo minimizar los errores de medicación, para el buen funcionamiento y eficacia del tratamiento¹⁰, así como, información importante respecto a si debe tomar la medicación con alimentos o no.

Así mismo, además de que la enfermera posea los conocimientos suficientes acerca de la farmacoterapia oral y sus recomendaciones específicas¹¹, es aconsejable el fácil acceso a guías o fuentes de consulta rápida y dinámicas en función de los cambios que se producen.

La mala adherencia a los tratamientos es una preocupación importante y podría ser una de las principales causas de las reacciones adversas a los medicamentos, especialmente en los pacientes con polifarmacia y donde está determinado principalmente por su evaluación de los riesgos, beneficios y la auto-administración correcta del mismo, así como dificultades para deglutir algunos preparados orales, especialmente las formas sólidas¹².

En relación a la polifarmacia, el elevado número de fármacos y la adherencia, pensamos que el papel de enfermería es fundamental, tanto por sus conocimientos como por su proximidad al paciente y contacto. Las funciones de educar y la necesidad de tener un control exhaustivo, son carencias en todos los trabajos donde se utilizan fármacos polifármacos.

Dar información a los pacientes es beneficioso tanto en términos psicológicos como fisiológicos. Los pacientes con cáncer bien informados afrontan la enfermedad mejor que los individuos mal informados.

Dar información a los pacientes es beneficioso tanto en términos psicológicos como fisiológicos. Los pacientes con cáncer bien informados afrontan la enfermedad mejor que los individuos mal informados. La información puede ayudar a los pacientes a comprender su situación, aporta más seguridad y ayuda a hacer frente a sus temores, al igual que promocionan el auto-cuidado y mejoran los síntomas. Consiguiendo reducir la ansiedad, mantener un punto de vista más optimista y asumir un mayor control sobre su propia salud, cumpliendo mejor su tratamiento¹³.

¿Cuáles son las necesidades de información de los pacientes con cáncer? Según Chau¹³ et al 2004: la probabilidad de cura y pronóstico, detalles de régimen de tratamientos, efectos secundarios, duración de la enfermedad, cuidados seguros y probabilidad de volver a la normalidad, información sobre los riesgos para otros miembros de la familia, efecto en la familia y amigos, efecto del tratamiento en la vida social, cuidados propios y el efecto sobre la sexualidad.

CONCLUSIÓN

El profesional de enfermería forma parte del equipo multidisciplinar implicado en el proceso farmacoterapéutico, interviniendo en la preparación, administración y seguimiento directo de los efectos del fármaco en el paciente, a su vez constituye un tercer filtro, a parte del médico y el farmacéutico, para detectar posibles errores de medicación o interacciones. En relación a la preparación y administración de fármacos, esta debe ser correcta y garantizar la seguridad y eficacia del tratamiento, siendo para ello necesario que la enfermera conozca las distintas recomendaciones de administración, generales y específicas, de cada especialidad farmacéutica. Las enfermeras reciben distintas formaciones y poseen distintos niveles de conocimientos sobre aspectos farmacológicos. Este problema justifica la necesidad de que dispongan de guías o manuales actualizados y de calidad, basados en la evidencia científica, pudiendo estar informatizados para favorecer la rapidez de la consulta. Además, se debe de tener en cuenta que la vía oral posibilita la auto-administración de medicamentos por parte del paciente, por tanto el profesional de enfermería debe valorar si el tratamiento prescrito posee algún tipo de recomendación especial, si el paciente posee los conocimientos suficientes, y en caso contrario, educarlo para que pueda tomar de manera correcta y segura sus medicinas¹⁴. Al mismo tiempo, debe supervisar en todo momento el manejo correcto o incorrecto del régimen terapéutico y las respuestas obtenidas. Pensamos que la utilización de un lenguaje

estandarizado y común, como la taxonomía¹⁵, favorecerá dicha labor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruipérez I., Baztán J.J., Jiménez C., Sepulveda D. El paciente anciano. Madrid: McGraw-Hill; 1998.
2. Oakley C., Crowe M, Johnson M. Introducing the United Kingdom Oncology Nursing Society's (UKONS) Position Statement on Oral Chemotherapy. *European Journal of Cancer Care*. 2010; 19: 1-4.
3. Twelves C., Gollins S., Grieve R., Samuel L. A randomised cross-over trial comparing patient preference for oral capecitabine and 5-fluorouracil/leucovorin regimens in patients with advanced colorectal cancer. *Annals of Oncology*. 2006; 17: 239-245.
4. Williamson S. Management of oral anticancer therapies. *Pharmaceutical Journal*. 2008; 281: 399-402.
5. Cramer J.A. Enhancing patient compliance in the elderly. Role of packaging aids and monitoring. *Drugs Aging*. 1998; 12:7-15.
6. Wildiers H. Mastering chemotherapy dose reduction in elderly cancer patients. *European Journal Cancer*. 2003;43: 2235-2241.
7. Fichas técnicas de los medicamentos. Centro de información online de medicamentos de la AEMPS [base de datos en internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consultado el 11 de marzo, 2013. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
8. Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat [página principal en internet]. Valencia: Agencia Valenciana de Salud. Consultado el 24 de abril, de 2014. Disponible en: <http://www.dep12.san.gva.es/cas/inst/homeinst.html>
9. Urruticoechea A. Tratamientos biológicos: qué son y cómo actúan -Inhibidores de la tirosina quinasa [página principal en internet]. Madrid: Sociedad española de oncología médica. Consultado el 21 de mayo, de 2013. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/guia-actualizada/nuevotrataamientos-biologicos-que-son-y-como-actuan?start=3>
10. Carrington C. Safe use of oral cytotoxic medicines. *Aust Prescr*. 2013;36:9-12.
11. Barrueco N., Martínez Fernández-Llamazares C., Durán E., Martínez-Marín M.T., Relaño C. Administración de medicamentos por vía oral. *Interacciones medicamento-alimento*. *Index de Enfermería* 2008; 17(1): 1-5.
12. Girre V., Arkoub H., Puts M.T., Vantelon C., Blanchard F., Droz J.P., Mignot L. Potential drug interactions in elderly cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;78(3):220-6.
13. Chau I., Legge S. The vital role of education and information in patients receiving capecitabine (Xelodas). *European Journal of Oncology Nursing*. 2004; 8: 41-53.
14. Lurdemiler M., Victor I., Borges R.M., Mesquita E., Teixeira F.E., Amaro F. Evaluación del conocimiento del enfermero de terapia intensiva sobre administración de medicamentos por sonda nasogástrica y nasointérica. *Latino-Americana Enfermagem*. 2010; 18(5): 1-8.
15. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.

Valoración y cuidados de enfermería en la exanguinotransfusión del recién nacido

Un recién nacido presenta policitemia cuando el hematocrito venoso central es superior al 60%. El abanico de síntomas y signos relacionados con la policitemia en el neonato es amplio, los síntomas más frecuentes son la cara pletórica y la letargia aunque las manifestaciones clínicas no son específicas y es difícil distinguir si se derivan de la policitemia o de otros factores asociados.

La poliglobulia neonatal se trata mediante exanguinotransfusión. Los criterios de indicación para la exanguinotransfusión son cuando el hematocrito central es mayor de 65% y el recién nacido es asintomático. Se administran líquidos intravenosos y se monitorizan los valores de hematocrito cada 4-6 horas.

La actuación de enfermería es evitar y detectar signos de complicación de la policitemia, de la cateterización umbilical y de la exanguinotransfusión y la realización de controles en sangre de hematocrito, niveles de calcio, gases, electrolitos, bilirrubina, pruebas de coagulación, urea, creatinina y labstic en orina.

Sandra Sevilla Salgado
Enfermera del centro neonatal
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Palabras Clave: hematocrito, policitemia, hiperviscosidad sanguínea, catéter umbilical, exanguinotransfusión.

INTRODUCCIÓN

La **policitemia neonatal** se presenta cuando existe un hematocrito (Hto) venoso igual o mayor de 65%. El hto venoso promedio en el recién nacido a término es 53% en sangre de cordón, 60% a los dos horas de vida, 57% a las seis horas de vida y 52% a las 12-18 horas de vida. El Hto capilar puede ser superior al venoso en 10%.

Según los valores de hematocrito se clasifican en policitemia fisiológica (>60-65%), para fisiológica (> 65-70 %), y patológica (>70%).

La policitemia es la situación opuesta de la anemia, es una condición en la cual existe un número anormalmente alto de glóbulos rojos.

La policitemia aumenta el espesor de la sangre, reduciendo su velocidad de circulación a través de los vasos sanguíneos pequeños.

La policitemia y la hiperviscosidad no son sinónimos. La **hiperviscosidad** se puede presentar cuando el porcentaje de glóbulos rojos en la sangre del recién nacido, está por encima de 65%. Puede ser causado por anomalías congénitas, demora en el pinzamiento del cordón umbilical, diabetes gestacional en la madre, enfermedades hereditarias, insuficiencia del oxígeno que llega a los tejidos corporales (hipoxia), síndrome de transfusión gemelo a gemelo que ocurre cuando la sangre se pasa de un gemelo al otro.

La concentración alta de glóbulos rojos puede bloquear el flujo sanguíneo en los capilares más pequeños, lo cual puede llevar a necrosis debido a la falta de oxígeno. Puede afectar a todos los órganos (riñones, pulmones, cerebro).

La poliglobulia neonatal puede ser secundaria a distintos factores etiológicos.

Las causas de la policitemia neonatal son:

1. Hipoxia crónica intrauterina.
 - Retraso de crecimiento intrauterino. Recién nacido pequeño para la edad gestacional.
 - Hijo de Madre diabético.
 - Síndrome Hipertensivo.
 - Tabaquismo materno.
 - Cardiopatía cianótica materna.
 - Recién nacido a término.
2. Transfusiones intrauterinas.
 - Transfusión placentario fetal.
 - Transfusión materno-fetal.
 - Transfusión feto-fetal (gemelos).
3. Maniobras en el nacimiento.
 - Retraso en la ligadura de cordón (camplaje del cordón), (la volemia puede aumentar 10 ml/kg si el cordón se liga a los 2 minutos o más después del nacimiento, en relación a la ligadura dentro del minuto de vida).
 - Estruje del cordón.
 - Posición inferior del neonato respecto de la madre.
4. Causas fetales y neonatales.
 - Tisomías 13,18,21.
 - Hipotiroidismo.
 - Tirotoxicosis neonatal.

- Hiperplasia suprarrenal congénita.
- Zonas geográficas de altura.
- Cardiopatías congénitas cianóticas.
- Asfixia perinatal.
- Deshidratación relativa. La disminución del volumen plasmático en relación con un bajo aporte de alimento, aumenta la hemoconcentración. Este mecanismo actúa más allá del período neonatal inmediato.

De todas estas causas las más frecuentes son la fisiológica, síndromes transfusionales, hijo de madre diabética y toxémica y los neonatos de bajo peso.

Existe una poliglobulia relativa o hipovolémica secundaria a estados de deshidratación que debe diferenciarse de las poliglobulias absolutas.

El **diagnóstico** de la policitemia requiere de la extracción de una muestra de sangre venosa, pudiendo servir una muestra capilar. El hematocrito en sangre capilar es un 5-20 % mayor que el hematocrito central. Calentando el talón antes de la extracción para saber el hematocrito capilar se obtiene una mejor correlación con los valores del hematocrito venoso periférico o central. Si el hematocrito capilar es superior al 65% es preciso determinar el hematocrito venoso periférico.

Las **Manifestaciones** de la policitemia son producto de las alteraciones en la microcirculación atribuibles a la hiperviscosidad. Estos signos están relacionados con la policitemia y la hiperviscosidad pero también pueden ser signos frecuentes de muchos trastornos neonatales. Presentan aspecto plétorico (rojizo) (Figura 1) con acrocianosis, letargia y otras como:



Figura 1

1. Manifestaciones neurológicas: temblores, letargia, hipotonía, irritabilidad, apneas centrales, succión débil, trombosis venosa cerebral, agitación. Está indicado realizar ecografía cerebral.

2. Manifestaciones gastrointestinales: rechazo del alimento, intolerancia digestiva en forma de vómitos, enterocolitis necrotizante, regurgitación, distensión abdominal, diarrea. Está indicado realizar ecografía abdominal

3. Manifestaciones cardiorrespiratorias y vasculares: Se ha observado un aumento de las resistencias pulmonares a consecuencia del aumento de la viscosidad sanguínea. Puede presentar taquipnea, cianosis, apneas, cardiomegalia, hipertensión pulmonar persistente, soplos cardíacos, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiomegalia.

4. Manifestaciones renales y genitourinarios: Se ha constatado una disminución en el volumen urinario lo que no se produce en los casos de retraso del clampaje de cordón. Presenta una disminución de la filtración glomerular, disminución de la excreción de sodio, oliguria, proteinuria, hematuria y trombosis de la vena renal. Está indicado realizar ecografía renal.

5. Manifestaciones endocrinometabólicas: hipoglucemia asintomática e hipocalcemia asintomática debido a la hiperviscosidad sobre el metabolismo fosforo cálcico renal.

6. Manifestaciones hematológicas: hiperbilirrubinemia, trombocitopenia, fragmentación de los glóbulos rojos, coagulación intravascular diseminada.

La **hiperviscosidad** en el recién nacido es el retardo y obstrucción del flujo sanguíneo que se presenta cuando hay demasiados glóbulos rojos en la sangre de un neonato.

Los signos y síntomas pueden ser: somnolencia extrema, problemas de alimentación, convulsiones, tez muy rubicunda.

El pronóstico es bueno en neonatos con hiperviscosidad leve y en aquellos que reciben tratamiento para la hiperviscosidad severa.

Las **complicaciones de la policitemia** son hipoglucemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, acidosis metabólica.

OBJETIVOS

- Elección de la mejor vía para realizar la exanguinotransfusión.
- Conseguir que el hematocrito llegue a valores de 55% utilizando como líquido de recambio la seroalbúmina al 5%, en alícuotas de unos 3m/kg de peso, utilizando como vía la vena umbilical.
- Evitar la aparición de complicaciones de la policitemia.
- Mejorar el estado general del neonato.
- Evitar el riesgo de infección con el procedimiento de canalización mediante la administración de antibióticos pautados.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

El **tratamiento** de la policitemia es la exanguinotransfusión parcial si el hematocrito venoso periférico es superior al 65%.

En neonatos con policitemia, el volúmen sanguíneo varía de forma inversamente proporcional con el peso al nacer. Se extrae la sangre de la vena umbilical y se inyecta el suero fisiológico en una vena periférica o por la otra luz del catéter umbilical

Aunque la extracción de sangre facilita la eliminación del exceso de glóbulos rojos, también disminuye el volúmen sanguíneo y empeora los síntomas de policitemia. Por ello se realiza un recambio parcial de sangre con el fin de eliminar parte de la sangre del recién nacido y reemplazarla por una cantidad igual de plasma o concentrado de hemáticas.

El recién nacido que presenta poliglobulia con hematocrito > 70% y se presenta asintomático se dejará a dieta absoluta 24-48 horas (Riesgo de enterocolitis), se monitoriza para conocer la saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca. Se realiza exanguinotransfusión parcial con seroalbúmina al 5% o plasma fresco si existe coagulopatía. No se recambiará más del 35% de la volemia. La seroalbúmina se administra al 5% (se mezcla 1 parte de seroalbúmina al 20% con tres partes iguales de suero fisiológico). Después de la exanguinotransfusión se hidrata con suero glucosado 5%.

En neonatos con policitemia tardía (3-4 días de vida), primero se administra una perfusión IV con suero glucosado al 5% y una dosis de seroalbúmina (0.5-1g/kg). Si el hematocrito persiste > 70% se realiza exanguinotransfusión parcial.

No todos los neonatos con policitemia tienen hiperviscosidad, hay correlación entre ambos, pero algunos factores intrínsecos y extrínsecos del eritrocito neonatal contribuyen a la hiperviscosidad.

Material:

- Material para extracción venosa para determinación del hematocrito y niveles de calcio.
- Aparato de glucometría para verificar el nivel de azúcar en la sangre.
- Equipo de cateterización umbilical: metro, bata, gorro, guantes estériles, mascarilla, jeringas de 2 ml y agujas, suero fisiológico, gasas, llave de tres pasos, antiséptico, catéter umbilical nº 3.5, pinzas iris, dilatador, seda nº 00 con aguja y sin aguja para hacer una bolsa de tabaco en el muñón del cordón, paños estériles perforados y sin perforar, heparina 1%, surgicel, hoja de bisturí. (Figura 2)

- Set de exanguinotransfusión. .(Figura 3)
- Foco de luz, equipo de monitorización cardíaca, respiratoria y de presión arterial. (Figura 4)



Figura 2



Figura 3



Figura 4

Metodología:

- El pediatra canaliza vía umbilical para realizar la exanguinotransfusión, se puede canalizar la vena umbilical hasta con 2 semanas de vida. Si el ombligo está seco se puede humedecer durante 30-60 minutos con suero fisiológico. Se desinfecta con clorhexidina y se corta el cordón de 0,5 a 1 cm por encima de la piel. Si no son visibles los vasos se frota la superficie con una gasa con suero fisiológico para quitar los residuos y si siguen sin verse se sigue cortando hasta que sean visibles. Se extraen los trombos y sangre residual con unas pinzas. Con un estilete se identifica el curso de la vena incidiendo con un ángulo de 60° sobre la horizontal en sentido cefálico. A continuación se inserta el catéter umbilical previamente purgado con suero fisiológico. No se debe dejar el catéter abierto al aire por peligro de embolia gaseosa. Se conecta una llave de tres pasos purgada y el sistema de exanguinotransfusión. (Figura 5)



Figura 5

- Se trata de una técnica estéril que permite la extracción-introducción de sangre a través de un catéter umbilical, aunque la bibliografía habla de canalizar

La actuación de enfermería se centra en registrar las constantes vitales del neonato al menos al inicio, durante y al final del procedimiento, así como la hora de comienzo y la cantidad de sangre que entra y sale.

Se evalúan los signos respiratorios. Se monitorizan los signos de baja perfusión relacionados con la disminución del flujo en la microcirculación. Hay que vigilar la tolerancia de la alimentación, distensión abdominal y consistencia de las deposiciones.

una arteria umbilical para la extracción de sangre y una vena umbilical para la transfusión de sangre, lo que se recomienda y en la práctica se realiza es la canalización de un catéter umbilical venoso de una luz por el que a través de una llave de tres pasos se recambia la volemia del neonato hasta 2 veces, retirando la sangre con una jeringa y a continuación realizando transfusión de concentrado de hemáties por el mismo catéter a través de un sistema cerrado; la sangre extraída va a una bolsa de residuos, también a través de un sistema cerrado. Durante el procedimiento se realizan extracciones de muestras venosas para saber el hematocrito, los niveles de calcio y el resto de electrolitos. Además está indicada la administración de gluconato cálcico cuando disminuyen los niveles de calcio durante el procedimiento. Al final del procedimiento se vuelve a extraer sangre venosa del catéter para realizar equilibrio ácido-base y hemograma de control. Después cada 4-6 horas se realizará el mismo control.



Figura 6

La exanguinotransfusión parcial disminuye el hematocrito y la viscosidad y resuelve muchas de las anomalías fisiológicas relacionadas con la policitemia y la hiperviscosidad.

- La actuación de enfermería se centra en registrar las constantes vitales del neonato al menos al inicio, durante y al final del procedimiento, así como la hora de comienzo y la cantidad de sangre que entra y sale. Se realizan gasometrías periódicas y controles analíticos antes y después del procedimiento. (Figura 6)
- Se evalúan los signos respiratorios. Se monitorizan los signos de baja perfusión relacionados con la disminución del flujo en la microcirculación. Hay que vigilar la tolerancia de la alimentación, distensión abdominal y consistencia de las deposiciones.
- Se deben mantener en un ambiente térmico neutro, que mejore la perfusión periférica y evite pérdidas extras por la piel.
- Las complicaciones de la exanguinotransfusión pueden ser:
 - Cardiovasculares: son complicaciones potenciales que podrían presentarse como, tromboembolia, arritmia, insuficiencia cardíaca, vasoespasmo, perforación de vasos.
 - Metabólicas: hiperpotasemia, hipernatremia, hipoglucemia, hipomagnesemia, hipo/hipercalcemia, acidosis/alcalosis metabólica.
 - Hematológicas: excesiva heparinización, anemia residual, trombocitopenia, hemólisis de células donantes, hemorragias y disminución de los factores de coagulación.

Se ha observado mayor incidencia de enterocolitis necrosante después de la exanguinotransfusión efectuada a través de la vena umbilical.

- Infecciosas: bacteriemia, sepsis.
- Alteración de la temperatura corporal.
- Alteraciones respiratorias: taquipnea, bradipnea, apnea y otros signos de dificultad respiratoria como tiraje, aleteo nasal y respiración abdominal.
- Alteraciones neurológicas: cambios en el estado de consciencia (aletargamiento) o presencia de movimientos anormales.
- Alteraciones cutáneas: cambios de coloración, rash cutáneo, hipotermia o hipertermia.

RESULTADOS

La exanguinotransfusión parcial disminuye el hematocrito y la viscosidad y resuelve muchas de las anomalías fisiológicas relacionadas con la policitemia y la hiperviscosidad.

Después de realizar la exanguinotransfusión parcial, el neonato presentará un flujo sanguíneo cerebral normal.

No se observan diferencias en la evolución neurológica de los pacientes con policitemia neonatal asintomática, tratados o no.

Otros factores de riesgo perinatal influyen significativamente en la evolución a largo plazo

Se ha observado mayor incidencia de enterocolitis necrosante después de la exanguinotransfusión efectuada a través de la vena umbilical.

BIBLIOGRAFÍA

1. CLOHERT J., EICHENWALD E., GOORIN M. Manual de Cuidados Neonatales. Ed.Mason 2004. Págs. 546-550.
2. TAPIA J., VENTURA P., Manual de Neonatología. Ed. Mediterráneo 2007. Capítulo 53 págs 425- 428.
3. Web:www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002923.htm
4. ALSINA M., MARTÍN A., Policitemia en el recién nacido. Anales de Pediatría continuada. 2012;10: 135-41-Vol.10. Núm 3.
5. Web:www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000536.htm.
6. JIMENEZ R., FIGUERAS J., BOTET F. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Neonatología. Espaxs. 2ª edición. Barcelona. 1995.
7. RAMAMURTHY R.S., BRANS Y. Policitemia neonatal: criterios para su diagnóstico y tratamiento Pediátrico (ed esp). 1981, 12:91-98.

Revisión sobre factores productores de metahemoglobina

Dr. Jose Vte Carmona Simarro

Doctor en Ciencias de la Salud. Graduado en Enfermería y Licenciado en Antropología Social y Cultural. Profesor Doctor Colaborador en el Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad CEU Cardenal Herrera de Valencia. IP del Grupo de Investigación UNIDES.

Ana Bixquert Mesas

Enfermera de la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital de la Ribera. Máster Universitario en Especialización en Cuidados de Enfermería. Universidad CEU Cardenal Herrera. Miembro del Grupo de Investigación UNIDES

Dr. Sergio Murgui Pérez

Dr. en Psicología. Profesor Doctor Adjunto en el Departamento Psicología Social de la Universidad de Valencia. IP del Grupo de Investigación UNIDES.

Joaquin Bosque Hernández

Enfermero del Servicio de Resonancia Magnética del Hospital Universitari i Politènic La Fe de Valencia.

Marta Lluesma Vidal

Profesora del Dpto. de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad CEU Cardenal Herrera. Miembro del Grupo de Investigación UNIDES.

La hemoglobina (Hb) es una proteína globular presente en los eritrocitos y que tiene como función principal el transporte de oxígeno (O₂) del aparato respiratorio a los tejidos y órganos, y del transporte de dióxido de carbono (CO₂) y protones (H⁺) desde los tejidos y órganos hacia los pulmones para poder ser eliminados al exterior. Los valores de referencia en sangre son de 13-18 gr/dl en el hombre y de 12-16 gr/dl en la mujer.

La metahemoglobinemia hace referencia a la oxidación del ión ferroso (Fe⁺⁺) a ión férrico (Fe⁺⁺⁺) del hierro que contiene la Hb: esta alteración produce una incapacidad de la Hb para transportar oxígeno. Esta situación puede producir una grave anemia funcional.

Diferentes sustancias producen un cambio en la Hb, lo que se denomina "metahemoglobinemia adquirida", aunque también se puede hablar de una metahemoglobinemia genética, dietética e incluso de origen desconocido —idiopática—.

En esta revisión sistemática nos centraremos especialmente en las metahemoglobinemias de tipo adquirido.

Palabras Clave: Metahemoglobina, factores, anemia, revisión.

INTRODUCCIÓN

La hemoglobina

La hemoglobina (Hb) es una proteína globular presente en los eritrocitos y que tiene como función principal el transporte de oxígeno (O₂) del aparato respiratorio a los tejidos y órganos, y del transporte de dióxido de carbono (CO₂) y protones (H⁺) desde los tejidos y órganos hacia los pulmones para poder ser eliminados al exterior. Los valores de referencia en sangre son de 13-18 gr/dl en el hombre y de 12-16 gr/dl en la mujer. La hemoglobina está constituida por cuatro cadenas polipeptídicas: dos alfa y dos no alfa. Las cadenas polipeptídicas alfa contienen 141 aminoácidos, y las no alfa 146 (diferiendo en la secuencia de aminoácidos). La biosíntesis de la Hb está relacionada muy estrechamente con la eritropoyesis.

La Hb transporta O₂, CO₂ y H⁺. La relación entre la presión de O₂ y la saturación de la Hb se explica mediante la curva de saturación de la oxihb, que tiene una morfología sigmoidea.

La metahemoglobinemia hace referencia a la oxidación

del ión ferroso (Fe⁺⁺) a ión férrico (Fe⁺⁺⁺) del hierro que contiene la Hb: esta alteración produce una incapacidad de la Hb para transportar oxígeno. Esta situación puede producir una grave anemia funcional.

Diferentes sustancias producen un cambio en la Hb, lo que se denomina metahemoglobinemia adquirida, aunque también se puede hablar de una metahemoglobinemia genética, dietética e incluso de origen desconocido o idiopática¹. La gravedad de las manifestaciones está en relación al valor de la metahemoglobina que se ha formado. La cianosis —coloración azulada de piel y mucosas— es una manifestación muy temprana y podríamos afirmar que es un síntoma cardinal, apareciendo cuando los niveles de la metahemoglobina es de aproximadamente 1,5 g/dl que corresponde en una persona con un 15% de hemoglobina alterada¹.

La determinación de la saturación de oxígeno por la oximetría de pulso —pulsioximetría— puede ser normal en un paciente con metahemoglobinemia. La pulsioximetría mide la absorbancia de la luz en dos ondas de luz, de 660 nm y de 940 nm: tanto la oxihemoglobina como la

metahemoglobina se encuentran en ese rango, por lo que el valor no representa el porcentaje de oxígeno transportado por la Hb exclusivamente: el valor de la oximetría de pulso puede no coincidir con el de la cooximetría, en especial en las dishemoglobinas. El cooxímetro es el aparato ideal ya que puede medir la absorbancia de luz a 4 longitudes de onda diferentes².

El tratamiento de la metahemoglobinemia se base en la administración de O₂ cuando sólo se producen síntomas leves —se consigue maximizar la capacidad de transporte de O₂ por parte de los hematíes—. En una situación aguda, cuando la cifra de metahemoglobina es del 20% o más, y con manifestaciones clínicas graves, se debe de instaurar tratamiento específico: el azul de metileno se presenta como tratamiento de elección —es un agente reductor y se presenta en solución al 1%—.

Hemoglobinopatías

Las hemoglobinopatías hacen referencia a una estructura anormal de las cadenas de la globina de la hemoglobina de carácter hereditario. A día de hoy se pueden hablar de unas 600 hemoglobinopatías, pero no todas producen manifestaciones clínicas. Las talasemias —del griego *thalassa*, mar— son muy frecuentes en el área mediterránea, la población africana, el subcontinente indio y el sudeste asiático. La talasemia se debe a la herencia de uno o dos alelos patológicos de uno o varios genes de los cromosomas 11 y 16. Al menos, se pueden hablar de cinco tipos de hemoglobinopatías: las estructurales (1) en las que se produce una alteración en la secuencia de aminoácidos, las Talasemias (2) como son la alfa talasemia y la beta talasemia, las variantes de la Hb talasémica (3), Hb anormal estructuralmente que está asociada con la herencia de un fenotipo talasémico como son la HB E, la Hb Constant Spring y la Hb Lepore, la Persistencia hereditaria de la Hb fetal (4) y por último las Hemoglobinopatías adquiridas (5) que describiremos a continuación y son en las que nos hemos centrado en nuestro trabajo.

Metahemoglobina

La metahemoglobina—también denominada ferrihemoglobina— se caracteriza porque el hierro que posee (ferroso) se oxida a su forma férrica: del ión ferroso (Fe⁺⁺) a ión férrico (Fe⁺⁺⁺). Esta situación produce un color azulado similar a la cianosis de la piel. La metahemoglobina es inactiva, no puede combinarse con el O₂ y el CO. También produce un desvío de la curva de disociación de O₂ en el sentido de un aumento de su afinidad, y se entorpece así su transporte a los tejidos y órganos. El exceso de metahemoglobina produce una anemia. En condiciones fisiológicas la enzima *beta-5-reductasa* y la *NADPH metahemoglobino-reductasa* transforma la metahemoglobina en hemoglobina, es decir, la mantiene de forma reducida; en este caso se mantiene por debajo del 2%³.

Las hemoglobinopatías hacen referencia a una estructura anormal de las cadenas de la globina de la hemoglobina de carácter hereditario. A día de hoy se pueden hablar de unas 600 hemoglobinopatías, pero no todas producen manifestaciones clínicas.

Podemos hablar de metahemoglobinas congénitas — que se hereda como rasgo autosómico dominante— y de metahemoglobinas adquiridas que se deben a la oxidación del Fe (del grupo hemo) en especial el producido por los compuestos con nitratos y nitritos. La policitemia moderada es típica en las personas con este problema, con el objetivo de compensar la necesidad del transporte de O₂. La metahemoglobinemia aguda —de aparición inminente— puede producir síntomas de anoxia: alteración del nivel de la conciencia, cefalea y alteraciones gastrointestinales. Con síntomas leves, la administración de O₂ maximiza la capacidad de transporte de O₂ por parte de los eritrocitos; en formas más graves, el azul de metileno se presenta como antídoto —1-2 mg/kg en perfusión intravenosa durante 3-5 minutos—⁴.

Carboxihemoglobina

En una persona sana la saturación del CO es de aproximadamente del 0.4-0.7%; Así se elimina el CO de procesos catabólicos. En situaciones patológicas, como el la anemia hemolítica, la saturación de CO puede alcanzar el 4-6%. El CO crea una fuerte unión con la Hb. **La afinidad del CO por la Hb es 250 veces mayor que la del O₂.** La curva de disociación de la Hb se desvía en este caso a la izquierda. Niveles altos de CoHb producen manifestaciones como; alteración del nivel de la conciencia, cefalea, síntomas gastrointestinales, llegando a producir la muerte cuando se alcanzan niveles del 50%.

Exposición a agentes metahemoglobinizantes

Se puede hablar de dos tipos de agentes que producen hemoglobina oxidada; los directos y los indirectos. Los agentes directos son los cloratos (sódico y potásico) y que se utilizan frecuentemente en la industria de los explosivos y también como base de pesticidas. Los agentes indirectos actúan cuando son transformados por el metabolismo tisular, a destacar, los nitroderivados de los hidrocarburos aromáticos (como el nitrobenzeno) y los aminoderivados (como la anilina).

A continuación se presenta una tabla con los agentes metahemoglobinizantes más importantes, de tipo adquirido, y que hemos estructurado en fármacos, situaciones clínicas y otros factores:

AGENTES METAHEMOGLOBINIZANTES		
	AGENTE	USO
Fármacos	Prilocaina	Anestésico local
	Benzocaína	Anestésico local
	Nitratos y Nitritos	Químico industrial
	Sulfamidas	Antimicrobiano
	Nitroprusiato sódico	Vasodilatador arterio-venoso
	Nitroglicerina	Vasodilatador arterial
	Sulfonas	Antimicrobiano
	Permanganato potásico	Antimicrobiano Pomadas tópicas y potabilización del agua
	Azul de metileno	En situación de déficit de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa
	Cloroquina	Prevención y tratamiento de la malaria
	Dapsona (sulfona)	Profilaxis de infecciones por P.carinii en pacientes con VIH/SIDA, lepra, dermatitis herpetiforme, TBC.
	Metoclopramida	Antiemético
	Riluzol	En el tratamiento de la ELA
	Óxido nítrico	Diferentes funciones fisiológicas
	Nitrato de plata	Químico industrial
	Nitrato de sodio	Químico industrial
	Flutamida	Anticanceroso
Condiciones clínicas	Sepsis	
	Insuficiencia cardiaca	
	Anemia falciforme	
Otras situaciones	Anilina	Químico industrial: pinturas, espuma de poliuretano, caucho, explosivos
	Cloratos	Químicos industriales: explosivos
	Nitrobenzeno	Químicos industriales: disolvente
	Inhalación de humo	

Tabla nº 1. Origen de metahemoglobinemia adquirida (por Dr. Jose Vte Carmona).

Las manifestaciones clínicas según la concentración de metahemoglobina en sangre se representan en la siguiente tabla:

Concentración de metahemoglobina	% de metahemoglobina	Manifestaciones
<1,5 g/dl	<10	Ausencia
1,5-3,0 g/dl	10-20	Cianosis
3,0-4,5 g/dl	20-30	Ansiedad, alteración del nivel de la conciencia, cefalea, taquicardia
4,5-7,5 g/dl	30-50	Disnea, alteración del nivel de la conciencia (confusión) taquicardia, taquipnea
7,5-10,5 g/dl	50-70	Coma, convulsiones, arritmias
>10,5 g/dl	>70	Muerte

Tabla nº 2. Manifestaciones clínicas de la metahemoglobinemia

MÉTODO

Revisión sistemática de cualquier tipo de diseño con descriptores de ciencias de la salud DesH: Methemoglobinemia, lidocaine, prilocaine, local anesthetic. La base de datos utilizada ha sido PubMed. En la estrategia de búsqueda inicial se limitó los artículos seleccionados a las publicaciones de los últimos cinco años: después se incluyeron otros artículos de interés para nuestra investigación. Un criterio de no inclusión fue artículos publicados en idioma distinto al inglés y al castellano. El análisis crítico se realizó con criterios basado en evidencia y aunque inicialmente se procuró seleccionar artículos de tipología ensayo clínico con alta evidencia, finalmente y dado los resultados de la búsqueda se incluyeron todos los artículos según tesoro. El objetivo general era el de evidenciar, tras una revisión sistemática, los factores que pueden producir un aumento de la metahemoglobina, en concreto, las metahemoglobinemias de origen adquirido. El Objetivo general fue O1. Evidenciar a través de una revisión sistemática los factores adquiridos que pueden producir un aumento de la metahemoglobina en sangre. Los objetivos específicos fueron: O2. Describir y fundamentar los factores que producen metahemoglobina adquirida, O3. Confeccionar unatabla con el autor, año de publicación y tipología de investigación de cada uno de los artículos seleccionados y O4. Describir una serie de conclusiones,

basadas en los artículos obtenidos en la búsqueda y analizados sistemáticamente con el propósito de realizar una serie de recomendaciones a la comunidad científica.

Con relación a los sesgos que se nos han planteado en nuestro trabajo de investigación podemos afirmar que se han dado fundamentalmente relacionados con la tipología de revisión sistemática —selección, realización y detección—. El sesgo de desgaste o pérdida se ha dado en la medida de que algunos artículos se mostraban como “imposibles” es decir, no se ha podido conseguir el artículo completo, aun así, se ha utilizado el abstract ya que proporcionaba una información válida según nuestros objetivos.

La clasificación de los niveles de evidencia y grados de recomendación se ha realizado en base a la clasificación NICE que sistematiza la evidencia desde 1++ como máximo nivel de evidencia hasta 4 como opinión de expertos.

RESULTADOS

Se han seleccionado 20 artículos de diferente tipología para su descripción y análisis.

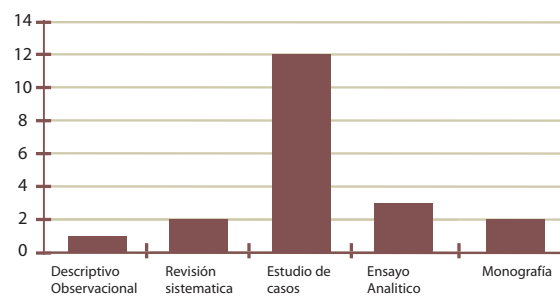
La tabla y distribución según años es la siguiente:

Año de publicación	Número de artículos
1999	1
2000	0
2001	2
2002	0
2003	0
2004	3
2005	3
2006	1
2007	2
2008	2
2009	1
2010	1
2011	1
2012	1
2013	2
	20

En 2003 y 2004 se publican el mayor número de artículos. El resto de años, la publicación es muy similar.

La tabla y distribución según **tipo de diseño de investigación y su nivel de evidencia (NICE)** es la siguiente:

Tipología	Resultados	Evidencia NICE
Descriptivo Observacional	1	3
Revisión sistemática	2	2++
Estudio de casos	12	2+
Ensayo Analítico	3	1-
Monografía	2	3
Total de artículos:	20	



Del total de los artículos, más de la mitad son **estudios de casos**.

La metahemoglobinemia puede ser secundaria a la absorción y/o ingesta de un agente oxidante, entre los que se encuentran los **anestésicos locales: benzocaína, prilocaína, lidocaína** entre otros⁵. La prilocaína produce un metabolito denominado o-toluidina que oxida a la Hb6. Se evidencia casos leves tras la administración de la aplicación de un anestésico local para depilación (preparado comercial) en mujeres, compuesto por lidocaína y prilocaína^{5,7,8,9} en el que aparecen manifestaciones como la cianosis, y que no se corrige con oxígeno a alta flujo. Otro caso evolucionó a insuficiencia cardíaca¹⁰. Algunos autores han relacionado el tiempo de aplicación, la aplicación de calor local y la presencia de lesiones cutáneas con el riesgo de presentar metahemoglobinemia⁸. En un varón de 36 años, tras aplicación de un producto comercial compuesto por lidocaína y prilocaína para depilación láser de espalda,

extremidad superior e inferior presenta alteración del nivel de la conciencia, hipersomnía y cianosis¹¹. Algunos autores como Guay, tras realizar una revisión sistemática de los artículos publicados hasta el momento que relacionaban anestésicos locales con metahemoglobina concluyen diciendo que la benzocaína debería de dejar de utilizarse, que la prilocaína no se recomienda en niños menores de 6 años, ni en embarazos ni pacientes que estén tomando otros fármacos por comorbilidad⁶.

Otro caso evidencia una metahemoglobinemia grave en un niño de 5 años tras la aplicación de analgesia tópica con **benzocaína**, en forma de gel —aminobenzoato de etilo— con el objeto de realizar un trabajo de odontología¹².

Un estudio realizó una evaluación siguiendo la metodología recomendada por la Agencia de Protección de Estados Unidos en poblaciones abastecidas por el acuífero de la Ciudad de Juárez (Durango, México) cercanas a campos abonados con sustancias nitrogenadas. Se analizaron 11 pozos de agua para consumo humano y 52 pozos agrícolas, detectando concentraciones de nitrógeno de nitrato (N-NO-3). Uno de los objetivos era determinar los niveles de metahemoglobina en niños de 1 a 12 años de edad que consumían agua de estos pozos: de 346 niños estudiados 150 presentaron niveles detectables de metahemoglobina¹³.

La **transfusión sanguínea** puede representar un riesgo para las personas que la reciben ya que puede llevar asociada la formación de metahemoglobina y nitritos: El metabolismo del eritrocito durante su almacenamiento — en la bolsa— produce sustancias, como el óxido nítrico, que reaccionan con el oxígeno y da lugar a metahemoglobina. Se midieron los niveles de estos productos en pacientes que habían sido sometidos a transfusión sanguínea, detectándose niveles más altos que los fisiológicos o de referencia¹⁴. En un estudio se analizaron 12 bolsas de sangre procedentes de donantes y se evidenció un incremento de óxido nítrico en las bolsas de sangre, al igual que de metahemoglobina que fue significativo al tercer día y que fue directamente proporcional al tiempo¹⁵: cuanto más tiempo está la sangre en la bolsa más metahemoglobina y óxido nítrico se produce, y más posibilidad de efectos adversos puede producir quién la recibe.

Algunos **fármacos** utilizados en el ámbito hospitalario, como los nitratos y nitritos (a destacar la solinitrina que se utiliza como vasodilatador coronario en el tratamiento del infarto agudo de miocardio y el nitroprusiato sódico como vasodilatador arterial sistémico) y que ocasionan metahemoglobina pueden ver incrementado su valor, por la propia hipotensión que se ha producido con intención terapéutica¹.

La **anilina** es una amina aromática que se utiliza como

materia prima en la industria química para la síntesis orgánica de tintes, colorantes, isocianatos, productos fitosanitarios (herbicidas y fungicidas) y explosivos. También se utiliza para la fabricación de intermedios en la síntesis de poliuretanos, industria del caucho —como antioxidante— y aceleración de vulcanización. Es también frecuente en la elaboración de perfumes, barnices y resinas. La vida media de eliminación de la metahemoglobina oscila entre 6 y 24 horas. En pacientes con metahemoglobina congénita —deficiencia de la metahemoglobina reductasa— los niveles de la misma alcanza valores entre el 10-30% de la hemoglobina total¹⁶. El caso de una niña de 13 años de edad que presentando sensación de mareo, cefalea pulsátil, hipotensión arterial y cianosis en labios; la pulsioximetría mostraba valores de 79% (sin embargo la fracción de la oxihemoglobina era del 59%). En la exploración complementaria, en concreto en la analítica sanguínea se determina un valor de metahemoglobina del 37%, con una PO₂ de 46.6 mmHg. La paciente no refirió consumo de tóxicos pero si informó de que ese mismo día se había apuesto unas botas que había sido teñida. Se pensó en una metahemoglobinemia por el tinte del calzado, que resultó tóxico. Tras tratamiento con azul de metileno localmente y de forma intravenosa, los valores de metahemoglobina disminuyeron al 3%. El autor del artículo describe también productos que pueden producir metahemoglobinemia: tintes de anilina, drogas sulfuradas, compuestos que contienen bismuto (algunos antidiarreicos), compuestos benzenados, algunos anestésicos locales como la lidocaína y benzocaína, nitritos y tratamientos farmacológicos con nitroglicerina (solinitrina ®, nitroprusiato y óxido nítrico)¹¹.

La **metahemoglobinemia hereditaria** se presenta con poca frecuencia en población caucásica: Es una enfermedad genética con transmisión autosómica recesiva y está relacionada con una deficiencia en la enzima NADH-citocromo b5 reductasa. El tratamiento de la metahemoglobina se basa en la administración de azul de metileno o ácido ascórbico².

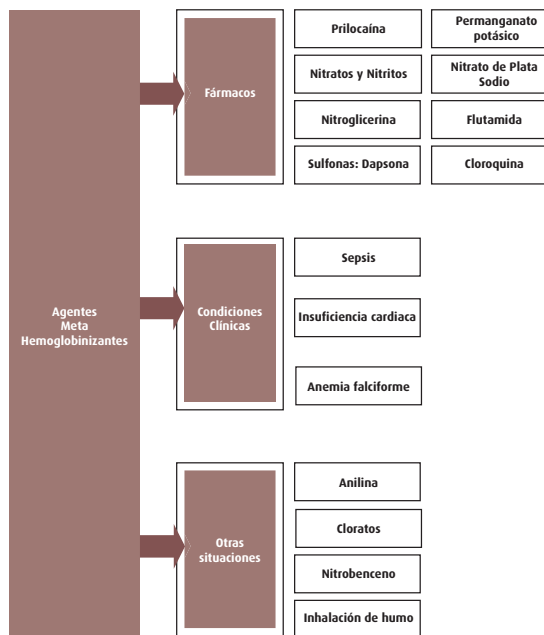
El **agua** contaminada con nitratos empleada para la preparación de biberones en lactantes es susceptible de producción de cianosis por metahemoglobinemia. Esta situación está relacionada por la influencia bacteriana, por eso, en niños más mayores y adulto son se da con la misma frecuencia (la acidez gástrica más alta en estos grupos protege de la proliferación bacteriana en los tramos altos del sistema digestivo). Los nitratos son reducidos a nitritos bajo esta condición que son los que producen la metahemoglobinemia.

En lactantes, y relacionada con la ingestión de **hinojo** se evidencia un caso de metahemoglobinemia. A la llegada al hospital la cianosis no se corrige con el oxígeno, y si lo hace con la administración de azul de metileno¹⁷. Se describen

casos de metahemoglobina por ingestión de verduras; zanahorias, espinacas, puré de verduras con remolacha, judías verdes, acelga, etc., relacionados con los nitratos que contienen y que degeneran en nitritos produciendo metahemoglobina¹⁸.

Un caso clínico describe la ingestión de **dapsona** (diaminodifenil; sulfona), fármaco utilizado para el tratamiento de pacientes con lepra, malaria y gran variedad de enfermedades de la piel) con fines de intento suicida que induce a metahemoglobinemia¹⁹. Son fármacos que induce a metahemoglobinemia: Anilinas, benzocaína, bupivacaína, cafeína, cefazolina, cloroprocaína, dapsona, dexametasona, fenilefrina, isoniazida, nitratos y nitritos, procaina, quinina, rifampicina, tetracaína, etc. El tratamiento inicial a causa exógena comprende: mantenimiento de la vía aérea permeable, oxígeno y eliminación del agente causal. Si es de exposición oral se realiza lavado gástrico, administración de carbón activado por vía oral y azul de metileno por vía endovenosa. La administración de ácido ascórbico reduce la cianosis ya que previene la oxidación de la hemoglobina²⁰. La administración de ácido ascórbico (vitamina C) previene de la oxidación de la hemoglobina¹⁹.

Tabla resumen de agentes hemoglobinizantes



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Se han identificado y analizado 20 artículos relacionados con un aumento de metahemoglobina en sangre.
- Entre las tipologías de investigación nos encontramos en su mayoría estudios de casos, ya sea individuales o

en grupo. Se hace necesario realizar ensayos clínicos al respecto con el objetivo de definir una serie de recomendaciones basadas en evidencia para disminuir la aparición de metahemoglobina y los efectos adversos asociados.

- La determinación de factores externos relacionados con la metahemoglobinemia, en concreto, denominada metahemoglobinemias adquiridas, es vital para conocer la causa y el tratamiento correspondiente.

- Se han identificado diferentes factores productores de metahemoglobina. Fármacos: Anestésicos como la benzocaína y la prilocaina, vasodilatadores como el nitroprusiato y la nitroglicerina, y otros fármacos como la dapsona, la cloroquina, el permanganato potásico y las sulfonas. La situación clínica de sepsis también forma parte de la etiología de metahemoglobinemia, junto a la intoxicación por inhalación de humos. Otros productos industriales también se han relacionado como los nitratos y nitritos, la anilina, los cloratos (pesticidas) y el nitrobenzeno (químico industrial).

- Los hemoderivados deben administrarse lo más "fresco" posibles, idealmente antes de los tres días tras su extracción, y así evitar la formación de compuestos con efectos adversos indeseables, como la metahemoglobina o el óxido nítrico.

- La co-oximetría se hace necesaria dada la inutilidad de la oximetría de pulso en muchas ocasiones: la realización de una gasometría arterial para determinación de pH, PO₂ y lactato es el complemento ideal.

- Ante un paciente que presenta disnea y/o cianosis se debería de descartar una posible metahemoglobinemia.

- Hay que difundir a través de cursos y publicaciones en el colectivo sanitario sobre las causas potenciales de metahemoglobinemia, y como no, su tratamiento. ME

- El tratamiento de la metahemoglobinemia se debe particularizar a la sintomatología que presentan los pacientes y los niveles de metahemoglobina en sangre: oxígeno, azul de metileno, etc.

- En niños, la administración de pomadas o geles con fines anestésicos debe realizarse ajustando la dosis terapéutica.

- En adultos, la administración de pomadas con fines anestésicos de cara a la depilación debe ajustarse según la recomendación del fabricante, respetando dosis, tiempo de exposición y otras recomendaciones en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nolla J. Metahemoglobinemias adquiridas. *Jano*, 2006, 27, 33-36.
2. Oliver P. Estudio de la gasometría en el lugar de asistencia. Repercusiones clínicas, organizativas y económicas en la atención

al paciente ambulante con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina. 2012.

3. Alcaraz A, Rey C, Concha A, Medina A. Metahemoglobinemia transitoria en una niña de 12 años. *Bol Pediatr* 1999, 39, 46-47.
4. Carlavilla AB, Castalbón FJ, García JL, Gracia V, Ibera C. Manual de Diagnóstico y terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de octubre: Madrid. 2007.
5. Moreno Higuera M, López Robles MC, Giner Escobar MP, Cantero Hinojosa J. Metahemoglobinemia debida a la administración de anestésico local previa a depilación con láser. *MedClin (Barc)*. 2008; 131(5):198-9
6. Guay J. Methemoglobinemia related to local anesthetics: a summary of 242 episodes. *AnesthAnalg*, 2009, 108, 3, 837-845.
7. Hahn IH, Hoffman RS, Nelson LS. EMLA® induced methemoglobinemia and systemic topical anesthesia toxicity. *J Emerg Med*, 2004, 26, 85-88.
8. Pérez-Caballero C, Pérez A, Moreno L. Probable metahemoglobinemia tras la administración de EMLA®. *AnPediatr* 2005, 63, 179-180.
9. Román L, Buño Soto A, Alcaide Martín MJ, Fernández Calle P, Oliver Sáez P. Mujer de 18 años con metahemoglobinemia tras utilización de crema anestésica tópica. *LabClin*. 2011;4(1):45-9.
10. Lotfy M. Cardiovascular collapse developing after topical anesthesia. *Dermatology*, 2007, 214, 194.
11. Esteban-Sánchez M, Izquierdo-Gil A. (2013). Metahemoglobinemia secundaria a la administración tópica para depilación láser. *Farm Hosp*, 37, 6, 558-561.
12. Balicer RD, Kitai E. (2004). Methemoglobinemia caused by topical teething preparation: a case report. *ScientificWorldJournal*, 15, 4, 517-520.
13. Calleros Y, Alarcón T, Pérez R, Cueto A, Moran J, Sanín H. (2012). Evaluación de riesgo sistémico y niveles de metahemoglobina en niños que consumen agua contaminada por nitratos. *Ingeniería Revista Académica de la FI-UADY*, 16, 3, 183-194.
14. Van der Lee I, Zanen P, Bidesma DH, Van del Bosch JMM. (2004). The effects of red cell Transfusion on nitric oxide diffusing capacity. *Respiration*, 72, 512-516.
15. Gutiérrez-Salinas J, Cruz-Tovar L, García-Méndez S. Incremento en la concentración de óxido nítrico y metahemoglobina en eritrocitos. *RevMex Patol Clin*, 2008, 55, 1, 21-28.
16. Tomás P. (2001). Evaluación de la exposición a anilina: control ambiental y biológico. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Seguridad e Higiene en el trabajo.
17. Murone AJ, Stucki P, Roback MG, Gehri M. (2005). Severe methemoglobinemia due to food intoxication in infants. *PediatrEmergCare*, 21, 8, 536-538.
18. Alonso L, Gutierrez M, Canduela V, Hernández M, Tazón M, Pérez L. (2007). Metahemoglobinemia en un lactante por consumo de puré vegetal. *Emergencias*, 19, 283-285.
19. Nares M, Arredondo J, Ferrari S, Sanchez A. (2013). La ingesta de dapsona con fines de intento suicida induce metahemoglobina. A propósito de un caso. *Archivos de Medicina de Urgencia de Mexico*, 5, 85-88.
20. Clifton J, Leikin JB. (2003). Methylene blue. *Am J Ther*. 10:289, 291.
21. NICE. National Institute for Clinical Excellence. *GuidelineDevelopmentMethods*. 2009. Disponible en: http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/GDM_Allchapters_0305.pdf [Visita el 17 de abril de 2014]

Síntomas depresivos en personas mayores de 65 años de Madrid

Los ancianos son un grupo que cada vez es más numeroso en la sociedad, y tanto la depresión como la ansiedad son trastornos mentales muy frecuentes en nuestros mayores.

Objetivo: Detectar trastornos depresivos en aquellas personas mayores de 65 años que acuden a los servicios de atención primaria.

Método: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario autoadministrado a personas mayores de 65 años que acudían a Atención Primaria en la ciudad de Madrid.

Resultados: Un 30,1% de los ancianos estudiados presentaron algún tipo de sintomatología depresiva, de los cuales un 56,5% fueron mujeres. La edad media de la muestra fue de 70,4 años, y la media de edad de los ancianos depresivos fue de 71,8.

Conclusiones: Los trastornos depresivos son más frecuentes en mujeres y su incidencia aumenta con la edad. La ausencia de ganas de vivir o la idea de que la muerte es la solución, son características frecuentes de ancianos con síntomas depresivos.

Rafael Muñoz Cruz

Enfermero

Máster en investigación e innovación en salud, cuidados y calidad de vida.

Palabras Clave: Depresión; Anciano; Atención Primaria de Salud.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de Atención Primaria se enfrentan cada día a problemas relacionados con trastornos depresivos. Aunque la prevalencia de estos trastornos depresivos varía en función de los diversos estudios realizados, se sabe que es una patología que afecta a entre el 7 y el 49% de la población anciana (1, 2, 3), constituyendo el trastorno mental más prevalente en este grupo de edad junto con la ansiedad (4, 5). La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (6).

Diversos son los factores que inciden en la posibilidad de depresión en el anciano, entre los que destacan el papel familiar, las enfermedades (especialmente las crónicas), la limitación física, el dolor, la autoestima o la institucionalización (7). Otros factores importantes son la comorbilidad, el deterioro cognitivo y los acontecimientos vitales asociados al envejecimiento (8). A pesar de los instrumentos de cribado para diagnosticar la depresión, la entrevista clínica es el más efectivo (9, 5, 10).

El diagnóstico de depresión en ancianos es más complejo que en el resto de población debido a la superposición de enfermedades y a las características propias del envejecimiento (11). A esto se le suma la complicación en realizar el diagnóstico diferencial con la demencia, frecuente a estas edades (12). El diagnóstico de una depresión

“menor” puede ser difícil por la gran frecuencia con la que se da en el anciano, pero es de vital importancia, ya que puede desembocar en una depresión “mayor” (7), que si no es tratada, puede tener graves complicaciones que empeoran el pronóstico y duplican el riesgo de fallecimiento a estas edades. Por ejemplo, las personas ancianas se suicidan con menos intentos previos y, además, suelen visitar al médico antes de hacerlo (13). Estos suicidios son 4 veces más frecuentes que en personas de 25 años (14).

Algunas de las características de los ancianos en depresión son la apatía y el aislamiento (15). Los estudios demográficos señalan un progresivo envejecimiento de la población (16). Este envejecimiento de la población es un éxito de las políticas de salud, pero constituye un reto para la sociedad (17), como es el caso de la Enfermería, que debe ser capaz de reconocer señales y síntomas de depresión en los ancianos tan pronto como sea posible, así como establecer acciones de Enfermería encaminadas a reducir o evitar esas señales y síntomas (18).

El objetivo de esta investigación fue el de detectar trastornos depresivos en aquellas personas mayores de 65 años que acuden a los servicios de atención primaria, ya que sobre este grupo hay una sospecha de alteración de su estado anímico.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal sobre personas mayores de 65 años. La muestra seleccionada fue mediante muestreo por conveniencia, con un total de 153 participantes

de una misma zona básica de salud de Madrid que habían respondido afirmativamente a la pregunta:

“¿se siente usted triste?”.

Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario anónimo de 25 ítems, previamente validado y con un valor del coeficiente de Cronbach de 0,7 (11). Las cuestiones que planteaba este cuestionario se referían a los sentimientos que había tenido en las dos últimas semanas. A dicho cuestionario se le añadió la pregunta de la edad de cada participante, mientras que el resto de ítems tenían sólo dos opciones, sí o no. Previamente a la cumplimentación del cuestionario, se explicó sobre qué trataba la investigación y se pidió el consentimiento de forma verbal para proceder a rellenar el cuestionario. Aquellos ancianos con una puntuación ≥ 15 puntos, se les consideró que padecían depresión.

El único criterio de inclusión que se determinó fue que los participantes debían de haber acudido al centro de salud en los últimos 30 días y que no estuviesen diagnosticados de algún problema depresivo o de algún tipo de enfermedad psicológica.

El tiempo de respuesta del cuestionario osciló entre los 5 y los 10 minutos, ya que debido a los casos de analfabetización hubo ocasiones en las que había que explicar cada ítem. El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS v.15 y el paquete de análisis epidemiológico Epidat v. 3.1, mediante los cuales se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos en los cuestionarios.

RESULTADOS

La edad de la muestra estuvo comprendida entre los 65 y los 84 años, con una media de 70,4 años, DE= 4,3 IC 95% [69,8-71,1]. Respecto al sexo, un 52, 3% fueron hombres y un 47,7% mujeres.

De las 153 personas que componían la muestra, 46 presentaron una puntuación igual o superior a 15 en el cuestionario, lo que supuso que un 30,1% de los ancianos estudiados se encontraba en estado de depresión, con una puntuación media

La puntuación media de toda la muestra fue de 11,8, con una DE= 5,7 e IC 95% [10,9-12,7], mientras que la puntuación media de los ancianos que padecían algún trastorno depresivo fue de 19,2, DE= 2 e IC 95% [18,6-19,8].

En la tabla siguiente (Tabla 1) se presentan las respuestas afirmativas que se obtuvieron de toda la muestra para cada uno de los ítems.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Se encuentra triste	153	100% IC 95% [97,6-100]
Tiene ganas de llorar con frecuencia	63	41,2% IC 95% [33,1-49,3]
Se enfada con facilidad	75	49% IC 95% [40,1-57,3]
Ha dejado de hacer cosas que antes hacía	79	51,6% IC 95% [43,4-59,9]
Le apetece estar con la gente	71*	46,4% IC 95% [38,2-54,6]
Disfruta de las cosas igual que antes	68*	44,4% IC 95% [36,2-52,6]
Ha perdido el apetito	61	39,9% IC 95% [31,8-48]
Ha perdido peso	62	40,5% IC 95% [32,4-48,6]
Duerme peor que antes	80	52,3% IC 95% [44-60,6]
Le cuesta dormirse	72	47,1% IC 95% [38,8-55,3]
Se despierta con frecuencia por la noche	73	47,7% IC 95% [39,5-56]
Tiene dificultad para recordar cosas	64	41,8% IC 95% [33,7-50]
Se encuentra más nervioso que antes	56	36,6% IC 95% [28,6-44,6]
Se encuentra sin fuerzas	77	50,3% IC 95% [42,1-58,6]
Siente que su salud está empeorando	65	42,5% IC 95% [34,3-50,6]
Le cuesta levantarse por la mañana	76	49,7% IC 95% [41,4-57,9]
Le parece todo muy difícil	79	51,6% IC 95% [43,4-59,9]
Se siente fracasado	61	39,9% IC 95% [31,8-48]
Se siente útil	67*	43,8% IC 95% [35,6-52]
Se siente solo	98	64,1% IC 95% [56,1-72]
Le cuesta tomar decisiones	61	39,9% IC 95% [31,8-48]
Le cuesta concentrarse	81	52,9% IC 95% [44,7-61,2]
Tiene ganas de vivir	47*	30,7% IC 95% [23,1-38,4]
Se siente desesperado	83	54,2% IC 95% [46-62,5]
A veces piensa que sería mejor morirse	47	30,7% IC 95% [23,1-38,4]

Tabla 1: Número de respuestas afirmativas para cada ítem en la muestra total. *En estos casos se mostró la respuesta negativa, que era la que sumaba un punto a la puntuación total.

Ítem	Frecuencia (n= 46)	Porcentaje (n= 46)
Se encuentra triste	46	100% IC 95% [92,3-100]
Tiene ganas de llorar con frecuencia	34	73,9% IC 95% [60,1-87,7]
Se enfada con facilidad	33	71,7% IC 95% [57,6-85,8]
Ha dejado de hacer cosas que antes hacía	40	87% IC 95% [76,1-97,8]
Le apetece estar con la gente	34*	73,9% IC 95% [60,1-87,7]
Disfruta de las cosas igual que antes	35*	76,1% IC 95% [62,7-89,5]
Ha perdido el apetito	36	78,3% IC 95% [65,3-91,3]
Ha perdido peso	33	71,7% IC 95% [57,6-85,8]
Duerme peor que antes	37	80,4% IC 95% [67,9-93]
Le cuesta dormirse	37	80,4% IC 95% [67,9-93]
Se despierta con frecuencia por la noche	32	69,6% IC 95% [55,2-83,9]
Tiene dificultad para recordar cosas	40	87% IC 95% [76,1-97,8]
Se encuentra más nervioso que antes	33	71,7% IC 95% [57,6-85,8]
Se encuentra sin fuerzas	40	87% IC 95% [76,1-97,8]
Siente que su salud está empeorando	34	73,9% IC 95% [60,1-87,7]
Le cuesta levantarse por la mañana	35	76,1% IC 95% [62,7-89,5]
Le parece todo muy difícil	42	91,3% IC 95% [79,2-97,6]
Se siente fracasado	32	69,6% IC 95% [55,2-83,9]
Se siente útil	29*	63% IC 95% [48-78,1]
Se siente solo	39	84,8% IC 95% [73,3-96,2]
Le cuesta tomar decisiones	34	73,9% IC 95% [60,1-87,7]
Le cuesta concentrarse	43	93,5% IC 95% [82,1-98,6]
Tiene ganas de vivir	29*	63% IC 95% [48-78,1]
Se siente desesperado	38	82,6% IC 95% [70,6-94,6]
A veces piensa que sería mejor morirse	29	63% IC 95% [48-78,1]

Tabla 2: Número de respuestas afirmativas para cada ítem en el conjunto de pacientes depresivos. *En estos casos se mostró la respuesta negativa, que era la que sumaba un punto a la puntuación total.

Los ancianos a los que se consideró que tenían algún trastorno depresivo, es decir, que obtuvieron una puntuación mayor o igual a 15, presentaron una media de edad de 71,8 años, DE= 4,8 e IC 95% [70,4-73,2], y respecto a su sexo, un 43,5% eran hombres y el 56,5% restante fueron mujeres.

En la tabla que aparece anteriormente (Tabla 2), se muestran las respuestas obtenidas para cada ítem, pero sólo de aquellos ancianos que obtuvieron una puntuación igual o superior a 15 en el cuestionario.

DISCUSIÓN

Respecto a los datos obtenidos sobre la edad de los participantes y de los ancianos que se encontraban con algún tipo de trastorno depresivo según el cuestionario, se observa que la media de edad de las personas con una puntuación de 15 o superior es mayor, concretamente casi un año y medio más de media. En este sentido, y siguiendo las conclusiones de Sarró (12), a medida que aumenta la edad, va habiendo una mayor frecuencia de casos de depresión. Estos síntomas depresivos se dieron más en mujeres que en hombres, en una proporción similar al estudio llevado a cabo por Escobar Bravo y colaboradores en Lleida (3), donde aproximadamente un 40% de la muestra fueron mujeres ancianas con síntomas depresivos.

Los ítems con los que más se identificó la población estudiada fueron con el sentimiento de soledad, el sentimiento de desesperación y la dificultad para concentrarse. Por el contrario, se puede decir que la mayoría de los ancianos encuestados tenían ganas de vivir y que no piensan que morirse sería lo mejor para ellos, ya que solamente algo más de una cuarta parte de la muestra estuvieron de acuerdo con esas dos afirmaciones. En general, tampoco se encuentran más nerviosos que antes, ya que sólo alrededor de un tercio de la muestra respondió afirmativamente a este ítem.

Alrededor de una tercera parte de la muestra estudiada obtuvo una puntuación igual o superior a 15, lo que supuso que estos ancianos padecían depresión. Estas cifras están en concordancia con la encuesta FRALLE en 2012 (3), donde un 33,1% de la población tenía síntomas depresivos.

Los datos arrojados sobre los ancianos con algún trastorno depresivo muestran que a la gran mayoría les cuesta concentrarse, al igual que ocurre en el caso de la población general, pero a pesar de que la soledad y la desesperación también fueron respondidos afirmativamente por este grupo de ancianos, los ítems con los que también estaban identificados eran con que se encuentran

Como propuesta de estudio para un futuro, resultaría interesante una comparación entre la prevalencia de síntomas depresivos en ancianos institucionalizados frente a aquellos que viven en su domicilio.

sin fuerzas, que tienen dificultad para recordar cosas y que han dejado de hacer cosas que hacían antes, características que no son específicamente síntomas depresivos, sino que bien podrían deberse a la propia edad. Estos datos son diferentes a los hallados por Alvarenga en 2012 (15), donde la apatía, el aislamiento y la desesperanza se identificaban como los cuatro principales factores que conducen a la depresión en ancianos. En este mismo grupo, algo más de la mitad afirmaron que no tenían ganas de vivir y que lo mejor sería morirse; datos que contrastan al comparar con la muestra total, en la que no se llegó a la tercera parte de ancianos que no tenían ganas de vivir o que pensaban que lo mejor era morir, por lo que estas dos características se pueden interpretar como específicas de trastornos depresivos en ancianos.

Como propuesta de estudio para un futuro, resultaría interesante una comparación entre la prevalencia de síntomas depresivos en ancianos institucionalizados frente a aquellos que viven en su domicilio. También resultaría de gran interés conocer el papel que puede jugar el personal de Enfermería en la prevención de síntomas depresivos en las personas ancianas, especialmente en aquellas que se encuentran institucionalizadas.

CONCLUSIONES

Un incremento de la edad implica una mayor incidencia de síntomas depresivos.

La ausencia de ganas de vivir o la idea de que la muerte es la solución, son características frecuentes de ancianos con síntomas depresivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerdá Díaz R, López-Torres Hidalgo J, Fernández Olano C, López Verdejo M, Otero Puime A. Depresión en personas ancianas: Factores asociados. *Atención primaria* 1997; 19 (1): 12-17.
2. Herrera Tejedor J. La depresión en el anciano. *Atención primaria* 2000; 26 (5): 339-346.
3. Bravo MÁE, Satorra TB, Giménez PJ, Orrio CN, Blanco JB. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. 2012.
4. Ortega Orcos R, Fort S, Kazemzadeh Khajoui A, Vidal Aparicio S, de Dios del Valle, R. Validación de la versión española de 5 y 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica en personas mayores en Atención Primaria. *Revista Clínica Española* 2007; 207 (11): 559-562.
5. García Serrano M, Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención primaria* 2001; 27 (7): 484-488.
6. OMS. Depresión. 2014; Available at: <http://www.who.int/topics/depression/es/>. Accessed Marzo, 2014.
7. García Lozano L, Mérida Quiñones F, Mestre Reoyo I, Gallego Parrilla M, Duarte Romero A, Mesa Ramos R, et al. La depresión del anciano y el papel de la dinámica familiar. *Atención primaria* 2000; 25 (4): 226-229.
8. Marín AR, Vidal JB, Hernández JR. Estructura diferencial de la depresión en ancianos. *Psiquis* 2004; 25 (3): 108-101.
9. Ras Vidal E, Gálvez Mora J, Montesinos Sanz S, Vila Córcoles A. Trastorno depresivo y deterioro cognitivo en la población anciana demandante de consulta. *Atención Primaria* 2003; 32 (9): 543.
10. Ferando J. Utilización de instrumentos estandarizados de detección de depresión en pacientes ancianos atendidos en un área básica de salud. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús* 2005 (179): 69.
11. López-Torres-Hidalgo JD, Pilar Galdón Blesa M, Fernández-Olano C, Escobar-Rabadán F, Montoya-Fernández J, Boix-Gras C, et al. Diseño y validación de un cuestionario para la detección de depresión mayor en pacientes ancianos. *Gaceta Sanitaria* 2005; 19 (2): 103-112.
12. Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *SEMERGEN-Medicina de Familia* 2013; 39 (7): 354-360.
13. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria* 2007; 21 (1): 37-42.
14. Jervis G, González J. La depresión: dos enfoques complementarios. 1ª ed. Madrid: Editorial Fundamentos; 2005.
15. Alvarenga MRM, de Campos Oliveira, Maria Amélia, Faccenda O. Síntomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm* 2012; 25 (4): 497-503.
16. González Ceinos M. Depresión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2001; 17(4): 316-320.
17. OMS. Envejecimiento. 2014; Available at: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>. Accessed Marzo, 2014.
18. Santos S, Tier C, Silva B, Barlem E, Felicianni A, Valcarenghi F. Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). *Enfermería Global* 2010; 9 (3).

Guía de referencia rápida sobre cuidados de enfermería de los recién nacidos en hipotermia terapéutica inducida

La hipotermia inducida es un tratamiento que se aplica a los recién nacidos (RN) con encefalopatía hipóxico - isquémica cuyo objetivo es prevenir y/o reducir el daño neuronal. Se aplica mediante un colchón de agua que permite disminuir la temperatura del RN (mayor de 35 semanas de edad gestacional) a 33,5°C. Debe aplicarse antes 6h tras el nacimiento y prolongarse durante 72h. Nuestro servicio dispone de un protocolo extenso y específico. El objetivo del trabajo fue la elaboración de una guía rápida de enfermería de los RN en hipotermia terapéutica inducida.

Rosario Ros Navarret
Gabriela Tomás Bartrina
Cristina García Martínez
Eva María Sosa Palanca
Susana Guerrero Juan
 Enfermeras Hospital Politécnico Universitario La Fe (Valencia).

Palabras Clave: Hipotermia inducida, enfermería, recién nacido (RN), Encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI)

INTRODUCCIÓN

La hipotermia es una técnica eficaz como tratamiento en la prevención y reducción del daño neuronal producido por la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica (EHI) aplicada a neonatos de ≥ 35 semanas de edad gestacional, al tiempo que permite la aplicación simultánea de otras terapias neuroprotectoras más convencionales.(2)(3)(5)(6)

El estudio de las fases de la EHI ha permitido identificar el momento preciso durante el cual el aplicar la hipotermia ayuda a reducir e revertir el daño neuronal potencial, mejorando el pronóstico neurológico de los neonatos.(1)

De las tres fases fisiopatológicas de la EHI (fase de fallo energético primario, fase de latencia y fase de fallo energético secundario) es en la fase de latencia, donde la aplicación de la hipotermia inducida se ha demostrado eficaz.(2)(5)

El principal mecanismo de acción de la hipotermia terapéutica inducida se basa en que durante el enfriamiento (32-34°C) se reduce o entelentece el metabolismo cerebral (5% por cada grado centígrado) y, por tanto, la posible lesión neuronal producida por la EHI. (5)

Otros efectos de la hipotermia inducida son los que suprimen o reducen los mecanismos de lesión que se activan durante la fase latente, destacando la disminución de:

- Formación de radicales libres
- Excitabilidad neuronal
- Síntesis y liberación de neurotransmisores
- Actividad de la captasa-3 responsable de la muerte neuronal por apoptosis(4)

La técnica consiste en el enfriamiento mediante envoltura de todo el cuerpo con un colchón (excepto la cabeza) (3)(6), o sólo de la cabeza con una caperuza(1); por donde circula agua a una temperatura determinada. Poder regular la temperatura del agua permite que el enfriamiento y el calentamiento se produzcan hasta una temperatura objetivo y al ritmo deseado(5)(3).

El tratamiento debe iniciarse antes de las 6 horas tras el sufrimiento del daño asfítico y será mantenido durante 72 horas (3)(5)

Para ser susceptible de recibir la hipotermia, además de una edad gestacional ≥ 35 semanas, es preciso cumplir al menos uno de los siguientes criterios (3)

- Existencia de datos indicativos de hipoxia isquémica periparto.
- Estado objetivo de afectación perinatal.
- Estado neonatal clínico de encefalopatía hipóxico-isquémica significativa.

Recientemente, se ha incrementado el uso de la hipotermia inducida en el RN como alternativa terapéutica segura cuando se realiza hospitales de tercer nivel con protocolos estrictos de enfriamiento y recalentamiento.

La enfermería de UCI neonatal tiene un papel esencial durante el tratamiento del RN en hipotermia inducida. Por tanto, la elaboración de una guía de enfermería que oriente nuestra práctica clínica viene justificada por:

1. Enfermería es responsable de:
 - Preparar todo el material necesario para la terapia.

- Asegurar su funcionamiento correcto.
 - Realizar una correcta monitorización hemodinámica y neuronal del dolor.
 - Favorecer el confort del RN y el vínculo paterno-filial.
2. Los protocolos existentes son extensos y su consulta requiere de un tiempo no siempre disponible
 3. La necesidad de realizar un seguimiento minucioso de los posibles efectos adversos.
 4. La dificultad de una evaluación y valoración rápida y continua.
 5. La necesidad de conseguir unos cuidados estandarizados de enfermería que garanticen una continuidad y calidad de los mismos.

El objetivo que nos planteamos con este trabajo fue la elaboración de una guía rápida de actuación de enfermería de fácil interpretación (tanto para el personal experimentado como el de nueva incorporación en nuestra unidad) basada en la evidencia existente, para instauración y manejo neonato tratado con hipotermia inducida.

MATERIAL

Revisión de protocolos y vías clínicas en uso en distintos hospitales y servicios.

METODO

Búsqueda bibliográfica a través de PubMed, en Medline y otras bases de datos y literatura relacionada.

RESULTADOS

Elaboración de una guía rápida de actuación de enfermería en hipotermia inducida en el RN (Fig1)

En la guía se pueden distinguir 2 partes:

Una primera parte en la que se describe cronológicamente que actividades y cuidados de enfermería básicos hemos de realizar en cada una de las 3 etapas de la hipotermia (entrada, mantenimiento y salida de hipotermia). Permitiendo identificar fácilmente cuáles son los cuidados e intervenciones esenciales en cada una de ellas.

Una segunda parte en la que se describen una serie de aspectos que debemos tener en cuenta durante todo el tratamiento como son:

- Identificación en el trazado del electroencefalograma de una convulsión
- Con que frecuencia debemos registrar en la gráfica de la hipotermia la temperatura superficial y central del niño así como la del colchón de hipotermia.
- Cuáles son los valores deseables de las constantes vitales durante el tratamiento de hipotermia inducida.

- Nota recordatoria que indica ajustar la temperatura del gasómetro a la que en ese momento tenga el niño.



Figura 1: Guía de referencia rápida de actuación de enfermería en hipotermia inducida en el recién nacido

CONCLUSIONES

La utilización de guías rápidas basadas en la mejor evidencia científica existente agiliza y facilita el trabajo de preparación, establecimiento y mantenimiento de la hipotermia inducida logrando aumentar la calidad de los cuidados de enfermería y la continuidad de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gluckman PD, Wyatt JS, Azzopardi D, Ballard R, Edwards AD, Ferriero DM, et al. Selective head cooling with mild systemic hypothermia after neonatal encephalopathy: Multicentre randomised trial. *Lancet*. 2005;365:663-70.
2. Shankaran S, Laptook AR, Ehrenkranz RA, Tyson JE, McDonald SA, Donovan EF, et al. Whole-body hypothermia for neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy. *New E J Med*. 2005;353:1574-1584.
3. Alberola A. Protocolo de hipotermia inducida del Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia .2013;75: 741-752
4. Eicher DJ, Wagner CL, Katikanemi LP. Moderate hypothermia in neonatal encephalopathy: Safety outcomes. *Pediatr Neurol*.2005;32:18-24
5. Encefalopatía hipóxica- isquémica. Disponible en:www.hipocat.com
6. Neuroprotección con hipotermia en el RN con encefalopatía hipóxica-isquémica.Guía de estándares para su aplicación clínica. Disponible en:www.elsevier.es/anpediatr

Displasia congénita de cadera en pediatría

La DDC también conocida como displasia congénita de cadera, tiene una incidencia del 0,1% de los nacidos, lo cual hace que sea una de las patologías más comunes del aparato locomotor.

Tiene mejor pronóstico si la detección se realiza de forma precoz, para lo cual son importantes los programas de salud de atención primaria.

En este artículo expondremos los diferentes tratamientos de esta patología según la edad del niño.

LOURDES GARCÍA GABALDÓN

Enfermera UCI-Pediátrica del Hospital Clínico de Valencia.

ELENA PLAZA GARCÍA

Enfermera de la Unidad de Lactantes del Hospital Clínico de Valencia.

Palabras Clave: Displasia de cadera, Barlow y Ortolani, asimetría de pliegues, necrosis avascular (NAV), arnés de Pavlick, artritis degenerativa, cuadro de tracción, cuidados de enfermería en las DDC.

HISTORIA

La Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC) era denominada en el pasado como Luxación Congénita de la Cadera (LCC), ya que se pensaba que la cabeza del fémur estaba fuera del acetábulo, debido a una anomalía congénita, aunque posteriormente se cambió la definición por la de displasia del desarrollo de la cadera al observarse que era un trastorno en el desarrollo normal de la cadera, teniendo un comportamiento dinámico. Hay una gran variabilidad en las alteraciones que van desde la displasia, pasando por la subluxación, hasta la luxación franca de cadera, por ello es importante su diagnóstico precoz.

INTRODUCCIÓN

La cadera está formada por el acetábulo, la cabeza femoral y las partes blandas que comprenden la cápsula articular, el labrum, el ligamento teres o redondo y el tejido pulvinar. El acetábulo es una cavidad hemisférica cuya concavidad se desarrolla por la presencia de la cabeza femoral convexa.

El término DDC abarca un espectro de alteraciones: inestabilidad de cadera, displasia acetabular, subluxación o luxación de la cadera. La displasia de cadera provoca una inestabilidad de la misma en los primeros meses de vida, detectable mediante las maniobras de Barlow y Ortolani. La mayoría de estas caderas inestables se van a estabilizar en las primeras semanas de vida, de forma que solo el 1,2% de las inestabilidades de cadera neonatal van a precisar tratamiento. La displasia persistente de la cadera no tratada produce una serie de alteraciones anatómicas que modifican la biomecánica articular, lo que puede llegar a provocar una artropatía articular degenerativa en el adulto.

El tratamiento de la DDC es ortopédico, si se diagnostica de forma temprana, en la mayoría de los casos; y en los casos en que no se soluciona con la ortopedia o en los casos de diagnóstico tardío, el tratamiento pasa a ser quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Material y métodos en el diagnóstico:

- Maniobras de Ortolani y Barlow (diagnóstico precoz).
- Signo de Galeazzi (acortamiento del fémur a partir de los 3 meses).
- Asimetría de los pliegues en regiones glúteas, poplítea y muslo (en niños mayores de tres meses).
- Ecografía (durante los tres primeros meses de vida).
- Rx (a partir de los tres meses).
- TAC y RNM (sólo para valoración de reducción de la cadera de forma cerrada o abierta).

Material en el tratamiento:

- Arnés de Pavlik (es el método de tratamiento más utilizado desde el nacimiento hasta aproximadamente los 6-10 meses).
- Set de tracción (tratamiento previo a la reducción cerrada).
- Vendas de escayola.
- Apósitos almohadillados (para las escoriaciones).
- Crema hidratante.
- Drenaje.

INCIDENCIA

Al nacimiento la inestabilidad de la cadera se observa en un 0,5% - 1% de las articulaciones.

La DDC clásica se observa en un 0,1% de los niños.

La relación que existe entre la displasia moderada y la artritis degenerativa del adulto es importante, se piensa que la mitad de las mujeres que desarrollan una artritis degenerativa, tenían una displasia acetabular preexistente.

ETIOLOGÍA

Aunque la totalidad de las causas se desconocen, se ha visto que la DDC tiene un componente hereditario, siendo más frecuente en los nacimientos de nalgas, sexo

Su detección temprana hace que un tratamiento conservador sea eficaz, mientras que el diagnóstico tardío hace que se necesite de un tratamiento complejo donde la cirugía puede tomar partido. Por tanto el tratamiento lo determina la edad en la que se diagnostica la patología.

femenino y niños con laxitud articular; además pueden aumentar el riesgo de DDC niveles bajos de líquido amniótico en el embarazo, ser primogénito, posición de nalgas durante el embarazo y tener gran peso al nacimiento.

Su detección temprana hace que un tratamiento conservador sea eficaz, mientras que el diagnóstico tardío hace que se necesite de un tratamiento complejo donde la cirugía puede tomar partido. Por tanto el tratamiento lo determina la edad en la que se diagnostica la patología.

PATOGENIA

A menudo el acetábulo es superficial y está mal dirigido. También las interposiciones estructurales entre la cabeza femoral desplazada y el acetábulo son frecuentes.

DIAGNÓSTICO

La presencia de varios factores de riesgo aumenta la probabilidad de DDC, por tanto el niño debe ser examinado de forma repetida y realizarse ecografías de cadera en los casos en los que la exploración física sea patológica.

Los "clicks" en la cadera y la asimetría de los pliegues del muslo son frecuentes en niños normales teniendo que diferenciar cual es normal y cual no.

Las radiografías son más diagnósticas al aumentar la edad, a los 2-3 meses ya es fiable. La ecografía depende de la pericia del examinador, el mayor problema es la interpretación de los hallazgos.

El primer diagnóstico es la exploración neonatal donde se examinara la cadera usando las técnicas de Barlow y Ortolani.

El objetivo del tratamiento es la reducción de la luxación, evitando la NAV (necrosis avascular) y la corrección de la displasia residual.

Los signos de DDC cambian con la edad del niño: la incidencia de la inestabilidad disminuye rápidamente, hasta un 50% dentro de la primera semana, y por el contrario la rigidez y acortamiento pueden aumentar durante las primeras semanas de vida, incrementando las probabilidades de intervención quirúrgica si no se resuelve el problema. La cadera debe revisarse en cada examen de salud del bebe y hay que tener especial cuidado en las luxaciones bilaterales, puesto que son más difíciles de diagnosticar

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es la reducción de la luxación, evitando la NAV (necrosis avascular) y la corrección de la displasia residual.

Del nacimiento a los 6 meses:

Es la edad ideal para el tratamiento. En este grupo de edad se trata la DDC primero con una ortosis en abducción, como el arnés de Pavlick que es la más utilizada, siendo importante aquí la educación o instrucción a los padres para la correcta colocación del mismo, así como la movilización y desplazamiento del niño.

Se controla al niño semanalmente comprobando la colocación de la férula y su correcto ajuste. Se debe evidenciar de forma progresiva la estabilidad de la cadera.

Si el arnés tiene éxito, se continúa con una férula a tiempo completo, durante 6 - 8 semanas para que la cadera se estabilice, comprobándose con ecografía o radiografía AP de la pelvis cada 2 - 4 semanas.

Si el tratamiento con el arnés de Pavlik falla se abandona el tratamiento ortopédico, puesto que mantenerlo puede provocar deformidad de la cabeza del fémur y puede hacer imposible la reducción cerrada.

Una vez reducida la cadera y estable, se continúa con una férula nocturna para facilitar el desarrollo acetabular hasta que las radiografías sean normales.

De 6-8 meses

La mayoría de los casos de DDC pueden tratarse con reducción cerrada e inmovilización con escayola en espiga.

Aquí la utilización de la tracción es controvertida, la practica actual es omitir la tracción en la mayoría de los casos, siendo esta útil si la cadera esta rígida y se planea un tratamiento cerrado, manteniéndose unas 3 semanas con pierna flexionada y abducida unos 45° con 1 Kg. - 1,5 Kg. en cada miembro.

Se cita para una reducción cerrada como primer intento y si no es satisfactoria se pasa a una reducción abierta.

Posteriormente se controla con seguimiento radiológico AP cuatrimestralmente durante las primeras visitas, poste-

riormente de forma anual en la infancia y a partir de aquí cada 3 años durante la mitad y final de la niñez, siendo la frecuencia del seguimiento individualizada según la gravedad del cuadro.

De 18-30 meses

Normalmente es tratamiento quirúrgico. En estas edades si es una "luxación laxa" puede tratarse como si fuera un niño de 6 a 18 meses. Si esta inusualmente rígida se utiliza el acortamiento femoral como se realiza en el tratamiento para niños de más de 30 meses.

Se trata con una reducción abierta que requiere una disección cuidadosa de la zona para minimizar el riesgo de NAV, los obstáculos anatómicos a la reducción deben ser corregidos:

- Constricción capsular: se abre la cápsula.
- Se libera el ligamento acetabular transverso.
- Eliminación del pulvinar, que es un tejido fibroso-adiposo que a menudo rellena el fondo del acetábulo.
- El ligamento teres está elongado y a veces hipertrofiado, normalmente se extrae.
- El limbo a menudo está invertido e hipertrofiado, por lo tanto se remodela.
- Liberación del tendón del psoas iliaco.

Cuidados postoperatorios

En la reducción abierta o cerrada con osteotomía se prevén 12 semanas con inmovilización mediante escayola en espiga, cambiándose 1 o 2 veces durante este tiempo.

Seguimiento

Radiografía AP simple de pelvis, cada 6 meses durante 3 años, anual durante otros 3 años y posteriormente cada 3 años hasta la madurez.

Niños con más de 30 meses

Se realizara una reducción abierta con acortamiento femoral y osteotomía pélvica.

Si la displasia es bilateral, se corregirá un lado cada vez dejando 6 meses entre estos.

COMPLICACIONES

Antes de realizar una reducción es de máxima importancia prevenir su complicación más grave siendo esta la necrosis avascular (NAV) pues aunque esta sea leve, provocara un crecimiento alterado del fémur proximal, deformidad y a menudo conducirá a una artritis degenerativa prematura.

La prevención de la NAV se realizara utilizando una tracción preliminar y reducción abierta en caderas rígidas con limbo obstructivo, tenotomía percutánea en abducción,

En la reducción abierta o cerrada con osteotomía se prevén 12 semanas con inmovilización mediante escayola en espiga, cambiándose 1 o 2 veces durante este tiempo.

acortamiento femoral en el niño e inmovilización en la posición "segura" o humana, a pesar de estas precauciones puede seguir apareciendo la NAV.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LAS DDC

El plan de actuación de enfermería variará según el tipo de tratamiento que se realice, bien sea quirúrgico (cirugía abierta o cerrada), u ortótico pero muchos de los cuidados serán comunes a ambos tratamientos.

Plan de cuidados de enfermería en el tratamiento del niño con tracción previa a la reducción cerrada/abierta:

- Ayuda en la colocación del vendaje y sistema de tracción.
- Control de color, temperatura y movilidad de los dedos de los pies
- Aseo diario del niño.
- Revisión del cuadro de tracción y pesas, y revisión del vendaje.
- Cuidados de las zonas de erosión en los cambios de vendaje:
- lavado de los miembros.
- hidratación de la piel.
- desinfección de las erosiones.
- aplicación de apósitos almohadillados en los puntos de erosión, adecuados al grado de erosión.
- Educación de los padres en el manejo del niño.

Plan de cuidados de enfermería en el tratamiento tras la reducción abierta/cerrada:

- Aseo y cuidado del niño.
- Canalización de vía periférica, vigilancia y mantenimiento de la misma.
- Ayuda en la colocación del yeso.
- Control de color, temperatura y movilización de los dedos de los pies.
- Administración de analgesia y/o antibióticos si se pautan.
- Control de las zonas de rozamiento del yeso y aplicación de almohadillado en los mismos.
- Control de temperatura del niño.
- Revisión del redón: control y anotación en gráfica de enfermería de las características, volumen...
- Educación a los padres en el manejo del niño.



Foto 1. Sistema de tracción.



Foto 2. Escayola en espiga

CONCLUSIONES

La displasia persistente de la cadera no tratada produce una serie de alteraciones anatómicas que modifican la biomecánica articular, lo que puede llegar a provocar una artropatía articular degenerativa en el adulto, de ahí la gran importancia del diagnóstico precoz y su tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro completo agradecimiento a la colaboración de Doña M^a Fe Mínguez Rey (Jefe de Sección de Ortopedia Infantil del Hospital Clínico Universitario de Valencia y Profesora asociada del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de Valencia) y a Don Antonio Rodríguez Antelo (Licenciado en Ciencias Biológicas y Diplomado en Enfermería por la Universidad de Valencia).

BIBLIOGRAFÍA

1. Parramón Ediciones S.A.; "Atlas del cuerpo humano, Secretos de una máquina maravillosa"; Ed. Verticales 3^a ed. Enero de 2010; págs. 28-47
2. Tom Lissauer, Graham Clayden; "Texto ilustrado de pediatría"; 2^a edición, Ediciones Harcourt; págs. 113-117 y 354-355.
3. [www.consultarsalud.com/biblioteca/guias/displasia de cadera](http://www.consultarsalud.com/biblioteca/guias/displasia%20de%20cadera) ; Sarassa Velazquez, C., Carvajal Casas, J., Pérez Nielsen, C., Vélez Cadavid, A., Zuluaga Ruiz, C.; "Guías de práctica clínica basadas en la evidencia"
4. Flores Antón B, Ortega Páez E. ¿Es más útil la ecografía universal que la selectiva para detectar la displasia del desarrollo de la cadera? Evid Pediatr. 2012; 8:52.
5. Lynn T. Staheli; "Ortopedia en pediatría"; Ed. Marbán libros S.L. 2003; págs. 136-145.

Análisis del grado de cumplimiento del plan de parto en el departamento de Gandía

En los últimos años se ha valorado más las preferencias de las gestantes respecto al tipo de parto que desean; como consecuencia, se elaboró el Plan de Parto en el año 2009 en la Comunidad Valenciana.

En este trabajo se pretende valorar el grado de cumplimiento del Plan de Parto por las matronas en la atención al parto normal en el Departamento de Gandía. Y además determinar si tiene influencia sobre el cumplimiento del Plan de Parto: la franja horaria, la carga de trabajo, el tipo de formación de la matrona, la edad de ésta y los años trabajados. Todo ello, mediante un estudio descriptivo – observacional transversal, durante los meses de enero a septiembre de 2012.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos siglos ha habido un cambio en la actitud frente al momento del parto. Han pasado de realizarse en un entorno doméstico, a hacerse en un entorno hospitalario, aumentándose con ello el intervencionismo en el parto normal y dejando los deseos de las gestantes bajo las directrices de protocolos, horarios laborales, cargas de trabajo...

En los años 90 se produce un cambio en el sistema formativo de las matronas en España, éstas pasan a ser responsables de la formación de nuevos profesionales incluyéndose un cambio de perspectiva de la Atención al Parto Normal, siendo menos intervencionista, más humanizado y más basado en la evidencia científica.

Como consecuencia de este cambio, en el año 1996, la OMS, crea una guía práctica sobre los cuidados en el Parto normal. Más tarde, la Federación de Asociación de Matronas de España, en el año 2006, tomó la decisión de poner en marcha "Iniciativa Parto Normal". En el año 2007, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia publica el protocolo "Recomendaciones sobre la asistencia al parto" y el Ministerio de Sanidad y Consumo crea la "Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud".

A raíz de ello, algunas comunidades autónomas han tomado la iniciativa para fomentar la atención al parto normal incluyendo protocolos y planes de nacimiento. La Generalitat Valenciana publica en el año 2009 la "Estrategia para la atención al parto normal en la Comunitat Valenciana". A raíz de este documento es cuando se

empieza a incluir el Plan de Parto en la Cartilla de Embarazo de las gestantes, el cual facilita a las mujeres expresar sus preferencias en el periodo de dilatación, expulsivo, puerperio inmediato y lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño y ámbito de estudio: Estudio descriptivo-observacional transversal en el paritorio del Hospital Francesc de Borja de Gandía.

Población y muestra: Se incluyó una muestra de 73 gestantes a término que acudieron al paritorio del Hospital de Gandía en periodo activo de parto con el Plan de parto cumplimentado y que cumplían los siguientes criterios de selección:

- Criterios de inclusión:

- Gestantes a término en periodo activo de parto.
- Gestación con riesgo bajo (o riesgo 0), riesgo medio (o riesgo 1) y riesgo alto (o riesgo 2) y aquellas con rotura prematura de membranas (RPM) mayor a 37 semanas de gestación con tiempo de bolsa rota menor a 12 horas.
- Gestantes que estén sometidas a un control obstétrico.

- Criterios de exclusión:

- Cesáreas programadas.
- Gestantes programadas para maduración-inducción.
- Gestantes con dificultades en la comprensión expresión del idioma español.

Ana Belén Berrocal Gil

Matrona

Diana Galán Martín de la Leona

Matrona

Rosa María Parreño Sánchez

Matrona del Hospital General de Ontinyent

Inmaculada Mateo Jurado

Matrona del Hospital Francesc de Borja de Gandía

Josep Vicent Carmona Moral

Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Francesc de Borja de Gandía

Palabras Clave: Matronas; parto normal; humanización del parto; toma de decisiones; trabajo de parto; satisfacción del paciente.

Gestantes de riesgo muy alto (o riesgo 3), excepto gestantes con RPM de más de 37 semanas de gestación, que sí serán incluidas en el estudio.

Gestantes desplazadas que no residan en la Comunidad Valenciana.

Gestantes que no tengan el Plan de parto cumplimentado por la matrona de Atención primaria.



Variables de estudio:

- Variables demográficas de la muestra a estudio: paridad, edad fértil (15-49 años), sexo femenino, país de origen, nivel educativo, estado civil y estado laboral.

- Variables relacionadas con las matronas del paritorio del Hospital de Gandía: edad de la matrona, tipo de acceso a la formación de matronas (acceso vía EIR/acceso a través de escuelas de matronas), años trabajados como matrona desde que finalizó los estudios, horario de trabajo en que se realiza el parto (horario diurno: de 8h-20h/horario nocturno: 20h-8h), carga laboral (considerando como tal cuando hay más de tres gestantes en las salas de dilatación).

- Variables de investigación o conceptos de investigación (incluidas en el Plan de Parto):

Ítems de las preferencias en el periodo de dilatación (14 ítems): *Que no me administren un enema; Poder ir al baño, siempre que quiera; Que no me rasuren el vello del pubis; "Que no me canalicen una vena"; Poder utilizar objetos personales, como ropa, música, un libro, etc; Tener libertad de movimientos; Poder ingerir líquidos; Que monitoricen a mi bebé de forma intermitente; Que no me rompan la bolsa de las aguas; Que no me estimulen el parto con oxitocina; Poder emplear métodos alternativos de alivio del dolor, como apoyo*

emocional, movimiento, masajes, relajación, calor, agua, etc; Que me administren la analgesia epidural; Que me administren sedación farmacológica; Que me realicen los tactos vaginales estrictamente necesarios.

Ítems de las preferencias en el periodo de expulsivo (6 ítems): *Poder adoptar la posición que me resulte más cómoda; Iniciar los pujos de forma espontánea; Evitar la episiotomía; Pinzamiento tardío de cordón; Que corte el cordón mi acompañante o yo; "Donar sangre de cordón".*

Ítems de las preferencias en la atención al bebé (6 ítems): *Contacto precoz piel con piel con mi bebé; Que los primeros cuidados se le proporcionen sin separarlo de mí; Desearía amamantar a mi hijo/a; Que el inicio de la lactancia materna sea precoz; "Que no se administre ningún alimento ni biberón a mi bebé (leche o suero glucosado, etc.)"; Que mi bebé permanezca conmigo en todo momento.*

Ítems de las preferencias en todo el proceso de parto y nacimiento (5 ítems): *Que mi parto se desarrolle en un ambiente lo más tranquilo posible; Que se respete la intimidad en el proceso del parto y la participación del menor número de personal posible; Que los profesionales que me atiendan se presenten; Ser informada sobre la evolución del parto y poder participar en las decisiones sobre el mismo; Elegir la persona que me acompañe durante todo el proceso de parto y nacimiento.*

El ítem nº 4 del Plan de parto en el apartado de preferencias en el periodo de dilatación, que hace referencia a la canalización de una vena, se excluyó del estudio, ya que por protocolo del hospital, se canaliza una vía intravenosa a toda gestante que acude en periodo activo de parto. De la misma forma, el ítem nº 20 incluido en el Plan de parto en el apartado de preferencias del periodo expulsivo, que hace referencia a la donación de sangre de cordón, se excluyó también del estudio, debido a que en el Hospital de Gandía no está instaurado este procedimiento. De igual manera, el ítem nº25 también se excluyó del estudio debido a que la posible administración de alimento (suero glucosado o biberón) al bebé es decisión de la sala de maternidad.

Instrumentación y procedimiento de recogida de datos: El Plan de parto es el documento que se ha utilizado como instrumento de medida. Este documento, incluido en la Cartilla de embarazo, fue cumplimentado por la gestante a instancia de la matrona de Atención primaria.

Cuando las gestantes acudían al paritorio en periodo activo de parto, se revisaba la historia clínica de la gestante

para valorar si cumplía los criterios de inclusión. Se observó si la matrona responsable del seguimiento de la gestante ajustaba sus procedimientos a las preferencias reflejadas por la gestante en el Plan de parto, especificándose, en caso de no cumplir con estas preferencias, el motivo. Además, los datos relacionados con las características de la paciente y de la matrona, también fueron recogidos.

Para el análisis de los datos, se incluyó cada una de las variables de estudio en un documento Excel, que fue útil para crear la base de datos, con la que posteriormente se procedió al análisis de los mismos.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de las variables categóricas y cuantitativas de este estudio: tablas de frecuencias, porcentajes y gráficos de sectores para las variables categóricas; y para las variables cuantitativas la media, mediana, moda, desviación típica, mínimo y máximo, utilizando los histogramas para su representación gráfica.

La comparación entre variables se realizó a través de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para variables categóricas. Se asumió un nivel de significación estadística de $p < 0,05$ para pruebas bilaterales.

Los datos se analizaron con el programa informático SPSS versión 19.0 para Windows.

RESULTADOS

De las variables estudiadas, a continuación se resaltan las siguientes:

Características demográficas de las gestantes

La muestra obtenida fue de 73 gestantes que acudieron en periodo activo de parto al hospital. La edad media de las mujeres fue de 30,42 años, siendo el límite inferior 18 años y el superior 41 años. (Figura 1). Respecto al nivel de estudios de la muestra total obtenida, el 39,7% tenían estudios primarios, el 37,0% estudios medios, el 21,9% estudios superiores y el 1,4% carecía de estudios. En lo referente a la paridad, el 53,4% eran primíparas, es decir, era la primera vez que tenían un parto, y el 46,6% ya habían tenido algún parto previamente.

Características relacionadas con las matronas del paritorio

Con respecto a la formación académica de las matronas, el 57,1% obtuvo el título mediante Escuela de Matronas y el 42,9% lo obtuvo mediante formación EIR. En relación a la franja horaria en que fueron atendidas las gestantes, un 75,3% fue atendida en horario diurno y un 24,7% en horario nocturno. Finalmente, en cuanto a la carga laboral en paritorio, el 82,2% fueron atendidas en un ambiente sin carga y el 17,8% con carga de trabajo. (Figura 2)

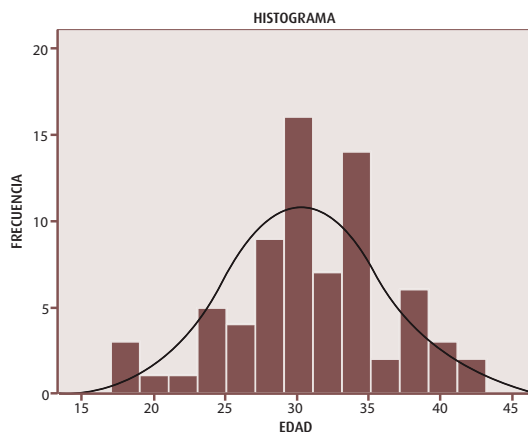


Figura 1. Edad de la gestante

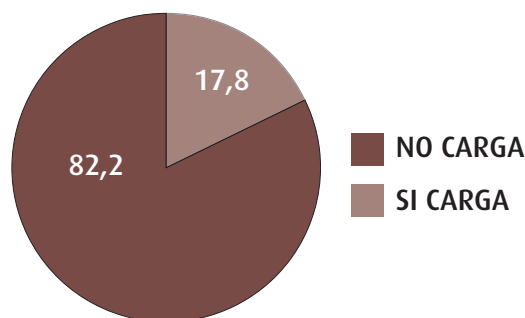


Figura 2. Carga laboral

Características de las variables incluidas en el plan de parto

Variables incluidas en el periodo de dilatación:

–Enema: de las 28 gestantes que solicitaron que no se les administrara un enema, en el 89,3% se respetó su preferencia por parte de la matrona, y en el 10,7% no se cumplió. Los motivos principales de no cumplimiento fueron que la mujer aceptó la administración del enema tras la explicación de la matrona de cuál era su utilidad y que la gestante lo solicitó a pesar de haber indicado en el plan de parto que no lo quería.

–Ingesta de líquidos: de las 41 gestantes que solicitaron poder ingerir líquidos, en el 22,0% la matrona lo permitió y en el 78,0% no lo permitió, siendo los principales motivos la administración de la analgesia epidural a la gestante y la argumentación de la matrona de que no estaba permitido. (Tabla 1 y 2)

–Romper bolsa: de las 19 gestantes que solicitaron que no se le rompiera la bolsa de las aguas, en el 63,2% de las mujeres no se rompió la bolsa de las aguas, y en el 36,8% la matrona realizó la amniotomía, siendo los principales

motivos, que el parto no avanzaba y que el registro cardiotocográfico era intranquilizador.

		N	%	% VALIDO
Lo solicitaron	Cumplimiento	9	12,3	22,0
	No cumplimiento	32	43,8	78,0
	Total	41	56,2	100,0
No lo solicitaron		32	43,8	
Total		73	100,0	

Tabla 1. Ítem "Poder ingerir líquidos"

	N
Analgesia epidural	17
No permitido	8
No lo solicita la gestante	3
No quiere el anestesiista	2
Parto precipitado	1
Riesgo de aspiración	1
Total	32

Tabla 2. Razones no cumplimiento

Variables incluidas en el periodo expulsivo:

- Posición en el expulsivo: de las 58 gestantes que solicitaron poder adoptar la posición que les resultara más cómoda en el expulsivo, en el 29,3% de las mujeres se respetó, y en el 70,7% se puso a la mujer en posición de litotomía, siendo los principales motivos que la gestante no solicitara una postura en especial ni la matrona tampoco se la ofreciese, y la finalización del parto en instrumentado.

- Evitar episiotomía: de las 47 gestantes que solicitaron que se evitara realizar una episiotomía, en un 53,2% se cumplió y en un 46,8% no se cumplió. Entre las razones más destacadas se encontraban la realización del parto de manera instrumentada, la necesidad de acabar el expulsivo y el riesgo de desgarro. (Figura 3 y Tabla 3)

- Pinzamiento tardío de cordón: de las 32 gestantes que solicitaron pinzamiento tardío de cordón, se cumplió en un 18,8%, siendo el porcentaje de no cumplimiento de un 81,2%. Entre las razones de no cumplimiento se encontraban la necesidad de valoración del recién nacido por el pediatra y la presencia de una circular prieta en el recién nacido.

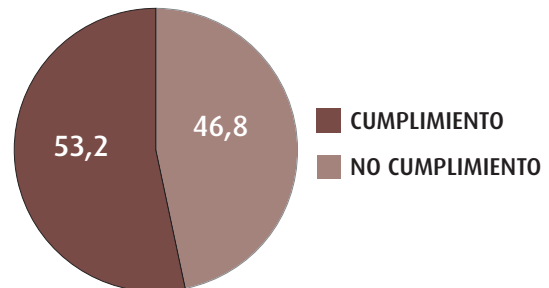


Figura 3. Ítem "Evitar la episiotomía"

	N
Riesgo de desgarro	9
Parto distócico	7
Finalizar expulsivo	6
Total	22

Tabla 3. Razones de no cumplimiento

Variables incluidas en la atención al bebé:

- Piel con piel: de las 71 gestantes que solicitaron el contacto precoz piel con piel con el bebé, en un 69,0% se cumplió, siendo el porcentaje de no cumplimiento de un 31,0%. Cabe destacar que las dos razones principales de no cumplimiento fueron la necesidad de valoración del recién nacido por parte del pediatra y la realización de una cesárea urgente.

- Cuidados encima de la madre: de las 63 gestantes que solicitaron que se realizaran los primeros cuidados al bebé sin separarlo de ellas, en un 39,7% se cumplió y en un 60,3% no se cumplió. Cabe destacar que la razón principal de no cumplimiento fue la necesidad de valoración del recién nacido por parte del pediatra.

- Lactancia materna precoz: de las 46 gestantes que solicitaron iniciar la lactancia materna de forma precoz, en el 91,3% la matrona lo permitió y en el 8,7% no lo permitió, siendo los motivos el traslado del recién nacido a neonatos y el nacimiento mediante cesárea. (Figura 4 y Tabla 4)

	N
Traslado a neonatos	2
Cesárea	2
Total	4

Tabla 4. Razones no cumplimiento

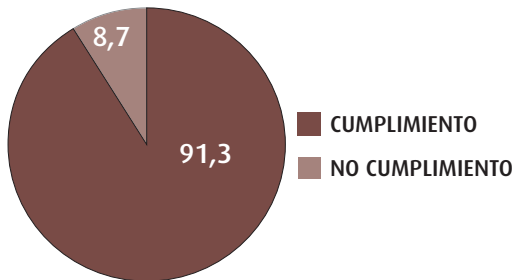


Figura 4. Ítem "Lactancia materna precoz"

Variables incluidas en el proceso de parto y nacimiento:

- Ambiente tranquilo: de las 66 mujeres que solicitaron que su parto se desarrollase en un ambiente tranquilo, en el 92,4% se cumplió, mientras que en el 7,6% no se cumplió debido a la carga existente en el paritorio.

- Presentación de la matrona: de las 58 gestantes que solicitaron que la matrona se presentara, en el 87,9% la matrona lo hizo y en el 12,1% no lo hizo. La razón alegada es que la matrona no se dio cuenta.

- Acompañamiento de la gestante: de las 68 gestantes que solicitaron que una persona les acompañara durante el proceso del parto, en el 98,5% la matrona lo permitió, mientras que en el 1,5% no lo hizo debido a falta de tiempo, por ser un parto precipitado.

Asociación entre variables

Tras realizar un análisis de las variables relacionadas con las matronas y los ítems del Plan de parto, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos al comparar el horario laboral con los ítems:

- "Que no me administren un enema" y "que no me administren analgesia epidural" tienen un porcentaje de cumplimiento mayor en el horario diurno con una p-valor < de 0,05.

- "Tener libertad de movimientos", "poder ingerir líquidos", "que no me administren oxitocina", "poder emplear métodos alternativos de alivio del dolor" y "que me administren sedación farmacológica" tienen un porcentaje de cumplimiento mayor en el horario nocturno con una p-valor < de 0,05.

Asimismo, se encontraron resultados estadísticamente significativos al comparar la carga laboral con los ítems:

- "Poder emplear métodos alternativos de alivio del dolor", "que mi parto se desarrolle en un ambiente lo más tranquilo posible", "que se respete la intimidad en el proceso de parto", "elegir a la persona que me acompañe durante el proceso de parto" con un porcentaje de cumplimiento mayor cuando no hay carga laboral con una p-valor < de 0,05.

También se encontró relación estadísticamente signifi-

cativa al relacionar el cumplimiento del ítem "que corte el cordón mi acompañante o yo" con la formación académica de la matrona, siendo el porcentaje de cumplimiento mayor cuando la matrona se ha formado mediante EIR con una p-valor < de 0.05.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) al comparar el resto de los ítems del Plan de parto y el horario laboral, la carga laboral, la edad de la matrona, los años trabajados como matrona y la formación académica de ésta.



DISCUSIÓN

Dentro del apartado del periodo de dilatación, los ítems que más se respetaron fueron: la no administración del enema, el no rasurado del vello del pubis, tener libertad de movimiento, poder ir al baño, el no romper la bolsa de las aguas, poder emplear métodos alternativos de alivio del dolor, la administración de la analgesia epidural y la realización de los tactos vaginales estrictamente necesarios. Siendo los ítems que menos se cumplieron la utilización de objetos personales, poder ingerir líquidos, monitorización intermitente, administración de oxitocina y el empleo de sedación farmacológica. La razón más llamativa de no cumplimiento la administración de analgesia epidural a la gestante.

Respecto al apartado del periodo de expulsivo, se deriva que los ítems que más se respetaron fueron: el inicio espontáneo de los pujos y evitar la episiotomía. Los ítems que menos se cumplieron dentro de este apartado fueron: la posición en el expulsivo, pinzamiento tardío del cordón y corte del cordón. La principal razón de no cumplimiento de la posición en el expulsivo fue que no se solicitó ni se ofreció una posición alternativa. Tanto en el pinzamiento tardío del cordón como en el corte del cordón, la razón más llamativa de no cumplimiento fue la necesidad de valoración del recién nacido por parte del pediatra.

En lo referente al apartado de la atención al bebé, los ítems que más se cumplieron fueron: contacto precoz piel con piel, amamantar al bebé, inicio de la lactancia materna precoz y que el bebé permaneciera en todo momento con su madre. El ítem que menos se cumplió fue el de proporcionar los cuidados encima de la madre, siendo la razón principal de no cumplimiento la necesidad de valoración del recién nacido por parte del pediatra.

En relación al último apartado que compone el Plan de parto, referente al proceso de parto y nacimiento cabe destacar que se cumplieron todos los ítems en un alto porcentaje: ambiente tranquilo, intimidad de la mujer, presentación de la matrona, información a la gestante y acompañamiento de la gestante por la persona de su elección. Cabe resaltar además que de los cuatro apartados que componen el plan de parto, es éste el de mayor porcentaje de cumplimiento.



CONCLUSIONES

Para concluir podemos decir que basándonos en los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede afirmar que de los cuatro apartados que componen el Plan de parto, los ítems que más se cumplen por parte de las matronas son los incluidos en el apartado correspondiente al proceso de parto y nacimiento.

Que los deseos de las gestantes que se cumplen en el total de los casos son: el no rasurar el vello del pubis, el poder amamantar al recién nacido y el ser informada de la evolución de su parto.

Que la matrona tiene una atención más personalizada hacia la gestante cuando hay menos carga laboral y en el horario nocturno, teniendo más en cuenta el Plan de parto. Sin embargo, ni la edad de la matrona, ni el tiempo trabajado como matrona, ni el tipo de formación académica de

Que los deseos de las gestantes que se cumplen en el total de los casos son: el no rasurar el vello del pubis, el poder amamantar al recién nacido y el ser informada de la evolución de su parto.

ésta, han demostrado tener influencia sobre el grado de cumplimiento del Plan de parto.

Cabe resaltar, por ello, que es necesario también tener en cuenta para valorar el cumplimiento de las preferencias de la gestante en su Plan de parto, la participación del resto de profesionales que se pueden ver implicados durante su atención, como son los anestesiólogos, los pediatras y los mismos ginecólogos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Federación de Asociación de Matronas de España (FAME). Iniciativa Parto Normal, documento de consenso. FAME; 2006.
2. De Molina Fernández I, Muñoz Sellés E. Plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él? *Matronas Prof.* 2010;11(2):53-7.
3. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra. OMS;1996.
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. *SEGO.* 2007;99-207.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. 2007.
6. Generalitat Valenciana. Estrategia para la atención del Parto Normal en la Comunitat Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2009.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
8. Alberola García C, Gómez Martínez MA, Rodríguez Herrero MS. Cuidados a la mujer durante el trabajo de parto: ¿práctica habitual o práctica basada en la evidencia? *Matronas prof.* 2005 Sep;6(3):23-9.
9. Iglesias Casás S, Conde García M, González Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Prof.* 2009 May-ago;10(2):5-11.
10. Almodóvar Fernández MG, Álvarez Pérez S, Gómez Pérez M. Parir en Ámsterdam. *Metas Enferm.* 2008 Sept;11(7):70-2.
11. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas Prof.* 2006 Ene;7(1):27-33.
12. Goberna Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Jiménez MR, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas Prof.* 2008;9(1):5-10.

SabadellAtlántico

SabadellSolbank

SabadellCAM

Sabadell
Professional



Colegio Oficial
de Enfermería de Valencia

PROmover: Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado*.

Abonarte el 10% de tu cuota* de colegiado hasta un máximo de 100 euros al año por cuenta es una manera de promover tus intereses profesionales, ¿no crees?

Si eres miembro del **Colegio Oficial de Enfermería de Valencia** y buscas promover tu trabajo, proteger tus intereses o tus valores profesionales, con **Banco Sabadell** puedes. Te beneficiarás de las soluciones financieras de un banco que trabaja en PRO de los profesionales.

Al fin y al cabo, somos el banco de las mejores empresas.
O lo que es lo mismo, **el banco de los mejores profesionales: el tuyo.**

Liámanos al 902 383 666, identifíquese como miembro de su colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

sabadellprofessional.com

*Hasta un máximo de 100 euros anuales por cuenta, con la cuota domiciliada.. Sólo se aplica en la Cuenta Expansión PRO y Cuenta Expansión Negocios PRO.



Captura el código QR y
conoce nuestra news
'Professional Informa'

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.

