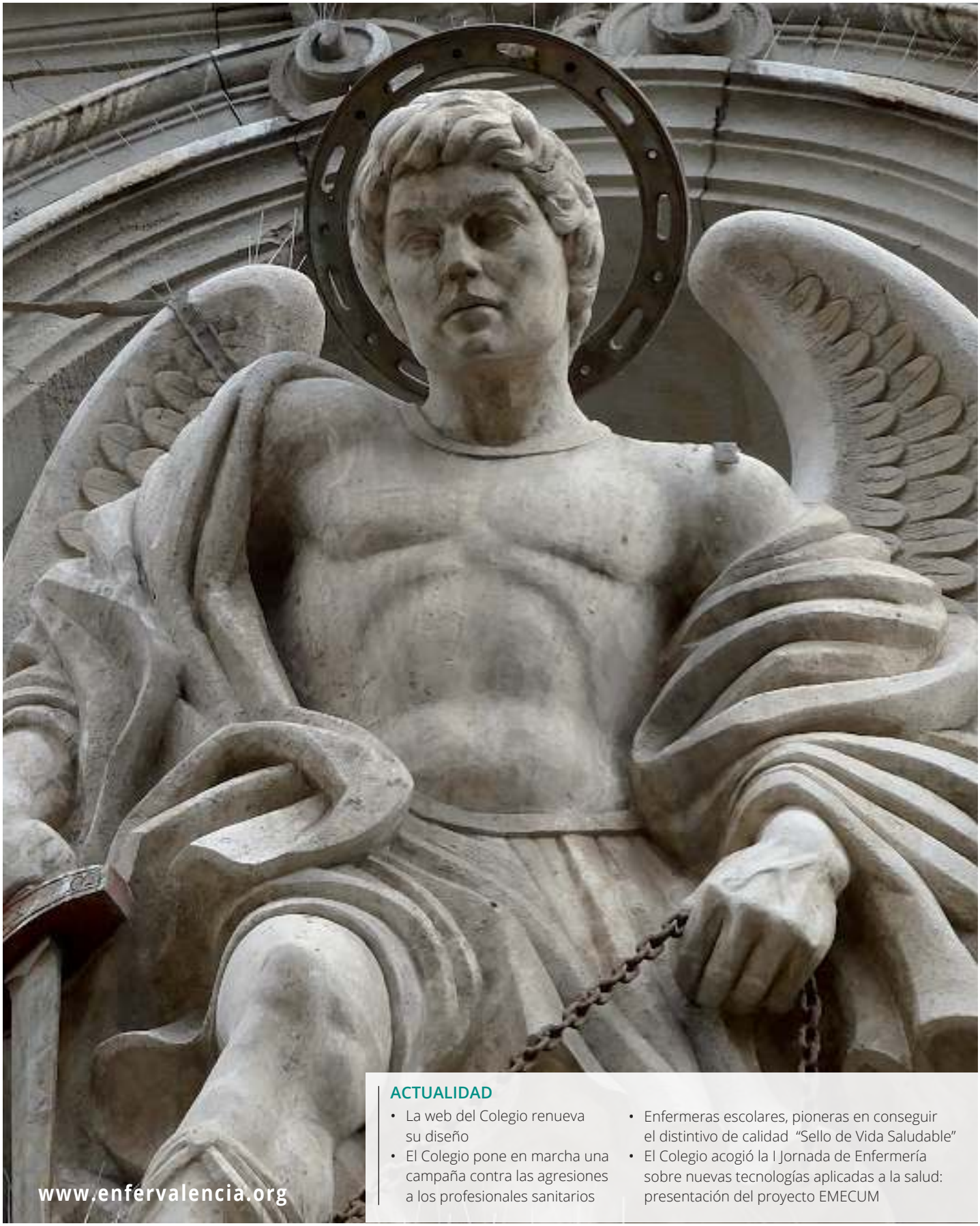
Enfermería Integral

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA

Nº114 DIC. 2016

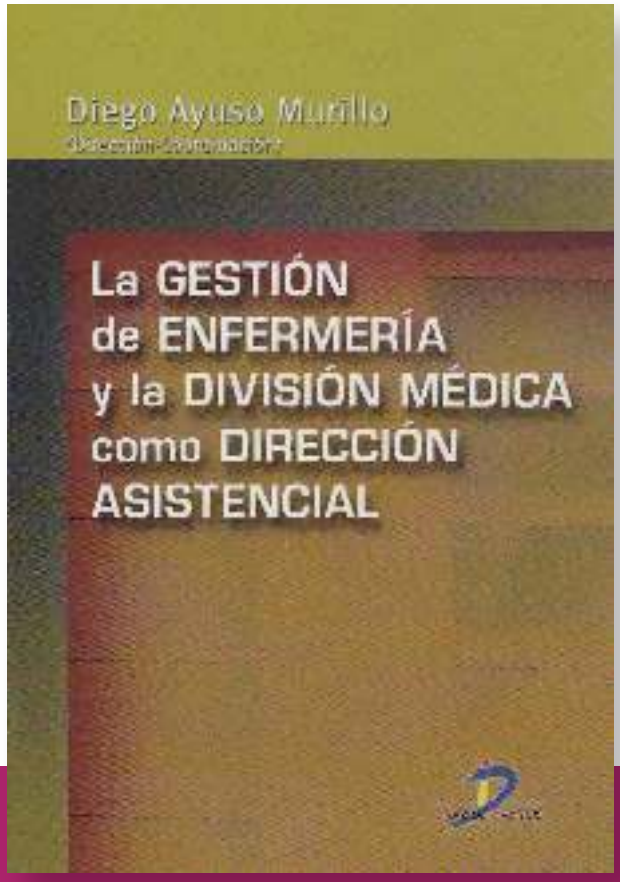


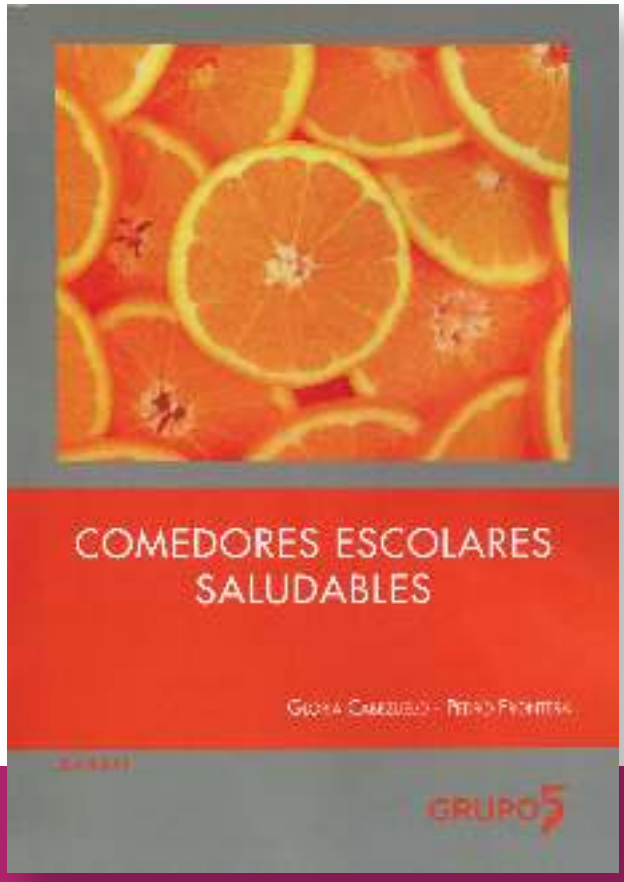
ACTUALIDAD

- La web del Colegio renueva su diseño
- El Colegio pone en marcha una campaña contra las agresiones a los profesionales sanitarios
- Enfermeras escolares, pioneras en conseguir el distintivo de calidad "Sello de Vida Saludable"
- El Colegio acogió la I Jornada de Enfermería sobre nuevas tecnologías aplicadas a la salud: presentación del proyecto EMECUM

www.enfervalencia.org

Adquisiciones
Biblioteca





Enfermería
de la Comunidad
Valenciana

Atención a víctimas de malos tratos por violencia de género

Teléfono 016

SUMARIO

EDITORIAL

3/ Políticos: quién conoce a quién

4/ Polítics: qui coneix a qui

ACTUALIDAD

5/ La web del Colegio renueva su diseño.
Información sobre protección de datos personales.

6/ El Consell aprueba la OPE de Sanidad para el 2016 y sacará a concurso un total de 2.392 plazas.
El Colegio apuesta por la investigación enfermera a través de su Asesoría Científica.

7/ Enfermeras escolares, pioneras en conseguir el distintivo de calidad "Sello de Vida Saludable".
Asociación Valenciana de Enfermería Pediátrica de la Comunidad Valenciana.

8/ El presidente del Colegio participa en la 45 Conferencia Internacional de la EDTNA/ ERCA.
El Colegio pone en marcha una campaña contra las agresiones a los profesionales sanitarios.

9/ Presentación del Proyecto EMECUM. El Colegio acogió la I Jornada de Enfermería sobre nuevas tecnologías aplicadas a la salud.

10/ El aceite de oliva y los frutos secos reducen la resistencia a la insulina y bajan los triglicéridos.
Nueve comunidades autónomas disponen de bancos de leche materna.

11/ Nace el Grupo de Investigación en Arte y Cuidados.

12/ El enfermero valenciano Adrián Sarria presenta el Proyecto EMECUM en el Congreso de la AEC.

14/ Manual de Terapias Biológicas y no biológicas subcutáneas en Reumatología para Enfermería.
Narcís Vázquez Romero, nuevo secretario autonómico de Sanidad.
Nuestra compañera Rosario Gómez presenta el Observatorio Iberoamericano de la Violencia en el sector sanitario.

15/ Claves para el cuidado de la ostomía. Higiene, dieta y el buen almacenamiento del dispositivo.
Nuestro compañero Francisco Jaén presenta al Colegio las iniciativas de CCD.
Los 16 centros de Salud Pública de la CV impulsan la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

16/ El blog Cuidando a neonatos cumple su 2ª aniversario.
La Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020.

18/ El Proyecto Sueñon defiende el sueño de las personas ingresadas.
Celebrada en el Colegio la jornada "Recursos comunitarios para personas en situación de dependencia".
La enfermería valenciana, en contra de que las becas de prácticas sustituyan puestos de trabajo.

19/ El Colegio firma diferentes convenios de colaboración.
Enfermeros del Hospital Clínico estudian mejorar la seguridad y calidad asistencial a los niños hospitalizados.

20/ Comunicado del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia ante la campaña de vacunación de la gripe.

21/ XIV Premio CECOVA de Investigación en Enfermería.
El presidente del Colegio participa en el programa Despierta Valencia de CV Radio.

22/ "Salut en la nostra agenda".
Automedicación, un hábito muy español.
Matronas de diferentes centros y hospitales reciben formación de preparación al parto en el agua.

23/ La EPOC constituye la 4ª causa de muerte en España.

ACTUALIDAD MATRONA

24/ FINALIZA EL AÑO... pero comienza el estrés!!!

ASOCIACIÓN DE JUBILADOS

26/ Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería de Valencia "San Juan de Dios". Actividades.

27/ Agradecimiento.
Tras la jubilación, cómo pasar de colegiado a colegiado honorífico.
Presentación de libro cervicobraquialgias de origen odontológico.

IN MEMORIAM

28/ Ángel Velasco Crespo.
Andrés Calderón Domínguez.

ARTÍCULO DE OPINIÓN

29/ Entre lo legal... y lo afectivo.

30/ Una experiencia que mata.

32/ No soy invisible

ENFERJURÍDICA

34/ Seguro Responsabilidad Civil.
Abierto Procedimiento Abreviado contra el agresor de dos enfermeras y un médico en el Hospital La Fe el pasado 29 de abril por un delito de Atentado.

CONVOCATORIA ASAMBLEA GENERAL

DOCENCIA Y FORMACIÓN

CURSOS Y CONGRESOS

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

43/ Cuidados del recién nacido con traqueostomía.

48/ El microscopio como herramienta fundamental en neurocirugía.

52/ Desensibilización en quimioterapia: un nuevo reto para los cuidados enfermeros.

57/ Actualizando la evidencia sobre las recomendaciones de enfermería en la "alimentación complementaria".

63/ Listeria y embarazo: una mirada actual.

68/ Actuación de enfermería en la endarterectomía carotídea (TEA).

73/ Utilización de la escala Nems en una UCI polivalente.

SERVICIOS

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: Laura Almudéver Campo
VOCAL IV: María Isabel Castelló López
VOCAL V: Julio Tomás Heredia Lloret
VOCAL VI: Alicia Ten Gil
VOCAL VII: Francisco Soto Hernández
PRESIDENTE DE HONOR: Francisco Mulet Falcó

EQUIPO DE REDACCIÓN

DIRECTOR: Juan José Tirado Darder
SUBDIRECTOR: Jesús Juan Ribes Romero
COORDINADORA: Laura Almudéver Campo

PORTADA: Juan José Tirado Darder
CONTRA**PORTADA:** Pepe Lahuerta

EDITA

Colegio Oficial de Enfermería de Valencia
Calle Polo y Peyrolón, nº 59 - 46021 (Valencia)
Tel. 96 393 70 15 **Fax** 96 393 04 28
e-mail: enfervalencia@enfervalencia.org
IMPRIME: Temps Impresores
ISSN: 0214-0128 Depósito Legal: V-2424-1985
Revista indexada en la base de datos CUIDEN.

www.enfervalencia.org

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 en asesoramiento jurídico-laboral y reclamaciones administrativas.
Asesoría fiscal.
Además reducción máxima de honorarios que permite el Colegio de Abogados de Valencia en procedimientos contenciosos privados.
Enfermería Integral no se responsabiliza, ni comparte necesariamente las opiniones expresadas en sus páginas por parte de colaboradores o terceros.

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.

Políticos: quién conoce a quién

FERNANDO SAVATER ESCRIBIÓ: "LA POLÍTICA NO ES MÁS QUE EL CONJUNTO DE RAZONES QUE TIENEN LOS INDIVIDUOS PARA OBEDECER O SUBLEVARSE". SIRVA ESTA SENTENCIA PARA SITUAR EL MEOLLO DE ESTA ÚLTIMA EDITORIAL DE UN AÑO *PECULIAR*, PODRÍAMOS DECIR.

El equilibrio entre las razones que empujan a las personas a participar en política y sus oportunidades a la hora de hacerlo es complicado. No basta con invocar nuestra realidad y la necesidad de implicación en materia política, ya que la realidad misma aparece influenciada por la constatación de que otras profesiones, con una representación mucho menor pero más unidas y reivindicativas, sí han logrado obtener unas cuotas de intervención activa en ciertos asuntos públicos que ya nos gustaría igualar. Supongo que los orígenes del fenómeno irán más allá de los sentimientos corporativistas, la capacidad de unificación o el éxito alcanzado en la tarea de darse a conocer.

Que la sociedad en general y los políticos en particular desconocen quiénes somos, qué hacemos y cuánto más podemos hacer, es un hecho constatable; prueba de ello es esa especie de *apartheid* que venimos arrastrando la profesión enfermera desde siempre. Un claro ejemplo, que he vivido recientemente, lo constituye lo ocurrido en la Comisión de Política Social de las Cortes Valencianas, donde nos ofrecieron una sonora negativa a la propuesta elevada por la diputada autonómica del Grupo Popular Remedios Yáñez, enfermera de profesión, acerca de la inclusión de las enfermeras en los procesos de valoración de la dependencia. No olvidamos que, durante la larga etapa de gobierno del PP en nuestra comunidad, y a pesar de nuestra insistencia continua, el objetivo no fue alcanzado, pero es ahora cuando los vientos del cambio deberían hacerse notar. Es ahora cuando representación y participación deberían darse la mano en un contexto de transformación en la forma de ver y practicar la política.

Olvidar que la representación política es insuficiente para dotar de vida a cualquier proceso democrático es olvidar también que la participación no llega a darse nunca de una manera perfecta, por muy buena fama que tenga el término. Participamos porque, en demasiadas ocasiones, nuestros representantes no se saben el papel y hay que hacer de apuntador entre bambalinas, aunque no sea ésta la única y más importante función de la participación social. Pero ello no implica desatender, por parte de los políticos, que su representación no es capaz de darse sin la existencia de la forma más básica de participación política: el voto. En democracia no puede hablarse de representación política sin la participación de los votantes, del mismo modo que la participación ciudadana requiere, aunque sea en su estado más rudimentario, de una cierta representatividad.

Y retomo el hilo: la constatación del enorme grado de desconocimiento de nuestra labor enfermera demostrado por los diputados que rechazaron la propuesta constituyó un jarro de agua fría (uno más) en las expectativas depositadas en un sector político que, ahora sí, pensábamos tener de nuestro lado. Hay que hacer constar que el representante de PODEMOS, aún votando en contra, se comportó de manera muy distinta al resto de diputados, dejando una puerta abierta al diálogo y entendiendo la importancia de nuestra presencia en la mencionada ley.

En fin, eso es lo que ha ocurrido, pero en nuestra mano está que el resultado sea otro bien distinto. De nosotros, de nuestra actitud ante la sociedad y ante los compromisos y retos que se nos plantean a diario en el ejercicio de nuestra profesión, depende nuestro futuro. Porque potencial tenemos, y mucho. Y si para ello hemos de recordar una y otra vez, no solo a los políticos, sino a la población en pleno, quiénes somos los enfermeros y qué cosas somos capaces de hacer para lograr mejoras sociales, pues también a ello nos ponemos sin vacilaciones. Eso sí, sumando esfuerzos sin dejar a nadie de lado, siendo inclusivos en todo momento y diciendo NO a un tipo de sociedad excluyente que ni escucha, ni apoya, ni valora.

Ahora sí, toca felicitar la Navidad, el Año Nuevo y la oportunidad que me ofrecéis al dirigirme una vez más a vosotros en busca de los ánimos necesarios para insistir en que la mejor participación social a la que podamos aspirar no consiste en manifestarla en todo momento y lugar, sino en mantenerse alerta, encauzando las demandas justas y profundizando en los aspectos importantes que los políticos tienden a desviar. No es necesario sentirnos titanes de la política para lograr que la democracia funcione, pero sí lo es que el público no pierda de vista, ni por un momento, la función, en la que debemos ser parte activa.

Polítics: qui coneix a qui

FERNANDO SAVATER VA ESCRIURE: "LA POLÍTICA NO ÉS MÉS QUE EL CONJUNT DE RAONS QUE TENEN ELS INDIVIDUS PER OBEIR O REVOLTAR-SE". SERVEIX AQUESTA SENTÈNCIA PER SITUAR EL MOLL D'AQUESTA ÚLTIMA EDITORIAL D'UN ANY *PECULIAR*, PODRIEM DIR.

L'equilibri entre les raons que empenyen a les persones a participar en política i les seues oportunitats a l'hora de fer-ho és complicat. No n'hi ha prou amb invocar la nostra realitat i la necessitat d'implicació en matèria política, ja que la realitat mateixa apareix influenciada per la constatació que altres professions, amb una representació molt menor però més unides i reivindicatives, sí han aconseguit obtindre unes quotes d'intervenció activa en certs assumptes públics que ja ens agradaria igualar. Supose que els orígens del fenomen aniran més enllà dels sentiments corporativistes, la capacitat d'unificació o l'èxit aconseguit en la tasca de donar-se a conèixer.

Que la societat en general i els polítics en particular desconeixen qui som, què fem i quant més podem fer, és un fet constatable; prova d'això és aquesta espècie d'*apartheid* que venim arrossegant la professió infermera des de sempre. Un clar exemple, que he viscut recentment, ho constitueix l'ocorregut en la Comissió de Política Social de les Corts Valencianes, on ens van oferir una sonora negativa a la proposta elevada per la diputada autonòmica del Grup Popular Remedios Yáñez, infermera de professió, sobre la inclusió de les infermeres en els processos de valoració de la dependència. No oblidem que, durant la llarga etapa de govern del PP en la nostra comunitat, i malgrat la nostra insistència contínua, l'objectiu no va ser aconseguit, però és ara quan els vents del canvi haurien de fer-se notar. És ara quan representació i participació haurien de donar-se la mà en un context de transformació en la forma de veure i practicar la política.

Oblidar que la representació política és insuficient per dotar de vida a qualsevol procés democràtic és oblidar també que la participació no arriba a donar-se mai d'una manera perfecta, per molt bona fama que tinga el terme. Participem perquè, en massa ocasions, els nostres representants no se saben el paper i cal fer d'apuntador entre bambalines, encara que no siga aquesta l'única i més important funció de la participació social. Però això no implica desatendre, per part dels polítics, que la seua representació no és capaç de donar-se sense l'existència de la forma més bàsica de participació política: el vot. En democràcia no pot parlar-se de representació política sense la participació dels votants, de la mateixa manera que la participació ciutadana requereix, encara que siga en el seu estat més rudimentari, d'una certa representativitat.

I reprenc el fil: la constatació de l'enorme grau de desconeixement de la nostra labor infermera demostrat pels diputats que van rebutjar la proposta va constituir un gerro d'aigua freda (un de més) en les expectatives dipositades en un sector polític que, ara sí, pensàvem tindre del nostre costat. Cal fer constar que el representant de PODEMOS, encara votant en contra, es va comportar de manera molt diferent a la resta de diputats, deixant una porta oberta al diàleg i entenent la importància de la nostra presència en l'esmentada llei.

En fi, això és el que ha ocorregut, però a la nostra mà està que el resultat siga un altre ben diferent. De nosaltres, de la nostra actitud davant la societat i davant els compromisos i reptes que se'ns plantegen diàriament en l'exercici de la nostra professió, depèn el nostre futur. Perquè potencial tenim, i molt. I si per a això hem de recordar una vegada i una altra, no solament als polítics, sinó a la població en ple, qui som els infermers i quines coses som capaços de fer per aconseguir millores socials, doncs també a això ens posem sense vacil·lacions. Això sí, sumant esforços sense deixar a ningú de costat, sent inclusius en tot moment i dient NO a un tipus de societat excloent que ni escolta, ni recolza, ni valora.

Ara sí, toca felicitar el Nadal, l'Any Nou i l'oportunitat que m'oferiu en dirigir-me una vegada més a vosaltres a la recerca dels ànims necessaris per insistir que la millor participació social a la qual puguem aspirar no consisteix a manifestar-la en tot moment i lloc, sinó a mantenir-se alerta, canalitzant les demandes justes i aprofundint en els aspectes importants que els polítics tendeixen a desviar. No és necessari sentir-nos titans de la política per aconseguir que la democràcia funcione, però sí ho és que el públic no perda de vista, ni per un moment, la funció, en la qual hem de ser part activa.

La web del Colegio renueva su diseño

Con más de 50.000 visitas mensuales y un tráfico anual de casi 2.000.000 de solicitudes a nuestra web, esta herramienta se ha convertido en una de las principales vías de información para nuestros colegiados y cumple con creces las expectativas que desde este Colegio nos habíamos marcado.

Una vez más hemos dado un paso al frente para modernizar nuestra web y adaptarla a los nuevos tiempos, dotándola de un aspecto más simple, tanto en imagen como en funcionalidad y la hemos programado con las tecnologías más actuales.
El diseño ha sido creado con la técnica 'responsive' que nos permite ver la web en cualquier dispositivo móvil adaptando su aspecto y navegación a la pantalla de visualización. A partir de ahora tus consultas serán más sencillas y rápidas. Esperamos que sea de tu agrado.
Para acceder a las áreas restringidas debes utilizar las mismas claves de siempre: el número de colegiada/o como usuario y la contraseña que establecieras al registrarte. Puedes solicitar el recuerdo de las claves en la siguiente dirección web:

http://www.enfervalencia.org/pub/registro-colegiado/olvido.php o en el número de teléfono 963 937 015.

Información sobre protección de datos personales

Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

PRODAT® líderes en protección de datos

Les informamos que los datos que poseemos de ustedes se encuentran recogidos en los ficheros del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia para la gestión del Colegio-Colegiado y el envío de nuestra revista e información sobre los acuerdos de colaboración del Colegio con otras entidades y deben de ser permanente actualizados para los cual nos ha de hacer llegar las modificaciones. Así mismo se incluirán en los listados del Grupo Profesional, salvo que nos manifieste su negativa.
Estos datos podrán ser cedidos al Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana para el envío de su revista informativa y entidades bancarias para el abono de los recibos, además de otras cesiones previstas en la Ley pudiendo cederse a Hospitales y Centros Sanitarios para comprobar el requisito obligatorio de colegiación y a las Administraciones Públicas que nos lo requirieran.
Puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos referentes a su persona, incluidos en nuestra base de datos, dirigiendo solicitud firmada y por escrito ante el Responsable del fichero Colegio Oficial de Enfermería de Valencia en la siguiente dirección: C/ Polo y Peyrolón, nº 59. CP 46021. Valencia.

El Consell aprueba la OPE de Sanidad para el 2016 y sacará a concurso un total de 2.392 plazas

El Pleno del Consell ha aprobado el decreto que regula la Oferta Pública de Empleo (OPE) de 2016 para personal gestionado por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

La oferta, que se acordó previamente en Mesa Sectorial con los sindicatos, comprende 2.392 plazas (de las que 1.781 son de turno libre y 611 de promoción interna). Del total de la OPE se reservan un 7% de las plazas para ser cubiertas con personas con discapacidad. Por lo que respecta al personal de enfermería, incluye 608 plazas para enfermería propiamente dicha, 7 plazas a enfermeros del SAMU y 22 plazas a enfermería obstétrico-ginecológica.

La oferta de empleo público se enmarca en el Pacto de Legislatura para la Reducción de la Temporalidad del Personal Gestionado por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública firmado por la Conselleria y todos los sindicatos con representación en la Mesa Sectorial el pasado mes de julio que contempla la convocatoria anual de ofertas de empleo público (OPE) para revertir la elevada tasa de temporalidad de la plantilla de la red pública valenciana.

Las 2.392 plazas de la OPE de 2016 se suman a las 1.216 plazas de las OPE de 2014 y 2015, la mayor parte de las cuales aún no han sido convocadas. Con la convocatoria de estas tres OPE así como con el exámen pendiente de la categoría de enfermería de la OPE de 2007, que tuvo lugar el pasado mes de marzo, se conseguirá reducir la tasa de temporalidad de los trabajadores sanitarios del 37,7%, que había en junio de 2015, al 25,9%.

Desde el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) se consideran unas cifras insuficientes para poder prestar una atención sanitaria de calidad a los ciudadanos, ya que debido a la escasez y a la interinidad de nuestros profesionales se requeriría la convocatoria de, al menos, 2.000 plazas. Además, es necesario que entre las mismas haya destinadas a dotar al Sistema Valenciano de Salud de las especialidades de Enfermería de Salud Mental, Enfermería Familiar y Comunitaria y de Enfermería del Trabajo.

> “A juicio del CECOVA, en la Comunidad Valenciana es necesario contratar a 3.258 profesionales de Enfermería más para alcanzar la media española de enfermeras por cada 100.000 habitantes.

A juicio del CECOVA, en la Comunidad Valenciana es necesario contratar a 3.258 profesionales de Enfermería más para alcanzar la media española de enfermeras por cada 100.000 habitantes. El número de enfermeras colegiadas en la Comunidad Valenciana por cada 100.000 habitantes es de 508,02 enfermeras, una tasa bastante inferior a la media española que se halla en 573,59.

El Colegio apuesta por la investigación enfermera a través de su Asesoría Científica

En marzo de 2015 el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia puso en marcha el servicio de Asesoría Científica con el objetivo que los colegiados puedan solventar sus dudas sobre investigación.

A través de este recurso se procura dar apoyo a todos los enfermeros colegiados que tengan interés en realizar un trabajo científico de calidad en cualquiera de los campos de la profesión, desde proyectos de fin de máster o especialidad EIR, hasta la revisión de trabajos antes de su envío a congresos.

Desde la Asesoría Científica del Colegio, os animamos a que preguntéis cualquier duda que tengáis sobre investigación a través del correo enfercientifica@enfervalencia.org.

Como nos gusta decir: tú pones la motivación y las ideas, y la Asesoría Científica te ayuda a llevarlas a cabo.

Enfermeras escolares, pioneras en conseguir el distintivo de calidad "Sello de Vida Saludable"

Las enfermeras escolares Rosa Torregrosa del Colegio Nuestra Señora del Carmen de Gandía y Saray Carod del Colegio Cavite Isla de Hierro de Valencia son pioneras en conseguir el distintivo de calidad "Sello de Vida Saludable", otorgado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Dicho reconocimiento demuestra la labor que se ha realizado en estos centros escolares, asumiendo el compromiso de fomentar hábitos de vida saludables a toda la comunidad escolar a través de programas de educación para la salud desarrollados de forma continuada que comienzan desde edades tempranas.

Las enfermeras se coordinan con las diversas instituciones y con todo el colectivo escolar para dar mayor respuesta a las necesidades detectadas y priorizar los contenidos a tratar en las actividades de Educación para la Salud que se llevaran a cabo durante cada curso escolar.

Entre las actividades que se realizan de manera anual destacan: higiene bucodental, ergonomía, alimentación saludable, higiene y cuidado de la piel, prevención de drogodependencias, educación afectivo-sexual, inteligencia emocional, promoción del deporte, primeros auxilios y prevención de accidentes, entre otros.

El Ministerio de Educación ha otorgado el Sello de Vida Saludable a 73 colegios e institutos de toda España de 208 que han participado siendo El Colegio Nuestra Señora del Carmen de Gandía y el Colegio Cavite Isla de Hierro pioneros en su obtención. Ambos proyectos de Enfermería Escolar son cofinanciados entre el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia y las AMPAS correspondientes.

Rosa Torregrosa y Saray Carod.
Enfermeras escolares.

Asociación Valenciana de Enfermería Pediátrica de la Comunidad Valenciana

Es necesario formar esta asociación para poder trabajar junto a otras asociaciones de Pediatría, representantes laborales y conseguir así:

- Dar visibilidad social a nuestro trabajo con los niños y a la Enfermería Pediátrica en la Comunidad Valenciana.
- Conseguir la adecuación del puesto de trabajo a la experiencia en Pediatría, como ocurre con las matronas.
- Trabajar para conseguir plazas EIR de Enfermería Pediátrica en la Comunidad Valenciana.
- Realizar investigación y docencia en este campo.

Los interesadas/os en constituir esta asociación contactar con: **Rosa Vinat Collado**
Telf. 659245294

Correo: rosavinatcollado@gmail.com

NOTA:
La reunión constituyente de la nueva asociación será el próximo 26 de enero de 2017 a las 18h en el Colegio de Enfermería de Valencia.

CONFERENCIA

EL PRESIDENTE DEL COLEGIO PARTICIPA EN LA 45 Conferencia Internacional de la EDTNA/ ERCA

El pasado mes de septiembre se celebró la 45 Conferencia Internacional de la EDTNA/ ERCA (Asociación Europea de Enfermeros de diálisis y trans-plantes/ Asociación Europea Renal). Dicha asociación, formada por más de 1.600 miembros en 70 países diferentes, se constituyó en 1971 para hacer frente a las necesidades especiales de las enfermeras, trabajadores sociales, dietistas, técnicos, coordinadores de transplantes y gerentes de las unidades que atienden a pacientes de enfermedad renal crónica y aquellos que requieren terapia de reemplazo renal.

Nuestro presidente, Juan José Tirado, estuvo presente en la mesa presidencial del acto inaugural junto a otros representantes políticos y de la profesión y en ella que hizo entrega del premio al Mejor Abstract, presentado por Afra Masià Plana, con el título "Emotional disorders and quality of life in patients undergoing chronic haemodialysis".

El Colegio pone en marcha una campaña contra las agresiones a los profesionales sanitarios

Los enfermeros suponen el colectivo más numeroso de la sanidad y también el que más agresiones sufre por parte de pacientes y de sus familiares. Por dicho motivo, el Colegio de Enfermería ha puesto en marcha una campaña contra las agresiones a los profesionales sanitarios.

Bajo el lema "***Estamos aquí para ayudarte. No descargues tu ira contra nosotros",*** el objetivo de esta campaña es la concienciación a la ciudadanía de los servicios profesionales de este colectivo, además de sensibilizar a la población en general de la gran presión que asumen las enfermeras con su bajo ratio de profesionales y que no se puede agravar con conductas poco cívicas que generen mayor presión sobre estas.

> "El Colegio te protege y para ello ha puesto en funcionamiento un número de teléfono exclusivo para la comunicación de agresiones y que es el siguiente: **963 620 666** (servicios jurídicos).

Cabe recordar que en el ejercicio de las funciones propias de su categoría, los enfermeros tienen la consideración de autoridad pública y gozan de la protección reconocida a tal condición por la legislación vigente (Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana). El presidente de los enfermeros valencianos, Juan José Tirado anima a todo el colectivo a presentar denuncias cuando se produzcan situaciones de ofensas graves o daños físicos. El Colegio te protege y para ello ha puesto en funcionamiento un número de teléfono exclusivo para la comunicación de agresiones y que es el siguiente: **963 620 666** (servicios jurídicos).

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO EMECUM

El Colegio acogió la I Jornada de Enfermería sobre nuevas tecnologías aplicadas a la salud

El Colegio de Enfermería de Valencia acogió el pasado 21 de octubre la I Jornada de Enfermería sobre nuevas tecnologías aplicadas a la salud, dirigida a los profesionales de la Enfermería de todos los ámbitos. El presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, Juan José Tirado Darder, se encargó de inaugurar la jornada, junto a Teresa Murillo Llorente, decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir y David Sancho Cantus, investigador principal de la Comisión NTIC del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

Bajo el lema "Venciendo nuevos retos", los profesionales de enfermería interesados en conocer los avances en las nuevas tecnologías se reunieron en la sede colegial. La primera ponencia fue desarrollada por David Fernández García, profesor agregado Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, que explicó la importancia de las redes sociales y su impacto en nuestra profesión. A continuación tuvo lugar la ponencia #ffpaciente, por Pedro José Soriano, enfermero del Hospital Clínico San Carlos y creador de varios blogs de salud, quien se centró en la importancia del empoderamiento de los pacientes.

Posteriormente comenzó la ponencia dedicada a la mejora de los procesos asistenciales a través de las estaciones móviles informatizadas y su repercusión en los cuidados enfermeros, de Manuela Domingo Pozo, enfermera y profesora Departamento de Enfermería Universidad de Alicante. Después fue el turno de José Vicente Visconti Gijón, técnico en la Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad, que profundizó sobre la Salud 2.0. Por último, Adrián Sarria Cabello, coordinador de la Comisión NTIC del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, detalló las experiencias en el diseño de apps de ayuda al profesional de enfermería y presentó la nueva herramienta EMECUM creada por el Colegio para todos los profesionales de enfermería.

> "EMECUM es una plataforma web que alberga un gran repositorio de recursos digitales útiles y seguros para que cualquier ciudadano utilice para el cuidado de su salud y por lo tanto, son aptas para su prescripción por el profesional de enfermería.

Gracias a la retransmisión en Streaming y a los comentarios por los asistentes en la red social Twitter bajo el hashtag #NticSalud16 la jornada fue un éxito consiguiendo la movilización y el acercamiento de las ponencias a diferentes profesionales del territorio nacional, poniéndose de manifiesto que enfermería se encuentra en constante actualización y con capacidad para liderar cualquier investigación innovadora.

Proyecto EMECUM

La Comisión NTIC del Colegio de Enfermería de Valencia ha creado EMECUM, una herramienta gratuita para toda la comunidad enfermera cuyos objetivos son:

- Desarrollar una herramienta de ayuda al profesional de enfermería, para poder prescribir e-salud de calidad a través de la web.
- Dotar de recursos válidos para el desarrollo diario de la labor enfermera en la promoción de la salud desde el COEV.

EMECUM es una plataforma web que alberga un gran repositorio de recursos digitales útiles y seguros para que cualquier ciudadano utilice para el cuidado de su salud y por lo tanto, son aptas para su prescripción por el profesional de enfermería.

Los recursos disponibles en la plataforma son incluidos tras la comprobación del cumplimiento de unos requisitos de validez, y posteriormente son clasificados atendiendo su naturaleza (webs, apps) así como el tipo de usuario a quién va dirigido cada recurso.

El acceso a EMECUM se obtiene mediante un registro gratuito y puedes realizarlo a través de la misma plataforma.

El aceite de oliva y los frutos secos reducen la resistencia a la insulina y bajan los triglicéridos

El Grupo de Investigación de Riesgo Cardiometabólico del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico de Valencia, INCLIVA, y el Servicio de Endocrinología y Nutrición de este Hospital han demostrado en un estudio que la ingesta de los ácidos grasos insaturados, como los que se encuentran en el aceite de oliva y frutos secos, inducen cambios beneficiosos postprandiales (estado del metabolismo tras la absorción de los alimentos), durante y tras la digestión, produciendo una reducción progresiva de los niveles plasmáticos de glucosa e insulina, con una reducción del estado de resistencia a la insulina y de los niveles de estrés oxidativo.

El estado postprandial constituye el estado metabólico habitual en el que se encuentra el ser humano a lo largo del día, al producirse una superposición de los productos absorbidos en las distintas comidas diarias. Este estado de absorción se manifiesta de dos a cuatro horas después de la ingesta de alimentos. Durante este período hay diferentes aumentos en la concentración de la glucosa en la sangre, aminoácidos y triglicéridos.

La investigación realizada tenía como objetivo evaluar el efecto de una sobrecarga oral grasa rica en ácidos grasos insaturados sobre diferentes parámetros metabólicos como la glucosa, la insulina y los lípidos, así como el estrés oxidativo tanto en sujetos sanos como en pacientes con obesidad abdominal. La principal conclusión del trabajo es que los ácidos grasos insaturados inducen cambios beneficiosos a nivel metabólico tras la ingesta que podrían hacer cambiar las recomendaciones dietéticas actuales a los sujetos con obesidad y/o diabetes, dado que se les recomienda una ingesta pobre en grasa.

Nueve comunidades autónomas disponen de bancos de leche materna

La función fundamental de estos centros es suministrar leche humana con todas las garantías de calidad y seguridad para aquellos lactantes que lo necesiten. Los últimos datos publicados revelan que un total de 1.916 bebés fueron alimentados gracias a 1.466 voluntarias durante 2015.

En España existen dos tipos de bancos de leche: los establecidos dentro de las unidades de neonatologías de cada hospital y aquellos enmarcados dentro de los centros de transfusión de sangre y tejidos. Entre estos últimos destacan los bancos de leche de Extremadura, Baleares, Aragón y Cataluña, al que hay que sumar Castilla y León, que cuenta con un modelo híbrido. Además, el Hospital 12 de Octubre (Madrid), La Fe (Valencia) y Virgen de las Nieves (Granada) cuentan con su propio centro. Desde todos éstos se han servido alimento a 35 hospitales receptores, según las últimas cifras que maneja la Asociación Española de Bancos de Leche Humana. Por su parte, Galicia también ha inaugurado sus propias unidades en dos hospitales; y Cantabria en fase de creación un banco regional. Sin embargo, otras comunidades como Murcia, Canarias, Castilla-La Mancha, Navarra, Asturias y La Rioja, no tienen previsto implantar ninguna iniciativa a corto plazo.

> “Los últimos datos publicados revelan que un total de 1.916 bebés fueron alimentados gracias a 1.466 voluntarias durante 2015.

Nace el Grupo de Investigación en Arte y Cuidados

El Instituto de Investigación Sanitaria La Fe de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, ha acreditado como grupo de investigación emergente al Grupo de Investigación en Arte y Cuidados, el único en la Comunitat Valenciana formado íntegramente por profesionales de Enfermería. De hecho, la visión de este grupo es consolidarse como uno de los principales grupos de investigación en cuidados de España en el ámbito de la disciplina enfermera y ser referentes en investigación, desarrollo e innovación de los cuidados de salud basados en la evidencia.

Tal y como ha destacado la Doctora en Enfermería, directora de la Escuela de Enfermería La Fe e investigadora principal de este grupo, Esperanza Ferrer Ferrándiz, "la potencialidad del grupo no reside sólo en la elevada formación de sus quince integrantes, donde el 78% son doctoras y doctores en Enfermería, sino en la cercanía a las personas a las que cuidamos en el Hospital La Fe, lo que nos permite detectar de primera mano sus problemas, paso esencial para plantear una investigación dirigida a resolverlos".

> "La visión de este grupo es consolidarse como uno de los principales grupos de investigación en cuidados de España en el ámbito de la disciplina enfermera y ser referentes en investigación, desarrollo e innovación de los cuidados de salud.

Tras un exhaustivo análisis interno y externo, el grupo ha definido su estrategia en tres líneas de investigación, centrándose en Innovación y desarrollo de la metodología docente enfermera, la promoción de la salud y herramientas para la medición y el requerimiento de cuidados de comodidad en relación a la terapéutica de las personas, con sus necesidades y experiencias de salud, enfermedad y muerte.

El enfermero valenciano Adrián Sarria presenta el Proyecto Emecum en el Congreso de la AEC

El pasado mes de octubre tuvo lugar en Burgos la celebración del IV Congreso Internacional, X Nacional y III Encuentro Nacional de Tutores y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria. El lema de esta edición era "Salud Comunitaria y Enfermería Comunitaria. Miradas diversas de una misma realidad", celebrándose diferentes Mesas *"Salud Comunitaria y Enfermería Comunitaria"*, moderada por María Paz Mompart y *"Salud Comunitaria y Organizaciones Sanitarias"*, moderada por Carmen Ferrer.

En esta jornada, nuestro compañero Adrián Sarria presentó la herramienta Emecum, un proyecto realizado por la Comisión de nTICs del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. Se trata de una plataforma web que pretende ayudar al profesional de enfermería para prescripción de e-salud, dotando de recursos y herramientas digitales útiles para el desarrollo diario de la labor enfermera en la promoción de la salud.

Iniciativa Paciente Activo en Red "FFpaciente"

Un grupo de enfermeras/os comunitarias/os de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) lidera la iniciativa de "PACIENTE ACTIVO EN RED" denominada FFpaciente. Se trata de un proyecto que lleva más de un año en funcionamiento con gran éxito de participación comunitaria en las redes sociales, especialmente en Twitter.

La iniciativa FFpaciente es un movimiento de profesionales de la salud y pacientes que busca empoderar a las personas que padecen alguna enfermedad crónica convirtiéndose en Agentes de Salud que ayuden a otras personas que puedan necesitarlo. Las asociaciones de pacientes y familiares, junto a las sociedades científicas son fuente de información fiable y de recursos para mejorar la calidad de vida y la salud de los pacientes y familiares.

> "La iniciativa FFpaciente es un movimiento de profesionales de la salud y pacientes que busca empoderar a las personas que padecen alguna enfermedad crónica convirtiéndose en Agentes de Salud que ayuden a otras personas que puedan necesitarlo.

NO PIERDA TIEMPO EN IR A TRÁFICO

OFERTA ESPECIAL

PARA COLEGIADOS DEL *COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA*

IPMT Instituto de Psicología y Medicina de Tráfico

RENOVACIÓN PERMISO DE CONDUCIR

TASAS DE TRÁFICO INCLUIDAS + GESTIÓN EN EL ACTO

55 €

Más de 30 años a su servicio

OTROS CERTIFICADOS MÉDICOS

Conductores, Armas, Seguridad, Titulaciones náuticas, Grúas, Pirotecnia, Deportes, Animales Peligrosos, Oposiciones, Matrículas, Certificados Ordinarios...

DESCUENTO **25%**

Amplios Horarios

De 9:00 a 13:30 H.
De 16:00 a 19:30 H.
SÁBADOS
De 10:00 a 13:00 H.

CERTIFICADO MÉDICO PARA EL EXAMEN TEÓRICO DE CUALQUIER PERMISO DE CONDUCIR

+ 8 FOTOS GRATIS

25 €

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA

-Presentar el carnet de Colegiado/a
-Oferta extensible a familiares
(Oferta no acumulable con otras promociones)

963 623 278

IPMT Instituto de Psicología y Medicina de Tráfico

DGT

25 000 VISITAS QUE SUMAN

CITA PREVIA EN NUESTRA WEB

www.ipmt.es

C/Gascó Oliag 8 . Piso 1º
46010 VALENCIA
(Situado frente Aulario / Facultad Fisioterapia)

CENTRO OFICIAL V-0007. Autorizado por la Jefatura Provincial de Tráfico

Manual de Terapias Biológicas y no biológicas subcutáneas en Reumatología para Enfermería

El Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Reumatología (GETSER) ha presentado el *Manual de Terapias Biológicas y no biológicas subcutáneas en Reumatología para Enfermería.*

Se trata de una iniciativa del Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Reumatología (GTESER), cuyo objetivo es facilitar el conocimiento, la formación y el manejo de los diversos dispositivos de inyección dirigidos al paciente crónico con enfermedades inflamatorias autoinmunes (como la artritis reumatoide, la artritis psoriásica y la espondilitis anquilosante) y enfermedades de metabolismo óseo, como la osteoporosis.

La responsable de la Consulta de Enfermería de la Unidad de Reumatología de Sant Joan, Amelia Carbonell, ha sido la encargada de gestionar esta obra en la que, junto a ella, han participado otros 22 autores de diferentes hospitales del territorio nacional.

El documento pretende ser una herramienta útil y práctica para facilitar la labor diaria de enfermería y resolver las dudas que puedan surgir en el manejo de las terapias subcutáneas más utilizadas en Reumatología. La obra presenta con imágenes cada uno de los fármacos disponibles, las enfermedades para las que está indicado, el modo de administración y posología, las condiciones de conservación, la preparación y las precauciones especiales a tener en cuenta.

Una correcta información y formación sobre los tratamientos disponibles es fundamental en el abordaje de las enfermedades crónicas, ya que aumenta el conocimiento que tiene el paciente de la propia enfermedad, fomenta su adherencia terapéutica, minimiza sus temores y responde a las dudas más frecuentes, con el fin de conseguir que el paciente asuma una participación más activa en su autocuidado.

Narcís Vázquez Romero, nuevo secretario autonómico de Sanidad

El nuevo secretario autonómico de Sanidad de la Generalitat Valenciana, Narcís Vázquez Romero, recibió el pasado 19 de septiembre al presidente del Colegio, Juan José Tirado, y al secretario del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, José Antonio Ávila.

El encuentro sirvió de toma de contacto entre los representantes de la Enfermería valenciana y el recién nombrado Secretario Autonómico, quien se mostró muy receptivo a las inquietudes presentadas por Ávila y Tirado, entre las que destacamos la predisposición muy positiva mostrada por Vázquez respecto a la convocatoria de plazas de enfermeros especialistas en una próxima OPE.

Nuestra compañera Rosario Gómez presenta el Observatorio Iberoamericano de la Violencia en el sector sanitario

El presidente del Colegio, Juan José Tirado, mantuvo el pasado viernes 23 de septiembre una reunión con nuestra compañera Rosario Gómez, enfermera doctorada e investigadora en la Escola d'Infermeria La Fe, presentando al Colegio el proyecto internacional Observatorio Iberoamericano de la Violencia en el sector sanitario.

Es un proyecto científico sin ánimo de lucro, que investiga las conductas de agitación, incívicas, o en ocasiones violentas de usuarios, familiares y acompañantes hacia profesionales de la salud. Los detalles del proyecto pueden consultarse en la página web del mismo: violenciaocupacional.cat.

CLAVES PARA EL CUIDADO DE LA OSTOMÍA

Higiene, dieta y el buen almacenamiento del dispositivo

El 37,3% de las operaciones de ostomía se deben a ingresos por urgencias y es consecuencia del diagnóstico de un cáncer de recto o de colon. Su cuidado comienza con la prevención, convirtiéndose en el primer paso para cuidar de una operación de ostomía, una intervención que se realiza a consecuencia del diagnóstico de un cáncer de colon o de recto, o de un ingreso de urgencia. Pero las recomendaciones para tratar la operación de la mejor forma posible nunca le vienen mal al paciente.

Con una buena higiene, dieta y buen almacenamiento del dispositivo, el manejo de las colostomías resulta más sencillo al tratarse de un estoma más funcional y fisiológico. Las heces son más sólidas y se produce menor pérdida de líquidos y electrolitos que se absorben en su mayoría en el colon.

NUESTRO COMPAÑERO FRANCISCO JAÉN PRESENTA AL COLEGIO LAS INICIATIVAS DE CCD

El pasado 13 de octubre, el presidente el Colegio, Juan José Tirado, mantuvo una reunión con Francisco Jaén, enfermero, y David Sánchez, representantes del partido Ciudadanos Centro Democrático en Valencia.

En el encuentro han transmitido al presidente del Colegio las diferentes iniciativas que desde su partido pretenden poner en marcha respecto a dotar de mayor protagonismo y visibilidad a la enfermería en la Sanidad, apoyando posicionamientos frente a la Ley de Uso de los medicamentos y las recientes medidas adoptadas en cuenta a la salud escolar.

Los 16 centros de Salud Pública de la CV impulsan la prevención de enfermedades y promoción de la salud

Los 16 centros de Salud Pública de la Comunidad Valenciana impulsan la prevención de enfermedades, protección y promoción de la salud, por ejemplo a través del seguimiento del calendario vacunal en la infancia, el control sanitario de aguas y alimentos, la promoción del envejecimiento activo y saludable o los programas de educación para la salud en las escuelas centrados en la seguridad vial o la prevención del tabaquismo, entre otros.

Los Centros de Salud Pública empezaron a funcionar en torno a 1986, el mismo año en el que se aprobó la Ley General de Sanidad. Los dos primeros centros de estas características fueron los de Xàtiva y Alcoy y poco a poco fue desarrollándose toda la estructura territorial de salud pública hasta llegar a los 16 centros actuales, que cubren toda la Comunitat, desde Orihuela hasta Benicarló. Con esta estructura, la salud pública valenciana se configuró en un modelo descentralizado, con proximidad al territorio, superando la división provincial-diputaciones-direcciones territoriales, más alejada de las particularidades de los entornos de vida. Los centros de salud pública son el puente perfecto entre la estructura asistencial (centros de Atención Primaria y hospitales) y la comunidad (ayuntamientos y tejido social).

Hay que destacar la labor de los técnicos de los centros de salud pública, que cuidan de la salud de todos con funciones esenciales como la inspección de instalaciones para prevenir brotes de legionelosis, la atención a las alertas por olas de calor, el control de la calidad sanitaria de las aguas de consumo humano y piscinas públicas, o la vigilancia de enfermedades infecciosas y brotes en la población, incluyendo, entre muchas otras, las enfermedades transmitidas por vectores (como el mosquito tigre).

Estos profesionales son también los encargados de velar por la seguridad alimentaria desarrollando, por ejemplo, programas para el control de alérgenos alimentarios en comedores escolares o el control sanitario en los mataderos. Otros programas atienden la vigilancia de enfermedades profesionales o el diagnóstico precoz de cáncer de mama y colorrectal en la población.

El blog Cuidando a neonatos cumple su 2ª aniversario

El blog "Cuidando neonatos", cuya autora y editora es Rosario Ros Navarret (enfermera supervisora del Hospital La Fe de Valencia), celebra su 2º aniversario http://cuidando-neonatos.blogspot.com.es/2016/11/cuidando-neonatos-cumple-2-anos-gracias.html)

El blog surge con la idea de convertirse en un espacio donde compartir conocimientos, información y experiencia que nos puedan ser útiles en nuestro trabajo diario en las diferentes áreas de cuidados neonatales.

Difunde recursos multimedia como vídeos, fotos y presentaciones; y documentos como guías de práctica clínica, protocolos y artículos científicos siempre tratando de aportar un aporte científico y basado en la evidencia.

Durante estos 2 años, en Cuidando neonatos, se han publicado 91 posts y ha recibido 292.000 visitas desde más de 100 países diferentes. Cada nueva entrada del blog se distribuye por las redes sociales, llegando a más de 5.870 personas que a día de hoy nos seguís vía Facebook, Instagram y Twitter cada día. Aquí tenéis los diferentes enlaces:

Blog: Cuidando neonatos: http://cuidando-neonatos.blogspot.com.es/
Video de presentación: http://bit.ly/1WHedMS
Facebook: https://www.facebook.com/Cuidando-neonatos-977525752262727
Twitter: https://twitter.com/Cuidandoneonato
Instagram: https://instagram.com/cuidando_neonatos/

La Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020

La Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 consolida el modelo de atención comunitario y orienta la organización de los servicios de atención desde el paradigma del modelo de recuperación. La amplia mirada que propone para entender la salud mental y la atención a las personas afectadas implica la convergencia de muchos puntos de vista, la sinergia de varios ámbitos, disciplina y tecnologías, planteando la integración de la atención como objetivo de mejora permanente, integración entre los diferentes servicios y niveles de atención de la red sanitaria y entre el sistema sanitario, social, educativo, laboral y judicial.

Seguro de **Automóvil**

MAS INFORMACIÓN EN EL

COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERÍA DE VALENCIA

Calle Polo y Peyrolón, 59 Bajos, 46021 Valencia
Tel. 96 393 70 15 · Fax 96 393 04 28
enfervalencia@enfervalencia.org · www.enfervalencia.org

EL SEGURO DE AUTO DE A.M.A ENTRE LOS 3 MEJORES DE ESPAÑA Y SEGUNDO MEJOR POR PRECIO

Fuente: Indice Stiga 2015 de Experiencia de Cliente ISCX

Hasta un

60%* bonificación

en su seguro de Automóvil

- NUEVOS SERVICIOS DE ITV Y GESTORÍA
- AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- PÓLIZAS DE REMOLQUE
- LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- PERITACIONES EN 24-48 HORAS
- RECURSOS DE MULTAS
- DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síganos en

A.M.A. VALENCIA
Pza. América, 6; ac. esquina Avda. Navarro Reverter, 17 Tel. 963 94 08 22
valencia@amaseguros.com

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 28 de febrero de 2017. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

El Proyecto Sueñon defiende el sueño de las personas ingresadas

Una nueva iniciativa de parte de personal sanitario quiere cambiar la cultura de los hospitales del Servicio Nacional de Salud respecto del descanso de los pacientes. Denuncian que se interrumpa varias veces cada noche el sueño de las personas ingresadas, lo que afecta negativamente tanto a su estado de ánimo como a su recuperación. Por eso, han puesto en marcha el proyecto Sueñon, con el que impulsar nuevas prácticas que hagan más amable la estancia.

Lo que proponen son un conjunto de prácticas que respeten las horas de sueño de los pacientes: cerciorarse de que la iluminación de las habitaciones coincide con los ritmos del día y la noche, entrar con linterna para hacer comprobaciones que no exigen encender las luces u organizar mejor las pautas de medicación para interrumpir lo menos posible las horas de descanso, entre otras.

La iniciativa puede ser especialmente útil para las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), que a menudo rompen por completo con los ritmos del día y la noche, y donde los casos de trastornos derivados son más elevados.

Celebrada en el Colegio la jornada "Recursos comunitarios para personas en situación de dependencia"

La jornada se celebró en el Colegio de Enfermería con la participación de profesionales del Hospital Dr. Peset, del Centro de Salud Serrería 2, de los Centros SARquavitae de Valencia, de la Fundación Amics de la Gent Major, de la Asociación de Familiares de Alzheimer y de la Asociación Parkinson Valencia.

En la misma se presentaron opiniones sobre la actual situación de la atención a la población dependiente. El presidente del Colegio, Juan José Tirado, repasó las propuestas que desde hace tiempo se vienen presentando a los distintos gobiernos encargados del desarrollo de la ley, haciendo especial hincapié en la importancia de generar un equipo básico de atención socio-sanitario formado por enfermeros y trabajadores sociales con la finalidad de racionalizar los servicios que se prestan.

El Colegio felicita la iniciativa de SARquavitae de desarrollar iniciativas como ésta en la que se reflexiona sobre temas de trascendental importancia para los profesionales de los cuidados.

La enfermería valenciana, en contra de que las becas de prácticas sustituyan puestos de trabajo

Tras la publicación de las bases que regulan la concesión de becas para la realización de prácticas en la Dirección General de Salud Pública, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) considera que estas becas pueden beneficiar a aquellas enfermeras que actualmente se encuentren en situación de desempleo y pueden desarrollar unas prácticas profesionales, pero al mismo tiempo rechaza que tales becas puedan convertirse en puestos de trabajo en precario. CECOVA insiste en estas becas de prácticas profesionales sean fieles al objeto de las mismas y no sustitutivas de puestos de trabajo necesarios.

Además, el órgano de representación profesional de la enfermería valenciana comenta que llama la atención sobremanera que, para optar a estas becas, la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública haya establecido un baremo completo y plausible donde se valoran múltiples aspectos y variados como la formación o el expediente académico y, sin embargo, el baremo de la Bolsa de Trabajo de la propia Conselleria es raquítico en cuanto a las cuestiones a valorar, pues no se tienen en cuenta aspectos tan relevantes como puede ser la formación.

EL COLEGIO firma diferentes convenios de colaboración

MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTOS Y OTROS CONVENIOS, EN LA SECCIÓN SERVICIOS/ EMPRESAS COLABORADORAS DE NUESTRA WEB **WWW.ENFERVALENCIA.ORG**

EL COLEGIO FIRMA UN CONVENIO CON RED CENIT CENTROS DE DESARROLLO COGNITIVO

Juan José Tirado, presidente del Colegio de Enfermería de Valencia, y Luis Abad, director de los Centros de Desarrollo Cognitivo-Red Cenit, han suscrito un convenio de colaboración el pasado 26 de septiembre.

Entre otras cosas, el convenio permitirá a los colegiados de Enfermería y a sus familiares directos, disfrutar de descuentos en los cursos formativos ofertados por la Red Cenit, así como beneficiarse en el diagnóstico y tratamiento de todos los trastornos del neurodesarrollo incluidos en su cartera de servicios.

EL PRESIDENTE DEL COLEGIO RECIBE A REPRESENTANTES DE LA FUNDACIÓN AYÚDATE

El presidente del Colegio, Juan José Tirado, recibió el pasado 25 de octubre al director de la Fundación Ayúdate, José Durantes Gómez y a nuestras compañeras Amparo Vida y Yosune Palacios, enfermeras.

La Fundación Ayúdate es una organización de carácter benéfico social de asistencia sanitaria, constituida en el año 2001, cuyos fines generales se integran en la contribución a aquellas acciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida de los pacientes portadores de una ostomía digestiva o urinaria. Su misión es contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con estomas digestivos y urológicos, hasta conseguir una adaptación total en todos los ámbitos de su vida, gestionando una red asistencial formada por profesionales vocacionales y comprometidos.

En el marco del encuentro se acordó emprender actividades formativas para los profesionales de enfermería que faciliten la atención integral a las personas ostomizadas.

Enfermeros del Hospital Clínico estudian mejorar la seguridad y calidad asistencial a los niños hospitalizados

Enfermeros del Hospital Clínico de Valencia están investigando un conjunto de factores que inciden en mejorar la calidad asistencial a los niños hospitalizados. En esta línea han trabajado en un ensayo clínico en el que se han evaluado diferentes sistemas para mitigar el dolor que conllevan diferentes procedimientos asistenciales.

Los investigadores contaron con la participación de 285 niños con edades comprendidas entre los 18 meses y 17 años, distribuidos en 3 grupos según la intervención que recibían. A cada grupo se le aplicaba un procedimiento para calmar el dolor antes y durante las técnicas dolorosas (punción en la vena).

En el primer grupo se aplicó una crema con anestésico, 20 minutos antes, en la zona de punción. En el segundo grupo se utilizó un juguete vibratorio con forma de abeja (Buzzy®) que permite distraer al niño antes y durante la punción. Y en el tercer grupo se combinaron las dos técnicas anteriores. Se colocaba la crema anestésica y además se aplicaba el dispositivo con forma de abeja.

Para evaluar el efecto se midió el dolor mediante escalas de autoevaluación donde participaron los padres (en los niños que no podían colaborar por su edad) y los propios niños. Los investigadores concluyeron que el método ideal para aliviar el dolor en los niños era el uso combinado del dispositivo vibratorio y la crema anestésica.

Según Pablo García Molina, enfermero responsable de la Unidad Clínica de Heridas del Hospital Clínico Universitario de Valencia, investigador de INCLIVA y profesor universitario en la Facultad de Enfermería de la Universitat de València, "contar con herramientas que minimicen las molestias y favorezcan la realización de las diferentes técnicas no solo es recomendable para el paciente, sino para el profesional que desarrolla el trabajo".

Comunicado del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia ante la campaña de vacunación de la gripe

El Colegio de Enfermería de Valencia consideró necesario formular una serie de consultas a la Conselleria de Sanidad relacionadas con la campaña de vacunación frente a la gripe para la temporada 2016-17 y ante la incertidumbre que generó en su día y sigue generando hoy el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.

En respuesta a esa consulta, la Conselleria de Sanidad emitió una nota informativa conjunta de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y de la Dirección General de Salud Pública y unas instrucciones para la administración de las vacunas frente a la gripe, destacando los siguientes aspectos:

- La actuación de los enfermeros en el marco de una campaña de vacunación es fruto de una decisión de la autoridad sanitaria en materia de salud pública por un riesgo epidemiológico detectado y en aras de preservar la salud pública y de los individuos más expuestos, lo que no requiere un diagnóstico adicional puesto que aún no hay enfermos, ni enfermedad nueva que diagnosticar, pues lo que se identifican son los cohortes poblacionales más expuestas a ese riesgo, con el objetivo de prevenir precisamente que enfermen o que esa enfermedad agrave su proceso patológico de base.
- El cumplimiento de esa orden de autoridad sanitaria, en todo caso, suple la prescripción facultativa y hace que no sea necesaria una prescripción individualizada en cada uno de los casos.
- El profesional de enfermería que administre la vacuna deberá confirmar en cada persona que se cumple alguno de los criterios que dan lugar a la indicación de la vacunación y si no está suficientemente acreditada la situación patológica de la persona, será el facultativo del centro correspondiente quien valore la indicación de la vacunación.
- Las actuaciones de las enfermeras/os realizadas en el ámbito de la vacunación y en cumplimiento del calendario de vacunaciones sistemáticas no vulnera lo que establece el Real Decreto 954/2015 y no comprometen la cobertura por responsabilidad del profesional.

Ante esa situación, el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia mantuvo y mantiene su postura de rechazo frontal al Real Decreto 954/2015, que ha sido recurrido ante los Tribunales de Justicia por el CECOVA (Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana), y espera y desea que sea derogado, por considerarlo un desprecio hacia la enfermería. Asimismo el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia considera que la vacuna antigripal es un medicamento de uso humano de prescripción médica clasificado por la Agencia Española del Medicamento.

No obstante, y a la vista de la nota informativa emitida por la Conselleria de Sanidad y las razones expuestas en la misma, y en defensa de la legalidad, el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia recomendó a sus colegiados a cumplir con las órdenes impartidas por Conselleria, con dos prevenciones:

- Que se haga entrega a los enfermeros de forma personal las instrucciones para la administración de las vacunas frente a la gripe impartidas por la Conselleria de Sanidad.
- Confirmar antes de administrar la vacuna en cada persona que se cumple alguno de los criterios que dan lugar a la indicación de la vacuna, y si no está suficientemente clara la situación patológica de la persona, debe ser el personal facultativo del centro quien deba valorar la indicación de la vacunación dejando constancia de ello en la historia clínica.

En virtud de lo expuesto, y ante las dudas suscitadas sobre la posible contradicción de estas instrucciones para la administración de las vacunas frente a la gripe con la legalidad vigente, y ante el riesgo que se pueda producir para la salud de las personas, el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, en su condición de garante del ejercicio profesional, del adecuado nivel de calidad de las prestaciones profesionales y en defensa de los intereses profesionales de sus colegiados, dirigió a la Fiscalía un escrito manifestando su preocupación por la posibilidad de que se responsabilice a los enfermeros de las consecuencias que puedan derivarse del cumplimiento y acatamiento de las órdenes impartidas por la Conselleria de Sanidad.

Ante tal asunto, la Fiscalía Provincial de Valencia dictó Decreto en fecha 25 de octubre de 2016 por el que archiva las Diligencias de Investigación Penal incoadas ante denuncia presentada por el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia en relación a la nota informativa dictada de forma conjunta por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Salud Pública, de la Conselleria de Sanidad. A juicio del Ministerio Público dicha nota informativa no constituye delito, ni se pueden investigar penalmente hechos no ocurridos, archivando de forma provisional las actuaciones.

XIV Premio CECOVA de Investigación en Enfermería

Un trabajo sobre el protocolo de cuidados en la colonización de la piel al cierre de la herida quirúrgica se alzó con el galardón

El trabajo titulado "Impacto del protocolo de colonización de la piel al cierre de la herida quirúrgica" se alzó con el máximo galardón, dotado con 3.000 euros, en la XIV edición del Premio CECOVA de Investigación en Enfermería de la Comunitat Valenciana, que convocan anualmente el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) y los colegios de Enfermería de Valencia, Castellón y Alicante con el patrocinio del Banco Sabadell Professional BS. Los autores del trabajo son María Gracia Ruiz, Carolina Roca, Verónica Ojeda, Federico Palomar y Begoña Fornés.

El segundo premio, dotado con 2.000 euros, recayó en el trabajo "Eventos adversos en pacientes oncológicos tratados con opioides: infecciones", de María Teresa Murillo, Ana Ayllón y Marcelino Pérez.

El palmarés de esta edición de los Premios CECOVA se completó con el tercer premio, dotado con 1.000 euros, que fue para Joaquín Ventimilla, María Teresa Murillo y Marcelino Pérez por el trabajo titulado "Valoración de terapias estimulantes de la cicatrización mediante la escala PUSH".

> "La Organización Colegial Autonómica de Enfermería persigue "incentivar el desarrollo y la producción de la actividad científica de Enfermería" en la Comunidad Valenciana.

Los tres galardones se entregaron en la gala de celebración del Día de la Enfermería de la Comunidad Valenciana, que se celebró bajo el lema de ***No más violencia de género. Enfermería Valenciana*** y contó con la asistencia de diferentes autoridades.

Incentivar la producción científica enfermera

El Premio CECOVA de Investigación en Enfermería de la Comunidad Valenciana está abierto a la participación de todos los profesionales de Enfermería que "desarrollen investigaciones científicas de calidad centradas en la mejora de la calidad asistencial y de la atención profesional que presta el colectivo enfermero".

Con la convocatoria de estos galardones a la investigación enfermera, la Organización Colegial Autonómica de Enfermería persigue "incentivar el desarrollo y la producción de la actividad científica de Enfermería" en la Comunidad Valenciana.

El presidente del Colegio participa en el programa Despierta Valencia de CV Radio

El presidente del Colegio, Juan José Tirado, participó el pasado 4 de noviembre en el programa radiofónico Despierta Valencia de CV Radio, tratando temas de gran interés para la enfermería como el de las vacunas en las farmacias, la formación, la Oferta de Empleo Público, la Especialización profesional, las mejoras necesarias, las perspectivas de futuro y las agresiones en el ejercicio profesional, entre otros.

La intervención del presidente se puede escuchar en la sección Multimedia de la web del Colegio donde vamos publicando éste y otros audios y vídeos que recogen la presencia en los medios del Colegio y sus representantes.

“Salut en la nostra agenda”

GUÍA PARA IMPULSAR ACCIONES COMUNITARIAS EN SALUD DESDE LAS ASOCIACIONES

Es una guía para que las acciones comunitarias en salud formen parte del día a día de todo tipo de asociaciones, especialmente de aquellas que trabajan con personas en situación de vulnerabilidad.
Esta guía es una herramienta para facilitar que las asociaciones incluyan la salud en su agenda y se sienta protagonistas de este proceso. El objetivo es que las asociaciones incorporen actividades comunitarias de promoción de la salud y de acceso a los servicios de salud.

Automedicación, un hábito muy español

Una encuesta realizada en 19 países europeos, muestra que España es uno de los países con mayor tasa de automedicación. Los medicamentos más demandados para automedicación en nuestro país son los analgésicos-antiinflamatorios y los antibióticos, incluidos en ambos casos los de uso tópico.
Según datos de la Encuesta Europea de Salud en España (año 2014), el consumo de medicamentos recetados en 2014 aumentó respecto a 2009, pasando del 53,0 % al 54 ,8%. El mismo informe señala cómo el porcentaje de personas que declaran automedicarse registra también un incremento respecto a 2009, pasando del 15,9 % al 21,6 %.

Matronas de diferentes centros y hospitales reciben formación de preparación al parto en el agua

El Departamento Arnau de Vilanova-Llíria está formando a 40 matronas en la preparación al parto en el agua procedentes de diferentes centros de salud y hospitales de la Comunitat Valenciana, como el de Alcoi, Gandia y Castelló.
Las participantes aprenden los usos y beneficios del agua como medio terapéutico para realizar la preparación al parto, como la mejora de los procesos de hipertensión y la reducción de la sobrecarga de las articulaciones.
Las sesiones de formación en el agua suponen el 50% de la carga lectiva y se realizan en la piscina municipal cubierta de Godella, como muestra de coordinación entre los recursos socio-sanitarios del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria y los municipios que lo integran.
Las matronas-alumnas experimentan la ventaja de los ejercicios acuáticos. Los movimientos se hacen más lentos y rítmicos, logrando que las gestantes puedan vencer resistencias que no podrían hacer en el suelo, además de aprender técnicas de respiración. Este método se puede poner en práctica desde la semana 24 de embarazo hasta el momento del parto, en el agua o no, según el deseo de las madres.

La EPOC constituye la 4ª causa de muerte en España

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se cobra aproximadamente 18.000 vidas cada año, constituyendo la cuarta causa de muerte en España, según los datos registrados durante el año 2015 y publicados por el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

La EPOC es una enfermedad fundamentalmente asociada al consumo de tabaco, principal factor de riesgo de la enfermedad -responsable del 80-90% de los casos- y primera causa de muerte evitable en España. "Del tercio de los españoles que fuman, entre un 35 y un 50% desarrollarán esta enfermedad pulmonar. Actualmente, y según datos extraídos del estudio EPISCAN elaborado por especialistas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) se estima que 2.185.764 españoles presentan EPOC de entre los 21,4 millones con edad entre 40 y 80 años. Y ya que el 73% aún no está diagnosticado, puede decirse que más de 1.595.000 españoles aún no saben que padecen esta enfermedad y, por tanto, no reciben ningún tratamiento para su EPOC", ha explicado el doctor Ciro Casanova, coordinador del área EPOC de SEPAR.

La EPOC es una enfermedad que se caracteriza por la dificultad del paso de aire por los bronquios. Este término describe dos enfermedades pulmonares relacionadas: la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar. Además de afectar a los pulmones, la EPOC también se asocia a otros problemas de salud, como la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca, la diabetes, la osteoporosis, la ansiedad o la depresión.

Según los datos publicados por el IHME, la EPOC se considera también la **décima causa de discapacidad en el país**. Debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y los síntomas incapacitantes que produce, muchas veces las personas que cuidan a un familiar o un amigo se ven obligados a aceptar grandes responsabilidades físicas, sociales y emocionales, que en muchas ocasiones originan situaciones que desbordan sus capacidades de atención y cuidado por no entender ni saber manejar las secuelas de la enfermedad.

> "Debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y los síntomas incapacitantes que produce, muchas veces las personas que cuidan a un familiar o un amigo se ven obligados a aceptar grandes responsabilidades físicas, sociales y emocionales, que en muchas ocasiones originan situaciones que desbordan sus capacidades de atención y cuidado por no entender ni saber manejar las secuelas de la enfermedad.

Aunque en un primer momento la EPOC cause síntomas inexistentes o muy leves, a medida que la enfermedad avanza, los síntomas van agravándose. Asimismo, los mismos suelen confundirse con los del envejecimiento natural: tos, expectoración, silbidos y dificultad para respirar. Así pues, los profesionales sanitarios aconsejan realizarse una espirometría para lograr disminuir el elevado infradiagnóstico.

La EPOC es evitable y tratable, por lo que la **deshabituación tabáquica** es la medida más eficaz para su prevención y progresión. Un adecuado tratamiento farmacológico, actividad física, vacunación antigripal y antineumocócia, así como una rehabilitación pulmonar ayudan a mejorar la sensación de falta de aire y evitar así agudizaciones.

FINALIZA EL AÑO...
pero comienza el estrés!!!

Este año ha sido muy extraño desde todos los puntos de vista. Políticamente ha habido muchos cambios, por decirlo de alguna manera, un tanto sorprendentes. No sólo hablo de lo ocurrido en EEUU, que me tiene, cuanto menos, sorprendida, pero así es la democracia. También nuestro país ha estado sin gobierno durante 300 días... y sin grandes problemas, como podía ser previsible.

A nivel autonómico también ha habido mucho movimiento... novedades... entre las que más nos afecta, la publicación de la fecha de convocatoria de la OPE de matronas, que si lo cumplen, será en abril de 2017 cuando salga. Eso no quiere decir ni mucho menos que sean ese mismo año, pues hay un plazo de tres años para resolver, pero qué pasa? Que todas las compañeras están ya con el estrés metido en el cuerpo, acudiendo a las academias, estudiando, buscando documentación... en fin, las que ya hemos pasado por eso sabemos todo el estrés que genera. La cuestión es que son muy pocas plazas (16 de turno libre y 6 de promoción interna) y aunque se consoliden esas, hay muchas más que no están convocadas, pero esto atañe a los sindicatos, que son lo que se sientan en las mesas de negociación!!!

En otro orden de cosas, ya tenemos nueva Ministra de Sanidad, a la cual ya le hemos pedido que entre otras acciones, tenga a bien derogar el Real Decreto de 2015, del tema de prescripción. Muchas son las compañeras que ni se han enterado ni actuado en consecuencia, y bien la ignorancia o la presión de sus direcciones les han hecho cometer ilegalidades, que como siempre, si no pasa nada, perfecto, pero si surge un problema, son ellas las que deben responder.

En mi experiencia como perito, no he visto sentado/o a ningún directivo respondiendo por su profesional, ni coordinador ni supervisora, pero el desconocimiento de la ley no te exime de cumplirla!! Nuestro colectivo es un gran desconocedor de determinados temas que en mi opinión, deberían importar tanto, como aprender una técnica nueva!!!

No quiero acabar con un tono negativo, pues se han hecho cosas muy interesantes este año, desde los cursos, jornadas, congresos realizados en nuestra comunidad y los de ámbito nacional. Cabe destacar las Trobadas organizadas por la Associació de Comares de la CV, que tuvieron lugar en Peñíscola a finales de octubre cuyo lema me parece que abarca desde un punto de vista holístico el papel fundamental de la matrona "Cuidar, acompañar, empoderar" y que yo me permito la libertad de decir, que no sólo a las mujeres o a las familias, sino también a nuestra profesión, a nuestras compañeras y a nosotras mismas, porque si no... poco haremos con el prójimo.

Para cerrar, comentar que los cursos de este último trimestre han tenido muy buena acogida y algunos son ya "veteranos", son los básicos que toda matrona debe tener hechos en su curriculum.

Para el primer trimestre del año próximo estoy preparando formación muy interesante sobre homeopatía, pero aún están las fechas por confirmar. Lo que sí os puedo confirmar son las fechas del **CURSO DE ACUPUNTURA EN EL EMBARAZO Y PARTO**, que serán:

1º Grupo: 28 de febrero y 2 de marzo (8h).
2º Grupo: 28 y 30 de marzo (8h).
Horario: 16 a 20h.
Precio 10 Euros y plazas limitadas.

La información sobre los cursos e inscripciones se publicará en la revista digital y en la web **www.enfervalencia.org**, que para aquellas que aún no estén puestas en estos recursos, os lo aconsejo, hay novedades que salen diariamente y noticias que nos interesan.

Hay actividades ya con fecha, el **IX CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA** organizado por la IHAN, del 23 al 25 de marzo en Zaragoza, más información en **www.ihan.es**, donde podéis consultar temas de inscripción y presentación de comunicaciones.

Y para finalizar el artículo y el año, desearos lo mejor para el 2017 en lo personal y en lo profesional, porque venga como venga la vida, lo importante es poder vivirla, con la familia, los amigos y/o todas aquellas personas que te rodean, no sólo en estas fechas sino en el día a día.

Compañeras, Felices Fiestas y Mejor Año 2017!!!!!

Innova Ocular
Clínica Vila

Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

Oferta para miembros del Colegio de Enfermería de Valencia y familiares directos.

CORRIGE TU MIOPÍA, HIPERMETROPÍA O ASTIGMATISMO CON LOS MEJORES ESPECIALISTAS.

Consulta Preoperatoria

GRATUITA

Imprescindible acreditarse en la primera visita a la clínica. ~~30€~~

OFERTA

Cirugía Refractiva

645 € /ojo

~~800€ /ojo~~

Incluídas revisiones hasta alta médica

15% de descuento en el resto de tratamientos

Promoción valida en Innova Ocular Clinica Vila. No acumulable a otras ofertas. Válido hasta el 31/12/2016

CATARATA · RETINA VÍTREO · GLAUCOMA · NEUROFTALMOLOGÍA
OCULOPLASTIA · OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA · CONTACTOLOGÍA

Calle Cirilo Amorós, 6 Bajo 46004 Valencia | www.clinicavila.es | 963 511 404

Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería de Valencia "San Juan de Dios"

ACTIVIDADES

CURSO DE TELEFONÍA DE ÚLTIMA GENERACIÓN

Debido a los cambios en el sistema de telefonía, se han organizado cursos para aprender el manejo de los teléfonos de última generación, pues todavía hay compañeros que todavía no los utilizan. En el curso se está enseñando a utilizar whatsApp, correo electrónico en el móvil, redes sociales, búsqueda de páginas web, etc. Hoy con el teléfono tenemos en el bolsillo un potente ordenador portátil.

CURSOS DE INGLÉS

Ya hemos comenzado los cursos de inglés, y como cada año hacemos un curso básico para los que no saben nada, y otro avanzado para los que ya han hecho el curso básico. Así, cada año vemos como nuestros jubilados mantienen el interés de aprender y de pasarlo bien en grupos de compañeros jubilados honoríficos.

La intención de organizar estos cursos en el Colegio de Enfermería, tiene una doble intención, hacer trabajar a nuestro cerebro para mantenerlo en forma y además, aprender un idioma.

CURSOS DE INFORMÁTICA

Tenemos en marcha dos cursos de informática, un curso básico y un curso avanzado, lo que se traduce en más de cuarenta compañeras/os aprendiendo informática. Esto se realiza en el aula que el Colegio nos cede con el fin de poder efectuar este servicio a los colegiados que por su edad han llegado a la jubilación y quieren continuar en el Colegio como colegiados honoríficos, abonando una cuota de 20€, al año.

TAICHÍ

El grupo de taichí de la Asociación de Jubilados de Enfermería de Valencia, cada día es más numeroso y mejor conjuntado, como se puede apreciar en la siguiente fotografía que corresponde a la demostración del fin de curso realizada en mayo en Viveros.

Esperamos que cada año tengamos un aumento de participantes en la práctica de esta gran disciplina que tanto bien hace por los que la practican. Sabéis que el taichí es salud, está demostrado y prueba de ello es que cada día hay más practicantes. A ver si para mayo de 2017, la foto sea de un grupo mayor.

VIAJES Y EXCURSIONES

Los viajes y excursiones que realizamos son muy enriquecedores pues aumentan los lazos de amistad entre los jubilados. Al terminar las visitas quedamos todos a comer en sitio determinado, estas comidas se pagan a escote, cada uno paga lo suyo. Por ejemplo, las siguientes fotografías son de la visita realizada al museo de cerámica de Valencia.

AGRADECIMIENTO

Francisco Soto Hernández, enfermero jubilado, presidente de la Asociación de Jubilados y Pensionistas del Colegio de Enfermería de Valencia.

El pasado 14 de septiembre del presente año, me presenté en Urgencias del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia por un cuadro de dolor torácico. Fui atendido con rapidez y acierto, y tras realizarme las pruebas oportunas, fui diagnosticado de una angina inestable, que posteriormente fue solucionada con un cateterismo y dos stents en dos arterias coronarias.

Desde estas líneas quiero manifestar mi agradecimiento a la profesionalidad, el trato humano amable de todos, triaje, cardiólogos, compañeras del box de urgencias donde fui ingresado, la compañera María, supervisora, me dio la tranquilidad de saber que estaba en buenas manos.

Posteriormente me ingresaron en la planta de Cardiología, donde encontré grandes profesionales, cardiólogos, enfermeras/os y auxiliares, en ellos hallé las manos amigas que cuidan a los demás, esas manos amigas que en estos momentos necesitas. Mi gratitud a todos ellos, creo que merecen el respeto y reconocimiento por su labor, amabilidad y sentido de compañerismo.

No puedo entender que haya pacientes o familiares de éstos capaces de tratar de malas formas e incluso agredir a estos profesionales que están cuidando tu salud.

Reitero mi agradecimiento a todo el personal sanitario.

Tras la jubilación, cómo pasar de colegiado a colegiado honorífico

Cuando llegue el momento de la jubilación, los enfermeros que quieran continuar en el Colegio como colegiados honoríficos solo deben abonar una cuota de 20€ al año. De esta manera, seguirán vinculados al Colegio y podrán beneficiarse y disfrutar de todas las actividades programadas en compañía de compañeros y conocidas de la profesión.

La diferencia con otras asociaciones es que en ésta somos todos enfermeros, hablamos el mismo idioma y nos comprendemos perfectamente, pues todos nos hemos dedicado a lo mismo, hemos sido compañeros en distintos puestos de trabajo, muchos de nosotros somos amigos... y es bonito que nos volvemos a encontrar aquí, en nuestro Colegio Oficial de Enfermería.

Un saludo a todos, los que están ya y a los que vais a venir.

Francisco Soto Hernández (presidente de la Asociación).

> La diferencia con otras asociaciones es que en ésta somos todos enfermeros, hablamos el mismo idioma y nos comprendemos perfectamente.

PRESENTACIÓN DE LIBRO *CERVICOBRAQUIALGIAS DE ORIGEN ODONTOLÓGICO*

Autor:
Juan Andrés Martínez Cabezas

El pasado 23 de noviembre, nuestro compañero enfermero Juan Andrés Martínez Cabezas presentó en el salón de actos del Colegio su libro titulado "Cervicobraquialgias de origen odontológico. Dolores de cuello y brazo a causa de los dientes". El libro está disponible en la Biblioteca del Colegio de Enfermería.

Ángel Velasco Crespo

Tras conocer el fallecimiento de Ángel Velasco Crespo, compañero enfermero de la Residencia de Carlet, nos viene a la memoria su peculiar forma de ser, y deja en el recuerdo momentos inolvidables divertidos en tantos matices y aspectos que serían difíciles de relatar. Lo que queremos matizar en este recordatorio es el cariño que se le tenía y sus grandes inquietudes en defensa de la 'pilota valenciana' y la innegable implicación en los movimientos sociales y la defensa del valencianismo que siempre compaginó con su trabajo como enfermero.

Ángel hasta otra.

Andrés Calderón Domínguez

Tras el fallecimiento repentino de nuestro compañero colegiado nº 9.904, su viuda, la también enfermera Josefina Pérez Montesinos nos ha hecho llegar esta nota:

Era una persona a quien siempre recordaremos por su forma de ser. Quienes le conocimos, fuimos personas afortunadas de haber compartido maravillosos momentos con él. Adiós amigo. Estas palabras van dedicadas a él.

"No he muerto.
Sólo me fui antes y no quiero que me recordéis con lágrimas
como aquel que no tiene esperanza.
No he muerto; aunque mi cuerpo no esté,
siempre mi presencia se hará sentir.
Seré el silencio de nuestro hogar que tanto compartimos,
Seré un recuerdo dulce que asista vuestra memoria,
Seré una página bonita de vuestra historia.
Perdón a todos, tomé únicamente uno de los trenes anteriores
y se me olvidó deciros...
No he muerto, sólo me fui antes."

Desde el Colegio de Enfermería queremos hacer llegar nuestro más sentido pésame, uniéndonos al dolor de su familia y seres queridos. Descanse en paz.

ENTRE LO LEGAL... y lo afectivo

Cuántas veces a lo largo de todos estos años de vida profesional habré visto embarazos y partos en adolescentes!!!

Siempre pensamos, al menos yo, que con la llegada del siglo XXI, con la accesibilidad a la información, la mejora en la formación general de la población y la implementación de los Programas de Educación Sexual en el ámbito educativo (PIES)... la tasa de embarazos adolescentes no sería la que es, muy elevada.

Mi abuela siempre decía que el *"parir no tiene horario ni días de calendario"*, y cuánta razón tenía!! Soy Matrona y doy fe de ello pero lo que mi abuela no sabía es que ahora tampoco tiene edad!!! Sí... lo que véis...!!! No os sorprendáis!!!

Supongo que leeríais el caso de aquella mujer que tuvo un hijo a los 60!!! Por Dios!!! Que ya ni la naturaleza se respeta!!!! Conozco casos de FIV en mujeres con 50 años!!! Bueno, aunque la ley tiene su normativa... también decía mi abuela... *"hecha la ley, hecha la trampa"*. Cuanta sabiduría la de mi abuela, a lo mejor tengo que escribir un libro en homenaje a ella y a todo lo que me enseñó!!.

Pero el otro día se me partió el corazón, sí , así, como a Alejandro Sanz....!!! Habíamos tenido una "niña", porque realmente lo era, con 13 años, dando a luz a su primer hijo. Era de uno de los países del Este... con bastante arraigo ya en España y que vivía en otra comunidad autónoma. Se había escapado de su casa porque sus padres no querían que se quedase con su hijo, pero ella si lo quería y decidió parirlo en otro lugar con la "inocente" esperanza de poder quedarse con él, en este caso, con ella, porque fue una niña.

El parto fue fenomenal... se le atendió con exquisitez, como siempre, pero... no dejaba de despertar un sentimiento de afecto diferente... podía ser la hija de cualquiera del equipo de ese día allí presente!!!! Ni un grito, ni un llanto... solo algún gemido... y

en un par de horas su hija estaba sobre su pecho, sin lesionar para nada el cuerpo de su joven madre, más allá de la propia distención musculo-abdominal.

Hasta aquí, bien. Durante el puerperio estuvo pendiente de su hija, hizo piel con piel, se la puso al pecho, e hizo todos los cuidados que se esperan de una madre, en este caso, puede que siendo tan niña, fuese como jugar con muñecas a "hacer de mamá", pero no, era real, su hija era muy real. La verdad que nos sorprendió a todos con su actitud y su saber hacer. Imagino que por cuestiones de arraigo cultural, ser madre joven es algo que va implícito.

Los Servicios Sociales intervinieron y pidieron vigilancia para evitar que se fugase, pues sus padres, custodios legales de ella por ser menor, pidieron que su nieta, fuera dada en adopción.

El día del alta, la maquinaria "oficial" se puso en marcha... y ¿cuál fue el resultado? Realmente el que me conmovió, Nadia, que así la llamaré por salvaguardar su identidad, fue separada de su pequeña "Iris" (por darle un nombre a su pequeña persona). A ambas se las llevaron separadas!!!.

En fin, muchas y muchos podréis pensar que era demasiado joven para poder criar y educar a su propia hija cuando es apenas una muy joven adolescente, y puede que tengáis razón, ayuda necesitaría toda la del mundo y ese se supone que debería ser el fin de los Servicios Sociales, pero de una cosa estoy segura después de ver y vivirlo tan de cerca, AMOR no le hubiese faltado NUNCA.

Ya me gustaría que todas las adultas que se convierten en madres estuviesen tan vinculadas y con tanto apego a sus criaturas!!! Qué injusticia, sí, injusticia!!! ¿Por qué cuando una mujer de una edad muy avanzada para ser madre, nadie dice nada, ningún Servicio Social o la propia sociedad no actúa? ¿Creemos que por ser adulta está más preparada? ¿Somos tan legalistas que no vemos más allá de los papeles? ¿Qué pasa con el afecto, el vínculo, el apego? ¿Es cuestión de edad la capacidad de amar?

Muchas preguntas que sí tienen respuesta aunque basadas en legalismos y no en mirar y ver a las personas, en sus capacidades y en su madurez afectiva.

Al final somos números de un sistema, por edad o por código de enfermedad y ¿dónde quedan las personas? Somos profesionales de la Salud, sí, del bienestar, sí, pero nuestras acciones van encaminadas a CUIDAR PERSONAS!!!

"Serendipity", Col.Nº 12.783

Una experiencia QUE MATA

(Continuación del artículo de opinión de la revista número 113)

7. SOCIAL Y OTROS FUMADORES

Durante el proceso de retirada y deshabituación tabáquica te recomiendo que rechaces cualquier encuentro social con otros fumadores, deja de salir en el descanso para inhalar una bocanada de humo de tus compañeros, deja de relacionarte con ellos, si decides no hacerlo, aumentas las probabilidades de fracaso total y absoluta y una recaída al 100%, también es uno de los casos donde más recaídas se observan en los fumadores, porque sabes también como yo que al reunirte con ellos aumentas las probabilidades de decirte: "llevo 3 días sin fumar, bueno, una caladita no pasará nada, me das un cigarro?" ERROR, ya has recaído, evítalos, recházalos temporalmente, empieza a ver los efectos del tabaco en los fumadores, ansiedad por privación de nicotina, ganas de salir a fumar, nervios, mal olor entre otros, así que: métete esto también en la cabeza: Rechazo total i temporal a los fumadores!!! NOTA: en el caso que sea inevitable el encontronazo, por ejemplo si tu pareja fuma, intenta no ir a los lugares donde fume, incluso proponle que vaya a fumar a la calle.

NOTA: Los fumadores envidian que otros dejen el hábito, y harán lo posible para que vuelvas a engancharte, pero recuerda que te estás liberando de una prisión que te ha mantenido encarcelado durante años, es un barco que va a la deriva y tu vas a salvarte, ellos son los que se quedan a bordo, cuando te digan si quieres un cigarro di con orgullo y confianza, NO, GRACIAS, YA NO LO NECESITO, y observa sus caras, muchos de ellos te dirán barbaridades como: "Yo es que fumo porque me gusta", "Me gusta su sabor", es falso, no hay ni un solo fumador en la tierra que le guste fumar, que le gusta su sabor, que saboree cada bocanada, muchas veces, si lo haces, llega incluso a darte agonía, es un auténtico veneno, y tu cuerpo como medida de defensa va a intentar expulsarlo a través del vómito, tos, entre otros. Delante de este tipo de frases y muchas otras, te recomiendo que te rías, alégrate y siéntete orgulloso/a del paso que has dado, deja que ellos se autoengañen y se mientan a sí mismos, si quieren seguir poniéndose excusas, es su problema, no el tuyo, no es que vayas a disfrutar menos que ellos, sino que lo vas a hacer infinitamente más que ellos, a todos los niveles, puede que al principio de dejarlo sientas un vacío emocional, y nada más lejos, has dejado ir a un preciado amigo de viaje, el tabaco, pero vale la pena, y tanto que vale.
Cualquier medida extrema que adoptes frente al tabaco es poca, recuerda siempre esto, el objetivo es la liberación del tabaco, la retirada total y absoluta de este vicio para SIEMPRE.

8. EL AMIGO INSEPARABLE

El cigarrillo, sea en el formato que sea como lo hayas fumado, te ha estado acompañando en muchos momentos de tu vida y a lo largo de muchos años, ya sean momentos negativos como positivos, y qué decir placenteros, siempre ha estado allí, y no lo dudes, que lo echaras mucho de menos, metafóricamente podría decirse que se trata de la pérdida de un ser querido muy cercano a ti, como si rompieras con tu pareja en la que has estado compartiendo muchísimos momentos de tu vida. Pero ha llegado el momento en que la relación es tan tóxica que has decidido cortarla de una vez por todas, y tranquilo/a, puedes y lo vas a conseguir, cualquier ruptura en tu vida siempre es dolorosa y difícil de superar, pero no imposible.

9. LLEGADO EL DÍA

Una vez has llevado a cabo los puntos anteriores y te sientes ya preparado, concienciado y listo para el asalto final, prepárate para fumarte tu último cigarrillo, estate tranquilo, relajado, ten en cuenta que la preparación que has llevado a cabo durante este tiempo y el paso que vas a dar ya es un gran paso, siéntete orgulloso de ti mismo, no tengas miedo al fracaso, tanto si lo consigues o no, estás en el buen camino, y la perseverancia en un objetivo te llevará siempre al éxito absoluto, además, el fracaso entra dentro de la ecuación, no te frustres ni decaigas en tu decisión tomada, has hecho bien, es posiblemente la mejor decisión que podrás tomar a lo largo de tu vida.

Entramos en detalle, una vez estés dispuesto, coge tu último cigarrillo y tira a la basura el resto de tabaco y todo lo relacionado con él, y cuando digo todo es todo, no te dejes nada por tirar (NOTA: no lo eches en el cubo de basura de casa, sino en el de la calle, esto no lo digo por decir, cuando más lejos tengas la tentación, mejor, como he dicho antes, "el mono físico" te puede jugar muy malas pasadas).

Recuerda, este es mi método, no es el único, cada persona escogerá el método que le resulte más eficaz, adaptándose siempre a sus necesidades, siempre y cuando sea efectivo, personalmente los he probado todos y cada uno de ellos, y a mi caso particular, el único que ha funcionado ha sido el método-extremo-antitabaco), enciéndelo, a cada bocanada que des saboréalo y date cuenta de lo repugnante que es, a estas alturas, concienciado, realizando ejercicio físico y con un cambio de dieta y hábitos, te debe de saber asqueroso, una vez te lo acabes di en voz alta, soy un ex-fumador!!! enhorabuena, eres uno más que se salva del barco que va a la deriva. Has tomado la mejor decisión de tu vida, no sientas pesar, ni remordimientos, ni temor. Tarde o temprano tenías que tomar la decisión y dar el paso, y lo sabes!!! era cuestión de tiempo, no creo que nadie quiere que le llegue el día que le digan que tiene cáncer de pulmón, o una EPOC entre otras muchas enfermedades, ya has sido un luchador y un valiente al seguir los pasos y llegar a este punto, ahora tienes que perseverar en tu decisión y derrotar por fin al asqueroso tabaco, ten en cuenta que ya le has ganado muchas batallas, ahora tienes que aplastarlo del todo, y tranquilo, que puedes y lo vas a conseguir, como muchos otros lo hemos logrado. Un sinfín de nuevos placeres, sabores y olores te esperan a ser descubiertos de nuevo.

Sensaciones positivas que vas a notar:

- Piel: más suave, más sana, más color de cara, más hidratada y arrugas menos pronunciadas.
- Cabello: más saludable, más suave y menos caída.
- Respiración: poco hay que decir al respecto que no sepas ya, el cambio será como de la noche a la mañana.
- Sexualidad: mas apetito sexual.
- Vitalidad: volverás a rejuvenecer en este aspecto, 300% de vitalidad.
- Enfermedades: reducción en porcentaje de la probabilidad de padecer todo tipo de enfermedades cardíacas, respiratorias, etc. Además de desaparecer esa presión y dolor constante en la cabeza que muchas veces no sabes a que se debe.
- Olor, sabor.
- Mejor rendimiento profesional, académico, gestión de emociones.
- Olvídate del mal olor en ropa, cuerpo, manos...
- Olvídate de dientes manchados.

Sensaciones negativas que vas a notar:

- Irritabilidad.
- Ansiedad.
- Mal humor.
- Puede que estreñimiento.
- Decaimiento por la pérdida de tu cancerígeno amigo.
- Desconfianza contigo mismo.
- Negatividad.

NOTA: lo bueno es que las sensaciones positivas a cada día que pase se harán más evidentes e irán en progresión, por contra la negativas cada vez irán a menos hasta desaparecer, vale la pena!!! Estas sensaciones positivas o negativas son algunas de muchas otras.

Importante:

Recuerda que la vida es una constante lucha contra ti mismo, contra tus pensamientos y emociones, y que a día de hoy, ya has librado muchas batallas, y has salido victorioso de ellas, cuando no eran problemas familiares, eran sociales, académicos o de pareja, entre muchos otros, esta lucha es igual, contigo mismo contra el tabaco, ¿si has salido airoso de muchas otras situaciones complicadas, porque no lo vas a hacer de esta?, puedes conseguirlo, y lo conseguirás.

Si has sido fumador, lo serás para el resto de tu vida, aunque gracias a tu valentía lo hayas dejado, bajo ninguna circunstancia pienses que ya no podrías volver a caer en la trampa del tabaco, métete en la cabeza que siempre, hasta el resto de tus días, vas a tener que estar con la guardia en alto, no subestimes el poder de recaída del tabaco, y ni se te ocurra decir "bueno ya han pasado 2 meses sin fumar, estoy limpio, una caladita no hará que vuelva a recaer" ERROR, no lo hagas bajo ningún concepto, todos tenemos amigos o conocidos que son fumadores sociales, o fuman solamente 1-2 cigarros al día porque les apetece, o llegan un día y se lo dejan y luego se vuelven a enganchar fumando 3 cigarros al día, métetelo en la cabeza, eso es hacer el PRIMO, y tentar a la suerte día tras día, no seas tan inocente como este tipo de fumadores que creen erróneamente que controlan al tabaco y su consumo, es absolutamente falso, el tabaco es el que nos controla, no al revés, a este tipo de fumadores les nombro como los primo-fumadores, piensa que si la especie humana lleva miles y miles de años de evolución biológica nos habría dotado de un surtidor de humo en el caso de que hubiera querido que fumásemos, o de un filtro para retener las miles y miles de sustancias tóxicas que el tabaco lleva, y no ha sido el caso.

Recuerda, automatiza el siguiente concepto: ansiedad=ejercicio-sexo-cantar-bailar-ordenar la casa-salir entre otras muchas cosas, te advierto que los 3 primeros días son los peores. NOTA: como siempre digo, a cada persona le afecta de una manera, hay personas que ni se enteran, y hay otras que están 1 mes sumidas en una ansiedad constante, en mi caso fueron 3 días de calvario y ansiedad, tu tendrás tu periodo de adaptación, que como he dicho, es diferente en cada persona, pero tranquilo, ese periodo pasa y luego ni lo recordaras

No tengas miedo al fracaso, ya que este forma parte del proceso, si esto ocurriese, persevera con tu decisión, sabes perfectamente como yo que tarde o temprano lo tendrás que dejar, bien por la aparición de una enfermedad, por presión familiar o por 50 motivos más, ¿a qué esperas? nunca va a ser buen momento para dejarlo, aunque elijas un buen periodo y te conciencies plenamente, nunca lo será, así que da el paso, sé valiente como muchas veces antes lo has sido, un nuevo mundo libre de cadenas y esclavitud te esperan en la esquina, pasado un tiempo reconocerás que habrá sido una de las mejores decisiones que habrás tomado a lo largo de tu vida.

No envidies a los fumadores cuando estés en pleno proceso de deshabituación tabáquica, son ellos los que te envidian a ti, no lo olvides.
Puede que tengas un carácter temperamental o irritable de por sí, no lo excuses todo con él "me estoy dejando de fumar", nadie tiene la culpa de que hayas decidido tomar la mejor decisión de tu vida, ni nadie te ha amenazado en dejarlo, intenta controlar tu irritabilidad, tu ansiedad con las personas que te rodean, ellas o ellos quieren añudarte, no fastidiarte, y por tanto no tienen la culpa, si de por sí eres una persona tozuda y con mal humor, el que hayas dejado de fumar no tiene nada que ver, ya lo eras cuando no fumabas, así que tenlo en cuenta, antes de llegar a una disputa con quien sea, respira profundamente, cuenta hasta 10 y dile a la persona afectada que no es un buen momento para hablar, cálzate y échate a andar al menos 30 minutos, cuando vuelvas seguro que te encontrarás mejor y podrás reiniciar la conversación con más calma, siempre y cuando la otra persona quiera y no la hayas fastidiado ya.
La mejor forma de dejar de fumar es NO FUMAR, no fumar nada, ni sustituirlo con nada parecido, no te recomiendo que tomes tranquilizantes de ningún tipo, ni parches, ni chicles, ni caramelos, ni cigarros electrónicos, ni imanes, ni nada parecido, si empezaste a fumar sin ayuda de nada, lo puedes dejar sin ayuda de nada. NOTA: no lo recomiendo porque los he probado e intentado dejar con todos los métodos habidos y por haber, ninguno ha sido efectivo, esto no quiere decir que muchas personas alguno de ellos le haya servido de ayuda, bienvenido sea, pero lo puedes hacer sin ellos, si es cierto que durante los primeros días tendrás una necesidad obsesiva en tener algo en la mano o en la boca, como un bolígrafo por ejemplo, o mascar chicles o caramelos, hazlo pero contrólalo, no estés todo el día mascando, aunque si hace falta, hazlo también, objetivo: DEJAR DE FUMAR cueste lo que cueste.
Finalmente te quiero decir que, puedes lograrlo, lo sabes de sobra, sigue los pasos escritos, ten paciencia, perseverancia y constancia, no decaigas en tu decisión tomada, has hecho bien, lo conseguirás!!!

Marc Cebolla Cerdà
e-mail: ce_neo_co@hotmail.com

NO SOY INVISIBLE

Carta de jubilación de nuestra compañera Carmen Alba Moratilla

Nuestra compañera Carmen Alba Moratilla ha remitido al Colegio una nota donde expresa su desacuerdo con las políticas de personal que desatienden el mérito y desaprovechan la cualificación y el compromiso que se alcanza con el trabajo bien hecho y la dedicación.

Me llamo Carmen Alba y he trabajado como sanitaria desde el año 1972. Mi última responsabilidad ha sido la de enfermera especializada en heridas en el Hospital Clínico de Valencia. Ahora, tras todos estos años puedo afirmar que siempre busqué la excelencia en mi trabajo. Y esto, la verdad, no ha resultado nada fácil.
La clave de lo que se hacía en mi unidad era la orientación diagnóstica de la lesión para adecuar los cuidados a la etiología, y ubicar al paciente en el lugar terapéutico más adecuado en cada situación. Era una ocupación donde se trabajaba junto al servicio de cirugía vascular, la unidad de infecciosos, con traumatología... En definitiva, he colaborado con cualquier especialidad, unidad o servicio que tratase a un paciente, incluida la coordinación de cuidados con residencias o atención primaria.
Los planes de futuro para mi labor asistencial eran demasiado pretenciosos. Ansiaba seguir enseñando todo aquello que había aprendido en estos 44 años de profesión. Desde los beneficios terapéuticos de un diagnóstico clínico a la compresión terapéutica en los pacientes que la precisaran.
Mi demanda era simple. Quería renunciar a la jubilación, durante un año, para consolidar la continuidad de la unidad. Pero estaba equivocada. Ni la gerencia ni la Conselleria, nadie me había visto. Era invisible. Desconocen las características especiales de mi puesto de trabajo.
En su carta de resolución, el gerente del hospital afirma que tras valorar las posibilidades de cobertura temporal y definitiva del puesto, y de acuerdo con los datos obrantes en los sistemas de información de la bolsa de trabajo de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, en las listas de empleo temporal de este departamento hay 4.566 candidatos inscritos como enfermeros. Una despedida indignante. No era especial, pero si era especial lo que hacía.
En el balance asistencial que se presentó en año 2013, la reducción de los tiempos de cicatrización de las heridas era equiparable a los registrados como "excelencia" en gran parte de las bibliografías consultadas.
Tasas de curación heridas en función con la cronicidad:
- 52,3% (251) de las 406 lesiones en < 3 meses.
- 84,3% (312) de las 370 lesiones con <1 año de cronicidad.
- 86% (74) de las 86 lesiones con >1 a 5 años de evolución.
- 83,3% (20) de las 24 lesiones >5 a 50 años de evolución.

No me extraña lo que sucede en nuestra profesión si no nos ven los directivos como queremos que nos vean los políticos o la sociedad. Aunque se empeñen no me siento invisible. Sé cuánto me valoran los pacientes.

Carmen Alba Moratilla

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 mensuales 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

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".

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.

Abierto Procedimiento Abreviado contra el agresor de dos enfermeras y un médico en el Hospital La Fe el pasado 29 de abril por un delito de Atentado

El Juzgado de Instrucción nº 1 de Valencia ha decidido continuar las Diligencias contra N.M.M. por las agresiones presuntamente efectuadas, calificando el acto de Atentado.

Los servicios Jurídicos del Colegio llevan la defensa de la enfermera agredida, dentro del Protocolo de Agresiones implantado por el Colegio y AMA.

Es menester resaltar la Calificación del hecho, al valorarlo como Atentado, apreciando la consideración jurídica de Autoridad del Enfermero, lo que agrava las penas a imponer.

Convocatoria
ASAMBLEA GENERAL

Conforme a lo previsto en los artículos 20 y siguientes de los Estatutos del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia en sesión celebrada el día veinticuatro de octubre de dos mil dieciséis acuerda:

"Convocar Asamblea General Ordinaria el día dieciocho de enero de dos mil diecisiete, a las diez horas en primera convocatoria y a las diez treinta horas en segunda convocatoria, a celebrar en el Salón de Actos del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, sito en la calle Polo y Peyrolón, número cincuenta y nueve de Valencia, con el siguiente Orden del Día:

Primero: Informe por parte del Sr. Presidente sobre todo lo acaecido durante el año dos mil dieciséis.

Segundo: Presentación para su aprobación, si procede, del Balance de Situación cerrado el día treinta y uno de diciembre de dos mil dieciséis, así como la liquidación del Presupuesto del año dos mil dieciséis.

Tercero: Presentación para su aprobación, si procede, del Presupuesto de Ingresos y Gastos correspondientes al año dos mil diecisiete.

Cuarto: Ruegos y Preguntas".

Lo que se le comunica a los efectos oportunos.

Valencia, 5 de diciembre de 2016

Vº Bº

EL PRESIDENTE
D. JUAN JOSÉ TIRADO DARDER

EL SECRETARIO
D. ALEJANDRO SAPIÑA PÉREZ

Nota: Los colegiados que lo deseen pueden venir para ver los presupuestos y balances del Colegio concertando cita previa.

Actividades formativas

PRIMER TRIMESTRE 2017

ÁREA DE FORMACIÓN Nº 1. FORMACIÓN CONTINUA Y CONTINUADA GRATUITA

CURSO DE ACTUALIZACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES. 8 HORAS. ACREDITADO

Grupo 1: Valencia días 16 y 17 de enero de 16 a 20 h.
Grupo 2: Valencia días 16 y 19 de enero de 16 a 20 h.
Grupo 3: Valencia días 30 y 31 de enero de 16 a 20 h.
Grupo 4: Valencia días 30 de enero y 1 de febrero de 16 a 20 h.
Grupo 5: Valencia días 6 y 7 de febrero de 16 a 20 h.
Grupo 6: Valencia días 6 y 8 de febrero de 16 a 20 h.
Grupo 7: Valencia días 13 y 14 de febrero de 16 a 20 h.
Grupo 8: Valencia días 13 y 15 de febrero de 16 a 20 h.

TALLER DE VENDAJES Y YESOS. 6 HORAS

Grupo 1: Valencia, días 26 y 27 de enero de 9.30 A 12.30 H.
Grupo 2: Valencia, días 1 y 2 de febrero de 16 a 19 h.
Grupo 3: Valencia, días 7 y 8 de febrero de 16 a 19 h.
Grupo 4: Valencia, días 6 y 7 de marzo de 9.30 A 12.30 H.
Grupo 5: Valencia, días 21 y 22 de marzo de 16 a 19 h.

CURSO TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA. 8 HORAS

Grupo 1: Valencia, días 6 y 7 de marzo de 16 a 20 h.

CURSO DE VACUNACIONES EN ADULTOS Y SITUACIONES ESPECIALES. GERIATRÍA, VIAJEROS Y PROFESIONALES SANITARIOS. 8 HORAS. ACREDITADO

Grupo 1: Valencia días 17 y 18 de enero de 16 a 20 h.
Grupo 2: Valencia días 24 y 25 de enero de 16 a 20 h.
Grupo 3: Valencia días 31 de enero y 1 de febrero de 16 a 20 h.
Grupo 4: Valencia días 7 y 8 de febrero de 16 a 20 h.
Grupo 5: Valencia días 28 de febrero y 1 de marzo de 16 a 20 h.
Grupo 6: Valencia días 28 y 29 de marzo de 16 a 20 h.

ÁREA DE FORMACIÓN Nº 2. FORMACIÓN CONTINUA Y CONTINUADA GRATUITA

CURSO LA ALERGIA HOY. 20 HORAS. ACREDITADO

Grupo 1: Valencia, días 13, 17, 20, 24 y 27 de febrero de 16 a 20 h.
Grupo 2: Valencia días 20, 24, 27, 31 de marzo y 3 de abril 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. ACREDITADO

Grupo 1: Valencia, días 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10 de marzo de 16 a 20 h.
Grupo 2: Valencia, días 22, 23, 24, 27, 29, 30 y 31 de marzo de 16 a 20 h.

CURSO PRECLIC: APRENDE A RESPONDER TUS PREGUNTAS CLÍNICAS CON LA MEJOR EVIDENCIA. 12 HORAS. ACREDITADO

Grupo 1: Valencia, días 30 de enero, 2 y 6 de febrero de 16 a 20 h.
Grupo 2: Valencia, días 27 de febrero, 2 y 6 de marzo de 16 a 20 h.

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS: SOPORTE VITAL EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. 30 HORAS. ACREDITADO

Grupo 1: Valencia, días 16, 17, 18, 23, 25, 31 de enero y 1 de febrero de 9.30 A 13.30 h.
Grupo 2: Valencia, días 9, 14, 15, 20, 21, 27 y 28 de febrero de 16 a 20 h.

ÁREA DE FORMACIÓN Nº 3. OTRAS ACTIVIDADES FORMATIVAS

CURSO DE LIFTING ACUPUNTURAL. 8 HORAS. SUBVENCIONADO (MATRÍCULA 20 €)
Grupo 1: Valencia, días 22 y 24 de febrero de 16 a 20 h.
Grupo 2: Valencia, días 7 y 8 de marzo de 16 a 20 h.

CURSO-TALLER DE LA ILUSIÓN. 12 HORAS (GRATUITO)
Grupo 1: Valencia, días 23, 24 y 25 de enero de 16 a 20 h.

CURSO DE REIKI 2º NIVEL (PARA LAS/OS ALUMNAS/OS QUE YA HAN REALIZADO EL 1 NIVEL). 12 HORAS. SUBVENCIONADO (MATRÍCULA 40 E)
Grupo 1: Valencia, día 17 de febrero de 16 a 20 h. Y día 18, de 9 a 13 h y de 15 a 19 h.

CURSO DE ACUPUNTURA EN EL EMBARAZO Y PARTO
Dirigido a Matronas/os y EIR Matronas
Plazas limitadas. Matrícula 10 €
Grupo 1: 28 de febrero y 2 de marzo de 16 a 20h
Grupo 2: 28 y 30 de marzo de 16 a 20h

TALLER DE USO DE APARATAJE Y MATERIALES BÁSICOS EN QUIRÓFANO (4 HORAS)
Grupo 1: día 8 de febrero de 2017 de 16 a 20 h
Lugar: HOSPITAL DE SAGUNTO
C/ Ramón y Cajal, s/n
46500.- Sagunto. Sala de Juntas

TALLER DE COBERTURA QUIRÚRGICA ESTÉRIL (4 HORAS)
Grupo 1: día 16 de febrero de 2017 de 16 a 20 h.
Lugar: HOSPITAL DE SAGUNTO
C/ Ramón y Cajal, s/n
46500.- Sagunto. Sala de Juntas

AVISO IMPORTANTE

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

SE PODRÁN INSCRIBIR A UN MÁXIMO 2 CURSOS DEL ÁREA 1, 2 CURSOS DEL ÁREA 2 Y LIBRE 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 DE LAS TRES ÁREAS, A PARTIR DE LAS 9 HORAS DEL DÍA 9 DE ENERO 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.

Lifting acupuntural

El lifting con acupuntura es un método antienvejecimiento menos invasivo que el quirúrgico. No requiere anestesia ni hospitalización, tan solo una sesión de acupuntura localizada de 20-25 minutos.
El rostro, la piel y el músculo están estrechamente vinculados, en el sentido de que toda acción sobre el músculo tendrá efectos sobre la piel. De ahí la idea de estimular el músculo para tensar la epidermis.
El lifting con acupuntura consiste en aplicar, muy rápidamente, una cantidad de agujas en el conjunto de la cara, particularmente en los puntos que llamamos de ataque. Esto produce una contracción muscular que tensará la piel. Todo tiene lugar en apenas minutos para poder conseguir una buena contracción. Una vez aplicadas, las agujas se dejan unos 20 minutos.
Aunque la técnica permite trabajar la arruguita del entrecejo o los surcos nasogenianos, en realidad no hay localización precisa, ya que el lifting actúa sobre todo el rostro. Con la contracción se activa la microcirculación estimulando la producción de colágeno y elastina, lo que produce un efecto general en toda la cara.

CURSO-TALLER " Aprende a descubrir la ilusión"

La ilusión forma parte de la vida y con ella vivimos mejor. Porque nos cambia la forma de vivir. El Curso-Taller "Aprende a descubrir la ilusión" tiene como objetivo que el alumno aprenda qué es la ilusión y cómo funciona y practique estrategias para recuperarla y fomentarla en uno mismo y en los demás.
El método combina la clase magistral, con ejercicios de reflexión y de acción con la participación activa por parte de profesor y alumnos.

¿A quién va dirigido?

Va dirigido a un público profesional con indicaciones para usar la ilusión como herramienta de prevención primaria, secundaria o terciaria, y en el ámbito educativo, sanitario y socio-laboral ya que el desarrollo de la actividad del profesional de enfermería se desarrolla en todas estas áreas.

Ponente y su relación con el tema del Curso

Lecina Fernández Moreno. Psicóloga Especialista en Psicología Clínica con Despacho Profesional de Psicología Clínica en Madrid. Respecto al tema de la ilusión es autora de estudios de investigación, autora de libros y artículos, e imparte formación y divulgación. Es Directora de LAB.ILUSIÓN y Coordinadora de Grupo Trabajo Psicología de la ilusión en Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

www.lecina.es

Curso
2º nivel Reiki

Da un paso más en tu crecimiento personal y en el aprendizaje de canalizar la energía Reiki.
En este segundo nivel vamos a llegar a niveles más profundos de sanación y aprender como liberar y transformar todo tipo de emociones y pensamientos que nos dificultan nuestro día a día (tristeza, fobias, adicciones, pensamientos obsesivos, depresiones etc...).
También aprenderemos a trabajar con la energía en la distancia, pudiendo sanar situaciones difíciles del pasado y enviar energía a nuestro futuro.
Introduciremos los símbolos que son parte del método de sanación del Reiki y cómo aplicarlos en las sesiones.
Con el aprendizaje del 2º nivel vas a tener mayor capacidad de desarrollar y aplicar la técnica de sanción sobre ti mismo y los demás.

Cursos presenciales de inglés técnico sanitario para profesionales de enfermería

OBJETIVOS GENERALES:

- Mejorar y ampliar el nivel de capacidad comunicativa en el extranjero.
- Ampliar los conocimientos y el uso de la gramática relacionada con Enfermería.
- Dominar el lenguaje necesario para desenvolverse con soltura en situaciones técnicas, de atención y de cuidados de Enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Interpretar información propia del sector sanitario analizando los datos para llevar a cabo las acciones oportunas.
- Traducir la información esencial que se desprende de textos y documentos profesionales, con el fin de utilizarla y transmitirla correctamente.
- Redactar textos técnicos elementales relacionados con la actividad propia de Enfermería.
- Producir mensajes orales para poder afrontar situaciones específicas de comunicación profesional.

DURACIÓN: 65 HORAS POR NIVEL
FECHAS: DE FEBRERO A JUNIO DE 2017
MATRICULA: SUBVENCIONADO
POR EL COLEGIO EN UN 70%.
PRECIO FINAL NIVEL 1, Y NIVEL 2: 65 €
MANUAL DE TEXTO: OXFORD ENGLISH NURSING 1 o OXFORD ENGLISH NURSING 2 a cargo del alumno/a.
El Colegio de Enfermería devolverá el dinero del mismo al finalizar el curso si el alumno/a lo entrega en buenas condiciones, con ello promociona la reutilización de los materiales y el ahorro al colegiado/a.

REQUISITOS:

PARA EL NIVEL 1 SE NECESITA
UN NIVEL MÍNIMO RECOMENDADO
DE INGLÉS PREVIO PRE-INTERMEDIO (B1)

PARA EL NIVEL 2 SE NECESITA
HABER APROBADO EL NIVEL 1.

GRUPOS:
NIVEL 1:
GRUPO 1: FECHA DE INICIO 20 DE FEBRERO
LUNES DE 16 A 20 H
GRUPO 2: FECHA DE INICIO 21 DE FEBRERO
MARTES Y JUEVES DE 9 A 11 H

NIVEL 2: GRUPO 1: FECHA DE INICIO
21 DE FEBRERO MARTES DE 16 A 20 H

MATRÍCULA DE LOS CURSOS DE INGLÉS, A PARTIR DEL 2 DE FEBRERO DE 2017 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 ONLINE.

CURSO-TALLER PreClic: Aprende a responder tus preguntas clínicas con la mejor evidencia

El Grupo de Trabajo de Investigación en Enfermería, ante la buena acogida de las dos primeras ediciones, ha preparado dos nuevas ediciones del curso-taller *PreClic: Aprende a responder tus preguntas clínicas con la mejor evidencia*, orientado a resolver dudas de la práctica clínica diaria. En el mismo, trabajaremos con recursos tipo web y app para móvil con los que poder contestar a las preguntas que nos surgen en nuestro día a día como enfermeras y enfermeros.

Tenemos claro que el tiempo nunca sobra en nuestra profesión. Por eso, en este curso nos vamos enfocar en lo más práctico. Resolveremos preguntas clínicas con las herramientas propuestas, de modo que aprendamos a hacerlo de forma fácil y rápida. Además tras el curso, todos los que queráis podréis seguir en contacto a través de nuestra página de Facebook (PreClic), en el que seguiremos resolviendo juntos las preguntas que vayan surgiendo en nuestro día a día.

Por otro lado, no queremos quedarnos aquí. "Consumir" ciencia es sólo el principio. Este curso-taller se enmarca dentro de una nueva línea formativa del Colegio de Enfermería de Valencia, cuyo objetivo es ofrecer a las enfermeras los conocimientos necesarios para llevar a cabo trabajos de investigación. A través diferentes cursos, y de manera progresiva, iremos adquiriendo la destreza necesaria para desarrollar nuestra propia investigación. Todo esto con un enfoque diferente. Directo, práctico y ameno.

CONGRESOS

V CONGRESO SOCIEDAD VALENCIANA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA
FECHA: 10 y 11 de febrero de 2017
LUGAR: Valencia. Jardín Botánico
INFORMACIÓN:
Secretaría Técnica Geyseco S.L.
Tel: 932212242 Fax: 932217005
Web: http://www.geyseco.es/svgg/
E-mail: secretaria@svgg.org

VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICAMENTOS HUÉRFANOS Y ENFERMEDADES RARAS
FECHA: Del 16 al 18 de febrero de 2017
LUGAR: Sevilla. Hotel Meliá Libreros
INFORMACIÓN:
Web: www. farmaceuticosdesevilla.es

XII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA DE ENFERMERÍA
FECHA: Del 8 al 10 de marzo de 2017
LUGAR: Valencia. Hotel Sorolla Palace.
INFORMACIÓN:
Teléfono Secretaría Técnica 687832788
Web: www.serie.es

CONGRESO INTERNACIONAL AENTDE / ACENDIO 11º SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE AENTDE Y 11º CONGRESO EUROPEO DE ACENDIO
FECHA: Del 23 al 25 de marzo de 2017
LUGAR: Valencia
INFORMACIÓN:
Web: http://cpaper.ctimeetingtech.com/acendio2017

IX CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA
FECHA: Del 23 al 25 de marzo de 2017
LUGAR: Zaragoza.
Palacio de Congresos.

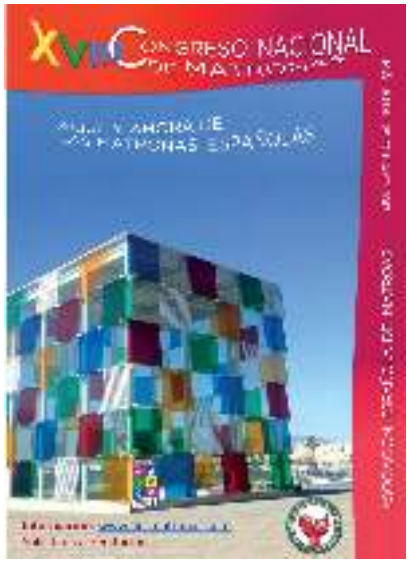
INFORMACIÓN: Grupo Pacífico
Avda. César Augusto 3, 2º D
Tel: 976 435 857
E-mail: lactancia-zaragoza-2017@pacifico-meetings.com

X CONGRESO NACIONAL DE LA FAECAP. I CONGRESO DE ACAMEC Y VII ENCUENTRO NACIONAL DE EIR Y TUTORES
FECHA: 30 y 31 de marzo y 1 de abril de 2017
LUGAR: Toledo. Palacio de Congresos "El Greco".
INFORMACIÓN: FAECAP Federación Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria.

XV CONGRESO NACIONAL y X INTERNACIONAL DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA. Los Colegios Profesionales de Enfermería, su función social e institucional.
FECHA: Del 4 al 6 de mayo de 2017
LUGAR: Salamanca.
INFORMACIÓN: http://www.enfermeriasa-lamanca.com/xv_congreso

XVIII CONGRESO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA
FECHA: 19 y 20 de mayo de 2017
LUGAR: Málaga. Hotel NH Málaga.
INFORMACIÓN:
www.enfermeriaradiologica.org

XVIII CONGRESO NACIONAL MATRONAS
FECHA: Del 25 al 27 de mayo de 2017
LUGAR: Málaga
INFORMACIÓN:
Asociación Española de Matronas
Web: http://aesmatronas.com/18congreso



MÁSTERS

POSTGRADO EXPERTO EN CUIDADOS NEONATALES Y PEDIÁTRICOS DE ENFERMERÍA
ORGANIZA: Universidad Europea de Valencia.
DURACIÓN: De noviembre de 2016 a julio de 2017.
MÁS INFORMACIÓN:
http://valencia.universidadeuropea.es/estudios-universitarios/curso-de-experto-en-cuidados-neonatales-y-pediatricos-de-enfermeria
Tel: 902930937

DIPLOMA EN HIPNOSIS ERICKSONIANA

ORGANIZA: Universitat de València
DURACIÓN: De diciembre de 2016 a junio de 2017
Se compone de 3 certificados:
Certificado Modelado de la Hipnosis y la Terapia ericksoniana desde DBM@. (13 – 17 diciembre de 2016)
Certificado Modelado de los Patrones de Comunicación Ericksonianos desde el DBM@. (28 febrero – 4 marzo 2017)
Certificado Modelado de la Terapia Desarrollativa Ericksoriana desde el DBM@ (6 – 10 junio 2017)
MAS INFORMACIÓN:
http://dbm.blogs.uv.es/diploma-en-hipnosis-ericksoniana/

PREMIOS

XIV PREMIO DE INVESTIGACIÓN BECA AEESME
CONVOCA:
AEESME Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.
OBJETIVO DE LA CONVOCATORIA:
Facilitar un apoyo económico para la realización de trabajos de investigación en el campo de los cuidados enfermeros salud mental.
PLAZO DE ENTREGA:
Antes del 31 de diciembre de 2016.
Se deberá remitir la documentación en formato impreso y digital.
PREMIO:
El importe de la ayuda será de 1.800 €. La duración de la ayuda será de hasta 24 meses, transcurridos los cuales la AEESME reintegrará el importe no invertido de la Beca.
INFORMACIÓN:
AEESME Asociación Española de Enfermeria de Salud Mental – Madrid
Web: aeesme.aeesme@gmail.com

PREMIOS FUNDACIÓN INVESTIGACIÓN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CONVOCATORIA PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 2016

OBJETIVO DE LA CONVOCATORIA:
Fomentar la investigación científica mediante la financiación de Proyectos de investigación de carácter básico, clínico, epidemiológico, de salud pública y de investigación en servicios de salud
DURACIÓN DEL PROYECYO:
Anual
PREMIO:
3 ayudas de hasta 20.000 €
y 3 ayudas de hasta 10.000 €
INFORMACIÓN:
Web de la FIHGUV www.fihgu.com

Normas de publicación

ENFERMERÍA INTEGRAL PUBLICA TRABAJOS ORIGINALES, DE REVISIÓN Y DE ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL, CARTAS AL DIRECTOR Y COMUNICACIONES BREVES SOBRE TODOS AQUELLOS ASPECTOS TÉCNICOS Y CIENTÍFICOS RELACIONADOS CON LA ENFERMERÍA. ASIMISMO SE ACEPTAN RESEÑAS Y/O CRÍTICAS SOBRE LIBROS U OTRAS PUBLICACIONES, DE APARICIÓN RECIENTE, QUE PUEDAN SER DE INTERÉS PARA LA ENFERMERÍA. ENFERMERÍA INTEGRAL ES LA PUBLICACIÓN OFICIAL DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA.

Los autores que deseen publicar en esta revista deben tener en cuenta las siguientes normas:

1. Todas las publicaciones deberán ser enviadas mediante correo electrónico a la siguiente dirección: registro@enfervalencia.org
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 y tendrán una extensión máxima de 12 páginas, con tipografía Times New Roman, 12 puntos a doble espacio y con márgenes laterales de 2 cm. El formato de archivo será preferiblemente doc, docx o pdf.
4. Se podrán incluir hasta 8 tablas, gráficos o figuras (legibles y en condiciones de ser reproducidas). Las tablas no deberán duplicar la información que se presenta en el texto. Se consideran figuras las fotografías y los esquemas explicativos. Los autores deben tener en cuenta que no se incluirán figuras que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Si se adjuntan fotografías de pacientes, no deberán poder ser identificados en modo alguno. Todos estos elementos se incluirán al final del manuscrito, tras la bibliografía, numerados y contarán con un título explicativo en su parte inferior.
5. En cuanto a la redacción de los originales fruto de un trabajo de investigación, deberán estructurarse en los siguientes apartados: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y/o Conclusiones.
6. Respecto a la bibliografía. Se redactará en una página aparte y en formato Vancouver. Las citas bibliográficas serán numeradas de acuerdo a su orden de aparición en el texto. A continuación se puede ver el esquema requerido y ejemplos:

   Artículo de revista

   Autores del artículo (6 aut. máximo et al). Título del artículo. Abreviatura de la revista según Index Medicus. Año; Volumen (número):páginas.

   Parry YK, Ullah S, Raftos J, Willis E. Deprivation and its impact on non-urgent Paediatric Emergency Department use: are Nurse Practitioners the answer? J Adv Nurs. 2016;72(1):99–106.

   Libro

   Autor/es. Título. Volumen. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

   Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2013.

   Para el resto de documentos susceptibles de ser citados, puede visitar: http://web.ua.es/es/eurle/documentos/trabajo-de-fin-de-grado/estilo-vancouver.pdf

7. Se deberá incluir un resumen, preferiblemente estructurado (Introducción, Métodos, Resultados, Discusión y/o Conclusiones) no superior a 250 palabras, en el que se hará referencia a los aspectos más significativos del trabajo. Se incluirán de 3 a 6 palabras clave, preferiblemente de acuerdo con las incluidas en el Medical Subject Headings, MeSH (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh) o su equivalente en castellano, Descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS (http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm)
8. En la primera página figurará la siguiente información: título del trabajo (máximo 15 palabras), nombre del autor o autores, puesto de trabajo que desempeñan, institución a la que pertenecen y año de realización del trabajo. Se deberá consignar un autor para correspondencia e indicar una dirección electrónica para ese efecto. Si se ha recibido cualquier tipo de subvención para el trabajo realizado, se deberá mencionar el origen de la misma.
9. Todos los originales se acompañarán de una autorización manifestando el deseo de que el trabajo sea publicado por Enfermería Integral, haciendo constar nombre, número de colegiado y DNI de todos los autores.
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. Son los autores los responsables de la veracidad de lo expuesto en su trabajo.
11. Los trabajos aceptados quedarán en propiedad de la revista y no podrán ser reproducidos por ningún medio sin la correspondiente autorización. A los 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 para su corrección y posterior publicación, o notificando su no aceptación definitiva.

Normes de publicació

ENFERMERÍA INTEGRAL PUBLICA TREBALLS ORIGINALS, DE REVISIÓ I D'ACTUALITZACIÓ PROFESSIONAL, CARTES AL DIRECTOR I COMUNICACIONS BREUS SOBRE TOTS AQUELLS ASPECTES TÈCNICS I CIENTÍFICS RELACIONATS AMB LA INFERMERIA. AIXÍ MATEIX S'ACCEPTEN RESSENYES I/O CRÍTIQUES SOBRE LLIBRES O ALTRES PUBLICACIONS, D'APARICIÓ RECENT, QUE PUGUEN SER D'INTERÈS PER A LA INFERMERIA. ENFERMERÍA INTEGRAL ÉS LA PUBLICACIÓ OFICIAL DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERIA DE VALÈNCIA.

Els autors que desitgen publicar en aquesta revista han de tindre en compte les següents normes:

1. Totes les publicacions hauran de ser enviades mitjançant correu electrònic a la següent adreça: registro@enfervalencia.org
2. Cap treball enviat haurà d'haver-se publicat, enviat i/o acceptat per a la seua publicació, de forma simultània, en altres revistes.
3. Els manuscrits hauran de ser originals i tindran una extensió màxima de 12 pàgines, amb tipografia Times New Roman, 12 punts a doble espai i amb marges laterals de 2 cm. El format d'arxiu serà preferiblement doc, docx o pdf.
4. Es podran incloure fins a 8 taules, gràfics o figures (llegibles i en condicions de ser reproduïdes). Les taules no hauran de duplicar la informació que es presenta en el text. Es consideren figures les fotografies i els esquemes explicatius. Els autors han de tindre en compte que no s'inclouran figures que no contribueixen a una millor comprensió del text. Si s'adjunten fotografies de pacients, no hauran de poder ser identificats de cap manera. Tots aquests elements s'inclouran al final del manuscrit, després de la bibliografia, numerats i comptaran amb un títol explicatiu en la seua part inferior.
5. En quant a la redacció dels originals fruit d'un treball de recerca, hauran d'estructurar-se els següents apartats: Introducció, Material i Mètodes, Resultats, Discussió i/o Conclusions.
6. Respecte a la bibliografia. Es redactarà en una pàgina apart i en format Vancouver. Les cites bibliogràfiques seran numerades d'acord a la seua ordre d'aparició en el text. A continuació es pot veure l'esquema requerit i exemples:

Article de revista

Autors de l'article (6 aut. màxim et al). Títol de l'article. Abreviatura de la revista segons Index Medicus. Any; Volum (nombre):pàgines.

Parry YK, Ullah S, Raftos J, Willis E. Deprivation and its impact on non-urgent Paediatric Emergency Department use: are Nurse Practitioners the answer? J Adv Nurs. 2016;72(1):99–106.

Llibre

Autor/s. Títol. Volum. Edició. Lloc de publicació: Editorial; any.

Argimón Pallás JM, Jiménez Vila J. Mètodes de recerca clínica i epidemiològica. 4ª ed. Barcelona: Elsevier Espanya; 2013.

Per a la resta de documents susceptibles de ser citats, pot visitar: http://web.ua.es/es/eurle/documentos/trabajo-de-fin-de-grado/estilo-vancouver.pdf

7. S'haurà d'incloure un resum, preferiblement estructurat (Introducció, Mètodes, Resultats, Discussió i/o Conclusions) no superior a 250 paraules, en el qual es farà referència als aspectes més significatius del treball. S'inclouran de 3 a 6 paraules clau, preferiblement d'acord amb les incloses en el Medical Subject Headings, MeSH (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh) o el seu equivalent en castellà, Descriptors en Ciències de la Salut, DeCS (http://decs.bvs.br/e/homepagee.htm)
8. A la primera pàgina figurarà la següent informació: títol del treball (màxim 15 paraules), nom de l'autor o autors, lloc de treball que exerceixen, institució a la qual pertanyen i any de realització del treball. S'haurà de consignar un autor per a la correspondència i indicar una adreça electrònica per a aquest efecte. Si s'ha rebut qualsevol tipus de subvenció per al treball realitzat, s'haurà d'esmentar l'origen de la mateixa.
9. Tots els originals s'acompanyaran d'una autorització manifestant el desig que el treball siga publicat per Enfermería Integral, fent constar nom, número de col·legiat i DNI de tots els autors.
10. El Consell de Redacció de la revista Enfermería Integral i la institució que l'edita no es responsabilitza de les opinions abocades en els treballs publicats. Són els autors els responsables de la veracitat de l'exposat en el seu treball.
11. Els treballs acceptats quedaran en propietat de la revista i no podran ser reproduïts per cap mitjà sense la corresponent autorització. Als autors se'ls enviarà un certificat d'acceptació i, si és possible, la data aproximada de la seua publicació.
12. Els treballs no acceptats seran remesos als seus autors per a la seua correcció i posterior publicació, o notificant la seua no acceptació definitiva.

Cuidados del recién nacido con traqueostomía

AUTORAS
- EVA PÉREZ LAFUENTE
- Mª LUISA MUÑOZ ILLESCAS
- SANDRA SEVILLA SALGADO

Enfermeras Centro Neonatal
Hospital Clínico de Valencia

PALABRAS CLAVE
> TRAQUEOSTOMÍA > RECIÉN NACIDO
> CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

RESUMEN
La traqueostomía (TQT) es un procedimiento quirúrgico relativamente sencillo que consiste en la apertura quirúrgica de la pared anterior traqueal con la creación de un estoma a través del cual se introduce una cánula para facilitar la ventilación.

Los cuidados de un niño con TQT requieren de un equipo multidisciplinario: enfermería, neonatología, endoscopia, otorrinolaringólogo, trabajador social... sin olvidar el gran desafío que supone aprender estos cuidados para los padres, siendo necesario una cuidadosa planificación.

> Los neonatos por sus características anatómicas pueden tolerar periodos más largos de intubación que los adultos.

INTRODUCCIÓN

La traqueostomía (TQT) es un procedimiento quirúrgico realizado en la región anterior del cuello (entre el segundo o tercer anillo traqueal) que tiene como finalidad mantener la permeabilidad de la vía aérea, mediante la colocación de una cánula traqueal y que permite la comunicación directa de la tráquea y vías respiratorias bajas con el exterior, para proveer ventilación mecánica prolongada o superar una obstrucción aguda de la vía aérea superior.

Las cánulas de TQT son dispositivos tubulares huecos formando una curvatura en la porción distal y que permite la apertura del estoma.

Las indicaciones de TQT han cambiado en los últimos años, disminuyendo las causas infecciosas (difteria y/o epiglotitis) y aumentando aquellas por obstrucción de la vía aérea superior tanto congénita como adquirida, como también las relacionadas a ventilación mecánica prolongada principalmente en niños con enfermedades neuromusculares.

No existen indicaciones que especifiquen cuál es el momento oportuno para realizar una traqueotomía en pacientes con soporte ventilatorio prolongado. Los neonatos por sus características anatómicas pueden tolerar periodos más largos de intubación que los adultos, unos 50 días, sin experimentar efectos adversos, debido a que la intubación endotraqueal es bien tolerada. **(Tabla 1)**

Tabla 1. INDICACIONES DE TQT EN NIÑO.

Obstrucción grave de la vía aérea superior
— Estenosis subglótica (congénita o adquirida)
— Síndromes craneofaciales
— Tumores laríngeos y craneofaciales
— Parálisis de cuerdas vocales
— Apnea obstructiva del sueño
— Traumatismos laríngeos por accidentes o quemaduras

Ventilación prolongada/protección pulmonar
— Enfermedad pulmonar crónica
— Postoperatorio cardiopatías congénitas complejas
— Enfermedades neurológicas o neuromusculares

La estenosis subglótica se define como un estrechamiento parcial o total de la subglotis la cual está localizada a nivel del cartílago cricoides, pudiendo ser congénita o adquirida. La estenosis congénita se produciría por la falta de recanalización de la luz laríngea después de completar la fusión epitelial normal al final del tercer mes de gestación. Algunos autores sostienen que esta alteración sería secundaria a algún factor genético. Dentro de la totalidad de anomalías congénitas de la laringe es la tercera en frecuencia siguiendo a la laringomalacia y a la parálisis de cuerdas vocales. La mayor parte de los pacientes mejoran a medida que la laringe crece, pero en los casos más graves se realiza el tratamiento común a las formas adquiridas. La estenosis adquirida es aquella que se produce como resultado de algún trauma mecánico, físico o químico a nivel laríngeo, siendo la más frecuente en pediatría la intubación prolongada.

Las cánulas neonatales y pediátricas están construidas de material sintético biocompatible para minimizar el trauma sobre la mucosa traqueal que pudiera ocasionar una cánula metálica. Teniendo en cuenta las diferencias anatómicas entre el adulto y el niño, las cánulas presentan también notables diferencias. En el niño, los cartílagos, músculos, membranas mucosas y tejidos del cuello son mucho más blandos que en el adulto. Las estructuras traqueales se adaptan totalmente a la cánula que, al mismo tiempo, ocupa la mayor parte de la luz traqueal. Las cánulas utilizadas en niños tienen sólo dos componentes, una cánula madre y el obturador (guía o mandril) para su introducción. Los tamaños de la cánula son: neonatal (NEO), pediátrico (PED) y adulto. Existen en la actualidad, cánulas de TQT de diferentes tamaños y características, producidas por diferentes fabricantes (principalmente Shiley®, Portex® y Bivona®), que permiten adaptarse a diferentes necesidades según la edad y la patología de base del niño. Conocer estas posibilidades y diferencias facilita la resolución de los problemas más frecuentes que se presentarán durante el seguimiento.

Partiendo de la base de que estos niños se irán a su domicilio con la TQT es imprescindible una cuidadosa planificación. El aprendizaje que implica su manejo, junto con la ansiedad y el temor que experimentan la familia, implica la necesidad de un apoyo emocional y educacional que debe iniciarse durante el período postoperatorio inmediato. Debe animarse a los padres a que pasen el mayor tiempo posible con su hijo y estimularles a la participación activa y supervisada de sus cuidados en el hospital. Empezando con maniobras sencillas, alimentarlos, método canguro, sacarlos de la cuna, abrazarlos y transportarlos, para continuar con el entrenamiento en las técnicas específicas de los cuidados de la TQT.

El manejo del neonato con TQT puede ser seguro si se conocen todos los aspectos que precisan vigilancia y las causas más frecuentes que complican la evolución de estos niños, de forma que podamos anticiparnos y resolverlas con mayor eficiencia.

Las complicaciones del niño con TQT se dividen en: **(Tabla 2)**

1. Precoces: intraoperatorias y postoperatorias inmediatas, menos de 7 días de realizada la TQT.
2. Tardías, más de 7 días.

Tabla 2: COMPLICACIONES DE UNA TRAQUEOSTOMÍA.

- Granuloma traqueal
- Traqueítis
- Decanulación accidental
- Obstrucción/desplazamiento de la cánula
- Traqueomalacia supraostoma de crecimiento lento
- Erosión de la pared traqueal/fístula traqueoesofágica tardía
- Estenosis traqueal
- Estenosis subglótica
- Fístula traqueocutánea persistente
- Hemorragia
- Decanulación accidental
- Enfisema subcutáneo
- Neumomediastino
- Neumotórax
- Fístula traqueo-esofágica
- Lesión del nervio laríngeo recurrente

Fuente: Paz F. et al. Cuidados de niños con traqueostomía. Neumonología Pediátrica. Disponible en http://www.neumologia-pediatrica.cl/pdf/20083Suplemento/CuidadosNinos.pdf

MATERIAL

Selección de la cánula

En pediatría se utilizan las de plástico, por su blandura y flexibilidad, su facilidad para el cambio y limpieza, y la lisura de su superficie. Las más extendidas son las termosensibles de cloruro de polivinilo (PVC) como Portex®, Shiley®, que se ablandan con la temperatura corporal, aunque las de elastómero de silicona (Bivona®) son intrínsecamente de mayor blandura y termoestables, por lo que no se afectan por la temperatura y ofrecen mayor resistencia a la deformación o ruptura con

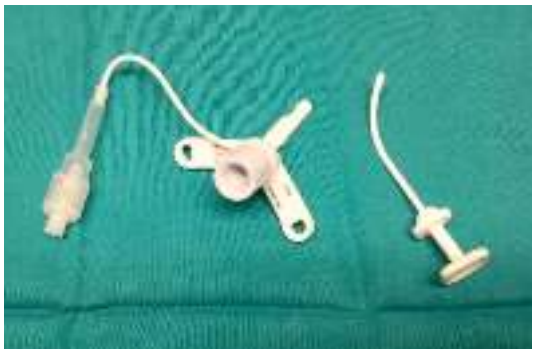


Foto 1. Cánula y fiador Bivona® NEO 2,5.

Foto 2. Cánula con cinta, fiador, dilatador y gasas.

el paso del tiempo. Las de poliuretano (Trachoe Twist®) son las de mayor coste.

Componentes

Las cánulas utilizadas en niños tienen sólo 2 componentes, un tubo externo y una guía o mandril para su introducción **(Foto 1)**. El tubo externo se encuentra en contacto directo con la pared traqueal provisto de un soporte transversal exterior que le permite mantenerse en su lugar, con 2 orificios laterales para su fijación con lazos alrededor del cuello **(Foto 2)**. En el extremo proximal exterior, hay un adaptador universal de 15 mm para su conexión a una bolsa de ventilación manual o a la tubuladura del ventilador.

Tabla 3. ELECCIÓN DEL TAMAÑO DE LA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA SEGÚN EDAD

	DI (mm)	DE (mm)	Longitud (mm)
Prematuro <1.000 g	2,5	4,0	30
Prematuro 1.000-2.000 g	3,0	4,5	30
RN - 6 meses	3,0-3,5	4,5-5,2	30-32
6 meses -1 año	3,5-4,0	5,2-5,9	32-34
1 - 3 años	4,0-5,0	5,9-7,1	41-44
>3 años	Edad en años +16/4		

DE: diámetro externo; DI: diámetro interno.

Tamaños

Las cánulas diseñadas para el paciente pediátrico suelen ofertarse en 2 categorías diferenciadas por su longitud: *neonatal*, por lo general para niños menores de 1 año, entre 30 y 36 mm, y *pediátricas*, para niños mayores, entre 36 y 46 mm. Los diámetros internos oscilan entre 2,5 y 5,5 mm, estándares para los distintos fabricantes, dependiendo su selección de la edad del niño **(Tabla 3)**.

El diámetro debe ser el suficiente para minimizar el trabajo respiratorio y permitir, al mismo tiempo, el paso de aire alrededor de la cánula minimizando el riesgo del traumatismo en la pared traqueal y favoreciendo el paso translaríngeo. La práctica más frecuente es que el diámetro externo de la cánula no sobrepase los 2/3 del diámetro de la tráquea, sobre todo cuando se está utilizando una válvula fonatoria. Además del diámetro, deben tenerse en cuenta la longitud y la curvatura de la cánula, de ésta última depende que el extremo distal de la cánula esté centrado en la tráquea evitando las complicaciones derivadas de la mala posición. La longitud de la cánula debería ser tal que sobrepasase al menos 2 cm el estoma y quede a 1-2 cm de carina.

Material necesario para los cuidados de la TQT

Desechable o reutilizable

- Jeringas de 2 o 5 ml.
- Cánulas de repuesto (al menos 2).
- 1 cánula de menor calibre.
- Filtros.
- Sistema de sujeción: cinta beta 0,5 cm, cinta con velcro...
- Sondas de aspiración del calibre adecuado al número de la cánula y de menor calibre.
- Suero fisiológico, gasas estériles, clorhexidina acuosa.
- Tijeras de punta roma o dilatador.

No desechable

- Aspirador de secreciones. Aspirador con bateria y pequeño tamaño para domicilio.
- Oxígeno, en domicilio botella transportable y/o mochila de oxígeno líquido, según necesidades.
- Pulsoxímetro.
- Nebulizador de alto flujo con mascarillas.
- Ambú®.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Cuidados del estoma y la piel

Es muy importante mantener el área alrededor del estoma limpia y seca, puesto que las secreciones pueden macerar la piel

Recién nacido con TQT conectado a respirador.

facilitando la sobreinfección. Así mismo, es preciso evitar las complicaciones en la piel por presión. La cinta alrededor del cuello está ajustada y lesiona por dos mecanismos: por presión al ligar la cinta y por fricción produciendo roces en la piel con los movimientos de cabeza. La presión sostenida de las sujeciones puede provocar eritema, eritema con abrasión y úlceras por presión.
Pasos a seguir para mantener la piel **LIMPIA Y SECA**:

- Lavado de manos con agua y jabón o antiséptico alcohólico.
- Tumbar al niño en decúbito supino con una toalla bajo los hombros para extender el cuello y proporcionar buen campo visual y de trabajo.
- Aflojar la cinta de sujeción manteniendo en su lugar la cánula.
- Curar el borde de traqueostomía con clorhexidina, del centro a la periferia arrastrando las secreciones.
- Anudar el sistema de sujeción evitando que quede a tensión o demasiado suelto. Cambiar al menos una vez al día (tras el baño) y mantenerlo seco.
- Colocar una gasa cortada parcialmente por la mitad por debajo de ambas alas abrazando la cánula alrededor de la TQT.
- En caso de irritación de la piel aplicar emulsiones de ácidos grasos hiperoxigenados tipo corpitol®, linovera®, etc...

Cambio de cánula

El primer cambio de la cánula debe hacerse alrededor del séptimo día posterior a la cirugía, tiempo aproximado en el que el túnel o fístula se han completado; posteriormente se sugiere hacerlo una vez a la semana o cuando sea necesario, basados en la necesidad de disminuir los riesgos por obstrucción.
Se debe realizar con la ayuda de otra persona. No debe realizarse tras las comidas por la posibilidad de vomitar y aspirar, ni cuando el niño está con sueño, hambriento o irritado.
Pasos a seguir:

- Lavarse las manos con agua y jabón o solución antiséptica.
- Colocar un rodillo bajo los hombros para extender la cabeza.
- Ponerse guantes, aspirar secreciones y si fuese preciso ventilar con bolsa.
- Preparar la cánula a introducir con las cintas de sujeción colocadas y el fiador engastado, lubricar su extremo (con vaselina estéril) y si lleva manguito hinchable comprobar su integridad hinchándolo y deshinchándolo.
- El ayudante sujetará con firmeza la cánula a recambiar para evitar expulsión accidental con la tos mientras se suelta a cinta de sujeción.
- Retirar la cánula (el ayudante) e introducir la nueva cánula con el fiador en dirección descendente hacia la tráquea, sin forzar. Retirar el fiador inmediatamente.
- Fijar la cánula alrededor del cuello con la cinta sin que quede tensa ni demasiado holgada, debe permitir la interposición de un dedo entre a piel y la cinta.
- Desinfectar la cánula retirada o eliminar las secreciones bajo un chorro de agua dejando secar al aire si la desinfección se va a hacer en otro momento.

Lavado de la cánula

Las cánulas utilizadas actualmente son descartables, pero se considera que se pueden lavar con una sonda anudada, pasándola varias veces por su interior. Una vez removidas las secreciones adheridas sumergir la cánula en el detergente enzimático en una concentración del 0,8% y dejar actuar la solución por 15 minutos, luego enjuagar con agua destilada, secar y guardarla para el siguiente uso. Sus elementos constitutivos toleran varios lavados.
En el ambiente domiciliario se puede usar detergente biodegradable común, diluyendo 1 cm del detergente en 100 cm de agua hervida.

Fijación de la cánula

La correcta fijación de la cánula es vital; la tensión de las cintas debe ser suficiente para prevenir una decanulación accidental, pero también debe permitir cambios en el radio del cuello durante el llanto, la risa y la alimentación del niño. La fijación correcta se consigue cuando es posible introducir un dedo, entre la cinta y la región posterior del cuello en flexión, asegurando la fijación con dos nudos. Es importante comprobar diariamente la fijación de la cánula y la tensión correcta para evitar decanulaciones accidentales. Es necesario la participación de dos personas. Existe cinta de sujeción con velcro que evita la necesidad de anudar los extremos, pero es más fácil de soltarse y el extremo de velcro irrita la piel con más facilidad. Se suele gastar la cinta de tela (beta) y la forma de engastar la cinta a las alas perforadas es múltiple, siendo lo imprescindible que quede bien anudada.

Aspiración de secreciones

Tiene como objetivo mantener la vía aérea permeable, con una ventilación y oxigenación eficaz. Es común que los pacientes traqueostomizados presenten mayor número de secreciones por el efecto mecánico de la cánula, la deficiente humidificación, calentamiento y depuración del aire respirado, así como la frecuente presencia de microorganismos que acaban colonizando la cánula.

La aspiración es incómoda para el niño porque puede inducir la tos, sin embargo, aunque llore, no es perjudicial ni dolorosa.
La eliminación de secreciones reduce el riesgo de infección y de mala oxigenación.
La mucosidad puede ser frecuente, pero transparente, blanquecina y fluida en ausencia de infección; cuando es amarillenta-verdosa, más espesa abundante hay que sospechar infección aún en ausencia de fiebre.
Hay que evitar aspirar después de las comidas por el riesgo de inducir el vómito y hacerlo antes de las nebulizaciones cuando lleve.

En general, habrá que aspirar cuando se observe alguno de estos signos o síntomas:

- Mucosidad en la cánula o ruidos (sibilancias) de su presencia al respirar.
- Aumento de la frecuencia respiratoria o del trabajo para respirar.
- Tiraje intercostal y subcostal.
- Aleteo nasal.
- Cambio del color de la piel a pálido o azulado. En este caso administrar primero oxigeno.
- Tos persistente con mucosidad.
- Somnolencia o intranquilidad.

Procedimiento

Material necesario: **(Foto 3)**

- Jeringas de 5 ml.
- Guantes.
- Suero fisiológico estéril.
- Ambú®.
- Fuente de oxígeno.
- Sondas de aspiración del calibre adecuado (en general un tercio del calibre de la cánula).
- Aspirador eléctrico.

Antes de aspirar realizar fisioterapia respiratoria.

- Lavarse las manos con agua y jabón o solución antiséptica.
- Conectar una sonda de calibre adecuado a la fuente de aspiración; comprobar la fuerza de aspiración.
- Ponerse los guantes (en domicilio no estériles).
- Coger el extremo de la sonda a una distancia de la punta equivalente a la longitud de la cánula (no más de un centímetro de la medición realizada para evitar la irritación y la lesión de la pared interna de la tráquea).
- Introducir sin aspirar, la longitud marcada de la sonda y aspirar realizando un movimiento de rotación alterno en ambos sentidos al tiempo que retiramos la sonda durante un máximo de 5 segundos.
- Ventilar con bolsa y oxígeno si precisa.
- Repetir el proceso hasta haber aclarado las secreciones. La aplicación de la mano sobre el pecho ayuda a valorar la eliminación o persistencia de la mucosidad.
- Cuando las secreciones sean muy espesas, instilar 1 ml de suero fisiológico a través de la cánula.
- Antes de desechar la sonda, aspirar fosas nasales y boca.

CONCLUSIONES

La TQT sigue siendo un procedimiento con una elevada morbilidad debido a complicaciones tardías, mucho más frecuentes que las precoces. El conocimiento de los riesgos y la correcta actuación ante las complicaciones (obstrucción, decanulación accidental) facilitará adelantarse y resolverlas con éxito.
Es indispensable que el cuidado de enfermería sea preciso, oportuno y contínuo, y en este caso se tendrá que tener en cuenta la importancia de la educación a los padres quienes serán los responsables del cuidado del niño TQT en el domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

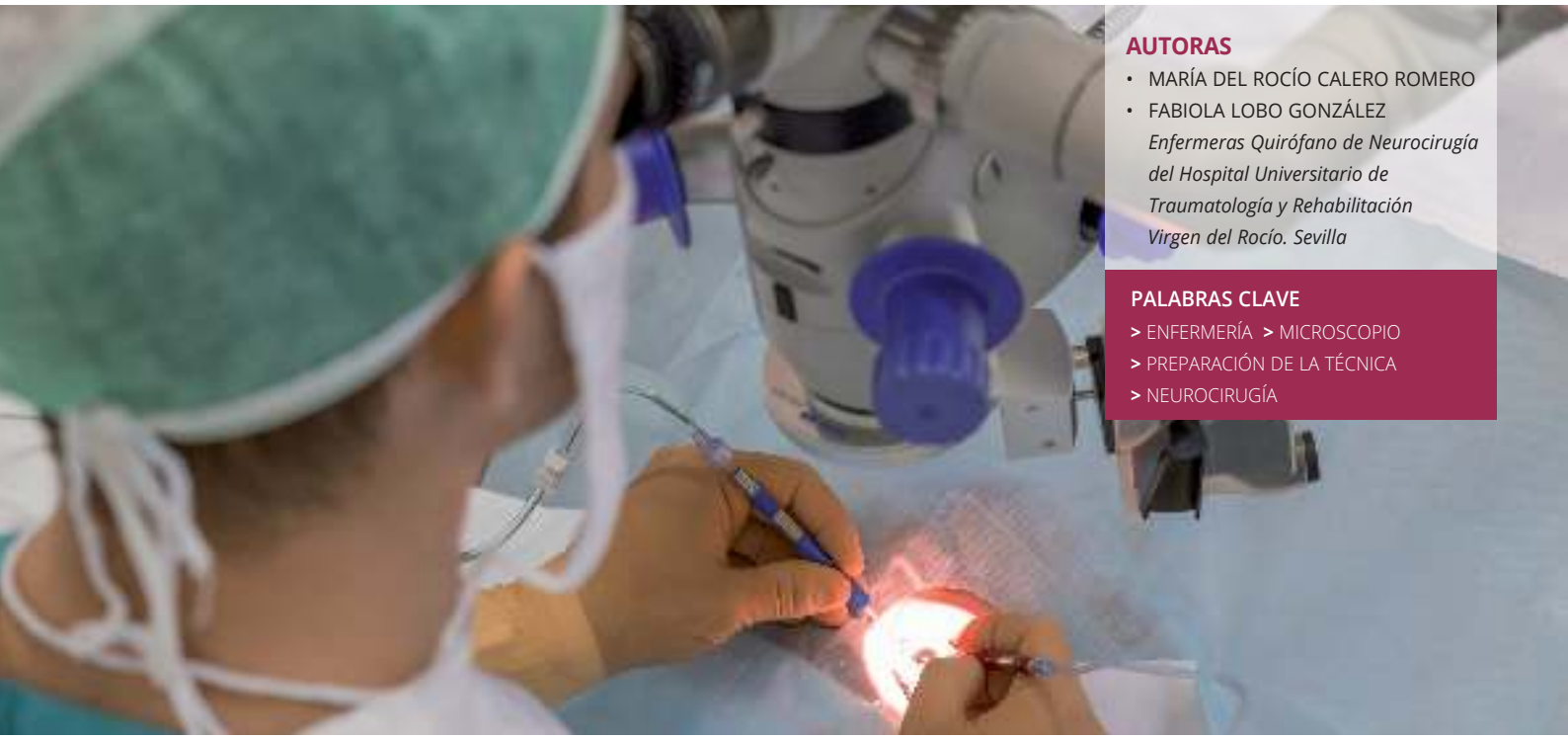
1. Pérez Ruíz E, Pérez Frías FJ, Aguilera C. Cuidados del niño con traqueostomía en: Anales Pediatria (Barc). 2010; 72 (Espec cong 1):41-49
2. Alborta V. Cuidados en recién nacido con traqueostomía. Enfermería neonatal. 2012; 5-15
3. Botto H, Nieto M, Zanetta A, Rodríguez H. Manejo domiciliario del niño traqueotomizado. En: Arch Argent Pediatric 2008; 106(4): 351-360
4. Protocolo "Cuidado de la traqueostomia en pacientes pediátricos" Guía para los familiares y cuidadores. Hospital La Fe. Valencia. Secciones de ORL y Neumología pediátricas. Unidad de reanimación y cuidados intensivos pediátricos y Unidad de cuidados intensivos neonatales.

Foto 3. Guantes, suero fisiológico, sonda de aspiración.

TQT con filtro.

NEUROCIRUGÍA

El microscopio como herramienta fundamental en neurocirugía



AUTORAS

- MARÍA DEL ROCÍO CALERO ROMERO
- FABIOLA LOBO GONZÁLEZ

Enfermeras Quirófano de Neurocirugía del Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación Virgen del Rocío. Sevilla

PALABRAS CLAVE

> ENFERMERÍA > MICROSCOPIO
> PREPARACIÓN DE LA TÉCNICA
> NEUROCIRUGÍA

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es conocer un poco más la utilidad del microscopio y la preparación de éste para la cirugía con las medidas de asepsia exigidas, por parte del profesional de enfermería.

La microscopia es el conjunto de técnicas y métodos basada en el apoyo de un microscopio, que mediante un conjunto de lentes aumenta el tamaño de los objetos de estudio que son demasiado pequeños para ser estudiados a simple vista.

Para producir las imágenes adecuadas se requiere destreza y manejo (entrenamiento) de todo un conjunto de métodos y técnicas afines pero extrínsecas al aparato. Algunas de ellas son: técnicas de preparación y manejo de los objetos de estudio, técnicas de salida, procesamiento, interpretación y registro de imágenes.

En neurocirugía se ha hecho una herramienta imprescindible tanto en cirugía cerebral, columna y de nervios periféricos.

> Para producir las imágenes adecuadas se requiere destreza y entrenamiento de todo un conjunto de métodos y técnicas afines pero extrínsecas al aparato.

INTRODUCCIÓN

Ya los antiguos sabían que los espejos curvos y las esferas de cristal llenas de agua (Imagen 1) aumentaban el tamaño de las imágenes. En las primeras décadas del siglo XVII se iniciaron experiencias con lentes (así llamadas por tener forma de lentejas) a fin de lograr el mayor aumento posible.

Los instrumentos para aumentar la visión de los objetos, o microscopios (la palabra griega significa "para ver lo pequeño") comenzaron a usarse progresivamente. Por primera vez la biología se ampliaba y extendía gracias a un mecanismo que llevaba el sentido de la vista humana más allá de sus límites naturales.

Así, los naturalistas podían describir en detalle los pequeños organismos, cosa de otro modo imposible, y los anatomistas podían descubrir estructuras hasta entonces invisibles. Existían dos tipos de microscopios: el ***sencillo*** y el ***compuesto***; el *sencillo* (Imagen 2) no era más que una lente montada en una estructura simple, el *compuesto* estaba formado por una combinación de lentes y fue inventado por *Zacharias Jansen* en Holanda en 1590.

Luego de la invención de *Jansen*, en pocos años hubo un gran número de diseñadores de microscopios en Europa. El primer avance técnico del microscopio fue el paso de un sistema de 2 a uno de 3 lentes, este sistema es la configuración estándar que se mantiene en los microscopios de hoy.

El microscopio fue perfeccionándose con gran lentitud, uno de los defectos de los microscopios primitivos era que sus lentes descomponían la luz blanca en los colores que la constituyen. Los objetos pequeños se veían rodeados de anillos de color (aberración cromática) que impedían observar con claridad los detalles. Pero alrededor de 1820 se perfeccionaron cuando *Joseph Jackson Lister*, un óptico inglés, diseñó un microscopio acromático (Imagen 3) capaz de eliminar los anillos de color que limitaban la claridad de la imagen. El microscopio acromático constituyó un gran avance, iniciando una serie de perfeccionamientos que dieron como resultado el moderno microscopio ***óptico***.

Desde 1660 hasta la actualidad el microscopio óptico ha sido el pilar fundamental en el conocimiento de lo invisible. Aunque su poder de resolución aumentó a través del tiempo (con la mejora en la calidad de las lentes) al igual que el poder de magnificación, su factor limitante fue la longitud de onda de la luz. En 1930 el mundo submicroscópico se amplió con la aparición del *microscopio* ***electrónico*** cuya ventaja principal con respecto al *microscopio óptico* es un aumento de 1000 veces en la magnificación del material observado acompañado de una mayor capacidad de resolución generando una mejor definición y una ampliación del mundo microscópico. ADN, virus y pequeñas organelas fueron observadas por primera vez con este microscopio.

Existen dos tipos básicos de microscopios electrónicos los cuales fueron inventados al mismo tiempo pero con diferentes usos. El *microscopio electrónico de transmisión* (MET) produce una imagen en dos dimensiones sobre una pantalla fosforescente y el *microscopio electrónico de barrido* (MEB) produce una imagen que da la impresión de ser en tres dimensiones [1,2]. (Imágenes 1-4, evolución del microscopio).

El microscopio es una un instrumento que mediante un conjunto de lentes aumenta el tamaño de los objetos bajo estudio, que son demasiado pequeños para ser estudiados a simple vista. Dos principios están involucrados en el uso del microscopio: *Magnificacion* (la capacidad de aumentar el tamaño de una imagen) y *Resolución* (la capacidad de producir una imagen nítida, o bien la capacidad del instrumento para dar imágenes bien definidas de puntos situados muy cerca uno del otro en el objeto)[3].

El objetivo de este trabajo es conocer un poco más la utilidad del microscopio y la preparación de éste para la cirugía con las medidas de asepsia exigidas, por parte del profesional de enfermería

EL MICROSCOPIO QUIRÚRGICO Y DESARROLLO DE LA MICROCIRUGÍA A NIVEL MUNDIAL

El microscopio quirúrgico (MQ), también llamado lupas estereoscópicas; es un instrumento de aumento óptico que nos permite estar visualizando a diferentes aumentos las estructuras anatómicas, al mismo tiempo que el cirujano trabaja sobre ellas. Cuando se realizan intervenciones quirúrgicas a través de dicho instrumento, se entiende como microcirugía.

Imagen 1.
Esfera de Cristal

Imagen 2.
Microscopio sencillo

Imagen 3.
Microscopio acromático

Los otólogos fueron los cirujanos pioneros en utilizar la microcirugía en 1920. Posteriormente fueron los oftalmólogos los que modifican los modelos iníciales de MQ para adaptarlo a la cirugía oftalmológica.

Las técnicas microquirúrgicas son utilizadas por la mayoría de las especialidades quirúrgicas hoy en día.

En Neurocirugía la utilización del MQ comienza en la década de los 60 gracias a la labor de T.Kurze en Los Angeles, el cual realiza la primera sistematización de técnicas microneuroquirúrgicas, en su trabajo "Microtechniques in Neurological Surgery", publicado en la revista *Clin Neurosurg* en el año 1964; y en 1967 R.W.Rand y P. Jannetta emplean el MQ en el tratamiento de los aneurismas intracraneales. A partir de este momento se produce un gran

Imagen 4. Microscopio Zeiss OPMI I

desarrollo tanto en instrumental microquirúrgico como en técnicas microquirúrgicas para ser utilizadas en Neurocirugía. Destaca en este sentido la labor del Dr. M.G. Yasargil en Zurich, el cual publica el primer tratado de microcirugía de la especialidad: *Microsurgery applied to neurosurgery*, ThiemeVerlag, 1969 [4-9]

Imagen 5. Microscopio Leica OH-5

DESARROLLO DE LA MICRONEUROCIRUGÍA EN SEVILLA

El desarrollo de la microneurocirugía en Sevilla se debió gracias a la labor del Dr. Francisco Morales. En el año 1966 se marcha a Estados Unidos a conocer la técnica del uso del MQ.

Durante la estancia del Dr. Morales en Estados Unidos, se vivió un momento histórico en el Servicio de Neurocirugía, la visita del Dr. Gazi Yasargil como invitado del jefe de servicio, el entonces Dr. Pedro Albert, para llevar a cabo varias microcirugías, con microscopios cedidos por el servicio de ORL. Al regresar el Dr. F. Morales a Sevilla, se adquiere el primer modelo de MQ: el Zeiss OPMI 1 **(Imagen 4)**, con una óptica de 20 aumentos de magnificación y que estaba compuesto por un sistema de engranaje que se subía y bajaba con una manilla de caucho que había que esterilizar.

Los grandes hitos quirúrgicos logrados por el Dr. Morales en el Servicio de Neurocirugía de Sevilla fueron: la descompresión microquirúrgica del nervio trigémino en el ángulo pontocerebeloso, de la mano del Dr. Peter Janetta y que aún hoy en el Servicio se le conoce como la "técnica Jannetta"; y el abordaje tranesfenoidal microquirúrgico a la silla turca para cirugía hipofisaria, de la mano del Dr. Joseph C. Maroon, ambas técnicas aprendidas durante su estancia en Pittsburg.

Después del primer modelo de microscopio (Zeiss OPMI I) se adquirieron nuevos modelos más avanzados que fueron el OPMI 6 y el OPMNI MD. A finales de los 90, se comienza a trabajar con la casa Leica, adquiriéndose los modelos OH-3, OH-4 y el OH-5, los microscopios que se utilizan actualmente en el servicio de neurocirugía son OH-4 y el OH-5 **(Imagen 5)**, este último desde 2009.

En neurocirugía se ha convertido en una herramienta imprescindible tanto en cirugía cerebral, de columna y nervios periféricos[10]. (Ver imagen 5 y 6 primer microscopio en el servicio y último).

PARTES DEL MICROSCOPIO

El microscopio de los que dispone actualmente el servicio son los modelos de Leica mencionados anteriormente, OH-4 y 0H-5. Éstos están formados por:

- Cabezal Óptico: consta de un conjunto de *lentes*, dispuestas de tal manera que nos permite trabajar entre 6 y 40 aumentos. Este aumento viene dado por un *objetivo*, que en nuestro caso suele ser de 200 mm de distancia focal (para permitir una posición cómoda de trabajo con el instrumental) y por dos *oculares*, que es por donde miramos. Dispone de una rueda para variar los diferentes aumentos de trabajo, de manera progresiva (continua o no según los modelos).
- Pie o Soporte, contiene la base sobre la que se apoya el microscopio, dispone de ruedas y freno.
- Columna de sostén, de donde salen los brazos articulados, la pantalla para modificar la intensidad de la lámpara y monitor.
- Brazos articulados, son los que une la columna de sostén del microscopio con el cabezal óptico.
- Pedal multifunción.
- Otros elementos que completan el equipo del microscopio quirúrgico y que no todos disponen de él, es el equipo de videograbación y fotografía, monitor que nos permite ver la intervención quirúrgica y también sistemas de documentación en HD y 3D[8,9-11-13]

PREPARACIÓN DEL MICROSCOPIO PARA LA CIRUGÍA

Material

Funda de microscopio transparente y estéril.

Procedimiento

1. Antes de enfundar el MQ, éste debe estar calibrado y con los visores orientados con respecto a la posición desde la que va intervenir tanto el cirujano principal como el ayudante.
2. Una vez depositada la funda estéril en la mesa de la instrumentista, y siempre que lo permita la cirugía, la EI comenzará a vestir el microscopio, si no la EC se vestirá adecuadamente con guantes estériles y bata para la colocación de la funda.
3. La EC desplegará parte de la funda sobre la mesa para localizar las plantillas que van a ser colocadas sobre los visores y la lente.
4. Una vez localizados, lo fundamental para una buena colocación de la funda es hacer coincidir las plantillas, según orientación de los visores (previamente colocados en función del cirujano principal) y la lente, con la menor manipulación posible.

Imagen 6. Despliegue bolsa en mesa
Imagen 7. Colocación de bolsa
Imagen 8. Ajuste de bolsa

5. Ya colocadas las plantillas se ajustan los visores (no se le quita el plástico troquelado para evitar la contaminación, hasta la aproximación a su utilización) y se recoge la bolsa ajustándola al brazo del microscopio.
6. Una vez ajustado el brazo, se coloca la primera cinta adhesiva en la terminación del cabezal, y la otras dos a lo largo del trayecto del brazo.
7. Si el microscopio no se va a utilizar en ese preciso momento, recoger lo máximo posible del paso de circulación para evitar roce.

CONCLUSIONES

En los últimos años ha habido numerosos cambios técnicos en neurocirugía, sin duda unos de los grandes aportes tecnológicos ha sido la introducción del microscopio quirúrgico; ahora gracias a él, estructuras que antes resultaban poco visibles para el ojo humano, somos capaces de tratarlas. Esta tecnología abre nuevos horizontes en el campo neuroquirúgico del diagnóstico y tratamiento, permitiendo realizar trabajos con máxima precisión y seguridad logrando resultados más predecibles.

Es una herramienta que tiene las siguientes ventajas: nos da una visualización óptima de los mínimos detalles, gracias a la iluminación de zonas de difícil acceso y la magnificación, un aumento de la precisión en el tratamiento y la realización de una cirugía más conservadora, menos traumática y mínimamente invasiva.

Como desventaja, los microscopios tienen un precio elevado en su coste como aparataje, aunque después es económico en su uso diario, requiere de un periodo de adaptación para su manejo, al principio, es muy importante acostumbrarse a adoptar posturas cómodas, con la columna vertebral recta, para evitar vicios adquiridos de posición, que posteriormente serán difíciles de eliminar. Se recomienda que antes de realizar intervenciones directamente en pacientes, se siga un periodo prefijado de ejercicios prácticos, in vitro, para aprender a trabajar con el microscopio; nuestro servicio contó con un laboratorio de cirugía experimental en 1974 donde se impartieron los primeros cursos nacionales en el que asistían profesionales de Neurocirugía, Cirugía Plástica y Traumatología de toda España, el laboratorio contaba con un importante animalario, aunque una vez que se entrena con la técnica, es sencillo y no precisa ningún tipo de instalación especial, se puede utilizar inmediatamente después de un paciente a otro.

Al ser una herramienta cada día utilizada en esta especialidad, el personal de enfermería debe estar perfectamente capacitado y familiarizado con el manejo del microscopio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lanfranconi M, Historia de la microscopia. Introducción a la biología. Universidad Nacional Mar de la Plata. Disponible en: http://vet.unicen.edu.ar/html/Departamentos/Samp/Microbiologia/Historia%20de%20la%20Microscopia.pdf.
2. http://www.dicyt.com/noticias/el-microscopio-un-instrumento-imprescindible-para-la-ciencia.
3. https://docs.google.com/presentation/d/1eSoBUywfXxpKNFNLGZ-GDPDIRhPzqXKTAowPywY8p3I/edit?pli=1#slide=id.i14
4. Evans Benavides, T. Historia de la Neurocirugía. Disponible en: http://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v26n11983/art9
5. Tolosa, E. Importancia actual de la especialidad neuroquirúrgica y su futuro previsible. Anales de Medicina y Cirugia. Vol-L Num. 221.
6. Mery, F. Tecnología y Nerurocirugia. Rev Chil Neuro-psiquiat 2010, 48(3) 173-174.
7. Peña Quiñones, G. La Neurocirugia en Colombia. Rev Medicina. 34 No 4 (99) 390-392.
8. Malfaz Vazquez JM. Aplicaciones del microscopio en la endodoncia actual, RCOE 2002;7(3):301-310.
9. Vidal Tudela, C, Odontología microscópica. Una nueva era. Disponible en: http://www.vidalendo.com/VidalEndo.com/Articulos_files/Microscopio.pdf
10. http://www.neurocirugiasevilla2009.es/index.php?Itemid=64&id=15&option=-com_content&view=article.
11. http://www.elhospital.com/temasMicroscopiosquirurgicos+8060203?pagina=2
12. http://sabia.tic.udc.es/gc/trabajos%20201112/VisionEstereoscopica/docs/introduccion.html
13. http://es.scribd.com/doc/51048091/DESCRIPCION-Y-USO-DEL-MICROSCOPIO-QUIRURGICO#scribd

QUIMIOTERAPIA

Desensibilización en quimioterapia: un nuevo reto para los cuidados enfermeros

AUTORES

- DAVID DELGADO-SEVILLA
- FRANCISCA MORTE-MARTÍN
- CLARA CATALÁN SÁNCHEZ
- BELÉN FERNÁNDEZ CASTRO
- RAQUEL PÉREZ REYES
  Enfermero/a en Servicio Hospital de Día de Oncología. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.
- TANIA SÁNCHEZ-GUIO
  Enfermera en Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza

PALABRAS CLAVE

> QUIMIOTERAPIA > ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
> HIPERSENSIBILIDAD > DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
> SEGURIDAD DEL PACIENTE

“

El objetivo de este trabajo es establecer un plan de cuidados enfermeros que nos permita asegurar la seguridad del paciente durante este procedimiento.

RESUMEN

El desarrollo de la investigación biomédica, junto con un avance en la industria farmacéutica, ofrecen a los pacientes oncológicos, e incluso con enfermedades inflamatorias crónicas, nuevas estrategias terapéuticas. Debido a un mayor acceso a los nuevos tratamientos de quimioterapia y de anticuerpos monoclonales, las reacciones de hipersensibilidad han aumentado, cuya aparición provoca la modificación del plan terapéutico y por tanto, puede suponer un peor pronóstico de curación. Los principales compuestos que generan las reacciones de hipersensibilidad (RHS) son taxanos, platinos y anticuerpos monoclonales. El propósito de la desensibilización es mantener una infusión progresiva y controlada del agente quimioterápico causante.

El objetivo de este trabajo es establecer un plan de cuidados enfermeros que nos permita asegurar la seguridad del paciente durante este procedimiento. Así mismo, se realiza la valoración enfermera mediante patrones funcionales de Marjory Gordon, y se establecen las distintas relaciones entre diagnósticos de enfermería, criterios de resultados e intervenciones enfermeras. Los principales cuidados a llevar a cabo radican en la monitorización de constantes vitales, manejo de ansiedad y de información, y control de riesgos.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, los pacientes con cáncer e incluso enfermedades inflamatorias crónicas están continuamente expuestos a nuevas y poderosas estrategias terapéuticas, tanto a nivel de quimioterapia como de anticuerpos monoclonales. Estos compuestos tienen un elevado potencial inductivo de reacciones de hipersensibilidad[1].

Debido a un aumento en la incidencia de estas patologías, y por tanto, un mayor acceso y administración de estos componentes farmacológicos, las reacciones de hipersensibilidad (RHS) han visto incrementada su aparición[2].

Las RHS a antineoplásicos se pueden definir como respuestas impredecibles, que no pueden ser explicadas ni por la acción farmacológica ni por el perfil de toxicidad del fármaco, producidas por un mecanismo inmunológico, humoral o celular[3].

Los compuestos quimioterápicos que presentan una mayor frecuencia de reacciones de hipersensibilidad son los taxanos y los platinos. Los taxanos son fármacos ampliamente utilizados en el tratamiento de cáncer de ovario, mama, pulmón y otros tumores sólidos[4]. Las RHS son bastante frecuentes en estos tratamientos, llegando hasta un 30%. Sin embargo, la administración de antihistamínicos y corticosteroides, así como una disminución en la velocidad de infusión, disminuye la aparición de estas reacciones a un 10%[5]. Existen diversos mecanismos de producción de reacciones de hipersensibilidad con la administración de taxanos, entre los que se encuentran: activación directa de mastocitos y/ó basófilos, y anafilaxia mediada por IgE, por ello, el número de infusiones para provocar una primera reacción de hipersensibilidad es bajo[6].

Los platinos son compuestos altamente utilizados en el tratamiento de cáncer de ovarios y otros tumores. El cisplatino fue el primer compuesto utilizado, sin embargo, la baja toxicidad de platinos de segunda generación como carboplatino fue el responsable del aumento en la frecuencia de uso. El platino de tercera generación es el oxaliplatino, ampliamente utilizado en el tratamiento del cáncer de colón metastásico[7]. La frecuencia de aparición de reacciones de hipersensibilidad oscila entre el 5 y el 27%[8]. El mecanismo principal de producción de reacciones de hipersensibilidad es la sensibilización inducida por IgE, por lo que, se requiere exposiciones repetidas. El número mínimo de infusiones para producir una reacción de hipersensibilidad con derivados de platino es de 6 a 8 infusiones[8].

Las manifestaciones clínicas abarcan desde exantema, urticaria, eritema y prurito, hasta broncoespasmo e hipotensión[3], lo que entraña una elevada gravedad[9]. Cuando tiene lugar una HRS, la pauta de quimioterapia puede modificarse, incluyendo fármacos para una atención de segunda línea, disminuyendo las probabilidades de éxito frente a los tratamientos de primera línea.

La desensibilización rápida es una modalidad de tratamiento en el cual los mastocitos disponen de una respuesta menor ante el antígeno, protegiendo al paciente de una reacción anafiláctica. Los protocolos de desensibilización han sido desarrollados para ayudar en la administración de dosis terapéuticas completas a través de una infusión incrementada paulatinamente[10]. Por ello, han sido desarrollados protocolos de desensibilización basándose en la reintroducción gradual de pequeñas cantidades de fármaco administrándolo en periodos de tiempo prolongados (4-12 horas), hasta alcanzar la dosis terapéutica[11].

La desensibilización a fármacos es una nueva y aceptable modalidad de tratamiento, aunque dispone de altos riesgos, como la anafilaxia, el beneficio en la esperanza y calidad de vida aumenta considerablemente. Para un adecuado desarrollo de la desensibilización, se requiere una clasificación correcta de la gravedad y naturaleza de las reacciones previas, realización de tests cutáneos y estratificación del riesgo, para adaptar los protocolos a la propia respuesta del paciente.

> “La desensibilización a fármacos es una nueva y aceptable modalidad de tratamiento, aunque dispone de altos riesgos, como la anafilaxia, el beneficio en la esperanza y calidad de vida aumenta considerablemente.

OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo es establecer un plan de cuidados enfermeros para la atención de aquellos pacientes oncológicos que se sometan a sesiones de desensibilización, y por tanto, destinados a aumentar la seguridad y confort del paciente durante todo el proceso.

METODOLOGÍA

Plan de cuidados

El proceso enfermero consta de cinco fases claramente diferenciadas, las cuales, se van a ir desgranando durante el desarrollo de este trabajo. Se realizó una valoración enfermera siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon, a raíz de la cual, se establecen los distintos diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras siguiendo la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Valoración Enfermera

Para realizar este plan de cuidados para la atención del paciente sometido a desensibilización, en primer lugar, se realiza una revisión de los distintos patrones funcionales establecidos por Marjory Gordon. Los **patrones** que se ven afectados por este tipo de procedimiento terapéutico son los patrones 1, 2, 4, 6, 7, 10 y 11, los cuales desarrollamos para conocer los diferentes ítems a valorar.

Patrón 1 – Percepción de la salud: en este primer punto de la valoración enfermera, debemos investigar sobre su problema de salud, valorando su historia clínica previa, alergias farmacológicas y alimentarias, así como su pauta de tratamiento de quimioterapia y su administración durante la

sesión de desensibilización. Hay que tener en cuenta, que la desensibilización es un proceso en el que se vuelve a someter al paciente a la misma sustancia farmacológica que le desencadenó previamente una reacción de hipersensibilidad, por lo que, se debe valorar la severidad del problema de salud, así como del procedimiento.

Patrón 2 – Nutrición – Metabolismo: Durante la sesión de desensibilización, el profesional de enfermería debería valorar la presencia de signos y síntomas que puedan ser indicativos de una reacción de hipersensibilidad o respuesta alérgica. En este caso, se centra principalmente a nivel digestivo en náuseas y vómitos, y a nivel cutáneo, se valora la presencia de eritema, prurito, edemas, palidez y frialdad cutánea.

Patrón 4 – Actividad: El profesional de enfermería, debe tener en cuenta en este apartado de la valoración, que el proceso de desensibilización necesita una monitorización, al menos horaria de los signos vitales del paciente. Se debe valorar tomando una vez los signos vitales de forma basal para disponer de valores de referencia. Así mismo, el paciente se encuentra en una situación de inmovilidad relativa, ya que no debería abandonar la cama ni la habitación, con el objetivo de atender de forma temprana cualquier situación adversa que se pueda presentar.

Patrón 6 – Cognitivo – Perceptivo: Durante el desarrollo de la sesión de desensibilización, el profesional de enfermería deberá estar atento a las manifestaciones que el paciente pueda hacer refiriéndose al dolor, ya sea a nivel local por el procedimiento invasivo de canalización de una vía venosa, o dolor sistémico, sobre todo precordial o torácico. La carencia de conocimientos suficientes ante determinados procedimientos, el paciente puede presentar miedo, malestar o incluso, mantenerse en un continuo estado de alerta, aspectos que se deberían de valorar también.

Patrón 7 – Autopercepción: en este campo se debería valorar el grado de angustia que tiene el paciente. Recordemos que el paciente sufrió un evento adverso de tipo alérgico al mismo compuesto que se va a ver expuesto en la desensibilización.

> La carencia de conocimientos suficientes ante determinados procedimientos, el paciente puede presentar miedo, malestar o incluso, mantenerse en un continuo estado de alerta, aspectos que se deberían de valorar también.

Incluso, tras ese primer impacto, se debería valorar la posible existencia de expresiones de inutilidad por parte del paciente.

Patrón 10 – Tolerancia al estrés: valorar el grado de estrés del paciente ante el procedimiento terapéutico.

Patrón 11 – Valores: con este tipo de procedimientos dónde el paciente se encuentra expuesto a una situación de riesgo, es importante valorar su actitud hacia las terapias, en este caso, hacia la desensibilización, con el objetivo de detectar posibles actitudes de rechazo hacia el tratamiento nuevo.

Diagnósticos de Enfermería, Criterios de Resultados e Intervenciones

Una vez que se ha realizado la primera fase del plan de cuidados, comprendida por la valoración enfermera, se establecen los diferentes diagnósticos, de los cuales, se derivarán los criterios de resultados e intervenciones a realizar con el paciente que se encuentre ante una sesión de desensibilización en un centro hospitalario.

Los **diagnósticos** incluidos en este plan de cuidados son los siguientes:

1. Conocimientos deficientes (00126) sobre la desensibilización: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionado con un tema específico.
   a. Relacionado con (R/C): información insuficiente.
   b. Manifestado por (M/P): conocimiento insuficiente y rendimiento inadecuado en una prueba.

2. Riesgo de baja autoestima situacional (00153): Vulnerable al desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación concreta, que puede comprometer la salud.
   a. R/C: disminución en el control del entorno.

3. Ansiedad (00146): Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.
   a. R/C: factores estresantes, exposición a toxinas.
   b. M/P: aprensión, incertidumbre, nerviosismo, preocupación, hipervigilancia.

4. Riesgo de infección (00004): Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.
   a. R/C: procedimiento invasivo.

5. Riesgo de shock (00205): Vulnerable a un aporte sanguíneo inadecuado para los tejidos corporales que puede conducir a una disfunción celular que constituya una amenaza para la vida, que puede comprometer la salud.
   a. R/C: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, SRIS, hipotensión, hipovolemia, hipoxemia, hipoxia.

6. Riesgo de respuesta alérgica (00217): Vulnerable a una respuesta inmune o reacción a sustancias exagerada, que puede comprometer la salud.
   a. R/C: exposición a alérgenos y químicos tóxicos.

Los **criterios de resultados**, así como las intervenciones de enfermería se planifican en la tercera fase del proceso enfermero, denominada planificación.

- Criterios de resultados:
  - 01814 Conocimiento: procedimiento terapéutico: grado de conocimiento transmitido sobre un procedimiento requerido dentro de un régimen terapéutico.
  - 01205 Autoestima: juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.
  - 01302 Afrontamiento de problemas: acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.
  - 00702 Estado inmune: Resistencia natural y adquirida adecuadamente centrado contra antígenos internos y externos.
  - 00417 Gravedad de los signos y síntomas de un flujo sanguíneo inadecuado para la perfusión de los tejidos debido

Tabla 1. INTERRELACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS, CRITERIOS DE RESULTADOS E INTERVENCIONES ENFERMERAS.

DIAGNÓSTICO	RESULTADO	INTERVENCIÓN
Conocimientos deficientes (00126)	01814 Conocimiento: procedimiento terapéutico	05618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento 05210 Guía de anticipación 05820 Disminución de la ansiedad
Ansiedad (00146)	01302 Afrontamiento de problemas	05210 Guía de anticipación 05820 Disminución de la ansiedad
Riesgo de baja autoestima situacional (00153)	01205 Autoestima	05400 Potenciación de la autoestima 05270 Apoyo emocional
Riesgo de infección (00004)	00702 Estado inmune	02300 Administración de medicación 06610 Identificación de riesgos
Riesgo de shock (00205)	00417 Severidad del shock	
	00706 Respuesta alérgica sistémica	06412 Manejo de anafilaxia 02300 Administración de medicación 06200 Cuidados en la emergencia 06680 Monitorización de signos vitales 03320 Oxigenoterapia 04260 Prevención del shock 06320 Reanimación
	01902 Control del riesgo	06610 Identificación de riesgos 06486 Manejo ambiental: seguridad
Riesgo de respuesta alérgica (00217)	00707 Respuesta de hipersensibilidad inmunológica	06610 Identificación de riesgos

a la vasodilatación y la permeabilidad capilar con una reacción sistémica de hipersensibilidad de inicio rápido.
- 00706 Respuesta alérgica sistémica: Gravedad de la respuesta inmune hipersensible a un antígeno específico.
- 01902 Control del riesgo: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.
- 00707 Respuesta de hipersensibilidad inmunológica: Gravedad de respuestas inmunes inadecuadas.

- Criterios de **intervenciones**:
  - 05618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.
  - 05210 Guía de anticipación: Preparación del paciente para una futura crisis del desarrollo y/o circunstancial.
  - 05820 Disminución de la ansiedad: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.
  - 05400 Potenciación de la autoestima: Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.
  - 05270 Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
  - 02300 Administración de medicación: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.
  - 06610 Identificación de riesgos: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.
  - 06412 Manejo de anafilaxia: Favorecer una ventilación y perfusión tisulares adecuadas en pacientes con una reacción alérgica (antígeno-anticuerpo) grave.
  - 06200 Cuidados en la emergencia: Realizar la evaluación y aplicar medidas terapéuticas en situaciones urgentes.
  - 06680 Monitorización de signos vitales: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.
  - 03320 Oxigenoterapia: Administración de oxígeno y control de su eficacia.
  - 04260 Prevención del shock: Detección y tratamiento de un paciente con riesgo de shock inminente.
  - 06320 Reanimación: Administración de medidas de urgencia para mantener la vida.
  - 06486 Manejo ambiental: seguridad: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

Interrelación entre Diagnóstico Criterio de Resultado – Intervención

En la **Tabla 1** se muestran las relaciones entre los diagnósticos enfermeros, criterios de resultados e intervenciones adaptados al procedimiento de desensibilización.

CONCLUSIÓN

La desensibilización es un proceso terapéutico no exento de riesgos, cuyo máxime es la anafilaxia. Con el plan de cuidados que se ha planteado, se consigue mejorar la seguridad del paciente ante este tipo de procedimiento, siempre bajo una estrecha vigilancia del profesional de enfermería y del médico. Los principales cuidados que se establecen en el plan de cuidados enfermeros están dirigidos hacia la monitorización de constantes vitales, manejo de la ansiedad y de la información, y control de riesgos.

> “La desensibilización es un proceso terapéutico no exento de riesgos, cuyo máxime es la anafilaxia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castells MC. Rapid drug desensitization-for hypersensivity reactions to chemotherapy and monoclonal antibodies in the 21st century. J Investig Allergol Clin Immunol. 2014; 24 (2): 72-9.
2. Sakaeda T, Kadoyama K, Yabuuchi H, Niijima S, Seki K, Shiraishi Y, Okuno Y. Platinum agent-induced hypersensitivity reactions: data mining of the public version of the FDA adverse event reporting system, AERS. Int J Med Sci. 2011; 8: 332-8.
3. Sangrador C, Martínez M, Pérez-Serrano MD, Soler E. Protocolo de desensibilización a cisplatino. Farm Hosp. 2013; 37 (3): 260-2.
4. Weiss RB, Donehower RC, Wiernik PH, Ohnuma T, Gralla RJ, Trump DL, Baker JR Jr, Van Echo DA, Von Hoff DD, Leyland- Jones B. Hypersensitivity reactions from taxol. J Clin Oncol. 1990; 8: 1263-8.
5. Walker FE. Paclitaxel (TAXOL): side effects and patient education issues. Semin Oncol Nurs. 1993;9 (4 Suppl 2): 6-10.
6. Price KS, Castells MC. Taxol reactions. Allergy Asthma Proc. 2002; 23: 205-8.
7. Gadducci A, Tana R, Teti G, Zanca G, Fanucchi A, Genazzani AR. Analysis of the pattern of hypersensitivity reactions in patients receiving carboplatin retreatment for recurrent ovarian cancer. Int J Gynecol Cancer. 2008; 18: 615-20.
8. Makrilia N, Syrigou E, Kaklamanos I, Manolopoulos L, Saif MW. Hypersensitivity reactions associated with platinum antineoplastic agents: a systematic review. Met Based Drugs. doi:10.1155/2010/207084.
9. Gómez F, Gordon MM, Tena ME. Reacción de hipersensibilidad a carboplatino no reversible mediante protocolo de desensibilización. Ars Pharm. 2015; 56 (1): 32-5.
10. Mezzano V, Giavina-Bianchi P, Picard M, Caiado J, Castells M. Drug desensitization in the management of hypersensitivity reactions to monoclonal antibodies and chemotherapy. BioDrugs. 2014; 28 (2): 133-44.
11. Cortijo-Cascajares S, Jiménez-Cerezo MJ, Herreros de 4. Tejada A. Revisión de las reacciones de hipersensibilidad a antineoplásicos. Farm Hosp. 2012; 36: 148-58.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Actualizando la evidencia sobre las recomendaciones de enfermería en la "alimentación complementaria"

AUTORAS

- CINTIA BORJA HERRERO
- MANUELA IGLESIAS BENITO
- AMPARO ORTEGA QUILIS
- SILVIA GALDÓN TORNERO
- ÁNGELES GARRIGÓS FERRANDO

Enfermeras del equipo de Pediatría del Centro de Salud Fuente de San Luís del departamento de Salud de Valencia Hospital Dr. Peset.

PALABRAS CLAVE

> ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA > INICIO > HUEVO > CEREALES > PESCADO > HIERRO

RESUMEN

Los equipos de atención primaria (AP) tienen que responsabilizarse de la atención sanitaria de la población asignada, fomentando hábitos saludables a través de acciones preventivas como la detección precoz de anomalías y de actividades de educación para la salud, ejerciendo un papel muy importante tanto enfermeras como matronas.

Dentro de las competencias de las enfermeras pediátricas, debemos realizar actividades para la promoción de conductas para fomentar la salud a través de un estado nutricional adecuado. Al mismo tiempo dado la alta incidencia de problemas y patologías nutricionales que afectan a la población infantil y puberal, las enfermeras debemos estar preparadas para detectar precozmente estos problemas, evitarlos siempre que sea posible o facilitar el tratamiento adecuado dentro de nuestras competencias.

La enfermera pediátrica es una pieza muy importante dentro del equipo de atención primaria, cuya cercanía y accesibilidad hace que los padres acudan a nosotras como primera opción en busca de ayuda para que se les den respuestas a sus dudas, como sucede con el inicio de la alimentación complementaria (AC).

INTRODUCCIÓN

A pesar de que todos los padres tienen algún tipo de información previa sobre alimentación complementaria (AC), bien porque han leído algún libro, algún artículo, han buscado información a través de Internet, consultado con otro profesional, han acudido a una charla de alimentación o, a través de personas de su entorno que en ocasiones son quienes les "bombardean"... ¿Cuándo vas a empezar a darle papillas? Mi hijo a su edad ya comía... ¿No ves que la leche ya no le alimenta?... En fin, que llegan a nuestras consultas muchos padres "Confundidos", con información muy diversa, por lo que acabamos oyendo de su boca... "*Cada uno nos dice una cosa... ¿no hay quien se ponga de acuerdo?... así no hay quien se aclare...*"

No resulta sencillo aconsejar a los padres en el inicio de la AC, cuando hay tanta gente que sabe y opina al respecto, siendo evidente que a los padres no les falta razón, ya que, cuando acuden a nosotros se encuentran con que cada profesional guarda en su haber una lista de consejos y sugerencias en cuanto a ***Qué***, ***Cómo*** y ***Cuándo*** introducir determinados alimentos. Enfrentamos a los padres a tantas listas de recomendaciones como profesionales hay. Parece no existir una "verdad absoluta sobre el inicio de la AC", ni bases científicas sobre las que establecer la rigidez de algunas de las recomendaciones. Es evidente que "cada maestrillo tiene su librillo". Tarea difícil para los padres, que deben de discernir con qué recomendaciones quedarse. Es difícil de contestar, pues... funcionar, funcionan casi todas, ya que, los niños crecerán, madurarán y acabarán comiendo lo que comen los adultos de su entorno. Pero parece obvio que, aunque casi todas la recomendaciones "funcionan", la gran mayoría no están respaldadas por la evidencia científica, más bien, responden a experiencias, tradiciones y costumbres de cada profesional sanitario, en su conjunto basadas en protocolos obsoletos que fueron creados en su día y que se mantienen por inercia sin que se cuestione ***CUÁNDO***, ***CÓMO*** y ***QUÉ ALIMENTOS.***

Podemos afirmar que no existe un consenso respecto a las recomendaciones de pautas nutricionales en el bebé, no es posible dar recomendaciones basadas en la evidencia que indique la introducción de un alimento antes que otro, ni un alimento a una hora determinada porque, no existen. Por lo tanto, podríamos decir que, el objetivo general de la alimentación complementaria es ir acostumbrando gradualmente y de forma segura al bebé, introduciéndolo a la dieta del adulto, siendo respetuosos al mismo tiempo con los diferentes modelos culturales de las familias, así como, con procesos madurativos de cada bebé.

La base sobre las recomendaciones de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene que estar fundamentada sobre la investigación, y no en la propia experiencia personal. Conscientes de todo este compendio, los profesionales del equipo de pediatría (enfermeras y pediatras) del Centro de Salud Fuente San Luis, basamos nuestros protocolos de AC en las recomendaciones de expertos fundamentadas en la evidencia científica más actual.

> "La evidencia actual recomienda el inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses de edad pero, seguimos encontrando profesionales que la recomiendan a los 4 meses e incluso antes.

QUÉ ES LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS): **"Período durante el cual se administran otros alimentos junto con la leche materna (incluye sucedáneos).**

Sociedad Europea de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN): ***Cualquier alimento sólido o líquido que no sea leche materna o leche adaptada.***

La definición hace mención a la introducción de alimentos diferentes a la leche, pero seguimos sin saber, "a qué edad deben introducirse", "qué alimentos", y qué "cantidad".

El término **"Complementaria"** indica que hay ***"otros alimentos",*** además de la leche. Estos alimentos van a complementar, no a sustituir a la leche. Porque la alimentación principal del bebé, hasta el año de vida sigue siendo la leche materna. Como todo "mamífero", el bebé "mamífero humano", necesita de la leche de su especie para desarrollarse tal y como se espera que lo haga. En ausencia de leche materna lo hará con leche de fórmula, es lo mismo que la leche materna, pero en estos momentos no es tema que nos ocupa.

CUÁNDO EMPEZAR CON LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La evidencia actual recomienda el inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses de edad[1,2] pero, seguimos encontrando profesionales que la recomiendan a los 4 meses e incluso antes. No hace tantos años, había profesionales que recomendaban introducir el zumo de naranja a los 3 meses de edad. Todavía hay abuelas que nos lo recuerdan... *Ahora la moda es a los 6 meses, pero su padre... a los 3 meses ya comía papillas de frutas, y mira como está...* ***"Cuestión de modas"***.

No es causa de una "moda". Sino más bien de cubrir las necesidades nutricionales[2,3] del niño en crecimiento.

Hasta los 6 meses de vida, la lactancia ya sea materna o artificial, va a ser suficiente para cubrir las necesidades nutricionales del bebé, a partir de esta edad, se hace necesario ir introduciendo paulatinamente otros alimentos de consistencia y variedad adecuada, en cantidades apropiadas y con la frecuencia adecuada, aunque **la leche** seguirá siendo una parte fundamental de la dieta una vez introducida la AC. Por lo tanto, en el período desde los 6 meses hasta el año de vida, el bebé irá adaptándose a la introducción de los nuevos alimentos y adquiriendo poco a poco la dieta del adulto.

¿POR QUÉ EMPEZAR A LOS 6 MESES?

Hay que considerar que, la alimentación exclusivamente láctea más allá de los 6 meses de vida no resulta suficiente para cubrir las necesidades de energía, proteínas, hierro, zinc y vitaminas liposolubles A y D, que el bebé necesita.

Parece demostrado que la maduración de órganos y sistemas como el psicomotor[4], gastrointestinal[5], renal e inmunológico[6,7], necesarios para metabolizar apropiadamente los alimentos no lácteos de una manera segura y efectiva, no se produce antes de los 6 meses de vida, por lo tanto el bebé ni necesita ni puede comer otros alimentos diferentes a la leche, porque para poder hacerlo necesita:

1.- Desarrollo psicomotor.

Los bebés nacen con una serie de reflejos de succión, deglución y respiración, que les permite la alimentación láctea. A partir de los 4 y 6 meses, el bebé va a poder coordinar una serie de movimientos musculares de mandíbula y labios que le permitirán movilizar alimentos de mayor consistencia dentro de su boca. Los movimientos de masticación junto con la aparición de los primeros dientes, facilitarán el poder comer alimentos de mayor consistencia, además la desaparición del reflejo de extrusión, permitirá que el alimento sea llevado hacia la parte posterior de la boca sin dificultad.

Sobre el quinto o sexto mes, el bebé adquiere la habilidad de mantenerse sentado prácticamente sin apoyo, así como de poder controlar las extremidades, principalmente sus manos y sus dedos, lo que le permite llevar el alimento a su boca. Un bebé que no es capaz de llevarse por sí mismo comida a la boca no está preparado para comerla, por lo que, resulta innecesario el obligarle a comer.

Otro signo de maduración, es mostrar interés o desinterés por la comida, una serie de gestos como: abrir la boca, inclinarse hacia delante, o por el contrario, cuando no desea comer más; se impulsa hacia atrás o gira a un lado la cabeza, negándose de este modo a ingerir los alimentos que introducimos en su boca.

Así, desde el punto neuromotor podemos afirmar que, la edad óptima para iniciar la AC se sitúa alrededor de los 6 meses de vida.

2.- Sistema Digestivo.

El aparato digestivo del Recién Nacido (RN) es inmaduro. Su maduración tanto a nivel motor como enzimático es importante a la hora del inicio de la AC. A pesar de que el RN a término sano, nace con la capacidad de hidrolizar los hidratos de carbono (HC) de la leche. No alcanzará hasta los 7 meses de vida las enzimas necesarias para digerir los HC como el adulto. A su vez sobre 4-6 meses de vida posee una cantidad de amilasa pancreática insuficiente para desdoblar los almidones. Por lo tanto, ofrecer cereales a los bebés antes de los 6 meses de edad no es una recomendación adecuada. Las sales biliares no se sintetizan en cantidad suficiente, dificultando la absorción de alimentos no lácteos que contengan lípidos.

El bebé no tiene la suficiente maduración digestiva para poder comer alimentos no lácteos, hasta los 6 meses de edad.

3.- Sistema Inmunitario.

El comienzo de la AC suscita cambios en la microbiota intestinal, primordialmente en las denominadas especies protectoras (Lactobacilos y bifidobacterias) que tienen efectos positivos sobre el sistema inmune. En los lactantes menores de 6 meses, la pared intestinal resulta ser más permeable, alterando la "función de barrera[8]", permitiendo el paso de sustancias no hidrolizadas, digeridas parcialmente, que pueden ser potencialmente alergénicas.

Un motivo más que justifica que el bebé no está preparado para ingerir otros alimentos hasta los 6 meses de edad.

4.- De la Maduración Renal.

Hasta los 6 meses, el riñón no adquiere la madurez para manejar los metabolitos, especialmente proteínas y minerales[3]. La función renal de un niño al año de edad representa cerca del 80% de la función renal de un adulto.

En resumen, es importante que la AC vaya acompañada del desarrollo madurativo de diferentes órganos así como, de una coordinación neuromuscular del bebé por lo que, parece evidente que el inicio de la alimentación complementaria no debe ser antes de los 6 meses de edad.

¿EN QUÉ ORDEN Y QUÉ ALIMENTOS?

Las necesidades nutricionales del lactante a partir de los 6 meses de edad, "poco a poco" se van a ver aumentadas, los requerimientos de líquidos y nutrientes que aporta la leche comienza a ser insuficientes; sobre todo a nivel de calorías, proteínas, zinc, hierro y vitaminas liposolubles. Se hace necesario ir introduciendo pequeñas cantidades de alimentos que le aporten micro y macronutrientes[9,10] que la leche no le da. Esto no quiere decir que, **"la leche sea deficitaria en estos nutrientes",** sino que, el bebé requiere de una mayor cantidad de estos. Uno de los micronutrientes que más necesita, va a ser el hierro, por lo tanto, debemos de valorar la conveniencia de **empezar por alimentos que aporten hierro,** ya que la carencia de éste, puede poner en peligro su desarrollo físico y mental.

> "La función renal de un niño al año de edad representa cerca del 80% de la función renal de un adulto.

La evidencia actual respecto al hierro, pone de manifiesto que los bebés mantienen unos niveles normales de hierro hasta los 6 meses de vida[11,12] y a partir de esta edad, se van a ver aumentadas sus necesidades. A pesar de ello, no debemos de olvidar que la biodisponibilidad del hierro en la leche materna es alta, pero no así suficiente, por lo que es necesario cubrirla con la introducción de otros alimentos que le aporten hierro, como por ejemplo, la carne, que además de ser un fuente de proteínas de alto valor biológico, es rica en hierro y cinc, por lo que se considera uno de los alimentos más recomendables para iniciar la AC.

Con los conocimientos actuales[13] no parece aconsejable seguir con las recomendaciones de iniciar la AC con la fruta primero... y después de la fruta continuar con.... Y a los 8 meses introducir....y no dar... antes de los 9 meses, etc., etc... En fin, hojas de recomendaciones tan variadas de introducción de alimentos como profesionales somos, como para volver locos a los padres, que no es de extrañar su desconcierto. Natural que duden si es correcto el seguir con las recomendaciones que les damos, si estas difieren tanto de un profesional a otro.

Pues bien, aunque a muchos les sorprenda, lo que actualmente indican las sociedades científicas, (ESPGHAN) como la Academia Americana de Pediatría (AAP), el orden de incorporación de los alimentos en la etapa

de inicio de la AC no es relevante, por lo que, parece razonable utilizar la "lógica científica", siendo más indicado el introducir en primer lugar aquellos alimentos que más necesidad o carencia tenga un bebé a los 6 meses de edad.

Los Cereales.

Todavía está muy extendida la recomendación de introducir primero los cereales hidrolizados. Recomendación que puede ser ampliamente discutida.

Los niños necesitan hierro y los cereales hidrolizados están enriquecidos con hierro, puede ser lógico introducirlos en primer lugar, ¿no?, A pesar de que los cereales están fortificados con hierro, su absorción es relativamente baja[14], en contraste con otros alimentos ricos en hierro, (carnes, aves de corral, huevo y pescado) cuya biodisponibilidad es mucho más alta (tasa de absorción del 20 al 35%). Por lo que al introducir la AC, deberíamos de introducir en primer lugar los alimentos más ricos en hierro (carne, huevo y pescado), es decir hierro de mayor biodisponibilidad, aumentando su absorción si los consumen junto con otros alimentos ricos en vitamina A, C y ácido fólico.

Otra premisa a tener en cuenta, si iniciamos la AC con cereales hidrolizados es su contenido en azúcar, puede no constar en el etiquetado del producto, no siempre el fabricante añade azúcar, sino que éste, es producto del proceso de dextrinación o hidrólisis[15] que sufre el cereal, proporcionándole un sabor dulce, favoreciendo su aceptación, siendo éste sabor muy familiar, predisposición que viene determinada desde su etapa uterina[18], donde experimenta patrones culturales gustativos principalmente azúcares (glucosa y fructosa) de la dieta materna a través del líquido amniótico, mucho antes de tener contacto directo con el alimento[16,17], lo que determina su preferencia innata por este sabor, que continuará al nacimiento, a través de la leche materna. Ejemplo de ello es un estudio realizado con madres que habían consumido zumo de zanahoria en el embarazo y durante la lactancia, y cuyos bebés preferían cereales con sabor a zanahoria, al compararlos con un grupo control cuyas madres no la habían consumido[17]. Los bebés alimentados con fórmula también verán influenciados sus gustos posteriores, ya que éstos aceptan mejor las papillas de cereales hidrolizados, al estar estas aromatizadas con vainilla, aromatizante empleado en las leches de fórmula[19], una muestra de que "la industria fideliza a sus clientes". Resulta curioso este hallazgo, si pensamos en las ocasiones que encontramos bebés de lactancia materna que no aceptan fácilmente los preparados de cereales hidrolizados.

La mayoría de las preferencias alimentarias se adquieren a través de la experiencia, si introducimos en primer lugar alimentos de sabor dulce, predisponemos a este sabor y aumentamos el rechazo a probar nuevos alimentos, dificultando así la introducción de una dieta variada y saludable[20].

No es imprescindible ni necesario que el bebé coma cereales hidrolizados, ya que desde los 6 meses puede consumir de la dieta de los adultos, cereales como arroz, pan, pasta, etc.

Los cereales, por su alto contenido en carbohidratos son un aporte energético importante además de una fuente de fibra, proteínas de origen vegetal, minerales, ácidos grasos esenciales y vitaminas (especialmente tiamina), pero no olvidar que los cereales hidrolizados son ricos en azucares, por lo que un bebé que toma una papilla al día de cereales hidrolizados, según la cantidad que indican los fabricantes de estos productos, va a consumir 2 kilos de azúcar de los 6 a los 12 meses. Cantidad nada recomendable. Puede que con ello podemos responder en parte a la pregunta, ***¿por qué a los niños les gusta tanto el azúcar y nada las verduras***[21]***?***

El Gluten.

Recomendación que en poco tiempo ha ido variando. La ESPGHAN, con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad celíaca

> Es importante que los padres conozcan que la alimentación es un proceso voluntario y consciente.

(EC)[22] recomendó en 2008, introducir el gluten en pequeñas cantidades entre los 4 y 7 meses, mientras el bebé seguía siendo alimentado con leche materna, recomendación que se realizó sin estar claro, si lo que retrasaba era el comienzo de los síntomas o si producía una protección permanente frente a la enfermedad[23].

Posteriormente un estudio europeo multicéntrico[24] observó que, introducir el gluten entre los 4 y los 6 meses en bebés amamantados al pecho y con predisposición genética a la enfermedad, no reducía el riesgo de EC. A su vez, otros investigadores han contrastado que retrasar el gluten al año de edad en bebés con riesgo genético, puede retrasar la aparición de la enfermedad pero no prevenirla[25].

A pesar de la existencia de estudios, sigue siendo un tema muy debatido, donde no hay un consenso sobre el momento más idóneo para la introducción del gluten. Pero la evidencia más actual nos dice que, con independencia que exista o no predisposición genética a la enfermedad, y el bebé sea o no alimentado con leche materna, parece recomendable no introducir el gluten antes de los 6 meses ni después de los 7 meses[26].

Alimentos considerados alergénicos.

El introducir más tardíamente determinados alimentos considerados con mayor poder alergénico con el fin de prevenir o retrasar alergias, es una recomendación muy extendida. Pero en verdad, ¿Sirve de algo retrasar la introducción de estos alimentos? ¿Qué hacer con los niños considerados de riesgo?

Si aplicamos la lógica, parece sensato el retrasar la introducción de los alimentos potencialmente alergénicos. Pero es fundamental analizar las recomendaciones sobre las que se apoya el conocimiento científico actual. En este aspecto como en muchos otros no debemos emplear la "lógica" ni hacer lo que "siempre" se ha hecho para justificar lo que estamos recomendando. La evidencia actual establece que el retrasar la introducción de alimentos considerados potencialmente alergénicos inclusive puede ser desfavorable[27], tampoco la evidencia justifica que el retrasar estos alimentos puede ser un factor de prevención de alergia[28,29,30] en bebés con mayor riesgo de padecerlas.

El pescado.

Rico en proteínas y aminoácidos esenciales, fuente importante de minerales como el yodo, cloro, sodio, potasio, fósforo. También aporta hierro y cinc aunque en menor cantidad que la carne.

El pescado blanco es pobre en grasa, en cambio el pescado azul es rico en ácidos grasos poliinsaturados (omega 3 y omega 6). Sin evidencia que lo respalde, llevamos años oyendo o recomendando de no introducir el pescado antes de los 9 meses, hoy tenemos evidencia suficiente[31] como para afirmar que los bebés pueden comer pescado desde los 6 meses, incluso en bebés considerados de mayor riesgo para el desarrollo de alergias[32].

Su menor contenido en grasas favorece su digestibilidad. Es recomendable empezar con el pescado blanco, así como no introducir antes de los 3 años pescado de gran tamaño como el lucio, pez espada, tiburón y atún, por la cantidad de mercurio que acumulan. Lo mismo sucede con el marisco, que no se recomienda antes de los 3 años por el cadmio que acumula.

Las legumbres.

Otra recomendación muy extendida sin que exista evidencia que la avale, es la de ofrecer las legumbres más tarde de los 6 meses.

Aportan proteínas y hierro, con el fin de aumentar el valor biológico de las proteínas, se recomienda tomarlas con verduras y algún alimento rico en vitamina C que aumentará la absorción del hierro.

La fibra soluble presente en las legumbres las convierte en alimentos más flatulentos, pero al consumirlas sin la piel o dar pequeñas cantidades, se terminó el problema.

El huevo.

Fuente importante de proteínas (6 gramos, equivale a 30 gramos de carne magra) y grasas ricas en fosfolípidos, con predominio de ácidos grasos poliinsaturados sobre los saturados. Aunque es rico en hierro, su unión a fosfoproteínas y a albúmina, disminuyen su biodisponibilidad. Podemos recomendar el consumo de huevo en bebés a partir de los 6 meses de edad, siempre que éste esté cocinado ya que el consumo de huevo crudo aumenta su capacidad alergénica así como el riego de salmonelosis.

CONCLUSIONES

No existe un orden de introducción de alimentos a partir de los 6 meses de edad. Lo verdaderamente relevante es que la introducción de los nuevos alimentos se realice de forma individual y poco a poco, con el objetivo de conseguir que el niño se adapte a las nuevas texturas y sabores. De esta forma podemos comprobar la tolerancia del bebé al nuevo alimento, dando tiempo a la adaptación de su organismo pudiendo detectar más fácilmente qué alimento específico puede ser causa de algún eventual problema (alergias o intolerancias).

Es importante que los padres conozcan que la alimentación es un proceso voluntario y consciente, pero además, como profesionales de enfermería, también debemos de considerar que el contribuir a establecer desde temprana edad unos hábitos alimentarios saludables no está reñido con las costumbres nutricionales culturales y familiares, que debemos respetar y conocer para poder indicar a los padres y cuidadores el cómo adaptar la dieta familiar a las características madurativas del bebé a partir de los 6 meses de edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kramer MS, Kakuma R. duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2012, Número 8. Art. No: CD003517. DOI: 10.1002 / 14651858. CD003517.pub2
2. Michaelsen, KF, Larnkjær, A., Lauritzen, L., y Mølgaard, C. (2010). La base científica de la práctica de la alimentación complementaria en la infancia.*Current Opinion in Clinical Care Nutrición y Metabolismo, 13* (3), 277-283.

3. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46(1): 99–110.
4. Almarza AL, Martínez BM. Alimentación del lactante sano. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP 2010, pp. 311–320
5. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2
6. Flores-Huerta, S., Martínez-Andrade, G., Toussaint, G., Adell-Gras, A., & Copto-García, A. (2006). Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad: Bases técnicas. *Boletín médico del Hospital Infantil de México, 63* (2), 129-144.
7. Szajewska, H. (2012). Early nutritional strategies for preventing allergic disease. *IMAJ-Israel Medical Association Journal, 14* (1), 57.
8. Szajewska, H. (2013). La prevención de la alergia a los alimentos en los niños. *Current Opinion in Clinical Nutrition y metabólica Care, 16* (3), 346-350.
9. Figueroa O, López A, Vera L. Alimentación del lactante. En: L. Machado de Ponte, I. Izaguirre de Espinoza, R.J. Santiago. Nutrición Pediátrica. Editorial Médica Panamericana, C.A. Caracas 2009, pp. 125-126.
10. Sánchez Ruiz-Cabello, J. (2014). ¿Hay que hacer profilaxis de hierro en lactantes? *Pediatría Atención Primaria, 16,* 65-68.
11. Baker, RD, y Greer, FR (2010). El diagnóstico y la prevención de la deficiencia de hierro y la anemia ferropénica en los lactantes y niños pequeños (0-3 años de edad). Pediatrics, *126* (5), 1040/50.
12. Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B. ... & Shamir, R. (2008). Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition,46* (1).
13. Michaelsen, K. F., Larnkjær, A., Lauritzen, L., & Mølgaard, C. (2010). Science base of complementary feeding practice in infancy. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, 13* (3), 277-283.
14. Alimentación y Nutrición y el Instituto de Medicina. Comité permanente de la evaluación científica de Ingestas dietéticas de referencia. Academia Nacional de la Prensa; Washington, DC: 2001. Ingestas dietéticas de referencia para la vitamina A, vitamina K, boro, cromo, cobre, yodo, hierro, manganeso, molibdeno, níquel, silicio, vanadio y zinc; pp. 442 hasta 501.
15. Elliott, C. D. (2010). Sweet and salty: nutritional content and analysis of baby and toddler foods. *Journal of Public Health,* fdq037
16. Roos, N., Sørensen, JC, Sørensen, H., Rasmussen, SK, Briend, A., Yang, Z., y Huffman, SL (2013). La detección de compuestos anti-nutricionales en los alimentos complementarios y productos de ayuda alimentaria para lactantes y niños de corta edad. *Materna y la nutrición infantil, 9* (S1), 47-71.
17. Haubrich, S. (2006). *Einfluss von hypoallergener Säuglingsnahrung auf die Entwicklung von Geschmackspräferenzen* (Doctoral dissertation, Diploma thesis, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Life Sciences, Department Ökotrophologie, 2006. http://opus. hawhamburg. de/ frontdoor. php)
18. Mennella, J. A., Jagnow, C. P., & Beauchamp, G. K. (2001). Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. *Pediatrics, 107*(6), e88-e88.
19. Ventura, AK, y Mennella, JA (2011). Preferencias innatas y aprendidas de sabor dulce durante la infancia. *Current Opinion in Clinical Care Nutrición y Metabolismo, 14* (4), 379-384.
20. Haller, R., Rummel, C., Henneberg, S., Pollmer, U., & Köster, E. P. (1999). The Influence of Early Experience withVanillin on Food Preference Later in Life. *Chemical Senses, 24* (4), 465-467.
21. Mennella, J. A., & Bobowski, N. K. (2015). The sweetness and bitterness of childhood: Insights from basic research on taste preferences. *Physiology & behavior, 152,* 502-507.
22. Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Koláček, S., Koletzko, B. ... y Shamir, R. (2008). Alimentación complementaria: un comentario por el Comité sobre Nutrición ESPGHAN. *Diario de la gastroenterología y nutrición pediátrica, 46* (1), 99-110.
23. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, et al. Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Arch Dis Child. 2006; 91: 39-43.
24. Vriezinga SL, Auricchio R, Bravi E, et al. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease. N Engl J Med. 2014; 371: 1304-15.
25. Lionetti E, Castellaneta S, Francavilla R, et al. Introduction of gluten, HLA status, and the risk of celiac disease in children. SIGENP (Italian Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) Working Group on Weaning and CD Risk. N Engl J Med. 2014; 371: 295-303.
26. Martínez-Ojinaga Nodal, E. EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA.
27. Michaelsen, K. F., Larnkjær, A., Lauritzen, L., & Mølgaard, C. (2010). Science base of complementary feeding practice in infancy. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, 13*(3), 277-283.
28. Beauchamp, GK, y Mennella, JA (2011). Percepción del sabor en los bebés humanos: Desarrollo y la importancia funcional *de digestión, 83* (Supl.1), 1-6.
29. Sausenthaler, S., Heinrich, J., y Koletzko, S. (2011). Dieta temprana y el riesgo de alergia: ¿qué podemos aprender de los estudios de cohortes prospectivo nacimiento GINIplus y LISAplus? *La revista americana de nutrición clínica, 94* (Suppl 6), 2012S-2017S.
30. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. EFSA J. 2009; 7(12):1423 61.
31. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care,* en Mayo del 2010.
32. Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Koláček, S., Koletzko, B., y Shamir, R. (2008). Alimentación complementaria: un comentario por el Comité sobre Nutrición ESPGHAN. *Diario de la gastroenterología y nutrición pediátrica, 46* (1), 99-110.

Listeria y embarazo: una mirada actual

AUTORES

- LAURA ISABEL GRAMAGE-CÓRDOBA
  Matrona. Centro de Atención Primaria de Chelva (Valencia).
- ADALBERTO ASINS-CUBELLS
  Matrón. Centro de Atención Primaria de Chelva (Valencia).
- PATRICIA CHAMÓN-MOYA
  Enfermera. Hospital de Llíria (Valencia).
- CARLOS LLOPIS-COLOMA
  Enfermero. Hospital de Llíria (Valencia).

PALABRAS CLAVE

> LISTERIA > EMBARAZO > RECIÉN NACIDO
> COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
> PREVENCIÓN

RESUMEN

Listeria monocytogenes es un cocobacilo frecuentemente presente en alimentos crudos de origen animal o vegetal y en productos cocinados. Este cocobacilo afecta principalmente a grupos de riesgo, entre los que están embarazadas y neonatos. En la gestante suele causar un cuadro subclínico que puede pasar desapercibido o confundirse con un cuadro viral; sin embargo, la propagación transplacentaria puede conducir a situaciones severas como la corioamnionitis, parto prematuro, aborto, infección neonatal e incluso la muerte fetal. La principal medida de actuación frente a *L. monocytogenes* es su prevención.

> Bajo el término Listeriosis se incluyen todas las enfermedades causadas o atribuidas a bacterias del género Listeria spp.

INTRODUCCIÓN

Bajo el término Listeriosis se incluyen todas las enfermedades causadas o atribuidas a bacterias del género Listeria spp. La más relevante de estas bacterias es la *Listeria monocytogenes*. A pesar de no ser su descubridor, el género Listeria spp. debe su nombre a Joseph Lister (1827-1912), médico inglés que implantó las condiciones de asepsia y antisepsia en la cirugía. Esta enfermedad afecta principalmente a grupos de riesgo bien definidos: neonatos, personas mayores de 65 años, mujeres embarazadas y sujetos con inmunodepresión celular[1].

L. monocytogenes es un cocobacilo grampositivo, (β-hemolítico, anaerobio facultativo, no esporulado y móvil), que mide 0,5 x 1,5 µm y es capaz de sobrevivir bajo condiciones extremas de temperatura (-7º a 45ºC), que incluye los rangos de refrigeración habitual de alimentos, niveles de pH entre 4,4 y 9,4 y altas concentraciones de salinidad, lo que le permite sobrevivir por más tiempo en condiciones ambientales adversas[2].

Ampliamente distribuido en el ambiente, se ha aislado en tierra, vegetación, forraje, materia fecal y aguas servidas. Se encuentra en lugares donde se procesa el alimento, particularmente si éste es frío y húmedo. Está frecuentemente presente en comidas crudas de origen animal o vegetal y en productos cocinados, por contaminación posterior a la cocción[3].

L. monocytogenes es destruida a través de la pasteurización y por la mayoría de agentes desinfectantes[4]. Se aísla fácilmente, a partir de sitios normalmente estériles, mediante el uso de cultivos corrientes; no obstante, en cultivos mixtos o polimicrobianos como coprocultivos o alimentos, es más difícil, por lo que requiere el uso de medios enriquecidos o selectivos[5].

Se han identificado 6 especies de Listeria, pero *L. monocytogenes*, es la principal patógena en humanos y animales. Existen 16 serotipos descritos de *L. monocytogenes*, según sus antígenos de superficie; sin embargo, sólo 3 serotipos (1/2a, 1/2b, y 4b) son responsables de 95% de las infecciones en humanos[6]; su serotipificación es útil desde el punto de vista epidemiológico más que clínico.

EPIDEMIOLOGÍA

La puerta de entrada es el tracto digestivo ingresando el patógeno intracelular por vía oral. El inóculo requerido para producir la infección es desconocido y *L. monocytogenes* es capaz de tolerar el pH gástrico, enzimas proteolíticas y sales biliares, gracias a la traducción de proteínas de estrés[7]. El período de incubación oscila entre 11 y 70 días[8]. La bacteria cruza la pared intestinal induciendo una endocitosis en células epiteliales, mediada por proteínas de superfície (intemalinas) que interactúan con receptores de las células epiteliales. Traspasada la barrera intestinal, llega a las células de Kupffer en el hígado, crece en el citoplasma y se mueve, de célula en célula, infectando los hepatocitos. Después de esta fase epitelial, en pacientes con disminución de la inmunidad celular no se logra controlar la multiplicación y *L. monocytogenes* alcanza el torrente sanguíneo produciendo bacteriemia e invasión de órganos, teniendo la capacidad de traspasar tres importantes barreras: intestinal, hemato-encefálica y placentaria. Este enteropatógeno tiene especial tropismo por la placenta y el SNC[9].

Estudios realizados en varios países industrializados de la Unión Europea, han señalado que la incidencia anual de listeriosis varía de 2 a 10 casos por millón de habitantes. A pesar de su baja incidencia, la listeriosis tiene una alta tasa de letalidad que puede superar el 30%[10].

En España, la listeriosis es una enfermedad de declaración voluntaria realizada por las comunidades autónomas al Sistema de Información Microbiológica (SIM)[11]. No está incluida en el sistema EDO. La actual declaración voluntaria de la listeriosis en España no permite recoger la información epidemiológica de forma sistemática (no hay una ficha epidemiológica nacional) ni homogénea entre las diferentes comunidades autónomas. Esta situación hace que no se conozca la incidencia real de la listeriosis en nuestro país y que la información epidemiológica recogida no sea fidedigna, y ello impide sentar las bases adecuadas para una acción preventiva[12].

La listeriosis es 18 veces más común en el embarazo (12/100.000) que en la población general[13]; las mujeres embarazadas representan entre 16-27% de todas las infecciones de Listeria[14-16]. Los casos esporádicos de listeriosis perinatal, así como los casos de epidemia, se han descrito con una prevalencia que varía entre 8,6 y 17,4 / 100.000 nacidos vivos[13,17].

> “Cuando el feto se infecta a través de la placenta, puede causar aborto, muerte perinatal, alteraciones neurológicas, neumonía, sepsis o meningitis[19].

CUADRO CLÍNICO

Esta infección se manifiesta en cualquier etapa de la gestación, aunque la mayoría se detecta en el tercer trimestre. Suele causar un cuadro leve o subclínico “pseudogripal” en la embarazada, caracterizado por fiebre, cefalea, odinofagia, mialgias, dolor articular, malestar general, dorsalgia, náuseas y vómitos, confundiéndose a menudo con un cuadro viral o fiebre tifoidea. Puede agregarse ITU o leucorreas persistentes. Bacteriemia sin foco evidente es la presentación clínica más frecuente y durante el embarazo a través de una propagación transplacentaria causa infección intrauterina, que puede conducir a corioamnionitis, parto prematuro, aborto espontáneo, muerte fetal e infección precoz del neonato[18].

En contraste con la enfermedad materna, la infección fetal y neonatal es severa y con frecuencia fatal, con una tasa de letalidad del 20% al 30%. Cuando el feto se infecta a través de la placenta, puede causar aborto, muerte perinatal, alteraciones neurológicas, neumonía, sepsis o meningitis[19].

La listeriosis neonatal se clasifica en temprana si la enfermedad se manifiesta dentro de la primera semana de vida y tardía si ocurre después de los siete días.

La listeriosis temprana o granulomatosis infanto séptica, de mayor mortalidad (30% a 50%), se asocia a síndrome febril materno, corioamnionitis y parto prematuro. La patogenia está determinada por la aspiración de líquido amniótico infectado. Puede presentarse como sepsis (más frecuente), síndrome de distrés respiratorio (SDR), alteraciones de la termorregulación, meningitis, lesiones cutáneas, síndrome de granulomatosis fetal.

La listeriosis tardía se asocia a parto a término no complicado. Su patogenia es incierta, aunque se le ha atribuido a la infección del recién nacido a través de si pasó por el canal del parto o por transmisión horizontal en el ambiente nosocomial. Existe una mayor probabilidad de meningitis con una letalidad cercana al 50%, se observa también conjuntivitis y SDR[20].

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de listeriosis se realiza mediante el cultivo de muestras. Las muestras estériles (sangre, líquido cefalorraquídeo (LCR), líquido sinovial) no requieren medios de cultivo especiales[21]. Las no estériles (meconio, placenta, aspirado gástrico) requieren métodos especiales (medios selectivos o enriquecimiento en frío), lo que puede retrasar el aislamiento bacteriano[22] (Tabla 1).

Tabla 1: TOMA DE MUESTRAS SEGÚN EL TIPO DE INDIVIDUO[23]

INDIVIDUO	MUESTRA
Neonato	Sangre Meconio LCR Aspirado gástrico
Mujer no gestante	Exudado cervicovaginal Heces Sangre menstrual Hisopado cervical
Mujer gestante	Placenta Loquios Líquido amniótico
Hombre	Semen Exudado uretral Heces

Fuente: Elaboración propia.

La bacteria crece en 24-48 horas, formando pequeñas colonias redondeadas débilmente β-hemolíticas en agar sangre[22]. También pueden utilizarse otros cultivos convencionales como agar chocolate o agar triptosa[23]. El serodiagnóstico de listeriosis se realiza mediante la detección de anticuerpos frente a la listerolisina O (LLO). Este método es útil para la identificación de individuos con enfermedad no invasiva (infección asintomática, gastroenteritis) en los estudios epidemiológicos de brotes alimentarios, pero no es útil en el diagnóstico agudo de la infección[21,22]. La sensibilidad de esta prueba es del 61% y la especificidad del 100%[22].

Otras técnicas de diagnóstico son las serológicas, por aglutinación rápida y por aglutinación lenta, y la biología molecular, mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR)[23]. La PCR se utiliza para la detección rápida de *L. monocytogenes* en individuos con clínica compatible, siendo especialmente útil cuando la administración de un antibiótico puede dificultar el cultivo[24].

Cuando hay aislamiento de *L. monocytogenes* en un cultivo de muestra se produce la confirmación de la infección y se dice que el individuo es un caso confirmado. Cuando no existe confirmación microbiológica pero el cuadro clínico es compatible con la enfermedad se dice que el individuo es un caso probable de listeriosis.

TRATAMIENTO

El éxito del tratamiento farmacológico está influenciado por el particular comportamiento de *L. monocytogenes* como bacteria intracelular facultativa. El antimicrobiano deberá llegar al interior de la célula hospedera para actuar y, en caso de compromiso del SNC y/o fetal, atravesar las barreras hematoencefálica y/o placentaria[25]. *L. monocytogenes* es sensible in vitro a penicilinas, aminoglucósidos, cotrimoxazol, macrólidos y vancomicina. Sin embargo, presenta resistencia natural a cefalosporinas, fosfomicina y quinilonas[26]. La amoxicilina o la ampicilina son los fármacos de elección, tanto en madres como en recién nacidos[25]. In vitro se ha observado una actividad sinérgica de la gentamicina con la ampicilina[27].

En mujeres gestantes alérgicas a la penicilina, el tratamiento con sulfonamidas debe evitarse y se recomienda el tratamiento con un macrólido o vancomicina[21].

En general, la duración recomendada de los tratamientos es de 2 semanas en los casos de bacteriemia, 3 semanas en los pacientes con meningitis, de 4 a 6 en los casos de endocarditis, y de un mínimo de 6 semanas en los pacientes con encefalitis o absceso cerebral[22].

Existe evidencia que el tratamiento de la listeriosis, sin interrumpir el embarazo, puede resultar exitoso desde el punto de vista perinatal, evitando las complicaciones graves de la prematuridad cuando este cuadro se presenta en edades gestacionales muy precoces[28].

A continuación se indica la pauta terapéutica recomendada en los diferentes tipos de pacientes **(Tabla 2)**[29]:

Tabla 2: PAUTA TERAPÉUTICA RECOMENDADA[29]

PACIENTE	DOSIFICACIÓN
En adultos	Ampicilina (iv): 12gr/dia (en 6 fracciones diarias) o Penicilina G (iv): 15-20 millones de unidades (en 6 fracciones diarias)
Inmunocomprometidos con meningitis	Idem anterior + Gentamicina (iv): 1,3 mg/kg/8h
Alérgicos a penicilina	Cotrimoxazol (iv): 15 mg/kg/dia Trimetroprim + 75 mg/kg/día Sulfametoxazol (en 3 fracciones diarias)
En neonatos	**Menos de 2 kg:** Ampicilina: 100 mg/kg/día (en 2 fracciones diarias), la 1ª semana 150 mg/kg/día (en 2 fracciones diarias), la 2ª semana + Gentamicina: 5 mg/kg/día (en 2 fracciones diarias), la 1ª semana 7,5 mg/kg/día (en 3 fracciones diarias), la 2ª semana **Igual o mayor de 2 kg:** Ampicilina: 150 mg/kg/día (en 3 fracciones diarias), la 1ª semana 200 mg/kg/día (en 3 fracciones diarias), la 2ª semana + Gentamicina: 5 mg/kg/día (en 2 fracciones diarias), la 1ª semana 7,5 mg/kg/día (en 3 fracciones diarias), la 2ª semana
En embarazadas	Ampicilina: 4-6 gr/dia (en 4 fracciones diarias) durante 2 semanas

Fuente: Elaboración propia

> La prevención de la listeriosis consiste en evitar la contaminación y el crecimiento de *L. monocytogenes* en todas las etapas de la cadena alimentaria.

PREVENCIÓN

La prevención de la listeriosis consiste en evitar la contaminación y el crecimiento de *L. monocytogenes* en todas las etapas de la cadena alimentaria.

Por su parte los consumidores deben evitar el consumo de alimentos potencialmente peligrosos para la listeriosis. El Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y la Food and Drug Administration (FDA) establecen las siguientes recomendaciones para la prevención de la listeriosis vehiculizada por alimentos[30, 31]:

Tiempo de enfriamiento

- El refrigerador debe estar a una temperatura de 40° F (4° C) o inferior, y el congelador debe estar a 0° F (-18° C).
- Refrigerar o congelar alimentos perecederos, alimentos preparados y la comida que haya quedado antes de las dos horas de haberla comido o preparado. Desechar los alimentos que queden fuera del refrigerador a temperatura ambiente durante más de dos horas. Cuando las temperaturas sean superiores a 90° F (32° C), desechar los alimentos después de transcurrida una hora.
- Utilizar los alimentos perecederos listos para consumir, como por ejemplo, lácteos, carne de res, carne de pollo, pescado y mariscos, y frutas y verduras, lo antes posible.

Consejos para el refrigerador

- Limpiar el refrigerador con regularidad e inmediatamente después de cualquier derrame.
- Limpiar las paredes interiores y los estantes con agua caliente y detergente líquido y suave para platos. Después, enjuagar.
- Una vez por semana, verificar las fechas de vencimiento y desechar los alimentos si ya ha pasado la fecha indicada.

Recomendaciones alimentarias:

- Cocer bien la carne cruda de origen animal (vacuno, porcino y aviar, entre otras).
- Lavar bien las verduras crudas antes de su consumo.
- Separar las carnes crudas de las verduras, de los alimentos cocinados y de los alimentos preparados para su consumo inmediato.
- Lavar perfectamente las manos, así como los cuchillos, utensilios y tablones de corte, después de manipular alimentos crudos.
- Recalentar los alimentos sobrantes o los preparados para consumir antes de comerlos, hasta la emisión de vapor.

No comer:

- Salchichas, fiambres y embutidos a menos que estén recalentados y bien calientes.
- Quesos blandos, como Feta, Brie y Camembert, quesos azules, queso blanco o queso fresco, a menos que estén procesados con leche pasteurizada.
- Patés o pastas de carne para untar refrigerados
- Mariscos ahumados refrigerados, a menos que esté cocido, como por ejemplo, en un guiso.
- Leche cruda (sin pasteurizar) o alimentos que contengan dicho tipo de leche.

Puede comer:

- Patés o pastas de carne para untar enlatados o con estabilidad en almacenamiento (pueden almacenarse en estantes sin refrigeración).
- Mariscos ahumados enlatados o con estabilidad en almacenamiento.
- Leche pasteurizada o alimentos que contengan leche pasteurizada.

CONCLUSIONES

La incidencia de la listeriosis es más común en el embarazo debido a las condiciones del sistema inmunológico propias de esta etapa, y, en consecuencia, en la etapa perinatal[13-17]. La infección se puede detectar en cualquier etapa de la gestación, siendo más habitual en el tercer trimestre, y sin clínica evidente asociada. A través de la propagación transplacentaria la infección intrauterina que conduce a la infección fetal puede ser mucho más severa e incluso letal[18-20].

La importancia del cuadro radica en su prevención. El papel de la matrona en el control del embarazo y la alimentación segura durante el mismo es esencial. Es importante dar a conocer y reforzar los conocimientos previos para ofrecer a las gestantes pautas preventivas capaces de evitar que se produzca esta infección. La matrona debe evaluar la dieta de la gestante y asentar o modificar sus hábitos alimentarios. Para alcanzar con éxito este

objetivo, es necesario que los profesionales tengamos información actualizada sobre el tema y de prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brouwer MC, Van de Beek D, Heckenberg S, Spanjaard L, de Gans J. Community-acquired Listeria monocytogenes meningitis in adults. Clin Infect Dis. 2006; 43: 1233-8.
2. Lorber B. Listeriosis. Clin Infect Dis 1997; 24: 1-9.
3. Ramaswamy V, Cresence VM, Rejitha JS. Lekshmi MU, Dharsana KS, Prasad SP, et al. Listeria-review of epidemiology and pathogenesis. J Microbiol Immunol Infect 2007; 40: 4-13.
4. Posfay-Barbe KM, Wald ER. Listeriosis. Pediatr Rev 2004; 25: 151-9.
5. Gellin BG, Broome CV. Listeriosis. JAMA 1989; 261: 1313-20.
6. Liu D. identification, subtyping and virulence determination of *Listeria monocytogenes,* an important foodvorne pathogen. J Med Microbiol 2006; 55: 645-59.
7. Sleator RD, Gahan CG, Hill C. A postgenomic appraisal of osmotolerance in *Listeria monocytogenes*. Appl Environ Microbiol 2003; 69: 1-9.
8. Lindan MJ, Mascola L, Lou XD, Goulet V, May S, Salminem C, et al. Epidemic listeriosis associated with Mexican-style cheese. N Engl J Med 1988; 319: 823-8.
9. Lecuit M. Understanding how Listeria monocytogenes targets and crosses host barriers. Clin Microbiol Infect 2005; 11:430-6.
10. Amaya-Villar R, García Cabrera E, Sulleiro-Igual E, Fernñandez-Viladrich P, Fontanals-Aymerich D, Catalán-Alonso P, et al. Three-year multicenter surveillance of community acquired listeria monocytogenes meningitis i adults. BMC Infect Dis. 2010; 10:324.
11. RD 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE no21, de 24 de enero de 1996.
12. Parrilla Valero Fernando, Vaqué Rafart Josep. Estudio de la incidencia de listeriosis en España. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2014 Feb [citado 2015 Jun 02]; 28(1): 74-76. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-
13. Southwick FS, Purich DL. Intracellular pathogenesis of listeriosis. N Engl J Med. 1996; 334: 770-6.
14. Jackson KA, Iwamoto M, Swerdlow D. Pregnancy-associated listeriosis. Epidemiol Infect. 2010; 138: 1503-9.
15. Janakiraman V. Listeriosis in pregnancy: diagnosis, treatment, and prevention. Rev Obstet Gynecol. 2008;1:179-85.
16. Voetsch AC, Angulo FJ, Jones TF, Moore MR, Nadon C, McCarthy P, et al. Reduction in the incidence of invasive listeriosis in foodborne diseases active surveillance network sites, 1996-2003. Clin Infect Dis. 2007; 44:513-20.
17. Tappero JW, Schuchat A, Deaver KA, Mascola L, Wenger JD. Reduction in the incidence of human listeriosis in the United States. Effectiveness of prevention efforts? The Listeriosis Study Group. JAMA. 1995; 273:1118-22.
18. Mylonakis E, Hohmann EL, Calderwood SB, Wing EJ. Listeriosis during pregnancy: a case series and review of 222 cases. Medicine (Baltimore) 2002; 81: 260-0.
19. Schwarze R, Bauermeister CD, Ortel S, Wichmann G. Perinatal listeriosis in Dresden 1981-1986: clinical and microbiological findings in 18 cases. Infection. 1989; 17:131-138.
20. Zelada M, Navarrete C: Infección neonatal por Listeria monocytogenes. Rev Chil Pediatr 1990; 61(1): 17-24
21. Lorber B. Listeria monocytogenes. En: Gerard L. Mandell, John E. Bennet, Dolin R, editores. Mandell, Douglas and Bennet's Principles and practice of Infectious Diseases. 6ª ed. NY: Elsevier, 2005. p. 2478-84.
22. Aguado García JM, Faggian F, Jiménez de Anta Losada MT. Infecciones por Listeria y Erysipelothrix. En: Ausina Ruiz V, Moreno Guillén S. Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Buenos Aires-Madrid: Médica Panamericana; 2005. p. 451-6.
23. Cecchini E, Picandet AM, Gonzalez-Ayala SE. Listeriosis. En: Cecchini E, Gonzalez-Ayala SE, editores. Infectología y enfermedades infecciosas. 1a ed. Argentina: Ediciones Journal; 2008. p. 546-53.
24. Allerberger F, Wagner M. Listeriosis: a resurgent foodborne infection. Clin Microbiol Infect. 2010;16:16-23

> "La infección se puede detectar en cualquier etapa de la gestación, siendo más habitual en el tercer trimestre, y sin clínica evidente asociada. A través de la propagación transplacentaria la infección intrauterina que conduce a la infección fetal puede ser mucho más severa e incluso letal.

25. Hof H. Therapeutic options. FEMS Imm Med Microbiol 2003: 203-5.
26. Troxler R, von Graevenitz A, Funke G, Wiedemann B, Stock I. Natural antibiotic susceptibility of Listeria species: L. innocua, L. ivanovii, L. monocytogenes, L. seeligeri and L. welshimeri strains. Clin Microbiol Infect 2000; 6: 525-35.
27. Mitja O, Pigrau C, Ruiz I et al. Predictors of mortality and impact of aminoglycosides on outcome in listeriosis in a retrospective cohort study. J Antimicrob Chemother. 2009;64:416-23.
28. Abarca K. Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto. Rev Chil Infect 2003; 20 (supl 1): s41-s46.
29. Kasper LD, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª edición. México: MC-Graw Hill Interamericana; 2006.
30. Rados C. Preventing listeria contamination of foods. FDA Consumer Magazine. January-February 2004 issue. Http://www.fda.gov/FDAC/features/2004/104_bac.html (accedido 04/06/2015)
31. Listeriosis. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1999

Actuación de enfermería en la endarterectomía carotídea (TEA)

AUTORA

- LORENA MOLADA MONTAÑANA
  Enfermera de Quirófano Hospital Dr. Peset

PALABRAS CLAVE

> ENFERMERÍA QUIRÚRGICA > SHUNT
> ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA > ICTUS
> ARTERIOSCLEROSIS > OXIMETRÍA CEREBRAL
> PLACA DE ATEROMA

RESUMEN

La endarterectomía carotídea (TEA) es una cirugía de carácter profiláctico que busca disminuir el riesgo de desarrollo de eventos isquémicos cerebrales asociados con embolización secundaria a una estenosis carotídea significativa. Aparte de los criterios morfológicos y hemodinámicos del grado de estenosis como indicación de la intervención, se recomienda que sea realizada en centros con tasas de morbi/mortalidad asociada a la intervención por debajo del 3%. Por esta razón, es de vital importancia una actuación de enfermería sistematizada, que permita disponer de todo el material necesario de forma rápida y eficiente, así como preveer las posibles complicaciones que puedan surgir a lo largo de la intervención, para que la cirugía se desarrolle en condiciones óptimas de seguridad para el paciente.

INTRODUCCIÓN

Las arterias carótidas constituyen la principal vía de aporte sanguíneo al parénquima cerebral. La arterioesclerosis a nivel de la región de la bifurcación carotídea y origen de la arteria carótida interna genera un crecimiento de una placa de ateroma que condiciona un estrechamiento progresivo de la luz del vaso. Estas placas pueden generar graves problemas a nivel de la circulación cerebral, debido a que pueden fragmentarse con la posterior embolización de dichos fragmentos a la circulación cerebral terminal, con la subsecuente instauración de un proceso isquémico del parénquima dependiente de la irrigación de la rama terminal en la que asiente el fenómeno embolígeno. La isquemia se puede presentar en un espectro clínico que va desde un accidente isquémico transitorio (AIT) hasta una isquemia irreversible con ictus establecido. Los síntomas específicos guardarán relación con la región cerebral que sea irrigada por la arteria terminal donde se aloje el émbolo. El objetivo de la cirugía es disminuir la incidencia de eventos isquémicos cerebrales de tipo embólico relacionados con una estenosis carotídea significativa, mediante la resección de la placa de ateroma en la zona de estenosis.

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CAROTÍDEA

Existen una serie de factores de riesgo, como son: la edad avanzada, consumo de tabaco, hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus e hipercolesterolemia. El acúmulo de estos factores de riesgo, aumenta el riego de progresión de ateroesclerosis carotídea con posterior aumento del riesgo de desarrollar en evento isquémico cerebral.

También se ha descrito un aumento de su incidencia en el subgrupo de pacientes con enfermedad coronaria y enfermedad arterial periférica. Este hecho está en relación con que estas entidades son el reflejo del mismo proceso fisiopatológico: Ateroesclerosis; en otras localizaciones del lecho arterial vascular.

DIAGNÓSTICO ESTENOSIS CAROTÍDEA

Existen diferentes métodos de imagen para el estudio de la estenosis carotídea. La más usada es el Eco-Doppler Carotídeo, dado que nos permite realizar una exploración morfológica de la placa y determinar el grado aproximado de estenosis basados en parámetros hemodinámicos ya definidos en la literatura. Adicionalmente cuenta con la ventaja de ser una prueba reproducible, no invasiva, económica, disponible en la mayoría de los centros y exenta del uso de radiación ionizante.

En la mayoría de los centros una vez se ha realizado el diagnóstico ecográfico, se solicita una segunda prueba de imagen más extendida que nos aporte información de la morfología de la arteria carótida interna en su trayecto intracraneal, el estado de los circuitos de circulación colateral cerebral (Polígono de Willis), la presencia de lesiones isquémicas en parénquima cerebral, u otras anomalías anatómicas que pudieran ser pasadas por alto durante la realización del eco-doppler. Esta información se obtiene mediante la realización de una Angioresonancia magnética nuclear de los troncos supraaórticos (Angio-RMN de TSA). Como posibles inconvenientes de esta técnica se encuentran el subgrupo de pacientes con claustrofobia, enfermedad renal crónica avanzada y portadores de marcapasos o implantes cocleares.

La indicación de cirugía se basa en el resultado, siendo susceptibles de tratamiento los siguientes subgrupos de pacientes:

- Pacientes asintomáticos con un grado de estenosis > 70%
- Pacientes sintomáticos con un grado de estenosis > 50%
- Pacientes con un grado de estenosis del 50-70%, se deja a criterio médico, según las características del paciente y las de la placa.

Los dos estudios principales sobre la endarterectomía carotídea de pacientes sintomáticos, se basaron en métodos distintos para medir el grado de estenosis, por lo que existe discrepancia para unificar estos porcentajes.

A) PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Posición del paciente

Decúbito supino, con un rodillo de silicona bajo las escápulas para hiperextender el cuello, y la cabeza lateralizada al lado contrario al que se va a intervenir.

Los brazos se colocarán extendidos a lo largo del cuerpo y pegados al mismo. Debemos tener en cuenta, siempre que sea posible, canalizar las vías en el miembro superior contralateral al lado del cuello que se va a intervenir.

Los sueros se colocarán a los pies del paciente. Es necesario el uso de alargaderas que aumenten la longitud de los sistemas.

B) PROTOCOLO ANESTÉSICO

Anestesia general vs. Anestesia local y regional

A pesar de la preferencia en numerosos centros del empleo de Anestesia General, es conveniente conocer que la combinación de anestesia local y regional lleva empleándose desde hace más de 40 años y es considerada como el método más sensible para detectar signos de hipoperfusión cerebral.

La anestesia Regional ofrece, entre otras ventajas, una mayor estabilidad de la presión arterial y frecuencia cardíaca, así como una valoración neurológica contínua del paciente, ya que permanece despierto durante la cirugía.

Dentro de sus inconvenientes, exige colaboración por parte del paciente durante toda la intervención, y en caso de presentarse una complicación que obligue a realizar una reconversión a anestesia general, puede dificultar el acceso a la vía respiratoria.

Nuestra sistemática de actuación es la anestesia general, combinada con un bloqueo del plexo cervical superficial (Anestesia regional). Esta combinación reduce los requerimientos de analgésicos opiáceos en el intraoperatorio, con la finalidad de que al terminar la intervención, el paciente tenga los mínimos efectos residuales derivados de la anestesia general, de manera que permita realizar una exploración neurológica lo más completa posible, así como mejorar el control del dolor postoperatorio.

Material necesario

- Tubo endotraqueal anillado.
- Equipo para cateterizar vía venosa periférica (16G o 18G).
- Equipo para cateterizar arteria radial.
- Sistema para medición Oximetría Cerebral (*INVOS*): Se trata de una técnica incruenta que permite monitorizar continuamente la saturación de oxígeno cerebral regional, a través de la piel del paciente.

La oximetría cerebral, al igual que la pulsioximetría arterial periférica de oxígeno, se mide por espectrometría, colocando el sensor en la frente del paciente, homolateral al lecho quirúrgico.

Estos sensores miden la saturación de oxígeno de la hemoglobina de todo el lecho vascular (es decir, tejido cerebral, sangre arterial y sangre venosa).

Se trata de una herramienta que puede ser útil en la cirugía de carótida para preveer isquemias cerebrales durante el tiempo de clampaje arterial. Pero la gran limitación que posee es la amplia variabilidad de un paciente a otro en la saturación de oxígeno cerebral basal, y la falta de un umbral clínico para determinar la disminución de la saturación de oxígeno cerebral.

Como norma orientativa, la saturación del oxígeno cerebral no debe disminuir más de un 20% de la saturación basal, y en ningún caso debe bajar del 40 %.

Medicación

PARA LA ANESTESIA GENERAL

- 1 vial heparina al 1%.
- 1 vial protamina.
- 1 suero fisiológico de 1000ml para el sistema de arteria.
- 1 plasmalyte de 500 ml para vía periférica.
- 1 suero fisiológico de 100 ml para la administración del antibiótico.

PARA LA CIRUGÍA

- 1 suero fisiológico de 500ml con 5000 ui de Heparina.

C) PROTOCOLO QUIRÚRGICO

Instrumental: (Fig. 1)

INSTRUMENTAL PARA CIRUGÍA DE CARÓTIDA	
instrumental básico de cirugía general corto	tijeras de Potts-Smith
portagujas de Mayo-Hegar	disecciones vasculares DeBAkey
portagujas de castroviejo	disecciones Adson con y sin dientes
portagujas Rydes-Slim	2 disectoras de diferentes tamaños
pinzas de Mosquito curvas	separador autoestático de Adson
clamps vasculares DeBakey rectos	separador autoestático WeitLaner-Beckman
clamps vasculares DeBakey curvos	separadores farabeuf, mathieu y langebeck.
clamps de Satinsky	espátula vascular Halle
clamps tipo *Bulldog*	cánulas irrigación de diferentes tamaños

Material fungible

bisturí eléctrico	alargadera para medir la presión y conexión macho-macho
aspirador con cánula fina y gruesa	aguja ADN 18G o cánula, para medir presiones.
4 vesse-loop Maxi	redón nº 14
2 vesse-loop Mini	2 jeringas 20 ml
Surgicel (apósito hemostático)	bisturí nº11 y nº 22
SUTURAS	
seda 3/0 para ligaduras	ácido poliglicólico (sutura absorbible) del 0 para plano muscular
seda 0 para ligaduras	ácido poliglicólico de 3/0 para plano subcutáneo
polipropileno 6/0 para sutura vascular	grapas o monofilamento de 3/0 con aguja triangular para la piel
polipropileno 5/0 para sutura vascular	seda del 0 triangular para fijar el redón a la piel.

Descripción del procedimiento

1. Incisión paralela al eje de vasos carotídeos, siguiendo el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.
2. Disección por planos, separando el tejido subcutáneo y realizando sección del músculo platisma.
3. Separación lateral del esternocleidomastoideo con separadores autoestáticos.
4. Disección y control con cintas hemostáticas (*vesse-loops*), de la bifurcación carotídea: carótida común, interna y externa. La disección distal debe ser cuidadosa para no lesionar el nervio hipogloso (XII par craneal), el cual se debe localizar evitando su sección o tracción accidental. **(Fig. 2)** *Es en este momento, durante la disección, cuando puede aparecer bradicardia o hipotensión importante debido a la estimulación del seno carotídeo, ubicado a nivel de la bifurcación carotídea (Barorreceptor). En caso de ocurrir, bastaría con interrumpir la manipulación quirúrgica para que remita. Si no fuese así, se recurre a la administración de Atropina por vía intravenosa.*
5. Heparinización intravenosa con 75-100 UI/Kg de Heparina Sódica y clampaje de los vasos. Se colocan 3 clamps a nivel de la carótida común proximal, carótida interna, lo más distal posible y, carótida externa.
6. Se procede a medir la presión arterial a nivel cerebral. Para ello se realiza un clampaje de la arteria carótida común y mediante punción del vaso se mide la presión de reflujo proveniente de la carótida interna. De esta manera sabremos qué presión recibe el cerebro a través de la carótida contralateral, durante el tiempo en que la carótida a intervenir está clampada. La Tensión Arterial Media (TAM), en este punto, no debe ser menos del 50% de la TAM sistémica y, en ningún caso, inferior a 50mmHg. Si así fuera, el resto de la intervención se realizaría con un *shunt.*
   El SHUNT es un dispositivo que permite la derivación temporal de la circulación durante el tiempo de clampaje, permitiendo así que el cerebro continúe perfundido.
7. Arteriotomía longitudinal de la carótida, con bisturí del nº11 y tijeras de Potts. **(Fig. 3)**

Figura 1. Instrumental

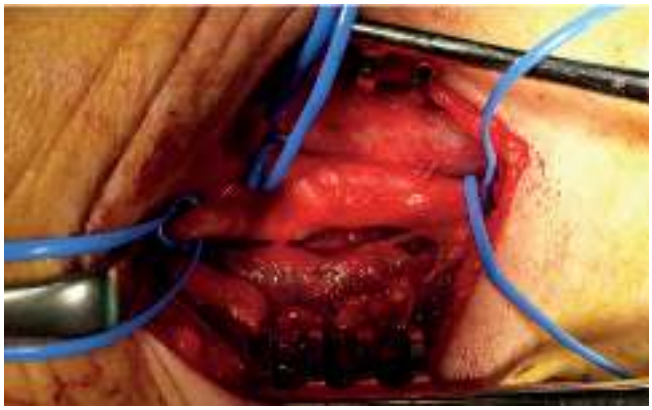


Figura 2. Exposición y referencia de bifurcación carotídea.

Figura 3. Arteriotomía.

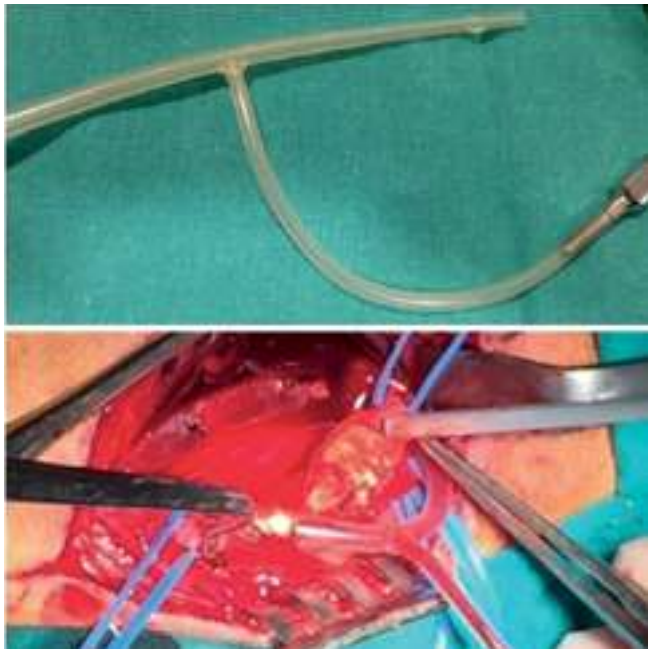


Figura 4. Shunt.

> El objetivo de la cirugía es disminuir la incidencia de eventos isquémicos cerebrales.

8. Colocación del ***shunt*** si es necesario. **(Fig. 4)**
9. En caso de no utilizarlo, es importante tratar de minimizar el tiempo de clampaje, por las posibles complicaciones a nivel neurológico que se pueden ocasionar.
10. A continuación se procede a la tromboendarterectomía. Se va despegando la placa de ateroma con una espátula, pinzas de disección vasculares y un disector o mosquito de punta fina, manteniéndose en un plano entre la cara media y adventícia del vaso.
11. *Puntos de Kunlin:* Al retirar la placa **(Fig. 7)**, en algunas ocasiones puede quedar un pequeño escalón o disección en contra del flujo, a nivel de la carótida interna, distal a la zona de la

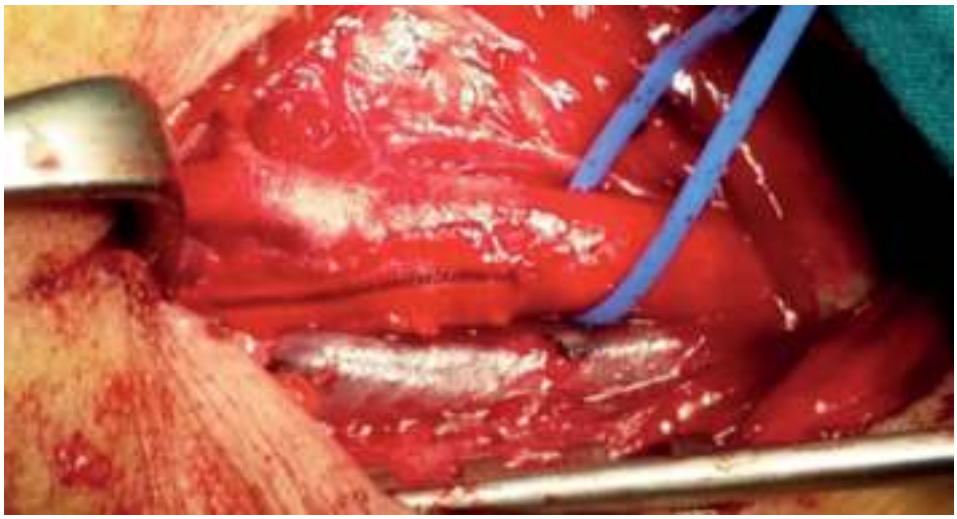


Figura 6. Cierre arteriotomía.

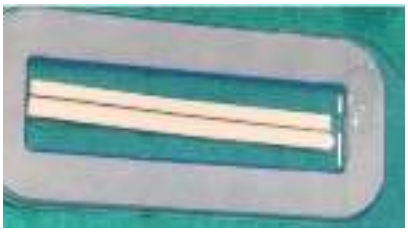


Figura 5. Parche Dacron.

Figura 7. Placa ateroma.

> El SHUNT es un dispositivo que permite la derivación temporal de la circulación durante el tiempo de clampaje, permitiendo así que el cerebro continúe perfundido.

TEA. De ser así, se realiza entonces una fijación de la íntima, con puntos de polipropileno de 6/0.

12. Cierre de la arteriotomía con parche de DACRON o Vena SAFENA del propio paciente. (Usualmente se usa parche de safena en pacientes sin evidencia de enfermedad arterial periférica de miembros inferiores). Se sutura de forma contínua con polipropileno de 5/0 ó 6/0. **(Fig. 5 y 6)**.
13. Las suturas de monofilamento se deben mantener sumergidas en suero para que pierdan rigidez y, además, irrigaremos las manos del cirujano cuando esté anudando, para facilitar el deslizamiento de ésta entre los dedos, y evitar así la formación de nudos.
14. Se retiran los clamps y lavado con suero heparinizado (Jeringa con cánula fina). Dejando desclampada en primer lugar la arteria carótida externa para que, en el caso de que exista embolización de material residual a nivel de la TEA, lo haga al territorio irrigado por este vaso.
15. Se comprueba la estanqueidad de la sutura. Hemostasia cuidadosa y drenaje aspirativo nº 14.
16. Cierre herida operatoria y colocación apósito no compresivo.

Importante:

Antes de salir de quirófano, es importante valorar el estado neurológico del paciente:

- Debe estar consciente, orientado y sin focalidad neurológica post-quirúrgica de nueva aparición.
- Se le pide que realice determinadas maniobras con la pierna y con el brazo contralateral.
- También que gesticule y mueva la lengua para valorar la integridad del VII y XII par craneales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Norris E.J, Anestesia para la cirugía vascular. En: Miller RD Anestesia, 7ª edición, Barcelona, ESELVIER, 2010 ESPAÑA (Pág 1751-1810).
2. Srinivas M, Ochroch E.A, Roizen M.F, Katz J.C, Lubarsky D.A, Ellis J.E. Anesthesia for vascular surgery, en: CLINICAL ANESTHESIA, sixth edition, LWW, 2009 Philadelphia (pág 1108-1136).
3. Arnold A, Perler B.A, Carotid Artery: Endarterectomy, en: RUTHERFORD'S VASCULAR SURGERY, 8th Edition, ESELVIER, 2014 Philadelphia (p. 1514-1534).
4. Reina Gutiérrez MT, Martínez López I, Las carótidas enfermas, en: Libro de la Salud Cardiovascular, 1ªedición, Nerea, 2009 Bilbao (p.527-535).
5. Vaquero c, Gutiérrez V, Cenizo N, Martín M, Del Río L, San Norberto E; Endarterectomía Carotídea, en: Cirugía de los troncos supraórticos; PROCIVAS S.L.N.E , 2014 Valladolid (pág 41- 45).
6. Leal I, Orgaz A, Doblas M, Criado E; SELECTION OF PATIENTS FOR CAROTID ENDARTERTECTOMY VERSUS CAROTID ARTERY STENTING. En: Current Therapy in vascular and Endovascular surgery. Fifht Edition, ESELVIER, 2014, Philadelphia.

CUIDADOS INTENSIVOS

Utilización de la escala Nems en una UCI polivalente

AUTORA

- INMACULADA GARCÍA DENGRA
  Graduada en Enfermería

PALABRAS CLAVE

> NEMS > APACHE II
> UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMEN

Fundamento: La escala Nems por medio de nueve variables mide el esfuerzo asistencial del personal enfermero que se aplica en las Unidades de Cuidados Intensivos lo cual la convierte en un instrumento útil y de sencillo manejo.

Objetivo: Evaluar el esfuerzo asistencial, relacionar el esfuerzo terapéutico mediante la aplicación de la escala Nems con el índice de gravedad Apache II.

Metodología: Estudio observacional descriptivo de carácter transversal. Fueron incluidos en el estudio todos los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Marina Salud, durante el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2013.

Resultados: Tras el análisis estadístico realizado se observa que la patología con mayor número de ingresos corresponde a las patologías cardiacas. La patología con mayor puntuación de la escala Nems corresponde a la sepsis. El coeficiente de correlación de Pearson con un valor de 0,41 muestra una correlación moderadamente significativa entre el índice de gravedad Apache II con la escala de esfuerzo terapéutico Nems.

Conclusiones: El esfuerzo asistencial de la muestra alcanzó una puntuación moderadamente alta según la escala Nems. Dentro de los niveles asistenciales descritos por Abizanda las patologías con mayor carga de trabajo y mayor tasa de mortalidad se encuentran en los niveles II y III. El índice de gravedad Apache II y la escala Nems se relacionan linealmente.

> Objetivo: Evaluar el esfuerzo asistencial, relacionar el esfuerzo terapéutico mediante la aplicación de la escala Nems con el índice de gravedad Apache II.

INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidados intensivos

En 1854, durante la guerra de Crimea, la enfermera Florence Nightingale advirtió la conveniencia de separar a los enfermos más graves de los menos graves a fin de que aquellos recibieran un tratamiento más especial. Con esta sencilla medida se logró bajar la tasa de mortalidad de un 40% a sólo un 2%[1]. Surge así el concepto de "cuidados intensivos". Posteriormente, en la década de 1960, un anestesiólogo, Peter Safar[2], dispuso una sala en la que tenía a los pacientes graves sedados y ventilados, hecho por el que es considerado el primer intensivista. La primera UCI, propiamente dicha, fue creada en Copenhague en 1953 por causa de una epidemia de poliomielitis.

> La primera UCI, propiamente dicha, fue creada en Copenhague en 1953 por causa de una epidemia de poliomielitis. Desde entonces, estas unidades se fueron creando en los diferentes hospitales de todo el mundo con el fin de atender a los pacientes que requieren cuidados constantes y atención especializada las 24 horas del día.

Desde entonces, estas unidades se fueron creando en los diferentes hospitales de todo el mundo con el fin de atender a los pacientes que requieren cuidados constantes y atención especializada las 24 horas del día.[1]

Con el tiempo, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se convirtieron en secciones especializadas de los hospitales encargadas de suministrar medicina intensiva a pacientes que requieren una atención sanitaria inmediata, precisa y continuada al presentar alteraciones fisiopatológicas que hayan alcanzado un nivel de gravedad tal que representen un peligro actual o potencial para su vida pero que, al mismo tiempo, sean susceptibles de recuperación. En España, estas unidades cuentan con casi cincuenta años de actividad[3].

Los cuidados médicos y de enfermería que requieren estos pacientes son constantes y consumen una elevada cantidad de recursos humanos y materiales. Como norma general, los pacientes admitidos a UCI deben ser agudos, graves o críticos, pero con posibilidades de recuperación, pacientes que se encuentran situados entre la horquilla que implica por un lado el no "estar demasiado bien para beneficiarse" por lo que su ingreso conllevaría un despilfarro de recursos y por el otro el no "estar demasiado enfermo" por lo que su ingreso en la UCI no sería beneficioso[4,5]. El grado de atención que precisan suele estar relacionado con su nivel de gravedad pero, como es obvio, no todos los pacientes críticos presentan la misma gravedad, ni un mismo enfermo mantiene el mismo nivel de gravedad durante toda su estancia en la UCI.

Criterios de admisión en las Unidades de Cuidados Intensivos

La pregunta que surge es cómo de diferentes han de ser los resultados en pacientes de bajo riesgo dentro o fuera de la unidad, al igual que concretar qué pacientes no tienen posibilidad alguna de sobrevivir. También cuentan la disponibilidad de camas, de recursos técnicos y de personal y, cada vez más, aspectos éticos, a tener en cuenta tanto con la familia como con el paciente en cada caso particular.

Así las cosas, el personal médico que debe decidir, además de juicio clínico, precisa de instrumentos para evaluar la severidad y pronóstico de los pacientes críticos. Sin embargo, a la hora de decidir sobre el ingreso, siempre existirá el choque de los fríos cuestionarios normalizados frente a la ponderación humana del caso individual. Y es que nadie encuentra duda alguna en que un paciente gravemente enfermo o inestable potencialmente recuperable debe ser ingresado. La duda la tenemos en determinar cuáles son exactamente los enfermos terminales que deben ser destinados a unidades de cuidados paliativos en lugar de ingresarlos en la UCI.[4]

Los criterios de admisión, generales y específicos, están plasmados en distintos modelos y la mayoría están basados en los criterios estadounidenses de la "American College of Critical Care" y de la "Society of Critical Care Medicine" con ligeras modificaciones y, en síntesis, son los siguientes:[4]

Modelo de priorización:

Establece 4 niveles de prioridad: I, II, III y IV. Los pacientes más beneficiados son los de PRIORIDAD I. Los menos beneficiados son los de PRIORIDAD IV.

Modelo de parámetros objetivos:

Es un listado consensuado, por tanto arbitrario y modificable con nuevos parámetros objetivos según las circunstancias relativas al tipo de pacientes y patologías mas frecuentes de cada hospital. La Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations (JCAHO) incluye una serie de 5 parámetros a considerar: signos vitales, laboratorio, imagen (Rx, ECO, TAC) ECG y signos físicos de comienzo agudo.[4]

Para nuestro Ministerio de Sanidad la UCI se encarga de atender a pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico. La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados.[6]

Paralelamente a los estudios anteriores, otros autores como Abizanda[7,8], se dedicaron a la búsqueda de sistemas que permitieran agrupar a los pacientes críticos en grupos homogéneos y así realizar estudios y comparaciones entre los mismos.

El índice de gravedad

El sistema Apache (Acute Physology and Chronic Health Evaluation) fue descrito por Knaus en 1981[9] como un índice de

pronóstico de gravedad y predicción de la supervivencia en pacientes críticos. Sus 34 variables hacían del mismo un sistema complejo para su utilización, por lo que, posteriormente, fue perfeccionado por el mismo Knaus, reduciendo sus 34 variables a 12 (surgiendo así el Apache II) consiguiendo una simplificación que permite su uso en la mayor parte de los servicios de medicina intensiva, ya que se basa en datos fáciles de obtener en la mayoría de los hospitales. Es un modelo que recoge alteraciones fisiológicas y parámetros de laboratorio cuya puntuación permite la predicción de la mortalidad. La valoración de estas puntuaciones se basa en una escala de 0 a 4 puntos. Sus variables son 12 variables fisiológicas a las que se añaden la edad y el estado de salud previo del paciente y toma como referencia tres grandes aspectos del enfermo[9]:

- Parámetros como las constantes vitales, escala de Glasgow, niveles de oxigenación y PH, así como los principales indicadores bioquímicos y hematológicos en las analíticas de sangre del paciente.
- La edad del paciente.
- La existencia de enfermedades crónicas, el tipo de patología y la gravedad de las mismas.

Es imprescindible hacer constar que el APACHE no se estableció para determinar pronósticos individuales de mortalidad, sino de grupos de pacientes que varían en número de 4 a 6. Sin embargo, como señala García Lorenzo[10] con el modelo APACHE II es posible establecer la predicción individual de mortalidad aplicando la fórmula de regresión logística establecida por Knaus et al[9] que tiene cómo variables independientes la puntuación APACHE II, si el paciente ha recibido o no cirugía de urgencia y el coeficiente de ponderación asignado a la categoría diagnóstica del enfermo. De este modo, el valor de probabilidad individual de muerte hospitalaria viene dado por la expresión: ln (R/1-R) = -3,517 + (Puntuación APACHE II x 0,146) + 0,603 sólo si cirugía de urgencia + el coeficiente de categoría diagnóstica. Esta expresión de la probabilidad individual, al diferenciar las patologías de los pacientes y los pronósticos, se considera más descriptiva ya que evita idénticas puntuaciones en casos diferentes, caso que no se da con la puntuación APACHE II. La puntuación máxima posible del sistema APACHE II es 71, pero muy pocos pacientes han sobrevivido sobrepasando los 55 puntos.[10]

El esfuerzo asistencial

Al igual que la gravedad, el conjunto de tratamientos y técnicas que se aplican en estos servicios suele ser distinto de un enfermo a otro e incluso variar a lo largo de la estancia en la unidad de un mismo paciente con arreglo a su evolución. Por esta razón Cullen[11], en los años 70, con el fin de determinar el esfuerzo asistencial de enfermería, desarrolló el sistema Therapeutic Intervention Scoring System (TISS). Este sistema, que mide 28 variables, tiene el mérito de abrir camino pero no ha sido muy utilizado debido a su complejidad, a que su cumplimentación requiere tiempo y a que somete algunos parámetros a la valoración subjetiva de quien lo utilice. Por ello, Abidanza en 1983,[7] (realizó modificaciones cuantitativas en la escala y estableció tres niveles asistenciales en función de la puntuación obtenida: primer nivel o nivel de planta convencional; segundo nivel que incluye maniobras de monitorización exclusivas de una UCI, diferenciándolas en invasivas y no invasivas; y un tercer nivel de tratamiento activo propio de un servicio de Cuidados Intensivos. El acierto de este método es que permite clasificar a los enfermos de una forma sencilla en tres niveles asistenciales, pero no posibilita la cuantificación del esfuerzo terapéutico individualizado.[7]

Según el Ministerio de Sanidad, la función del personal de enfermería es valorar, planificar y proporcionar cuidados de enfermería a los pacientes ingresados en la UCI [6].

Asimismo, recomienda el Ministerio que el personal de enfermería que presta servicio en la UCI debe tener formación específica en cuidados críticos que le aporte un profundo conocimiento científico de los procesos fisiopatológicos de los pacientes y de las respuestas del paciente a la enfermedad. Las enfermeras de la UCI deben estar familiarizadas con una amplia gama de técnicas y procedimientos, así como deben estar capacitadas para la valoración y planificación de los cuidados para pacientes en situación crítica, por lo que es recomendable que, como sucede en otros

> “
>
> Las enfermeras de la UCI deben estar familiarizadas con una amplia gama de técnicas y procedimientos, así como deben estar capacitadas para la valoración y planificación de los cuidados para pacientes en situación crítica.

países, se promueva una especialización de enfermería en cuidados críticos.[6]

De modo general, la carga de trabajo humana viene determinada por el grado de movilización de los recursos físicos y mentales que el individuo debe aplicar para la realización de una tarea determinada[12].

En las UCI, la valoración de las cargas de trabajo que debe soportar el personal de enfermería adquiere una importancia capital, ya no sólo para medir la gravedad de la enfermedad del paciente, sino también para conocer el coste verdadero de la carga de trabajo y permitir la adecuación correcta de los recursos humanos en enfermería. Históricamente, se han utilizado diferentes métodos (TISS, NEMS, VACTE, NAS) para conocer estas cargas de trabajo.[14]

La escala NEMS

En 1994 la Foundation for Research in Intensive Care in Europe realizó un proyecto de investigación a gran escala en las unidades de cuidados intensivos europeas llamado EURICUS I. Uno de sus objetivos, fue conocer, de forma objetiva, las cargas de trabajo del personal de enfermería en los servicios de medicina intensiva. Así

> En las UCI, la valoración de las cargas de trabajo que debe soportar el personal de enfermería adquiere una importancia capital, ya no sólo para medir la gravedad de la enfermedad del paciente, sino también para conocer el coste verdadero de la carga de trabajo y permitir la adecuación correcta de los recursos humanos en enfermería.

desarrolló y validó la escala Nems (Nine Equivalents of nursing Manpower use Score)[13,14]. Esta escala Nems determina por medio de nueve variables el esfuerzo asistencial del personal enfermero que se aplica a los pacientes críticos. Este es un método derivado del sistema de puntuación de intervención terapéutica (TISS), pero simplificado y de pocas variables. Asigna una puntuación a nueve actividades asociadas con el trabajo de enfermería desarrollado en la UCI (actividades puntuadas con rangos de 3 a 12 con una puntuación máxima de 63 puntos en 24 horas). El número máximo de puntos Nems que un enfermero puede desarrollar en un día de trabajo es de 46, a partir de la misma se requiere más personal[13,14]. Como criterio orientativo el Ministerio de Sanidad recomienda una enfermera por cada paciente del nivel asistencial III, una enfermera por cada 1,6 pacientes en el nivel II y una enfermera por cada tres pacientes en el nivel I.[6] Para la Asociación Británica de Cuidados Críticos BACCN, cuando la relación enfermera paciente (E/P) disminuye, aumentan considerablemente los tiempos de los procesos críticos al aumentar también las infecciones nosocomiales, los errores en la medicación, las complicaciones y las infecciones de heridas. También en estos casos suelen surgir complicaciones en otro caso evitables como infecciones urinarias, neumonías, trombosis y otras complicaciones pulmonares. Los pacientes sometidos a ventilación mecánica necesitan más tiempo para su desconexión al ventilador cuando la relación E/P disminuye. Para la Asociación Canadiense de Enfermeras de Cuidados Críticos (CACCN) una buena relación en calidad y número de personal enfermero en la UCI disminuye las tasas de mortalidad y morbilidad, así como la estancia media y la tasa de readmisión.[15] En la actualidad esta escala Nems, principalmente por su sencillo manejo, es la más utilizada.[16]

El presente trabajo relaciona las escalas Nems (esfuerzo terapéutico) y Apache II (nivel de gravedad) aplicadas en una Unidad de Cuidados Intensivos, durante un periodo de tiempo de 12 semanas, lo que nos va a permitir un estudio descriptivo que valore adecuadamente la relación existente entre gravedad y esfuerzo asistencial terapéutico.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

Evaluar el esfuerzo asistencial.

Objetivos específicos:

- Diferenciar y clasificar las distintas patologías según su puntuación en la escala Nems.
- Relacionar el índice de gravedad Apache con el esfuerzo asistencial reflejado en la escala Nems.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito de estudio

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Marina Salud de Denia, provincia de Alicante. Se trata de una unidad polivalente dotada de 14 boxes individuales que atiende a pacientes críticos ingresados directamente o derivados de otras unidades por postoperatorio o complicación. El número de camas con que cuenta la unidad se sitúa en el máximo de lo recomendado por el Ministerio de Sanidad (mínimo 6-8, máximo 12-14).[6]

Diseño de estudio

Estudio observacional descriptivo de carácter transversal, fueron incluidos en el estudio todos los pacientes ingresados en la Unidad durante los meses comprendidos entre octubre y diciembre de 2013. No se estableció ningún criterio de exclusión.

Población y muestra

El tamaño de la muestra fue de 223 pacientes sobre los que se realizaron un total de 446 observaciones.

Variables de estudio

Se recogieron las siguientes variables en una parrilla de datos: edad; sexo; origen de los ingresos; fecha alta; destino alta; diagnóstico al ingreso; estancia total; portador ventilación mecánica; puntuación escala Apache II; puntuación escala Nems; otros datos intervenciones quirúrgicas, técnicas de diálisis, procedimientos diagnósticos, portador de tubo endotraqueal, traqueotomía.

La puntuación Apache II fue realizada por el médico responsable del paciente. Los resultados de la escala Nems son los obtenidos de la suma de los ítems correspondientes tomados durante las primeras 24 horas de cada paciente. Se estratificó el valor de la escala Nems en tres niveles: leve < 19, moderado (19 – 30) e intenso > 30 tomados de la escala de Abidanza.[7]

Análisis de los resultados

Para el análisis estadístico de los resultados se ha empleado el programa Microsoft Office Excel 2007.

Se realizó un análisis univariante que consistió en:

- Variables cualitativas: cálculo de frecuencias absolutas y relativas y su representación mediante gráficos de barras y sectores.
- Variables cuantitativas: se establecieron medidas de posición o tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación típica). Para medir la relación lineal se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, que establece que existe una correlación positiva grande y perfecta cuando sus valores son cercanos al uno.

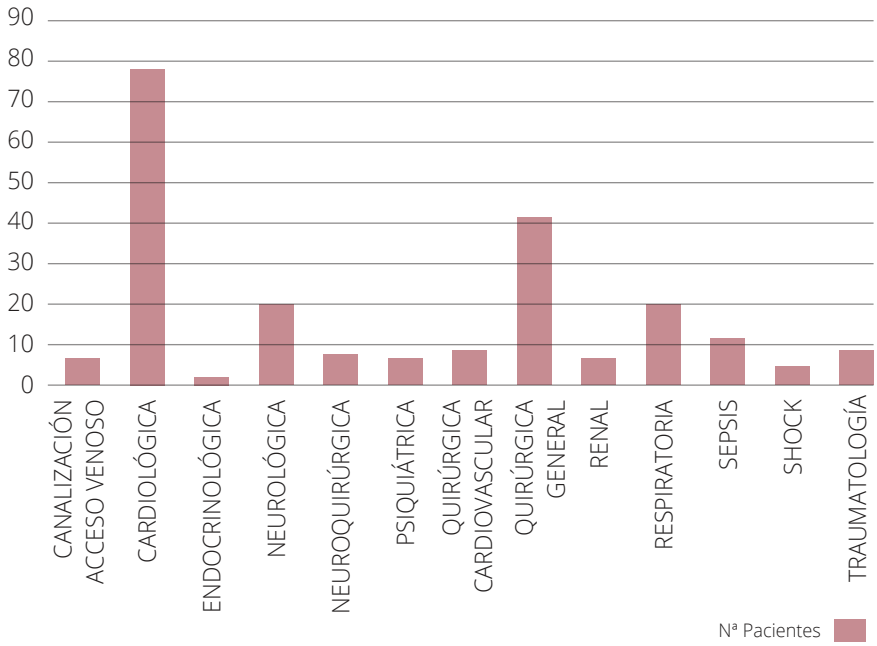
Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Remi, Cuiden. Los descriptores de ciencias de la salud empleados fueron: Apache II, Nems, Unit Intensive Care.

Consideraciones éticas.

El presente estudio se realizó de acuerdo con los Principios Básicos para toda Investigación Médica, Declaración de Helsinki, respetando los principios legales aplicables (generales y autonómicos) sobre protección de datos personales, así como los referentes a los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria. Se solicitó la autorización a la Comisión de Investigación del Hospital Marina Salud.

Gráfico 2. CAUSAS DE INGRESO

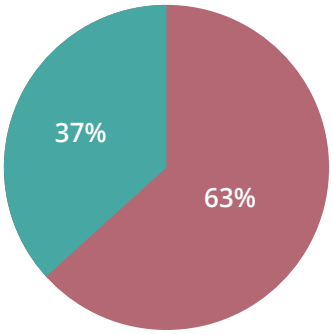


RESULTADOS

Población de estudio

Durante los tres meses que duró el estudio ingresaron en nuestro servicio 223 pacientes, todos ellos mayores de edad, de los cuales 140 eran varones, lo que supone un 63% del total y 83 mujeres, un 37% de la muestra. La edad media de nuestro estudio se situó en 63,4 años, siendo la de los hombres 62,4 años y la de las mujeres 64,9 años.

Gráfico 1



Respecto de los éxitus alcanzaron un porcentaje sobre el total del 9,41%, siendo la media de edad de los mismos de 69,6 años.

Diagnósticos

Considerando las patologías de la muestra, la cardiopatía resulta la enfermedad con mayor número de ingresos, 78, lo que supone el 34,97% del total de los pacientes. Dentro de la categoría de cardiopatías se contabiliza: Síndrome coronario agudo (Angor, Angor de esfuerzo, Angina inestable, Infarto agudo de miocardio evolucionado, Infarto agudo de miocardio subendocárdico) y las Arritmias (Taquicardias ventriculares y supraventri- culares, Fibrilación auricular, Bloqueos, Bradiarritmias). Le siguen en importancia los ingresos por intervenciones quirúrgicas con 42 casos. El resto de las causas de ingreso asciende a un total de 113 pacientes, un 50,72% del total. **Ver Gráfico 2**.

A nivel estadístico se enumeran las causas primarias de ingreso del paciente. Ello no quiere decir que existan posteriores complicaciones o causas subyacentes desencadenantes del cuadro de ingreso que no se conocían inicialmente y que no se tienen en cuenta para el análisis estadístico de actividad. Respecto a la canalización de acceso venoso, si bien no supone

Gráfico 3. MEDIA NEMS

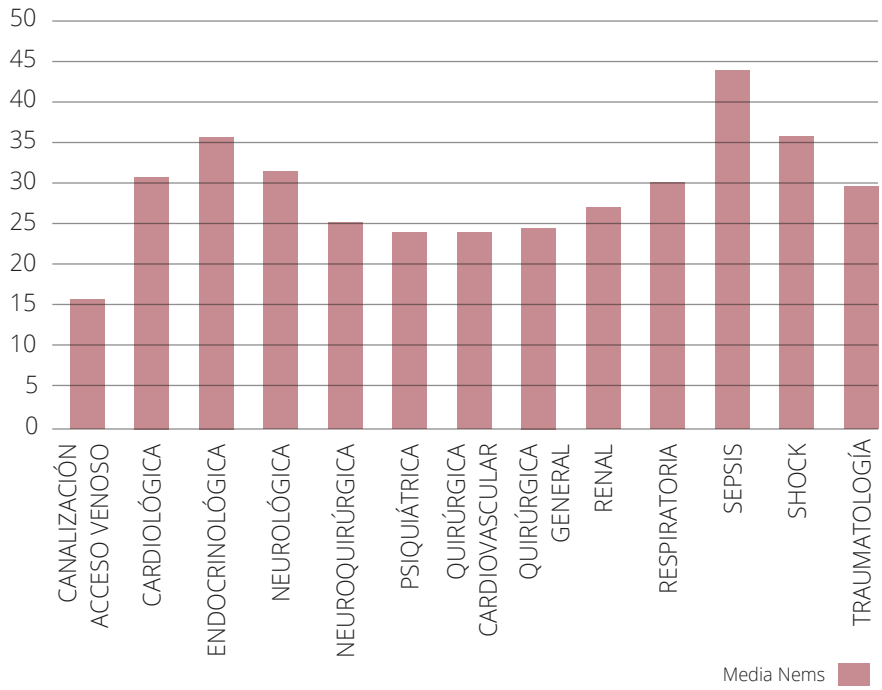
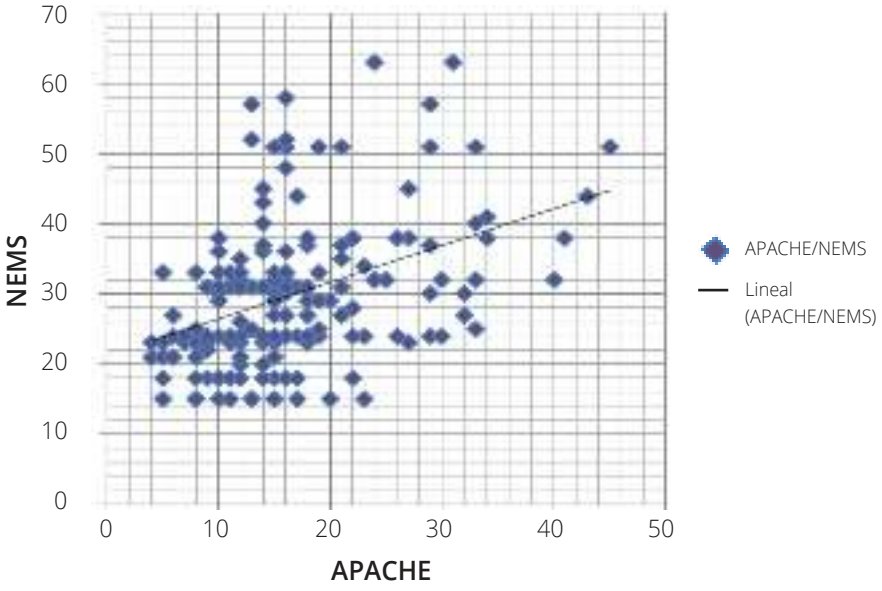


Gráfico 5



una patología, es una técnica realizada por personal enfermero que supone un esfuerzo terapéutico importante.

Patología y NEMS

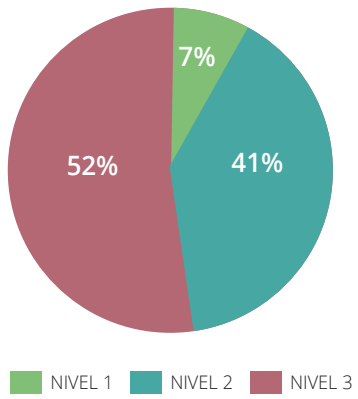
Pasamos a considerar las patologías según la puntuación de la escala Nems. Los pacientes con mayor puntuación son los afectados de sepsis con una media de 44,25 puntos. Le siguen los shocks con media de 35,6 y las cardiopatías. Con menor puntuación respecto a patologías corresponde a los ingresos por razones psiquiátricas (intentos de autolisis) con una media de 24 puntos. Y con una media de 23,6 la quirúrgica cardiovascular (reubicación cable de marcapasos).

La canalización de acceso venoso, que no es una patología, alcanza una puntuación dentro de la escala con una media de 15,85 puntos. La media total de los pacientes considerados es de 29,37 puntos situándose dentro del Nivel Asistencial 2 de Abizanda. Ver **Gráfico 3.**

Niveles asistenciales

La distribución de los pacientes según los niveles asistenciales de Abizanda nos da los siguientes porcentajes:

Gráfico 4



Relación APACHE II y NEMS

Al correlacionar el índice de gravedad Apache II con la escala de esfuerzo terapéutico Nems se obtiene una correlación moderadamente significativa. Ver **Gráfico 5.**

DISCUSIÓN

La patología que en nuestro estudio lleva asociada más carga de trabajo valorada por Nems es la sepsis. Los resultados difieren de trabajos publicados anteriormente como el de Barroso[15] (traumas graves) y Robas Gómez[17] (postoperatorio cirugía cardiaca). Sin embargo, nuestra muestra coincide con Robas Gómez en que la patología cardiaca es la que presenta mayor número de ingresos.

Los valores medios de puntuación Nems obtenidos (29,37) indican que la población estudiada requiere mayoritariamente una vigilancia y unos cuidados propios de la UCI (al 93% de los pacientes les corresponde un Nivel Asistencial II y III). Señalar que sólo al 7% de los enfermos les correspondería un Nivel asistencial I, es decir, cuidados y vigilancia que podrían realizarse en una planta de hospitalización convencional.

Nuestro valor medio Nems de 29,37 está claramente por encima del valor medio europeo de 26,5 y del obtenido por Barroso Díaz[15] en su estudio, un 26,61, indicativo de que el personal de nuestra unidad soporta una carga de trabajo superior a la habitual en otros centros hospitalarios.

Respecto de la mortalidad, en nuestra muestra, no tuvimos ningún éxitus en el grupo de la escala Apache II de enfermos menos graves (< 15), fallecieron 8 pacientes dentro del Grupo de graves (>15 <24) y 13 en el grupo de muy graves (> 24)[8]. Lo cual refleja claramente la utilidad de dicha escala.

El análisis de relación de la escala Nems y Apache II nos permite tener un instrumento útil de control de calidad de nuestro trabajo. Si el estudio de correlación entre ambos índices fuera cercano a 0, nos indicaría que empleamos demasiados esfuerzos de enfermería en enfermos del nivel asistencial I (menos graves).[17,18]

Obtuvimos un coeficiente de correlación de Pearson moderado entre Nems y Apache II, que fue de 0,41, aunque menor a la obtenida por Gómez Ferrero et alters[18] que fue de 0,52. Tal vez porque nuestra medición se realiza en la primeras 24 horas del ingreso del paciente y en el caso de Gómez se contabiliza la mayor puntuación obtenida por el enfermo a lo largo de toda la estancia. Dichos resultados apuntan a que a mayor aumento en Nems mayor probabilidad de mortalidad. Aumentando por tanto la capacidad predictiva de las escalas.[13,15,16]

De manera general, el personal de enfermería valora positivamente la escala Nems como medida de esfuerzo terapéutico en una UCI, por su sencillo manejo y el escaso tiempo de cumplimentación. Se muestra también valiosa para establecer niveles asistenciales y discreta para la adecuación de los recursos humanos y materiales de la unidad.

Sin embargo, hay cuidados enfermeros que requieren una considerable carga de trabajo para el personal y que no están relacionados con la gravedad de los pacientes y por tanto no considerados en la escala Nems. Como ejemplo de estas tareas no consideradas por la Nems tenemos la higiene diaria, la vigilancia y cura de úlceras por presión, la atención al paciente desorientado, el apoyo psicológico tanto al paciente como a sus familiares, realización de técnicas invasivas, administración de dietas y otro sinfín de cometidos[16].

Como queda dicho anteriormente, la calidad del trabajo enfermero hay que buscarlo en la especialización y formación permanente del personal destinado a las unidades de cuidados intensivos. Velasco Bueno[19] coincide con lo afirmado en Pamplona por Carroll Ball (conferencia en el XXXII Congreso Nacional de la SEEIUC) al opinar que la medición de las cargas de trabajo suponían hoy en día (2006) un concepto pasado de moda porque las determinaciones de plantilla deben realizarse contando no solo con la cantidad de trabajadores sino, sobre todo, con su capacitación profesional. La cantidad, dice Velasco, debe ser tal que garantice unos ratios adecuados y calidad por formación y experiencia en el cuidado del paciente crítico. Para él, las cargas de trabajo medidas con escalas indirectas no son el mismo concepto para enfermeras con desigualdades formativas y con falta de conocimientos específicos, que se hubieran visto cubiertos con el reconocimiento de la especialidad enfermera correspondiente[19].

Abidanza[20], coincide con Velasco Bueno en la necesidad de una formación de calidad en el personal enfermero de la UCI, pero polemiza con este sobre la eficacia de los sistemas de cómputo de carga de trabajo de enfermería, manifestándose a favor de los mismos y, concretamente, sobre el NAS, del que dice permite distinguir las necesidades de pacientes individualizados y, si se quiere, el dimensionado dinámico de las plantillas. Para Abizanda, el cálculo del personal en base a su formación y preparación es una entelequia que juega en contra de los pacientes. El personal en formación y sin experiencia no debe ser computado. Su presencia debería ser adicional. Si no se ha aceptado un sistema de medida de las cargas de trabajo que permita adecuar los recursos humanos a las necesidades reales se debe a la inercia de la costumbre y a la urticaria por parte de la red pública sanitaria al cambio[20]. En su réplica, Velasco Bueno coincide con Abizanda en que NAS es el instrumento de medición de cargas de trabajo que mejor se adapta a los objetivos perseguidos, pero considera utópico el obviar del cómputo al personal no especializado, hecho que choca con la realidad[19].

> “El análisis de relación de la escala Nems y Apache II nos permite tener un instrumento útil de control de calidad de nuestro trabajo.

CONCLUSIONES Y ULTERIORES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

1. El esfuerzo asistencial de la muestra alcanzó según la escala Nems una puntuación moderada alta de 29,37 lo que supone una carga de trabajo notable en nuestra UCI.

2. Las patologías que suponen mayor carga de trabajo y además presentan mayor tasa de mortalidad están encuadradas dentro de los niveles asistenciales II y III.
3. El índice de gravedad Apache II se relaciona linealmente con la escala Nems de esfuerzo terapéutico.

> Al finalizar este estudio pensamos que los sistemas de medición de las cargas de trabajo enfermero deben ir orientadas no solo a la cuantificación sino también a la calidad, que se obtendrá con una adecuada y reglada especialización.

Al finalizar este estudio pensamos que los sistemas de medición de las cargas de trabajo enfermero deben ir orientadas no solo a la cuantificación sino también a la calidad, que se obtendrá con una adecuada y reglada especialización. La obtención de un instrumento sencillo y útil vendrá dada con el progreso cada vez más cercano de las ciencias tecnológicas e informáticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Narváez-Traverso Alicia, Martínez-Galiano Juan Miguel, Pérez-Martín Blanca. Revisitando a Florence Nightingale desde una perspectiva de género. Índex Enfermería [revista en la Internet].; 19(4): 299-302.
2. Niggemeye Álvaro. Novedades en resucitación cardiopulmonar. Rev. Urug. Cardiol. [revista en la Internet]. 2007 Sep.; 22(2): 110-115.
3. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Anexo II, U37. http://www.defensamedica.org/?p=210
4. Riojasalud.es > Profesionales > Medicina Intensiva > Criterios de ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI). http://www.riojasalud.es/profesionales/medicina-intensiva/781-criterios-de-ingreso-en-la-unidad-de-medicina-intensiva-umi.
5. Criterios de ingreso en Uci. Dr. J.C. Valía. Dra. I. de la Cruz. Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. SARTD CHGUV Sesión de Formación continuada. Valencia 6 de Marzo de 2012. Documento en PDF.(Pág.23-24)
6. Unidades de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Pág.6)
7. Abizanda R, Jordá R, Valle FJ, Cuervo, Chama MA. Niveles de asistencia en una UCI. Delimitación mediante la aplicación racionalizada del sistema Tiss. Med Intensiva. 1983; 7:272-88.
8. M.J. Simón García, J.A. González Sánchez, A.L. Blesa Malpica, R. Merino Martínez, B. Gómez Mayoral y F. Ortuño Andériz. NEMS: ¿nuevo predictor de mortalidad en el paciente crítico?. Enfermería intensiva.2012;23
9. Knauss WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med. 1985; 13:818-29.
10. A. García Lorenzo. Scores pronósticos y criterios diagnósticos en el paciente crítico. Ediciones Ergon 2ª Edición. 2006; 5-8
11. Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. Therapeutic Intervention Scoring System: a method for quantitative comparison of patient care. Crit Care Med. 1974; 2:57-60.
12. Ntp 179: La carga mental del trabajo: definición y evaluación. Clotilde Nogareda Cuixart. Licenciada en Psicología. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en El trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. Documento en PDF.(Pág.2)
13. Reis Miranda D, Moreno R, Lapichino G. Nine equivalents of Nursing Manpower use score (NEMS). Intensive Care Med. 1977; 23:760-5.
14. Del Campo Pérez, V.**Rivas Vila, A., García Mariño, Al., González Morales, I., Hermida Rodríguez, Mª del M., Pena Rodríguez, A. Aplicación de la escala nems en la cuantificación del trabajo de enfermería en una uci polivalente. Enfermería global. Junio 2008. Revista electrónica.
15. Barroso Díaz, Fuente Juárez, J J López Cid, Millán Vázquez, Rosado Muñoz, Simon García, Blesa Malpica. Análisis del uso de los recursos humanos enfermeros en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Situación con el resto de UCIs europeas. Enfermería intensiva. 2001;12:127-34.
16. B Braña Marcos ª, RM del Campo Ugidos ª, E Fernández Méndez ª, M de la Villa Santoveña ª , DUE. Unidad de Cuidados Intermedios. Fundación Hospital de Jove. Gijón. Asturias. Propuesta de una nueva escala de valoración de cargas y tiempos de enfermería (Vacte) Enfermería intensiva 2007;18
17. A Robas Gómez ª , V Romero Romero, R García García, R Sánchez Martín, D Cabestrero Alonso. ¿Puede ayudar la escala NEMS a clasificar de manera homogénea a los pacientes que ingresan en Cuidados Intensivos? Enfermería intensiva. Abril 2007;18
18. O Gómez Ferrero, E Mateo Marín, G Marín Vivo, L Salas Campos. Niveles asistenciales en un Servicio de Medicina Intensiva. Análisis de escalas de esfuerzo terapéutico y nivel de gravedad. Med.Intensiva.Vol10. Núm1. Enero 1999.
19. José Manuel Velasco Bueno. Revista Electrónica de Medicina Intensiva Artículo nº 1007. Vol. 6 nº 7, julio 2006. (Resumen)
20. Abizanda Campos R, Revista Electrónica de Medicina Intensiva Editorial nº 59 Vol.6 , nº7, Comentario al art. [REMI 2006; 6(7)1007]

Sabadell Professional

BS

Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales. Y otra es hacerlo:

Cuenta Expansión Plus PRO

1 / 6

Este número es indicativo del riesgo del producto, siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Banco de Sabadell, S.A. se encuentra adherido al Fondo Español de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito. La cantidad máxima garantizada actualmente por el mencionado fondo es de 100.000 euros por depositante.

Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado*

0
comisiones de administración y mantenimiento.

+ 1%
de devolución en los principales recibos domiciliados y sobre las compras con tarjeta de crédito en comercios de alimentación.(1)

+ 3% TAE
de remuneración
en cuenta sobre los 10.000 primeros euros, en caso de tener saldos en ahorro-inversión superiores a 30.000 euros.(2)

Llámanos al 902 383 666, identifícate como miembro de tu colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

La Cuenta Expansión Plus PRO requiere la domiciliación de una nómina, pensión o ingreso regular mensual por un importe mínimo de 3.000 euros y haber domiciliado 2 recibos domésticos en los últimos 2 meses. Se excluyen los ingresos procedentes de cuentas abiertas en el grupo Banco Sabadell a nombre del mismo titular. Oferta válida, a partir del 26 de septiembre de 2016.
*Hasta un máximo de 100 euros anuales por cuenta, con la cuota domiciliada. El abono se realizará durante el mes de enero del año siguiente.
1. Recibos domiciliados que correspondan, como emisor, a organizaciones no gubernamentales (ONG) registradas en la Agencia Española de Cooperación y los recibos de colegios, guarderías y universidades cargados durante el mes. Deberá tratarse de centros docentes españoles (públicos, privados y concertados, quedando excluidos los gastos de academias particulares, colegios profesionales o gastos distintos a los de escolarización). Tampoco se incluirán los gastos en concepto de posgrados, másteres y doctorados. Operaciones de compra realizadas a crédito incluidas en la liquidación del mes, con las tarjetas modalidad Classic, Oro, Premium, Platinum y Shopping Oro cuyo contrato esté asociado a esta cuenta, en los establecimientos comerciales de alimentación incluidos y que podrá consultar en la página www.bancosabadell.com/cuentaexpansionplus. Mínimo 5 euros y hasta 50 euros al mes.
2. Para tener acceso a esta retribución, los titulares deben tener un saldo medio mensual en el banco superior a 30.000 euros en recursos, calculado como la suma de saldos del mes anterior de: cuentas a la vista, depósitos, renta fija a vencimiento, seguros de vida-ahorro, fondos de inversión, valores cotizables y no cotizables, planes de pensiones, planes de previsión de EPSV y BS Fondos Gran Selección. No se tendrá en cuenta para el cómputo del saldo medio el saldo existente en esta Cuenta Expansión Plus PRO ni en ninguna otra de las mismas características en la que los titulares sean intervinientes. Sí se tendrá en consideración el número de cotitulares, por lo que el saldo mínimo existente en la entidad como requisito será el tomado proporcionalmente para cada cotitular. No se remunerarán los saldos durante el primer mes de vida de la Cuenta Expansión Plus PRO.
En caso de que no se alcance por parte de los titulares el saldo mínimo que da derecho a la retribución de la Cuenta Expansión Plus PRO, la liquidación se realizará al 0% por este concepto.
Rentabilidad: para el tramo de saldo diario que exceda los 10.000 euros: 0% TIN. Para el tramo de saldo diario desde 0 hasta un máximo de 10.000 euros: 2,919% TIN, 1,9910% TAE (calculada teniendo en cuenta los dos tipos de interés para el supuesto de permanencia del saldo medio diario durante un año completo). Ejemplo de liquidación en un año: saldo en cuenta de 15.000 euros diarios, saldo diario sobre el que se remunera: 10.000 euros; frecuencia 12 (mensual); intereses liquidados en el año: 291,90 euros.

sabadellprofessional.com

Captura el código QR y conoce nuestra news 'Professional Informa'

Documento publicitario. Fecha de emisión: Noviembre 2016
Condiciones revisables en función de la evolución del mercado. Serán de aplicación las que estén en vigor en el banco en el momento de la formalización.

La Junta de Gobierno, la Redacción de Enfermería Integral
y el personal Administrativo del Colegio de Enfermería de Valencia
os desea lo mejor

Feliz Navidad y Próspero 2017