



Enfermería Integral

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA

Nº131 MARZO 2022



ENTREVISTAS

• *Maribel Castelló López*

Vocal I del Colegio de Enfermería de Valencia y vicepresidenta del CECOVA

• *Amparo Rubio San Pedro*

Presidenta de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica

• *Eva García Peña*

Enfermera. Consulta de enfermería especializada en manejo intestinal. Hospital La Fe de Valencia

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 extraordinaria celebrada el día diez de marzo de dos mil veintidós acuerda:

“Convocar Asamblea General Ordinaria el día veinte de julio de dos mil veintidós, a las diez treinta horas en primera convocatoria y a las once 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 de la Sra. Presidenta sobre las gestiones realizadas hasta la fecha.

Segundo: Conclusiones de los Informes de Compliance Penal.

Tercero: Ruegos y preguntas.”

Lo que se les comunica a los efectos oportunos

Valencia, 10 de marzo 2022

Vº Bº

LA PRESIDENTA
LAURA ALMUDÉVER CAMPO

LA SECRETARIA
ALICIA TEN GIL

SUMARIO

EDITORIAL

- 3/ Es tiempo de cambios sustanciales para mejorar nuestra profesión
- 4/ És temps de canvis substancials per a millorar la nostra professió

ACTUALIDAD

- 5/ La sociedad reconoce la labor decisiva de las enfermeras
- 8/ Recepción de la revista "Enfermería Integral" en formato digital
- 10/ Simulación aplicada a la Enfermería
- 11/ Se ultima una colaboración para crear cooperativas de enfermeras
16 Congreso de Enfermería Quirúrgica
- 12/ El Colegio de Enfermería de Valencia muestra su apoyo al movimiento Enfermería Digna
- 13/ Reunión con responsables del Sindicato SATSE para definir estrategias y acciones comunes

ENTREVISTAS

- 14/ Maribel Castelló López
Vocal I del Colegio de Enfermería de Valencia y vicepresidenta del CECOVA
- 19/ Amparo Rubio San Pedro
Presidenta de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica
- 23/ Eva García Peña
Enfermera. Consulta de enfermería especializada en manejo intestinal. Hospital La Fe de Valencia

ENFERJURÍDICA

- 25/ Seguro Responsabilidad Civil

ACTUALIDAD MATRONA

- 26/ El preludio de una crónica anunciada

ASOCIACIÓN DE JUBILADOS

- 28/ La Asociación de Jubilados San Juan de Dios celebra su comida anual tras el paréntesis de la pandemia

ARTÍCULO DE OPINIÓN

- 33/ Arte y belleza. ¿Referentes de enfermería?

METODOLOGÍA CIENTÍFICA

- 34/ Ingredientes para una buena búsqueda de evidencia: Tesoros

DOCENCIA Y FORMACIÓN

- 38/ Actividades formativas segundo trimestre de 2022

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

- 43/ Técnica y cuidados enfermeros en el quirófano a pacientes intervenidos de hernia inguinal por laparoscopia
- 48/ Atención de enfermería en urgencias ante víctimas de violencia de género
- 53/ Politraumatizado grave en entorno acuático (playa): rescate, inmovilización, dudas, cuestiones y respuestas
- 58/ Plan de cuidados enfermero en recién nacido con cardiopatía. Caso clínico
- 65/ Relación entre la infección por listeria y el aborto espontáneo en humanos
- 69/ Mejora del protocolo de cuidados de la sonda peg en atención primaria
- 73/ Calidad de vida del adulto en terapia sustitutiva renal con hemodiálisis
- 76/ Plan de cuidados enfermero en recién nacida sana en atención primaria. Caso clínico

SERVICIOS

JUNTA DE GOBIERNO

PRESIDENTA: Laura Almudéver Campo
VICEPRESIDENTE: Juan José Tirado Darder
SECRETARIA: Alicia Ten Gil
TESORERO: David Caballero González
VOCAL I: M^a Isabel Castelló López
VOCAL II: Jesús Juan Ribes Romero
VOCAL III: Carmen Casal Angulo
VOCAL IV: José Vicente Carmona Simarro
VOCAL V: M^a José Esquer Peris
VOCAL VI: Francisco Soto Hernández
VOCAL VII: Ana Isabel Chuliá Alcañiz

EQUIPO DE REDACCIÓN

DIRECTORA: Laura Almudéver Campo
COORDINADOR DE LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS:
José Vte Carmona Simarro
COORDINADOR DE REDACCIÓN: Vicente Martínez Useros
FOTOGRAFÍAS DE ENTREVISTAS: Alberto Martínez Vidal
PORTADA Y CONTRAPORTADA: Juan José Tirado Darder

COMITÉ CIENTÍFICO

Gema Arévalo Arévalo
Raquel Soler Blasco
Pedro Pimenta Fermisson Ramos
Manuel Ruescas-López
Virginia Moreno Blanco
Pablo Ángel López Fernández
Adrián Sarria Cabello
José Javier González Cervantes

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
AGOSTO: Cerrado

ASESORÍA LABORAL

DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE JUNIO
Jueves de 16 a 19h
DEL 1 DE JULIO AL 15 DE SEPTIEMBRE
Jueves de 11 a 14h
AGOSTO: Cerrado

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.

Es tiempo de cambios sustanciales para mejorar nuestra profesión

Durante la pandemia, la Enfermería ha ganado consideración social y visibilidad en los medios de comunicación. De eso, no cabe duda. Sin embargo, y ahora más que nunca, necesitamos que ese apoyo se extienda a las instituciones públicas.

Desde hace muchos años se nos ha consolado y silenciado con compromisos que han resultado promesas incumplidas. Acarreamos décadas sin la consideración profesional que nos corresponde, con una escasez crónica de plantillas, pésimas condiciones de trabajo e ínfimos salarios, situación que conlleva al desánimo y el creciente pensamiento del abandono profesional.

Llevamos años luchando para que las enfermeras sean incluidas en el Grupo A1, pero nuestros políticos desoyen nuestra petición con desaires y desprecios. Según la Ley, formar parte del grupo A1 o del A2 solo depende de dos factores: la titulación académica y la responsabilidad de los profesionales. En la actualidad, las enfermeras y enfermeros pertenecen al grupo A2 de la administración pública, a pesar de que cumplen los dos requisitos para estar adscritos al grupo A1.

Y si con eso no fuera bastante, nos golpean con otra desconsideración profesional, atreviéndose a crear la figura de supervisor/a de los cuidados sociosanitarios. Un módulo de Formación Profesional *low cost* que incorpora intervenciones sanitarias asistenciales propias de nuestra titulación, y que lo que intenta es paliar la falta de profesionales cualificados (enfermeras). Todo muy comprensible.

La Enfermería ha sufrido, durante estos dos largos años de pandemia, las peores circunstancias laborales asumiendo una inhumana presión asistencial y una elevadísima tasa de contagios. La crisis Covid-19 ha supuesto una contienda sin tregua en un contexto adverso, llegando a poner en riesgo nuestra propia integridad y nuestra vida. Una pelea diaria que nos



ha otorgado el respaldo social, baste decir que las enfermeras de Valencia hemos recibido, ocho distinciones, entre premios y galardones por nuestra labor durante la pandemia. Al menos, se nos ha reconocido en diferentes ámbitos sociales, lo cual nos hace sentir muy orgullosas de nuestra profesión, que no tiene otro objetivo que el cuidado y bienestar de los ciudadanos. Pero esto no es suficiente. Necesitamos que las administraciones, entidades nacionales e internacionales y cargos públicos nos permitan ocupar los lugares que nos corresponden.

Una desconsideración por parte de los gobernantes que se basa única y exclusivamente en la reducción de la asignación presupuestaria que se concede a nuestra profesión. Gestores de la vida pública que deben abrir los ojos y comprobar que se trata de una inversión con beneficios para la salud de nuestra sociedad que nos reportaría un importante ahorro en el futuro.

Nuestra esperanza ha acabado desesperándonos. Nos hemos cansado de ser ninguneadas, porque somos profesionales tituladas universitarias con

la capacidad de gestionar los cuidados. Una gestión que no queremos que nos sea regalada, sino asumida con responsabilidad. Nuestro método es científico y, a la vez, añadimos humanidad y especialización en nuestras funciones de control de los cuidados. Por nuestra preparación, formación y méritos, las enfermeras somos capaces de aportar lo que se necesita para dar sostenibilidad a nuestro sistema sanitario.

Pero esa función debe ir acompañada de un aumento de plazas estructurales y mayor presencia de profesionales de Enfermería en cargos de responsabilidad dentro de la Administración Sanitaria. Una dotación profesional en el sistema sanitario público (y privado) que únicamente se logrará con más alumnos en nuestras universidades públicas y docentes procedentes de la Enfermería. Resulta de obligado cumplimiento dar continuidad a los cuidados enfermeros para evitar su fragmentación, así como el conjunto de reivindicaciones que soportamos, como pesadas losas en nuestras espaldas, desde tiempos inmemoriales.

El rol de la Enfermería debe ser decisivo. Conformamos la profesión más numerosa en el ámbito sanitario. Por tanto, constituimos una potente fuerza a la hora de inclinar la balanza electoral en uno u otro sentido. Nuestras reivindicaciones requieren de un planteamiento político, pero, por encima de todo, se precisa de una movilización social.

Para liberarnos de este peso no hay que adoptar posturas, es tiempo de cambios sustanciales para mejorar nuestra profesión, uniendo nuestras voces en un solo grito que reivindique lo que a la Enfermería le pertenece, con determinación, valentía y honestidad.

Laura Almudéver Campo

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

És temps de canvis substancials per a millorar la nostra professió

Durant la pandèmia, la Infermeria ha guanyat consideració social i visibilitat en els mitjans de comunicació. D'això, no hi ha dubte. Tanmateix, i ara més que mai, necessitem que aqueix suport s'extrapole a les institucions públiques

Des de fa molts anys se'ns ha consolat i silenciats amb compromisos que han resultat promeses incomplides. Portem dècades sense la consideració professional que ens correspon, amb una escassetat crònica de plantilles, pèssimes condicions de treball i ínfims salaris, situació que comporta al descoratjament i el creixent pensament de l'abandó professional. Dugem anys lluitant perquè les infermeres siguin incloses en el Grup A1, però els nostres polítics desoeixen la nostra petició amb desfavor i menyspreus. Segons la Llei, formar part del grup A1 o de l'A2 només depèn de dos factors: la titulació acadèmica i la responsabilitat dels professionals. En l'actualitat, les infermeres i infermers pertanyen al grup A2 de l'administració pública, a pesar que compleixen els dos requisits per a estar adscrits al grup A1.

I si amb això no fora prou, ens colpegen amb una altra desconsideració professional, atrevint-se a crear la figura de supervisor/a de les cures socio sanitàries. Un mòdul de Formació Professional *low cost* que incorpora intervencions sanitàries assistencials pròpies de la nostra titulació, i que el que intenta és pal·liar la falta de professionals qualificats (infermeres). Tot molt comprensible.

La Infermeria ha patit, durant aquests dos llargs anys de pandèmia, les pitjors circumstàncies laborals assumint una inhumana pressió assistencial i una elevadíssima taxa de contagis. La crisi Covid-19 ha suposat una contesa sense treva en un context advers, arribant a posar en risc la nostra pròpia integritat i la nostra vida. Una baralla

diària que ens ha atorgat el suport social, sols dir que les infermeres de València hem rebut, vuit distincions, entre premis i guardons per la nostra labor durant la pandèmia. Almenys, se'ns ha reconegut en diferents àmbits socials, la qual cosa ens fa sentir molt orgulloses de la nostra professió, que no té un altre objectiu que la cura i benestar dels ciutadans. Però això no és suficient. Necessitem que les administracions, entitats nacionals i internacionals i càrrecs públics ens permeten ocupar els llocs que ens corresponen.

Enfermería Integral COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALÈNCIA



Una desconsideració per part dels governants que es basa exclusivament en la reducció de l'assignació pressupostària que es concedeix a la nostra professió. Gestors de la vida pública que han d'obrir els ulls i comprovar que es tracta d'una inversió amb beneficis per a la salut de la nostra societat que ens reportaria un important estalvi en el futur.

La nostra esperança ha acabat desesperant-nos. Ens hem cansat de ser menystingudes, perquè som

professionals titulades universitàries amb la capacitat de gestionar les cures. Una gestió que no volem que ens siga regalada, sinó assumida amb responsabilitat. El nostre mètode és científic i, alhora, afegim humanitat i especialització en les nostres funcions de control de les cures. Per la nostra preparació, formació i mèrits, les infermeres som capaces d'aportar el que es necessita per a donar sostenibilitat al nostre sistema sanitari. Però aqueixa funció ha d'anar acompanyada d'un augment de places estructurals i major presència de professionals d'Infermeria en càrrecs de responsabilitat dins de l'Administració Sanitària. Una dotació professional en el sistema sanitari públic (i privat) que únicament s'aconseguirà amb més alumnes en les nostres universitats públiques i docents procedents de la Infermeria. Resulta d'obligat compliment donar continuïtat a les cures infermeres per a evitar la seua fragmentació, així com el conjunt de reivindicacions que suportem, com a pesades lloses a la nostra esquena, des de temps immemorials.

El rol de la Infermeria ha de ser decisiu. Conformem la professió més nombrosa en l'àmbit sanitari. Per tant, constituïm una potent força a l'hora d'inclinar la balança electoral en l'un o l'altre sentit. Les nostres reivindicacions requereixen d'un plantejament polític, però, per damunt de tot, es precisa d'una mobilització social.

Per a alliberar-nos d'aquest pes no cal adoptar postures, és temps de canvis substancials per a millorar la nostra professió, unint les nostres veus en un sol crit que reivindique el que a la Infermeria li pertany, amb determinació, valentia i honestedat.

Laura Almudéver Campo

Presidenta del Col·legi Oficial d'Infermeria de València

La sociedad reconoce la labor decisiva de las enfermeras

Las entidades y organismos han premiado hasta en ocho ocasiones la función esencial que han ejercido durante los momentos más duros de la pandemia

Durante los dos años pandemia las enfermeras y enfermeros se han convertido en protagonistas indiscutibles del sistema de salud. Si bien se erigen como profesionales indispensables en la sociedad en cualquier circunstancia, su importancia durante pandemia ha ido mucho más allá y ha cobrado una dimensión especial. En la crisis y las

coraje en la respuesta a los contagios de Covid-19, poniendo de relieve su valía profesional. Una aptitud, capacidad y disposición para hacer el trabajo que la sociedad conoce y valora. Prueba de ello, son las ocho distinciones, entre galardones y premios, que ha recibido la Enfermería valenciana, a través del Colegio de Enfermería de Valencia.

la pandemia que recibieron el homenaje de Levante-EMV y su grupo editorial, Prensa Ibérica, a finales de 2020. En su comunicado destacaron que, ante un suceso tan dramático para toda la sociedad en el campo de la salud, en el empleo, la actividad económica y tantos otros, el colectivo de las/os enfermeras/os constituye el mejor ejemplo de esa dedicación: "Con grave riesgo de su salud y también de su vida, miles de trabajadores de los cuidados se entregaron, y siguen entregándose hoy con los rebrotes, a la atención de toda la sociedad. Muchos de ellos se contagiaron y tuvieron que apartarse de sus tareas, y algunos perdieron la vida, pero todos dieron un ejemplo de responsabilidad y entrega que los ciudadanos, en los momentos iniciales, agradecieron saliendo cada día



complejidades sanitarias generadas por la covid-19, los conocimientos y capacidades de estos profesionales han constituido el pilar fundamental en los momentos de necesidad y urgencia.

Consciente de la importancia de la Enfermería, la sociedad valenciana ha reconocido hasta en ocho ocasiones la labor decisiva que han ejercido las/os enfermeras/os valencianos durante los momentos más duros de la pandemia y en el proceso de vacunación masiva para toda la población.

Las/os profesionales de Enfermería han demostrado su compasión, valentía y

El primer galardón fue otorgado por la cadena de radio COPE a los pocos meses de haber estallado la pandemia. En concreto fue durante el certamen de los IX premios COPE Comunidad Valenciana celebrados en diciembre de 2020. Los responsables de la emisora destacaron a las enfermeras por haber dispuesto "todos sus conocimientos al servicio de la sanidad y la sociedad valenciana y por su vocación y esmero para que los pacientes no se sintieran solos ante una situación hasta ahora desconocida por todos".

La Enfermería también fue uno de los colectivos distinguidos en la lucha contra

a las 20 horas a sus balcones y ventanas para aplaudirles", indicaron.

Un argumento similar fue el que esgrimió la Junta Mayor de la Semana Santa Marinera para distinguir el trabajo durante la crisis de la Covid-19 a las enfermeras de Valencia en febrero de 2021. La Junta Mayor de la SSM describió a la Enfermería como el pilar en el que ha sustentado la sanidad durante los tiempos de incertidumbre iniciales de la Covid-19. "Un sustento sin el cual la sociedad hubiera sucumbido a la desesperación", explicaron desde la Junta Mayor de la Semana Santa Marinera.



Las/os enfermeras/os valencianas/os también recibieron la Medalla de Oro de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir “en reconocimiento a la labor de tantas/os enfermeras/os que han estado y siguen estando al servicio de las personas durante la crisis sanitaria derivada de la pandemia”, según expresó la propia institución académica en el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. El galardón, concedido en mayo de 2021, supuso el reconocimiento a la incansable e indispensable labor desarrollada por el colectivo de Enfermería: “Enfermeras que han atendido a las personas desde la primera línea de hospitales y centros de salud desde el momento en el que se originó la crisis sanitaria provocada por la expansión del SARS-Cov-2. Profesionales que nos cuidan tanto y que siguen colaborando para hacer frente el desafío que supone la Covid-19”, según destacó el rector de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, José Manuel Pagán Agulló.

De igual modo, el Colegio de Enfermería de Valencia, en representación de todas/os las/os profesionales, recogieron el 2 de junio de 2021, el premio concedido por el periódico La Razón. Un encuentro

que fue presidido por el presidente de la Generalitat Valenciana, Ximo Puig, y que contó con la presencia de diferentes personalidades de todos los ámbitos y sectores de la vida pública.

El premio del diario La Razón ensalzó los cuidados llevados a cabo por las/os enfermeras/os durante la mayor crisis sanitaria de los últimos años y su labor vital en la vacunación para lograr la inmunidad de toda la población.

Por su parte, la cadena de televisión 8 Mediterráneo distinguió también a la Enfermería valenciana, el 15 de Julio de 2021, en su 1ª Gala Solidarios Mediterráneo por su arrojo en primera línea para combatir la pandemia de Covid 19. La gala contó con la asistencia de representantes de la vida social y política de la Comunidad Valenciana, como el presidente de la Generalitat, Ximo Puig, el cardenal arzobispo de Valencia, Antonio Cañizares, el Coronel Rafael Morenza, delegado de Defensa en la Comunidad Valenciana, el Teniente general Fernando García-Vaquero Pradal, Jefe del Cuartel General Terrestre de Alta Disponibilidad y representante institucional de las Fuerzas Armadas (FFAA) de la Comunidad Valenciana, la consellera de Sanidad,

Ana Barceló o la consellera de Justicia, Gobernación y reformas democráticas, Gabriela Bravo, entre otras autoridades y representantes de la sociedad valenciana. El Colegio de Ingenieros Industriales de la Comunitat Valenciana también galardonó en noviembre de 2021 a las/os enfermeras/os para destacar “su valor y esfuerzo en la gestión de la pandemia” y por “su papel de sacrificio, templanza y voluntad más allá del miedo, del dolor y la desolación de los que estuvieron en primera línea de la pandemia”. Los Premios Luis Merelo i Mas se conceden anualmente por el Colegio Oficial de Ingenieros Industriales de la Comunitat Valenciana desde el año 2016 con el objetivo de reconocer y poner en valor la labor de diferentes colectivos, empresas y personalidades que han aportado tanto en la gestión de la COVID 19 en nuestro país.

El último premio recibido por la entidad colegial de Enfermería fue otorgado, el pasado 26 de febrero, por el Col·legi Oficial de Psicologia de la Comunitat Valenciana. Un galardón que, según la secretaria del COPCV, Vicenta Esteve premia a los profesionales que han estado “al pie del cañón desde el inicio y en primera línea, atendiendo a los pacientes Covid y no Covid; arriesgando cuando los EPI no llegaban, tendiendo la mano a todas aquellas personas que acudían a un centro sanitario o que ingresaban y estaban solas. Han realizado su trabajo e incluso han suplido las carencias afectivas de los enfermos... Se han quedado al descubierto, emocionalmente hablando”. Desde el Colegio de Enfermería de Valencia se quiere dejar claro que sólo ha sido el receptor de estas distinciones,

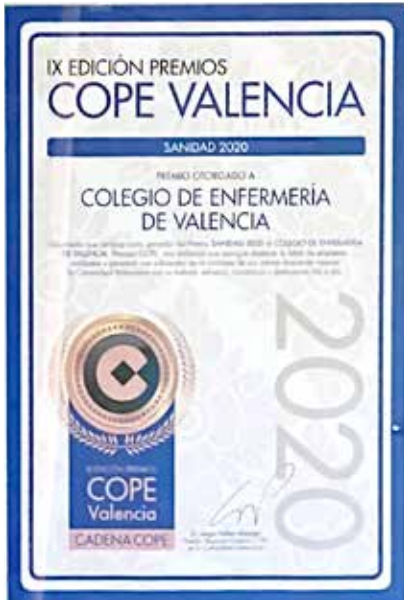




galardones y premios porque pertenecen a todas y cada una de las enfermeras valencianas que con su abnegado trabajo han obtenido el reconocimiento de la sociedad. El Colegio de Enfermería de Valencia en su listado profesionales cuenta con cerca de 16.000 colegiados. De estos, 15.172 están en activo y 765 jubilados. Al hablar de la enfermería, estamos hablando de uno de los colectivos profesionales más numerosos y también de uno de los más valorados durante los últimos años. La entidad colegial de Enfermería nació con el objetivo de velar por una práctica profesional ética para todos los enfermeros y enfermeras de Valencia y entre sus objetivos se halla el de desarrollar el prestigio y perfeccionamiento de la profesión, así como representar a sus colegiados y defender sus derechos, intereses e inquietudes. El Colegio ofrece todo tipo de servicios

orientados a estos fines. Una de las áreas en las que trabaja es la de Docencia y Formación. Un servicio con el que se busca armonizar los conocimientos teóricos con la práctica profesional, así como desarrollar planes de formación continuada, de acuerdo con la proyección de futuro de la profesión. También se procura la formación gratuita a todos los colegiados, especialmente a quienes no tienen trabajo, y se hace con un plan de desconcentración que facilita el seguimiento de cursos a quienes no pueden acercarse a la sede colegial. Con la docencia también está relacionada el área de Investigación. De esta forma se proporcionan conocimientos metodológicos, estadísticos e informáticos a los profesionales de enfermería, para que después los puedan aplicar en actividades sanitarias y de investigación. Desde aquí proponen cursos de investigación, así como también asesoran

y orientan las investigaciones que realizan los colegiados, donde las que más priman son aquellas que reportan beneficios para la sociedad en su conjunto. En relación con este apoyo a la investigación, el COENV también concede becas a los colegiados valencianos por asistir a reuniones científicas. Pero la formación de los profesionales no es lo único que preocupa a esta organización, y por ello también destina parte de sus esfuerzos a formar a la ciudadanía. Se promueven cambios de hábito positivos, orientados hacia una mejor calidad de vida y de relaciones con el entorno, y se preocupan porque la sociedad conozca de cerca la profesión de enfermería, de forma que la sienta cada vez más útil, necesaria e imprescindible. El Colegio de Enfermería de Valencia organiza campañas informativas propias dirigidas a fomentar la salud de los ciudadanos, respaldadas a través de su



difusión por los medios de comunicación social, y también establece acuerdos con instituciones para la realización de cursos y la colaboración en otras campañas informativas relacionadas con el sector o la salud.

Unos contratiempos que han dificultado mucho el desarrollo del ejercicio de la profesión, y que también han sido reivindicados desde el Colegio de Enfermería de Valencia. Desde el colegio se ha denunciado que los aplausos de los momentos iniciales se han materializado en despidos. Muchos profesionales (3.300 en concreto) fueron cesados de sus cargos a mediados de 2021, a pesar de que la ratio de enfermera por paciente en la Comunidad Valenciana y en España es una de las más bajas de Europa. Las administraciones

han mostrado, en muchos casos, una falta de consideración total con la Enfermería, un error que debe corregirse.

El Colegio de Enfermería de Valencia acaba de iniciar el proyecto de creación de un aula de simulación para realizar prácticas, que se instalará en la sede de la ciudad. Además, se han revalidado este año las certificaciones de Compliance Penal para garantizar el cumplimiento normativo legal y de Gestión de Calidad ISO 9001. De esta forma, queda acreditada su óptima prestación de servicios hacia los colegiados. De este modo, el Colegio de Enfermería de Valencia se convierte en la única entidad colegial de Enfermería de nuestro país que dispone de ambas acreditaciones de cumplimientos normativos.



Recepción de la revista “Enfermería Integral” en formato digital

Se informa a los colegiados que quién no desee recibir la revista en formato papel, y en su lugar, desee recibirla en formato digital, que envíe un correo con su nombre y número de colegiado al correo: revista@enfervalencia.org.

Información sobre protección de datos personales



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.

- No deseo que me envíen la revista
- No deseo que faciliten mis datos al Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- No deseo que me informen de los convenios de colaboración.

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: Avenida Blasco Ibañez Nº 64. 46021 Valencia.



MÁS INFORMACIÓN EN EL



**COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERÍA DE VALENCIA**

Calle Polo y Peyrolón, 59 Bajos, 46021 Valencia
Tel. 96 303 70 15 - Fax 96 303 04 23
enfervalencia@enfervalencia.org - www.enfervalencia.org



Laura y Javier tienen mucho trabajo,
pero están *tranquilos*

Porque con el **“Servicio Manitas”** de su Seguro de Hogar,
uno de nuestros especialistas les ayudará a instalarse.

Así de fácil...


A.M.A. VALENCIA

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

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 963 94 08 22 / 900 82 20 82

Síguenos en     

y en nuestra APP 



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora



Simulación aplicada a la Enfermería

Estas aulas se erigen como una **metodología/técnica educativa eficaz** y que complementa a otras iniciativas de seguridad del paciente en el proceso de entrenamiento clínico

La simulación clínica se ha convertido en una de las principales herramientas de la formación en el ámbito de la Enfermería. Las 'aulas virtuales' destinadas a realizar prácticas se han consolidado, en la última década, como una metodología/técnica educativa eficaz y que complementa a otras iniciativas a lo largo del proceso de entrenamiento clínico. Esta metodología, que se observa en otras industrias como aviación, energía nuclear, fuerzas armadas, ha identificado hace tiempo las consecuencias de los errores y han introducido la simulación dentro de sus procesos de enseñanza y entrenamiento, como parte de la solución para reducir riesgos y por ende, aumentar la seguridad del paciente.

En las aulas de simulación, junto a la adquisición de habilidades técnicas, se reflejan factores externos y el estrés (o situación límite) que se produce en una actividad real. Se genera un contexto formativo que permite recrear eventos inusuales, pero críticos y con la presión del tiempo, de forma que se establecen protocolos de actuación, y se identifican los problemas de comunicación en los equipos de Enfermería, con el fin de que se puedan resolver o mejorar, por lo que se adquieren, también, habilidades no técnicas.

Estos espacios de simulación clínica cuentan con simuladores o maniqués de 'ultrarealidad' que mueven sus cajas torácicas al ritmo de la respiración, sus pupilas se dilatan, siguen con la mirada, pudiendo palpar el pulso en cada una de sus extremidades y permitiendo realizar la mayoría de técnicas a la vez que interactúan a nivel personal con los docentes y alumnos. Estos sistemas robotizados pueden aplicarse a diferentes escenarios, como salas de urgencias, hospitalización, UCI, laboratorios, quirófanos generales y de partos que superan una mera recreación hiperrealista de escenarios críticos de asistencia pericárdica, pleural, arterial, peritoneal, venosas centrales y periféricas.



La simulación clínica puede, además, representar una amplia variedad de casos con pacientes y ponerlos a disposición del alumno que así no tendrá que esperar a encontrárselos en la vida real. Dichas simulaciones proporcionan al estudiante una experiencia en situaciones infrecuentes, pero probables. De forma que los instructores pueden promover pautas de actuación estandarizadas, con una mayor calidad de enseñanza.

Los alumnos, en estos espacios, actúan en un entorno donde los errores pueden producirse sin problemas y, sobre todo, aprender de ellos. De este modo, con este nuevo concepto de simulación se proporciona a las enfermeras y enfermeros un sistema de formación de postgrado y formación continuada, con una docencia que favorece el aprendizaje dentro de un ambiente protegido y seguro, en el que se fortalecen los valores y principios. No en vano, la simulación clínica avanzada posibilita que aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes en Enfermería con un enfoque transversal, multidisciplinar y multiprofesional.

En cuanto a la metodología, una vez se establece y se diseña (con la consiguiente planificación) un caso clínico

en el espacio de simulación se aplica el Debriefing (feed-back), cuyo objetivo principal es fomentar la autoreflexión de los estudiantes, comentando los puntos fuertes, los puntos débiles y aquellos que necesitan mejorar; entendiendo sus percepciones e interpretaciones como una estrategia metacognitiva que permite así evaluar los procesos de pensamiento y mejorar las sentencias y decisiones futuras.

La grabación y posterior discusión (debriefing) de las actuaciones dentro de un entorno lo más realista posible, permite al alumno observar errores de comportamiento que no son percibidas por otros métodos de aprendizaje.

El uso de la grabación genera una nueva dinámica de clase más activa, cooperativa y participativa entre todos los agentes que forman parte del proceso de enseñanza/aprendizaje, por lo que la evaluación del alumno se torna más globalizadora, ya que el posterior visionado entre todos de la práctica realizada conlleva generar un debate y crítica siempre constructiva que fomente el aprendizaje, donde todos aportan sus conocimientos y experiencias a través de la puesta en común y la detección de errores.

Se ultima una colaboración para crear cooperativas de enfermeras

Las firmas sociales serán impulsadas por varias parcelas de la Administración valenciana

La presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (COENV), Laura Almudéver, ha mantenido una reunión de trabajo con la directora general de Emprendimiento y Cooperativismo de la Conselleria de Economía Sostenible, Sectores Productivos, Comercio y Trabajo, Teresa García, en la que se ha concretado la última fase de un convenio de colaboración que permitirá poner en marcha cooperativas enfermeras en la Comunidad Valenciana, como parcela impulsora de la economía social.

Las cooperativas pueden establecerse como una fórmula que dé solución, sobre todo, si reciben el apoyo de la Administración valenciana, a través de promoción de empleo o ayudas fiscales de la Conselleria de Economía, y de cursos de formación y asesoría por parte del Colegio de Enfermería de Valencia. Unas cooperativas que pueden complementar el trabajo habitual de las/os profesionales y que pueden asumirse como socia/o cooperativista (autónomo) o como empleada/o.

Esta colaboración permitirá a las profesionales de Enfermería crear



agrupaciones societarias para prestar servicios sociosanitarios. Además, las cooperativas resultantes serán impulsadas por otras parcelas de la Administración valenciana (tanto de la Conselleria de Sanidad como la de Igualdad y Políticas Inclusivas) que contrataría sus servicios de prevención y promoción de la salud en las zonas donde existen más carencias asistenciales.

Una de las principales ventajas del cooperativismo para las enfermeras se basa en la autonomía profesional porque

favorece la conciliación de la vida laboral y la familiar. Puesto que serían las propias profesionales las que organizarían sus tareas de forma conjunta y coordinada. Para incentivar estas agrupaciones de profesionales se está estudiando la puesta en marcha de cursos, tanto desde el punto de vista de la gestión, como de idiomas en el extranjero (inglés y alemán gerontológico), para que las/os enfermeras/os interesadas/os en las cooperativas adquieran la formación necesaria para poner en marcha sus proyectos laborales.

16 Congreso de Enfermería Quirúrgica

Los próximos días 27 a 29 de abril, se celebrará en Pamplona, el 16 Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica, organizado por la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica, de nuevo de forma presencial, después de que en marzo de 2020 se suspendiera.

El Congreso supone una cita ineludible a nivel nacional para la enfermería quirúrgica, donde se dan cita destacados expertos y donde se difunden trabajos de investigación.

El programa está constituido por 6 mesas redondas, con títulos tan importantes para las enfermeras quirúrgicas, entre otros, como “ Del explante al implante. Haciendo posible la vida” , o “ Pilares para una atención quirúrgica óptima”.

Se cuenta con simposios y talleres en los que tendremos oportunidad de ver en directo las diversas innovaciones que nos presenta la industria y que nos van a permitir una actualización de conocimientos.

La forma de participación es muy amplia y quisiera incidir que está abierto el plazo de presentación, para que los trabajos puedan ser valorados y aceptados por el Comité Científico. Así, se puede participar mediante comunicaciones tipo oral o póster, videotécnicas o participando en el concurso fotográfico.

Toda la información actualizada se encuentra disponible en la página web de la Asociación : www.aeeq.net
Os esperamos en Pamplona!!!!



El Colegio de Enfermería de Valencia muestra su apoyo al movimiento Enfermería Digna

Persigue, como único objetivo, la mejora de las condiciones laborales de la profesión enfermera

La presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (COENV), Laura Almudéver, ha tenido puentes con la plataforma 'Enfermería Digna' con el fin de mostrar el apoyo de la entidad colegial valenciana a todas las reivindicaciones de esta comunidad virtual y estrechar lazos de colaboración. Almudéver confirmó la adhesión a este grupo de enfermeras/os que persigue, como único objetivo, la mejora de las condiciones laborales de la profesión enfermera.

El movimiento Enfermería Digna, que elude cualquier adscripción política o sindical, está formado por cerca de 4.000 enfermeras/os de todo el país y lucha por el abandono que sufre la Enfermería por parte de las instituciones públicas y de los políticos de los diferentes partidos del ámbito estatal y de cada comunidad autónoma, "que ignoran las necesidades del colectivo y desatienden, de forma sistemática, nuestras demandas históricas como la categoría profesional A1 o el adelanto de la jubilación voluntaria a los 60 años", según uno de sus impulsores Borja Manzanares.

Sobre este extremo, la presidenta del COENV subrayó todas las reclamaciones de Enfermería Digna para impulsar la profesión y recordó que desde el Colegio de Enfermería de Valencia se han enviado "numerosas cartas a los gestores públicos del Ministerio de Sanidad y del sistema valenciano de salud y se han emitido decenas de comunicados de prensa con el fin de solicitar, por ejemplo, un incremento de la ratio enfermera/100.000 habitantes y de la

frecuencia de las ofertas públicas de empleo (OPE)".

De igual modo, el COENV ha exigido la derogación inmediata de las funciones anacrónicas que siguen vigentes a pesar de la derogación del Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social de 1973, que describe a las/os enfermeras/os como "ayudantes del médico".

El COENV también ha instado a que se reconozcan todas las especialidades de Enfermería que todavía carecen de esta consideración y que se establezcan los mecanismos necesarios para evitar que se produzca el alarmante aumento de intrusismo profesional que ha ido creciendo durante la pandemia Covid por falta de personal.

El movimiento Enfermería Digna, que elude cualquier adscripción política o sindical, está formado por cerca de 4.000 enfermeras/os de todo el país y lucha por el abandono que sufre la profesión por parte de las instituciones públicas y de los políticos de los diferentes partidos del ámbito estatal y de cada región

La prescripción enfermera es otra de las reivindicaciones del Colegio de Enfermería de Valencia, especialmente, para que se generalice como actividad esencial del sistema de salud y se fijen los protocolos necesarios para que su puesta en marcha sea real. Una demanda



similar a la de consolidar la figura de la enfermera escolar en todos los centros educativos, cuya relevancia se ha puesto de manifiesto con la pandemia Covid-19, tanto en la promoción de la salud como en la vacunación. Una medida que debe buscar fórmulas para establecerse, de manera permanente, como herramienta social, como ocurre con la erradicación de las agresiones a las/os enfermeras/os que debe corregirse con más control en los entornos clínicos. Respecto a las reclamaciones de carácter laboral, todas las peticiones del COENV se siguen centrando en acabar con la precariedad laboral que continúa siendo un problema crónico de la Enfermería.

Por su parte, Borja Manzanares agradeció el esfuerzo realizado por el COENV durante los últimos años y recordó que la plataforma Enfermería Digna dispone de una página web de Osoigo donde se recogen firmas para elevar las peticiones profesionales hasta el Congreso de los Diputados.

Reunión con responsables del Sindicato SATSE para definir estrategias y acciones comunes

El Colegio de Enfermería de Valencia respalda el calendario de movilizaciones que ha fijado el sindicato

Ley de Seguridad del Paciente que se encuentra paralizada en el Congreso de los Diputados y que esta norma se apruebe cuanto antes para asegurar una ratio de enfermera/pacientes para cubrir todas las necesidades asistenciales en los hospitales, centros de salud y otros centros sanitarios y sociosanitarios”.

El Colegio de Enfermería y el SATSE, por tanto, se unen para pedir establecimiento de plantillas suficientes de enfermeras en todos los servicios de salud y dejar así de estar a la cola de Europa y que se respete



Una suma de fuerzas, un punto de encuentro y una gran alianza de la enfermería valenciana. Con este objetivo y para iniciar acciones reivindicativas conjuntas han tendido puentes el Colegio de Enfermería de Valencia y el Sindicato de Enfermería (SATSE) en la Comunidad Valenciana.

La presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia, Laura Almodéver, y el presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), Juan José Tirado, han mantenido una reunión de trabajo con la secretaria general del Sindicato de Enfermería (SATSE) en la Comunidad Valenciana, María Luz Gascó, con el secretario provincial de Valencia, Arturo Morell, y con el secretario autonómico de Acción Sindical, Carlos Buchó, con el fin de establecer estrategias en defensa de la Enfermería.

Durante el encuentro, María Luz Gascó ha manifestado que SATSE ha programado movilizaciones durante 2022 para reclamar mejoras reales que acaben con la precariedad que sufren las/os enfermeras/os desde hace años en sus condiciones laborales y profesionales y que la pandemia del Covid-19 ha aflorado. Unas movilizaciones que el Colegio de Enfermería ha respaldado y que transmitirá a sus colegiadas/os de Valencia para establecer un frente común de reivindicaciones profesionales y laborales.

La presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia, Laura Almodéver, ha considerado que es imprescindible garantizar la seguridad asistencial de los pacientes y del conjunto de la ciudadanía como una de las principales reivindicaciones y, para ello, “resulta urgente desbloquear la tramitación parlamentaria de la

su dignidad profesional, posibilitando su reclasificación profesional en el Grupo A, sin subgrupos, para poder recibir la remuneración acorde y desempeñar funciones de directivos en puestos decisivos de la Administración sanitaria. Demandas esenciales que forman parte del núcleo reivindicativo del SATSE como la jubilación anticipada a los 60 años y con 25 años de servicio.

El presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana ha incidido en la necesidad de que se reconozcan todas las especialidades de Enfermería que todavía carecen de esta consideración y que se establezcan los mecanismos necesarios para evitar que se produzca el alarmante aumento de intrusismo.

El Colegio de Enfermería de Valencia informará a sus colegiadas/os de todos los actos reivindicativos.



Maribel Castelló López / Vocal I del Colegio de Enfermería de Valencia,
vicepresidenta del CECOVA y presidenta de la Comisión de Ética
y Deontología del CECOVA

“El seguro que tienen contratado los colegios de Enfermería cubre, en su totalidad, todo lo referente a la praxis enfermera en el caso de la vacunación de la Covid-19”

La vicepresidenta del CECOVA alerta de que se han esgrimido “documentos que incluyen datos erróneos y no contrastados al afirmar que los profesionales” en la vacunación frente a la Covid-19, “ponen en riesgo su actividad profesional”. Insiste en que los profesionales sanitarios que recomiendan no vacunarse “lejos de cumplir con una de las obligaciones éticas básicas de cualquier profesional de la salud, es decir, estar bien informado con la evidencia científica, se dedican a “opinar” (criterio subjetivo) negando por un lado el derecho a la información y la consecuente falta de toma de decisiones respecto a la vacuna, en resumen, vulnerando el principio de autonomía que también se recoge en la ley 41/2002”.

¿Cree que la Administración ha estado a la altura a la hora de establecer medidas que frenaran la sexta ola?

He detectado una intención de los gestores públicos de mantener la economía a flote y banalizar a “Omicron” como una gripe, sin causar pánico en la población ni crisis en la hostelería, claro que como siempre, sin dotar de recursos a la Sanidad Pública. Se retomaron medidas ya relajadas como la mascarilla en espacios abiertos, limitación de comensales, etc. Pero lo que realmente nos ha “salvado” de no tener que lamentarlo con una alta incidencia de fallecimientos es el hecho

de llevar un año con la vacunación de la población. La vacuna no evita la infección ni su transmisión, pero sí la gravedad de la enfermedad y en concreto con esta variante, más infectiva pero menos letal.

Hay una corriente de opinión (afortunadamente minoritaria) que considera que las enfermeras no deben vacunar contra la Covid-19.

Se oyen comentarios de todo tipo que interpretan la legislación con fines negacionistas. Comentarios que están generando dudas y miedos en el colectivo de Enfermería. Incluso se han presentado documentos

que incluyen datos erróneos y no contrastados al afirmar que los profesionales, que nadie puede olvidar que están haciendo una labor encomiable en el tema de la vacunación frente a la Covid-19, ponen en riesgo su actividad profesional.

Se ha llegado a decir que las enfermeras pueden quedar descubiertas en cuanto a la responsabilidad civil.

Argumentan barbaridades ilógicas. Pretenden inculcar el miedo entre las y los profesionales argumentando que corre peligro su patrimonio por un tema de responsabilidad civil porque, según estas afirmaciones infundadas, no cubriría el seguro que tienen las/os colegiadas/os... Nada más lejano de la realidad porque el seguro que tienen contratado los colegios de Enfermería cubre, en su totalidad, todo lo referente a



La OMS ratifica el gran beneficio que supone la vacunación infantil en particular, y en general, en personas vulnerables, gestantes, ancianos, entre otros”

Enfermería (CGE) ¿Se ha hecho un uso certero de este código?

Al contrario. Los artículos se han referenciado e interpretado erróneamente, es decir, ni es una vacunación experimental ni está sometida a experimentación, pues las siguientes vacunas: BioNTech y Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Janssen Pharmaceutica NV y Novavax con 4.200 millones de dosis en el mundo han sido aprobadas por la EMA (Agencia Europea del Medicamento). Respecto a la protección del niño, hoy por hoy, la OMS ratifica el gran beneficio que supone la vacunación infantil en particular, y en general, en personas vulnerables, gestantes, ancianos, entre otros. Y en el caso que nos ocupa, son los progenitores de los pequeños los máximos responsables, tras la información y su consentimiento por escrito, los que asumen la responsabilidad.

¿También se esgrime que la Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia?

Sí, se hace una interpretación torticera del artículo 58 del CD del CGE y, con este argumento, se aprecia una falta de conocimiento total de la profesión enfermera. Se debe tener muy en cuenta que una de las competencias que tiene la Enfermería es la de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, siendo la vacunación una de las medidas de prevención demostrada para ésta o cualquiera de las enfermedades que se trate, como por ejemplo, la del sarampión u otras.

Los antivacunas justifican su postura en el artículo 16 de la Constitución Española...

Que es un derecho, hoy por hoy, pensar libremente con conciencia ideológica o religiosa nadie lo va a cuestionar y así está recogido en la Constitución Española en su



la praxis enfermera en el caso de la vacunación de la Covid-19, como con cualquier otra vacuna. El Seguro de Responsabilidad Civil que los profesionales tienen, por el mero hecho de estar colegiados y al corriente de los pagos, cubre toda praxis profesional que se realice en el ámbito laboral, evidentemente,

las reacciones adversas no son previsibles ni en ésta ni en ninguna otra vacuna pudiéndose tratar como un accidente sin que se derive un dolo.

El movimiento antivacunas alude a varios artículos del Código Deontológico (CD) del Consejo General de



No vacunarse, en una pandemia como la que estamos viviendo durante estos dos años, es como mínimo, amoral, pues es un acto de egoísmo, insolidario y basado en creencias “tóxicas” no contrastadas con la evidencia, sin reflexión crítica y cuyo fondo psicoemocional puede estar basado en el miedo”

artículo 16:1. Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades. Pero, en una pandemia como la que estamos viviendo durante estos dos años, es como mínimo, amoral, pues es un acto de egoísmo, insolidario y basado en creencias “tóxicas” no contrastadas con la evidencia, sin reflexión crítica y cuyo fondo psicoemocional puede estar basado en el miedo, un miedo que les obliga a aferrarse a una realidad “construida” (manipulada) a conveniencia de justificar la creencia errónea, en el tema que nos ocupa, la vacunación, o cualquiera de los suscitados durante estos dos años en un número importante de personas en nuestro país.

¿Qué opina de que algunos/as profesionales de diversos ámbitos de la salud recomienden no vacunarse contra el coronavirus?

Tengo una opinión muy clara al respecto. Que lejos de cumplir con una de las obligaciones éticas básicas de cualquier profesional de la salud, es decir, estar bien informado con la evidencia científica, se dedican a “opinar” (criterio subjetivo) negando por un lado

el derecho a la información y la consecuente falta de toma de decisiones respecto a la vacuna, en resumen, vulnerando el principio de autonomía que también se recoge en la ley 41/2002. Puede ser “el argumento” de que una de las competencias de los profesionales de la salud es la de asesorar, informar para prevenir la enfermedad y promover la salud, es decir, haciendo educación sanitaria. Creo que es, por así decirlo, inmoral, no dar la información correcta, veraz y basada en la evidencia pudiendo constituir una falta ética grave y suponer, además de un flaco favor a la población que atiende, una sanción por parte de la entidad competente.

¿Incluiría esta situación de estrechez de miras como falta de actualización profesional?

Considero que no actualizarse supone un desconocimiento de la profesión y de los deberes ético-legales que tenemos como profesionales de la salud, es decir, una persona que no se actualiza sobre los avances que la ciencia emite respecto a una materia, en nuestro caso vacunación, no tiene excusa por ser de obligación (deber) legal y ética. “Ser competente” en

los conocimientos que del ejercicio profesional se derivan, sean científicos, técnicos, metodológicos o éticos es exigible en cualquier profesional sanitario.

¿Qué me dice la voluntariedad de las vacunas?

Toda vacunación en adultos es de carácter voluntario en España con la consiguiente aceptación o consentimiento oral implícito cuando se acude a vacunar sin coacción alguna, con la información recibida u obtenida previamente de un profesional o por los servicios de Salud Pública. Los adultos competentes deben dar su consentimiento oral implícito cuando uno acude a vacunarse y por escrito, de los padres, progenitores o tutores, cuando es un menor al que se le pone esta vacuna, al igual que otras fuera del calendario oficial de vacunación infantil.

¿...y de la obligatoriedad?

De momento no es obligatoria, pero si es moralmente obligada por cuestiones de solidaridad, y de salud pública, porque debe prevalecer el bien colectivo por encima del individual.

Como matrona, ¿qué ha percibido entre las gestantes?

En el caso de las gestantes se recogen, en las guías clínicas, las vacunas indicadas por todas las entidades científicas, como la gripe, la tosferina y, en esta pandemia que nos ocupa actualmente de la Covid. Personalmente, he visto muchos más contagios y más mujeres embarazadas sintomáticas que en olas anteriores si bien menos graves pero, no por ello, menos preocupantes. La cuestión es que, cuando una mujer gestante llega a puertas de urgencias obstétricas se le hace la respectiva anamnesis que incluye la pregunta del millón “¿te has puesto la vacuna de Covid?”, la respuesta sorprende cuando es “la matrona me dijo que no me la

pusiera, que si acaso después”. Aunque en un principio se carecía de estudios, evidencias científicas posteriores demostraron la eficacia de la vacuna para la protección de la madre y de su hijo/a sobre todo de cara a evitar las posibles complicaciones durante el embarazo y sobre todo hacia el final del embarazo de cara al parto.

Entonces, ¿resulta incuestionable que no se vulnera ningún derecho al vacunar a la población?

Ninguno. No hay ningún incumplimiento por parte de las y los profesionales durante esta pandemia, ya que la vacunación (recordemos que es “voluntaria”) es una de sus competencias en prevención y para nada se vulnera la igualdad en dignidad o la libertad que garantizan tanto la Constitución Española como los Derechos Humanos.

¿Qué mensaje les daría a los que alientan el miedo entre las/os profesionales de Enfermería para frenar el proceso de inmunidad entre la población?

Primero que dejen de desinformar y amedrantar a las compañeras y compañeros y a la población si es que tienen algún sentido de la responsabilidad. Estas personas deberían recordar a los fallecidos en las UCI durante la pandemia. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, regula la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en concreto, su art.2.6 detalla que “todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”. Un artículo que los negacionistas deberían aplicarse cuando siembran el pánico de forma infundada.



Contra este tipo de bulos, ¿qué aconseja?

Proporcionar información veraz, correcta y basada en evidencia científica avalada por los organismos correspondientes a nivel estatal o internacional, para que el/la paciente pueda tomar la decisión, libremente y sin coacciones de ningún tipo a la hora de vacunarse o no para la Covid-19 y no verter “opiniones” subjetivas, manipulando la información e incumpliendo no solo el principio de autonomía, sino el de beneficencia, maleficencia y justicia.

¿Se ha insinuado que las enfermeras requieren un protocolo especial para poder vacunar contra la Covid?

Son sinsentidos para frenar la vacunación. Te puedo confirmar que las enfermeras y enfermeros no precisan de un protocolo especial para vacunar al enmarcarse dentro de una campaña de vacunación especial por la enfermedad que es, pero coordinada de igual manera que la campaña de la gripe. Todas aquellas enfermeras con el RD 1302/2018 de 22 de octubre de Prescripción vigente

en las comunidades autónomas y con la autorización precisada en la norma (un año de experiencia o una acreditación) las enfermeras y enfermeros podrán ser parte activa de la campaña vacunal cuando se busque una inmunidad de grupo.

¿Las enfermeras pueden apelar a su conciencia ante la administración de la vacuna?

La Objeción de Conciencia constituye un tema ético sensible y complejo, pues alude a lo más íntimo del ser humano, como es su dignidad basada en los dictámenes de su conciencia, llegándose a plantear, por parte de algunos, que debería ser considerada como un derecho fundamental de las personas, de rango constitucional como lo es en España. En la práctica clínica, el problema esencial surge al confrontarse el derecho del objetor a la libertad de conciencia ideológica o religiosa y el legítimo derecho de las personas a la atención en salud, sin discriminación, con cumplimiento y resguardo de los aspectos éticos involucrados en esta atención. Es fundamental diferenciar la Objeción de Conciencia de otros conceptos



como son la desobediencia civil, objeción de ciencia y objeción de legalidad. En el caso que nos ocupa, más que una objeción de conciencia supone una objeción de ciencia definida como aquella objeción invocada por razones

científicas; por ejemplo, de las personas integradas en aquellos centros de trabajo, de investigación o estudio, donde las actividades desarrolladas impliquen, en el tiempo presente o futuro, un serio daño para el medio ambiente,

los seres vivos, la dignidad y los derechos fundamentales de las personas.

Si algunos quieren apelar a la objeción de conciencia, deben tener en cuenta que, por cierto, sólo la recogen dos leyes en nuestro país, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo y la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Me gustaría resaltar que, en la vacunación contra la Covid la objeción de conciencia no está regulada por ninguna ley, salvo las que he citado y se incurriría en una denegación de funciones de la que se derivarían otro tipo de sanciones disciplinarias recogidas en el Estatuto de los Trabajadores de las Instituciones Sanitarias de cada una de las comunidades autónomas en las que se divide el Estado.

Fina Gisbert Bui, una matrona que nos dejó...

“¡Ay, xiqueta, las matronas en mi época trabajábamos como burras, de sol a sol, por amor a nuestro trabajo, disfrutábamos tanto atendiendo a las mujeres en sus partos...!”

Esta frase me dijo un día Fina Gisbert, su nombre era Josefina, pero ella siempre quiso que la llamaran Fina, una frase que se me quedó grabada y que aún recuerdo de aquella conversación que mantuvimos un día de invierno de un año ya lejano. Era una apasionada de su trabajo y así lo transmitía cuando hablaba de lo que era para ella esta profesión.

Fina era una matrona de carácter, dulce y entrañable, pero firme con su proceder y buena asesora de los ginecólogos con los que trabajó más de 40 años. Se ganó el respeto de todos y el cariño de las mujeres que atendía. Su vida no fue fácil, pero precisamente eso forjó su manera de afrontarla y de criar y educar a sus tres hijos. Madre de matrona, y una excelente persona, con su sonrisa siempre en el rostro, con sus paseos diarios. Aún la recuerdo con sus dos sticks de montaña, con sus comentarios graciosos, quitándole importancia a cualquier banal preocupación de la juventud actual. Justo antes de la pandemia comí con ella en un evento común, y aún con sus dificultades, siempre le echaba coraje y compartía momentos con sus compañeras de la época, todo un lujo ver tanta experiencia junta.

Fina, gran profesional y mejor persona, nos dejó, pero toda su sabiduría y elegancia permanecerá en el corazón de las personas que como yo, tuvimos el placer de conocerla y disfrutar de su compañía. Donde esté, seguro que nos anima a seguir viviendo nuestra profesión con la misma pasión con la que la vivió ella. DEP.



M^a Isabel Castelló López
Vocal I. Matrona. COENV



Amparo Rubio San Pedro / Presidenta de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica

“Para estar en un quirófano una enfermera recién graduada requiere formación, aprendizaje, tiempo y que realmente le apasione lo que está haciendo”

Seis de las siete especialidades de Enfermería están desarrolladas... sólo falta la especialidad Médico-Quirúrgica, que no tiene programa. ¿Por qué es tan necesario?

Permítame que sitúe la pregunta retrotrayendo en la historia para poder entender el presente. En el año 1987, el Real Decreto 992: Se regula la obtención de 7 Especialidades en Enfermería, entre ellas la de Enfermería de Cuidados Especiales, que no se desarrolla. Posteriormente en el 2005, un nuevo Real Decreto 450, sobre Especialidades Enfermeras, vuelven a recoger 7 pero se cambia el nombre a Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.

En ese momento se crea una Comisión Nacional y un grupo de expertos que elaboran el plan formativo.

Pasa el tiempo y surgen nuevas leyes, se habla de Diplomas de Acreditación, de Acreditación Avanzada. En prensa constante y reiteradamente se informa que el plan formativo EIR de Médico-Quirúrgica en breve verá la luz (fácil de revisar en la hemeroteca) y la realidad a fecha febrero de 2022, es que todas las especialidades de ese Decreto de 2005 están reguladas excepto la de Cuidados Médico-Quirúrgicos. Quiero comentar que sí existe en el ámbito militar la especialidad “Enfermería Médico-Quirúrgica en Operaciones”, de la que en el año 2021 salió la primera promoción.

Usted me pregunta ¿por qué es tan necesario?

Todos conocemos la respuesta, la evolución de la Sanidad y la situación que hemos y estamos viviendo

“

La evolución de la Sanidad y la situación que hemos y estamos viviendo ha hecho más que tangible la necesidad de disponer de enfermeras cualificadas para proporcionar al paciente los cuidados que requiere, y esta cualificación solo pasa por la especialización reglada y de forma oficial”

ha hecho más que tangible la necesidad de disponer de enfermeras cualificadas para proporcionar al paciente los cuidados que requiere, y esta cualificación solo pasa por la especialización reglada y de forma oficial.

Pero tengo que incidir, que han pasado 35 años de aquel primer Decreto, 17 del segundo, y resulta muy complicado resolver este problema de tantos años de evolución. Además de todas las instituciones, comisiones, grupos de especialidad... que no han podido o no han sabido resolverlo. Desde luego, a día de hoy y con la evolución que ha sufrido tanto el área quirúrgica como los cuidados enfermeros perioperatorios, resulta cuanto menos complicado, poder incluirla en aquello que se pensó como única gran especialidad hospitalaria.

La legislación que debe desarrollarlo está a punto de publicarse ¿Se han depositado muchas esperanzas en que se potencie la figura de la enfermera quirúrgica?

En este momento, existen tres, podríamos llamar “legislaciones diferentes”, respecto a las especialidades enfermeras. Por un lado, como hemos comentado está el Decreto de 2005 respecto a 6 especialidades desarrolladas, y una, la especialidad de cuidados médico-quirúrgicos, como es conocido, pendiente de ello. De entrada, existe un Proyecto, no aprobado, por el que se regularía

el procedimiento y criterios para la creación y revisión de los títulos de especialistas en ciencias de la salud.

De momento y hasta que no se apruebe el segundo o se desarrolle el primero no se potencia ninguna figura enfermera.

El borrador de la posible futura nueva Ley, según el contenido que conocemos, prevé unos pasos y unos requisitos, si se cumplen habrá nuevas solicitudes de especialidades, las que se consideren necesarias para adaptar la realidad sanitaria, pero posteriormente dependerá su aprobación y puesta en marcha, de las distintas organizaciones que participen en su negociación.

Tenemos esperanzas y nuestros argumentos son más que evidentes en que exista la enfermera quirúrgica, pero sinceramente, somos muy escépticos.

¿Subespecialidades dentro de la especialidad de Médico-Quirúrgica? Por ejemplo ¿ostomías, perfusionistas?

Si se llegara a desarrollar el Decreto de 2005 y cumplen los requisitos que se exigen, ¿por qué no?, el Ministerio de Sanidad propone unas normas de creación, es cuestión de cumplirlas.

Explíqueme la labor crucial de las enfermeras quirúrgicas durante la pandemia.

Las enfermeras de los quirófanos tuvieron también su efecto, recuerden que los quirófanos se convirtieron y se han convertido

de nuevo en estos momentos, en unidades Covid, ¿dónde piensan que fueron las enfermeras de quirófano?, evidentemente, atendieron esas unidades, piensen que además de la instrumentación, conocen y ejercen los procedimientos enfermeros en anestesia. No sentadas mirando los monitores, sino leyendo e interpretando sus cifras y datos, manejando pacientes intubados y familiarizadas con el aparataje y medicación de unidades de críticos y con pacientes de riesgo. Sufrieron igualmente los riesgos de contagio, y quienes quedaron fuera de esas unidades Covid, permanecieron en condiciones laborales de riesgo y efectuando los procedimientos quirúrgicos que se programaron o llegaron urgentes.



¿Cuáles son las funciones de una enfermera médico-quirúrgica?

Comentábamos al inicio de la entrevista que han pasado 35 años de ese primer Decreto. ¿Qué abarcaría hoy los cuidados médico-quirúrgicos?...



Absolutamente “todo” lo que se hace en un hospital excepto Pediatría y Salud Mental (que poseen especialidad propia), la enfermera de UCI, neumología, neurología, reanimación, diálisis, cuidados intensivos, oncología, urgencias, endoscopias, quirófano...

En este año 2022 parece fácil extraer algunas especialidades del cajón de sastre ¿verdad?, arrastran entidad propia merecedora de especialidad y ¿por qué no la Enfermera de Quirófano?

Me gustaría comentar que la Especialidad de Médico-Quirúrgica es un título que hoy no existe (decir que sí existe para quienes lo tenemos convalidado y me

incluyo), pero en el hipotético caso que se desarrollara tal y como se conoce podría resultar complicado aplicarlo al ejercicio profesional que ahora conocemos, previamente debería pasar por una actualización y adaptación a la realidad.

¿Cuál es el trabajo de una enfermera en un Quirófano?

Me pregunta ¿qué hace una enfermera en un quirófano?, Para responder de forma exhaustiva y detallada le propondría hacer un próximo artículo, (AEEQ, realizó un monográfico de su revista exclusivamente sobre seguridad del paciente quirúrgico). Una cuestión es la forma de trabajar

“

Han pasado 35 años de aquel primer Decreto, 17 del segundo, y resulta muy complicado resolver este problema de tantos años de evolución. Además de todas las instituciones, comisiones, grupos de especialidad... que no han podido o no han sabido resolverlo”

que fuerza la presión del sistema de trabajo de los hospitales y otra es definir el trabajo que se debería desarrollar, con una organización diferente, renovada y cuyo objetivo fuera única y exclusivamente el paciente.

Es toda una tarea que requiere formación específica y amplia si se quiere tener unas enfermeras competentes en todas las especialidades quirúrgicas. Tanto en la instrumentación, como en el proceso de anestesia y recuperación propios de los numerosos procesos quirúrgicos, así como en todos los procedimientos que conllevan la seguridad del paciente. Y respecto a esto debo incidir que la OMS

propone a la enfermera como la garante de esta seguridad en la cumplimentación del listado de verificación quirúrgica. Por otro lado, es parte fundamental el apoyo psicológico en estas condiciones de vulnerabilidad.

Me gustaría mencionar una frase extraída de una reciente entrevista a Carmen Calvo relatando su paso por el hospital que define muy bien esto que acabo de comentar *“Solo una enfermera me miraba un minuto al día, con sus gafas y su EPI, pero eso me daba aliento”*.

Una enfermera recién graduada, no dispone de esos conocimientos, ni le valen los que posee para iniciar su vida laboral y profesional directamente a un quirófano, requiere formación, aprendizaje, tiempo; y permítame una pequeña licencia que me otorga el paso de muchos alumnos en el quirófano: que realmente le apasione lo que está haciendo.

¿Cuál es el perfil profesional que requiere esta especialidad enfermera?

Entiendo que se refiere a una supuesta especialidad de Enfermería Perioperatoria amparándonos en el contenido del “futuro” Real Decreto”.

La respuesta va a ser muy concisa, sería el perfil de una enfermera titulada oficialmente con los conocimientos científicos necesarios para garantizar la seguridad del paciente en todo el proceso quirúrgico, cuidando y prestando una asistencia integral a la persona. El perfil de la Enfermera Perioperatoria va mucho más allá de la simple técnica.

Háblenos de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica (AEEQ).

Es una Asociación con una larga trayectoria, cuya razón de ser se centra en proteger la calidad de los cuidados enfermeros en el Área Quirúrgica, siendo el principal objetivo de nuestro trabajo, el



“

Tenemos esperanzas y nuestros argumentos son más que evidentes en que exista la enfermera quirúrgica, pero sinceramente, somos muy escépticos”

paciente, cosa que muchas veces queda relegado. Para ello nuestros dos pilares se centran por un lado en la formación y por otro en la seguridad del paciente.

Formamos parte de EORNA (European Operating Room Nurses Association) y tenemos excelentes relaciones de cooperación con diferentes países de América.

Quisiera resaltar que durante este periodo difícil que sanitariamente hemos y estamos pasando, nuestra asociación científica, fue la única asociación enfermera requerida por el Ministerio para la elaboración el documento de programación de cirugía durante

el periodo de transición de la pandemia Covid-19.

En estos momentos estamos trabajando en la organización de nuestro Congreso Nacional que se celebrará en Pamplona durante los días 27 a 29 de abril y esperamos que se pueda realizar de nuevo de manera presencial.

Y para finalizar incidir que AEEQ es un proyecto “de y para” todas las enfermeras quirúrgicas y que si realmente lo que pretendemos es esa calidad en los cuidados de nuestros pacientes, el modo de conseguirlo es siendo una Asociación fuerte y con gran representación.



Eva García Peña / Enfermera.
Consulta de enfermería especializada en manejo
intestinal. Hospital La Fe de Valencia

**“Cuando una persona presenta
incontinencia fecal que no
ha podido solucionarse
quirúrgicamente, porque tiene
causas neurológicas o físicas,
debe aprender a *manejar su
intestino*”**

La incontinencia fecal y el estreñimiento siguen siendo un tema tabú ¿Sigue generando vergüenza entre los afectados?

Tanto el estreñimiento como la incontinencia fecal las sufren muchísimos pacientes, más de los que en un principio podemos pensar. Según datos de la Asociación de Incontinencia (ASIA) entre 2 y 4 millones de personas en España podrían sufrir incontinencia fecal.

Tener una alteración de la función defecatoria ocasiona una gran incapacidad para las personas que la padecen. La palabra no es solo vergüenza, es afectación en toda la esfera de la vida del individuo.

A nivel social, pueden sentirse estigmatizados o señalados, por poner algunos ejemplos, imaginemos niños con incontinencia fecal en el colegio o una chica joven, que no es capaz retener los aires o las heces. Los pacientes, en muchas ocasiones, se encierran en sus hogares, paralizando su vida social y esto les hace sufrir mucho.

A nivel psicológico, estas alteraciones generan serios problemas de ansiedad y depresión, como ya dije, la vergüenza y el sufrimiento son los sentimientos más frecuentes.

Además, a nivel físico pueden tener gran irritación en la zona perianal, hemorroides, fisuras, etc..., con importante malestar y dolor.

Por desgracia, la falta de control de esta necesidad tan básica sigue siendo un tabú y los pacientes se sienten solos. Como no comunican este problema, siguen percibiendo esta situación como una singularidad propia, y nada más lejos de la realidad.

¿Todavía hay desconocimiento sobre las posibilidades de las consultas abiertas de Enfermería especializada en manejo intestinal?

Las consultas de enfermería especializadas en manejo intestinal están empezando a desarrollarse. Hace dos años que implementamos esta consulta en el Departamento de

“

Además del apoyo educacional es imprescindible el apoyo emocional, ayudarles a afrontar el problema y reducir el estrés que genera la incontinencia”

Salud Valencia-La Fe y puedo decir que hemos ayudados a más de 125 personas a mejorar el manejo de su intestino.

Cuando una persona presenta incontinencia fecal que no ha podido solucionarse quirúrgicamente, porque tiene causas neurológicas o físicas, debe aprender a *Manejar Su Intestino*, en mayúsculas, esto es: deben aprender unos autocuidados, a veces básicos u otras veces más complejos o formarse en el uso de productos sanitarios específicos, para lograr defecar de una manera más controlada, aunque sea artificialmente, y poder llevar una vida lo más normal posible.

Resuma brevemente cómo se ofrece apoyo educacional, se potencian los autocuidados o se mejora la sintomatología de estos pacientes.

Cuando el paciente llega a la consulta enfermera de manejo intestinal es importante hacer un diagnóstico de la situación que presenta y de su modo de vida o costumbres. El siguiente paso es instruirles sobre cuál es su problema, las causas del mismo y enseñarles cómo funciona el proceso de la defecación. A partir de ahí, el apoyo educacional es fundamental, para que entiendan la importancia de controlar la alimentación, la ingesta hídrica, el ejercicio físico, que cumplan los tratamientos y se impliquen en el proceso.

Existen muchos tipos de incontinencia fecal, pudiendo ser, por rebosamiento, generada por el estreñimiento, por urgencia, sin apercebimi-

ento, los manchados o *soilings*, o la incontinencia a aires. Dependiendo del problema, las recomendaciones higiénico-dietéticas serán diferentes y los tratamientos también.

Además del apoyo educacional es imprescindible el apoyo emocional, ayudarles a afrontar el problema y reducir el estrés que genera la incontinencia. Acompañar al paciente en la toma de conciencia de los beneficios que pueden llegar a alcanzar con los cambios de hábitos higiénico-dietéticos y el seguimiento de los tratamientos individualizados es fundamental.

¿Qué tratamientos rehabilitadores aplica en su consulta?

Numerosos artículos científicos y manuales de buenas prácticas sobre el manejo intestinal recomiendan las acciones que se pueden realizar para lograr mejorar la continencia. Las enfermeras podemos realizar la mayoría de las acciones no invasivas para lograr este fin.

Las primeras acciones, que aplico en la consulta son las medidas higiénico-dietéticas, que ya he mencionado previamente. También, el uso de laxantes, enemas y antidiarreicos son algunas de las armas de las que disponemos. La estimulación del tibial posterior y la irrigación transanal son otras terapias con las que podemos contar.

¿Cómo cambia la vida de estos pacientes cuando consiguen un adecuado manejo? ¿O reciben un adecuado tratamiento?

La vida de los pacientes cambia de

forma radical cuando aprenden a manejar su intestino. La satisfacción como profesional en esta consulta es indescriptible.

Sin embargo, dado que estamos ante un problema de salud muy serio, el riesgo y miedo a un episodio de incontinencia fecal permanece durante mucho tiempo, por lo que el seguimiento del paciente es fundamental.





A nivel psicológico, estas alteraciones generan serios problemas de ansiedad y depresión”

¿Qué rol desempeña la enfermera en la atención y el seguimiento a estos pacientes?

No debemos olvidar que la defecación es una necesidad básica que si no se satisface ocasiona grandes problemas en los pacientes. La enfermería es la ciencia y el arte de procurar cuidado. Enseñar a las personas a cuidarse ante un problema tan íntimo forma parte del rol de la enfermera. Las enfermeras enseñamos a los pacientes a manejar su diabetes, sus estomas, sus heridas y por supuesto, también a mejorar su patrón de eliminación.

En su consulta se ofrecen medidas higiénico dietéticas

como tratamiento a los pacientes que sufren incontinencia fecal ¿Qué piensa de la reciente sentencia que restaba competencias de dietética/nutricionales a la Enfermería?

No voy a entrar a valorar una sentencia, soy enfermera.

Personalmente, considero que todas las profesiones suman y lo ideal es formar equipos interdisciplinarios que ayuden a los pacientes que sufren estos problemas.

Las enfermeras estamos capacitadas, entre otras cosas, para educar en hábitos saludables y en definir y transmitir cuales son las mejores medidas higiénico-dietéticas para

cada paciente, así como evaluar los resultados y reajustar estas recomendaciones si es necesario. Sin duda alguna, en muchos casos es necesario un abordaje interdisciplinar, donde todos los profesionales debemos sumar en beneficio de los pacientes.

De hecho, la consulta enfermera de manejo intestinal en la que me encuentro está integrada en varios equipos donde los casos se abordan de forma conjunta, médicos y enfermeras trabajando, codo con codo, en aras de ser eficientes y respetando los límites de cada profesional, pese a que hay casos en los que las líneas quedan difuminadas.

> ENFERJURÍDICA

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:

1. Nunca deberá declarar sin abogado ni firmar nada; y si es citado al juzgado, exija que le informen si lo hace como “imputado” o como “testigo”.
2. Los abogados los designa la compañía aseguradora, nunca el colegiado/a, ya que el seguro no se responsabiliza de ningún procedimiento en el que no actúen los letrados designados por A.M.A.

El preludio de una crónica anunciada

Era el magnífico Gabriel García Márquez, quien publicó una novela titulada *“Crónica de una muerte anunciada”*, y sin querer hacer spoiler, es la historia de una muerte por venganza y el sentimiento de agravio a la honestidad de una familia, hasta aquí puedo decir, no quiero que si alguien no la ha leído se pierda el interés de la trama.

Dicho esto podéis pensar ¿y qué tiene esto que ver con el colectivo de matronas y matrones? Buena pregunta que voy a intentar responder.

Algunas/os compañeras y compañeros que me conocéis, sabéis que ya hace años que vengo diciendo que nuestra profesión está en riesgo, no es nada nuevo. Que otros colectivos profesionales nos vienen pisando los talones y que en un futuro se ocuparían de lo que ha sido y es nuestro, tampoco es nada que os pille de nuevas. La diferencia con lo que venía diciendo y lo que a día de hoy tenemos, es que ya no es una amenaza sino una realidad.

Supongo que muchas os habréis enterado de que todas las Comunidades Autonómicas (CCAA) ante la solicitud de profesionales de Atención Primaria (AP) por todo lo vivido durante esta pandemia, que no ha hecho otra cosa que sacar a la luz las carencias de recursos personales y materiales de AP, ha solicitado que desde diferentes organismos se hagan “aportaciones de mejora” con la reestructuración de la cartera de servicios que allí se ofrecen por los diferentes profesionales que la componen.

No hace ni un mes que leía lo ocurrido en Galicia, donde en un primer momento las matronas se habían quedado fuera de la negociación y la consiguiente consecuencia: había competencias nuestras que desarrollaban otros, enfermería familiar y comunitaria. Menos mal que pudo

resolverse y las matronas gallegas reaccionaron a tiempo presentando y aprobando una cartera de servicios con competencia de matronas. Todas vivimos unos días de angustia, de desazón, pues esa era la primera de las que después podrían venir otras y con ello hacer realidad la tan temida desaparición de las consultas de la matrona en AP. Pero lo que de momento es un “respiro” no significa que debemos bajar la guardia, también en nuestra comunidad tenemos que seguir peleando para que la matrona de AP oferte todos los servicios que son competencia nuestra o lo lamentaremos a medio o largo plazo.



No hace mucho recibí un informe de Consellería donde venía una encuesta realizada a las matronas de AP de nuestra comunidad, respecto a los cursos de educación para la salud materno infantil realizados durante la pandemia, número, medio de realización, on line o telefónico, etc. Mi sorpresa cuando vi que en algunos departamentos, aun teniendo los recursos (webex) no habían realizado ninguno, ¿cómo es esto posible? ¿no había embarazadas? ¿no tenían

la misma necesidad o incluso más de tener una información y formación para llevar un mejor embarazo y parto? Menos mal que no todas han seguido esta línea y muchas compañeras han sido emprendedoras y se han reinventado para seguir estando presente, generando la necesidad y poder fidelizar la demanda de una atención, que si no hacemos nosotras/os, harán otros/as, no os quepa la menor duda. La pandemia puede haber sido una situación puntual, pero nos hemos dejado por el camino el programa de atención a la mujer climatérica, ahora llamado “Atención a la mujer mayor de 40 años”, programas de prevención y detección precoz del cáncer femenino (cérvix y mama), puerperio, cuidados del RN hasta los 28 días de vida, vacunación, educación para la salud en la adolescencia, etc. programas que enfermeras llevan a cabo porque nosotras y nosotros hemos dejado de hacer. Hemos seguido poniendo el foco en el embarazo y con las tasas actuales, no es justificable eso de “mucho trabajo” o “no tengo tiempo”, puede que un día no muy lejano lo que ocurra es que “no tengas trabajo” porque nada justifique la presencia de una especialista en Salud Sexual y Reproductiva esté en AP cuando otros son más rentables porque pueden hacer otras cosas además del programa de control del embarazo.

Otro tema, sobradamente anunciado y ya inminente, es lo que va ocurrir este próximo verano. ¿Y qué va a ocurrir? Algunas igual no sois del todo conocedoras por razones varias, pero os lo voy a decir: este verano puede ser un caos además de un gran problema cubrir las vacaciones de verano. Puede que penséis que es como todos los veranos ¿no?, pues nada más lejos de eso, este verano puede ser bastante peor porque la promoción 2020/2022 de residentes de matrona no termina hasta finales de septiembre por el decalaje que hubo al inicio de la pandemia al iniciar cuatro meses más tarde su formación. Hablando de residentes,

me preocupa lo que leí el otro día, la especialidad de matrona no está tan solicitada ni es la número uno del ranking de opciones de las enfermeras y enfermeros con mejor nota en el examen EIR. Creo que habrá que reflexionar sobre esto también.

Y volviendo al tema que nos ocupa ¿Y qué puede ocurrir este verano? Pues que no haya suficientes matronas para cubrir todas las plantillas en un turno estival, que obliguen a doblar turnos, que no paguen horas de más y se hagan como incidencia, que no permitan cubrir con compañeras de AP o que se tenga que elegir el turno vacacional fuera del periodo estival. Ya anunció el Consejo General de Enfermería a través de su vocal matrona, Dña. Montserrat Angulo, el riesgo que va a suponer para la población que no haya enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (Matrona) para atender los embarazos y los partos en la Sanidad Pública.

Este verano va ser una prueba de fuego y el preludio de lo que puede ocurrir en un futuro no muy lejano, a menos que, se formen más matronas cada año, ofrezcan contratos decentes, se acabe con interinidades

eternas y sin convocar OPEs, nos sustituyan en AP por otros profesionales en AP y pasemos, como antaño, a ser matronas del único lugar donde somos insustituibles, los paritorios, o nos hagamos una carrera independiente de grado con competencias adheridas al puesto de trabajo especialista, a medio o largo plazo. De las nuevas generaciones va a depender, de lo que el colectivo pelee desde asociaciones, colegios y otros con sus representantes, que no son más que meros portavoces de las inquietudes del colectivo, que en mi opinión, y solo en mi opinión, lo veo muy acomodado porque trabajo no le falta.

Creo que la población a la que atendemos no es muy conocedora de lo que esto puede suponer en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Es necesario mandar el mensaje de que nadie como una especialista, muy bien formada y con competencias para ello puede cuidar de ellas mejor que nadie. Sé por conocimiento propio, que las EFyC, no tienen mucha o casi ninguna formación en nuestro terreno pero, la ley les otorga competencias para desarrollar esos mismos cuidados en

AP, salas de maternidad, centros de salud sexual y reproductiva (CSSR), Educación para la Salud Comunitaria con una amplia cartera de servicios. De cada una depende que en el día a día nos hagamos necesarias y visibles para la administración, que como casi siempre, nos obvia tanto en el ámbito de AP como de especializada. No sé, a día de hoy, qué pasaría si el colectivo declarase una huelga de 24h, posiblemente me temo que no mucho, lo que sí puedo decir desde el cargo que ocupó y junto con la Associació Comares Comunitat Valenciana, que defenderemos la profesión ante el organismo que tenga a bien escucharnos y atender nuestras peticiones, pero somos todas las que debemos implicarnos un poco más para respaldar las peticiones o reivindicaciones pertinentes. Como veis, la trama del relato está servida, el final de la novela está por escribir y de nosotras y nosotros depende que tenga un final feliz o trágico, el tiempo, no muy lejano pondrá el punto y final.

Para finalizar, además de la información formativa, os dejo una frase de Helen Keller *"Solos podemos hacer poco, juntos podemos hacer mucho"*.

Cursos y Congresos 2022	Información
XI Congreso de LM de la IHAN	"Lactancia Materna: Salud y Sostenibilidad" Pamplona, días del 31 de marzo al 2 de abril. Más información: https://www.ihan.es/evento/xi-congreso-espanol-de-lactancia-materna-2022
II Congreso APEMEX. XX Congreso FAME	"Ayer, hoy y siempre. Una profesión ancestral" Cáceres, días 19, 20 y 21 de mayo. Más información: https://www.federacion-matronas.org/mec-category/congresos/
Duelo Perinatal	Junio: Días 6, 8, 13, 15 y 20 , de 16 a 20h. Lugar: Aulas COENV. Matricula: 10€. Aforo limitado a 20 ó 30 dependiendo de la situación y normas por la pandemia. Inscripción por la web. Solicitado acreditación EVES
Control de bienestar fetal	Octubre: Días 17, 19, 24, 26 y 31 de 16 a 20h. Lugar: Aulas COENV. Matricula: 10€. Aforo limitado a 20 ó 30 dependiendo de la situación y normas por la pandemia. Inscripción por la web. Solicitado acreditación EVES
Reanimación del R. Nacido	Noviembre: Días 7, 9, 14, 16 y 21 de 16 a 20h. Lugar: Salón del COENV. Matricula: 10€. Aforo limitado a 20 ó 30 dependiendo de la situación y normas por la pandemia. Inscripción por la web. Solicitado acreditación EVES





La Asociación de Jubilados San Juan de Dios celebra su comida anual tras el paréntesis de la pandemia



Tras un paréntesis de dos años, condicionado por las restricciones de la devastadora pandemia Covid-19, el domingo 6 marzo se retomaron los actos de la Asociación de Jubilados San Juan de Dios del Colegio de Enfermería de Valencia con una gran acogida y afluencia de público.

Más de 200 jubilados y jubiladas enfermeros/as conmemoraron la festividad de su patrón, San Juan de Dios, y recordaron a todos/as profesionales de Enfermería fallecidos durante los últimos meses. En el transcurso de la misa solemne también se mencionó a los familiares y colaboradores que han mantenido una estrecha relación con la citada asociación de jubilados y que, tristemente, también nos han dejado. Los actos de celebración continuaron con una recepción y comida en el restaurante del 'hotel-balneario' Las Arenas.

La ceremonia alcanzó su punto álgido con los discursos del presidente de la Asociación de Jubilados San Juan de Dios del Colegio de Enfermería de Valencia, Francisco Soto, quien pidió un minuto de silencio por las personas

fallecidas, y del presidente de Honor del Colegio de Enfermería de Valencia, Francisco Mulet, que emocionó a los asistentes con un emotivo discurso. El presidente de Honor agradeció el apoyo mostrado por la compañía de seguros AMA (en concreto al presidente de Honor de AMA, D. Diego Murillo Carrasco, y al presidente de AMA, D. Luis Campos Villarino) y recordó que la aseguradora ha cedido un millón de euros como ayuda para los afectados de la guerra que se libra en Ucrania. Un comentario que puso en pie a todas las enfermeras y enfermeros asistentes con un aplauso colectivo.

Posteriormente se hizo entrega de los galardones de fotografía que, en esta edición, han recaído en: la obra 'Amigos' de Juan Antonio Mínguez Gilabert, como tercer premio; el segundo premio fue para 'Reflejos' de Francisco Ortiz Cabezas, y el primer galardón fue recibido por Antoni Llop Barea por su imagen 'Contraluz'. Unas fotografías que pertenecen a personas no profesionales, pero a pesar de ello poseen una gran calidad y estética.



Acto seguido se repartieron los dos premios literarios que este año han ido a parar a “Amar al prójimo” de Juan Andrés Martínez Cabezas (como segundo premio) y “El cocinero en la cazuela” de Ernesto Sánchez Avellán, que se erigió como primer premio del certamen de narrativa.

La festividad rindió un homenaje a los jubilados honoríficos con más de 50 años como colegiados. Profesionales de la Enfermería a los que hay que reconocer sus servicios y su fidelidad con el Colegio de Enfermería de Valencia durante medio siglo. Personas con una trayectoria personal y profesional intachable que recibieron un diploma como reconocimiento.

El listado de los jubilados con más de 50 años colegiados: Juan Soler Rever, Josefina Segarra Ibáñez, Alejandro Sapiña Pérez, María Virtudes Flor García, Cristóbal Zaragoza Fernández, Josefa Pascual Quílez, Juan Honrubia Sotos, Carmen Jiménez Requena, José Vicente Gómez Picazo, Teresa Cerveró Pozo, Mariangeles de la Viña Cerra, Clara Mollá Monpó, Paulina Pérez Boix, Josefa de Castro Llorente, Milagros Guillem Todolím, Pilar Bayo Navarro, Consuelo Iranzo Cánovas, María Francisca Frígola Ballester, Onofre Rodrigo Montesa, Josefina Palau Carretero, Diego Pla Ramón, Arcadio Real Romaguera, Francisco Javier Pascual Ferrer, Inmaculada Quiles Almela, Esther



Franco Aliaga, Alicia López-Ayllón Barea y Jose Vicente Frau Nebot.

Las placas conmemorativas de colegiados de honor del Colegio de Enfermería de Valencia se entregaron a Laura Almudéver Campo, por asumir el testigo como presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia durante la devastadora pandemia y en nombre de todos los fallecidos; a Vicente Caballero Hervás, por constituir el motor del Colegio de Enfermería que vela por la eficiencia de la gestión colegial; y a Juan José Tirado Darder, por méritos propios y por su labor durante su larga trayectoria como presidente del Colegio de Enfermería de Valencia.

También fueron nombrados colegiados de honor Julio Tomás Heredia Lloret, quien, aunque ha

dejado la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Valencia, sigue ofreciendo su asesoría senior y su actividad 'frenética' en las redes sociales; Andrés José Valero García, por su dedicación al Colegio de Enfermería de Valencia del que ha participado como miembro distinguido de su Junta de Gobierno; María Jesús Jaraba López, por su larga trayectoria profesional y por su dedicación en la junta de jubilados de la Asociación San Juan de Dios; al igual que Juana Valero Rustarazo, por todos años de servicio en Enfermería y por ser miembro indispensable de la citada junta de jubilados.

En la parcela de los homenajes póstumos se entregó la plaza a Blasi Lerín Abarca, por su entrega y abnegado trabajo para impulsar y



promover, desde sus inicios, esta asociación. Y muy especialmente, por abanderar y resolver de la forma más diligente los escollos que han ido surgiendo a lo largo de esta extensa andadura. Impregnando de alegría y humanidad todo lo que hacía. Recogió la placa honorífica su marido Francisco Mulet.

El segundo homenaje a título póstumo fue para Antonio Núñez Hernández por constituir el eje y soporte fundamental de la asociación desde su origen. Por contribuir a mejorar su imagen y ser la voz de la Asociación San Juan de Dios en todos los actos públicos. Apoyando y promocionando, con humildad y sensatez, todas sus acciones y decisiones. Recibió la distinción su mujer Teresa Palop. El tercer y el cuarto homenajes 'postmortem' se

dieron a Ángeles Marco (recogió la placa su hija Concha) y a Pedro Joaquín Navarro Redondo, por sus méritos personales y profesionales, durante su destacada trayectoria como miembros de esta gran familia que es la Enfermería.

Se realizó, además, el sorteo de regalos cedidos por las entidades colaboradoras. Por parte de la Aseguradora AMA, su delegado José Luis Aznar, entregó una televisión de grandes dimensiones y dos estancias de dos noches en paradores de España. Y por parte del Banco Sabadell se repartieron dos televisiones y 4 maletas de viaje.

El acto lo cerró la presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia, Laura Almudéver, con un discurso sobre la función esencial de la Enfermería durante los periodos más duros de la pandemia.

NO PIERDA TIEMPO EN IR A TRÁFICO

OFERTA ESPECIAL

PARA COLEGIADOS DEL COLEGIO
OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA



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

Lunes a Viernes
de 9:00 a 13:30
de 16:00 a 19:30



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



Instituto de Psicología
y Medicina de Tráfico



COGER CITA PREVIA EN:
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

Arte y belleza. ¿Referentes de enfermería?

La lectura del título que encabeza estas palabras plantea la cuestión de si es o no adecuada esta pregunta en estos precisos momentos, pues el camino transitado por la enfermería no carece de obstáculos de diverso orden.

Así mismo la sociedad vive una auténtica revolución en medio de la era digital, en la que la información es la gran aspiración, la pretensión principal apetecida por cada persona. De tal manera que, estar informado, prima algunas veces sobre la autenticidad de la referencia. Para algunos observadores del presente, los que vivimos esta sociedad nos encontramos, en cierto modo condicionados, y más que directores autónomos de nosotros mismos, parecemos dirigidos por instancias ajenas a nuestra persona y, en definitiva, el tiempo arrollador apenas nos da para deliberar. **(1)**

Pensando en las fuentes de donde procedemos, aparece la enfermería en su esencia, como una ciencia trascendental, sencillamente porque la enfermera comparte momentos trascendentes de la vida humana, y en esa atmósfera de desvalimiento para el doliente, a ella corresponde actuar asistiendo en la doble necesidad humana de cuidado técnico y emocional.

Y ocurre que, sin olvidar los grandes avances de la ciencia enfermera alcanzando el grado, y el máximo nivel de doctorado en la universidad, sin embargo sigue ocurriendo, en la pedagogía docente, una asimetría estructural, pues en el proceso docencia-aprendizaje, la balanza se inclina por la ciencia tecnológica, quedando incompletas las ciencias del espíritu, y quedan sin transmitirse y compartirse dialógicamente, aspectos relacionados con la sensibilidad, afectividad o calidez humana, que se

muestran necesarios en la práctica asistencial.

Si preguntamos a Platón sobre el amor en el escenario de los sentimientos humanos, nos da en “El banquete” la posición primordial del sentimiento de amar y sentirse amado en la vida del hombre. En la misma línea de valoración Max Scheler en “Ordo amoris” valora la relevancia del sentimiento afectivo, y anuncia su profunda dimensión, de tal manera que los humanos, en una escala interior, ordenamos las distintas posiciones de nuestro amor a las personas, instituciones, profesión, etc.

(2)

Vemos que el sentimiento afectivo como elemento sensible, se encuentra intercomunicado inseparablemente con la vertiente de la belleza, como aspiración hacia lo bello y como satisfacción plena. En el texto “El origen de la obra de arte”, Martín Heidegger ofrece pistas a la filosofía enfermera para ir caminando sobre el escenario del arte, aplicando alguna de estas ideas a la práctica de la belleza en las tareas de cuidar. Dice así: “Las bellas artes reciben ese nombre porque hacen que surja lo bello” **(3)**. ¿Qué es lo que hace que surja lo bello en nuestro campo? Es, en buena medida, la educación enfermera en sensibilidad. Una disciplina formada en el amor a la delicadeza, en la experiencia afectiva hacia el ser humano trascendente.

La dimensión estética tiene un papel relevante en la vida humana, contamos con antecedentes antropológicos que muestran la necesidad de exteriorizar los sentimientos de belleza o afecto que nos invaden, y estos son rasgos centrales en los modos de relación interhumana. Y el arte o expresión artística surge de modo espontáneo en las distintas formas de relación. Podíamos decir que, en la práctica del

cuidado, el arte o la belleza intensifican la vida profesional, y refuerzan la capacidad de actuar y comprender, al presentar la experiencia enfermera de forma más consciente.

Arte y belleza no son algo etéreo, simples palabras que al pronunciarlas se diluyen en el aire, al carecer de valor práctico. El lenguaje enfermera presenta un contenido simbólico cargado de mensajes que, a veces, ni la propia protagonista advierte que salen de ella. La práctica de la belleza en gestos, acciones y palabras es verdadera maestra de la obra enfermera, y ello nos lleva a reflexionar sobre lo bello como libre lugar de encuentro de la persona enfermera con la cultura de la sensibilidad.

Estamos necesitados de una pedagogía que conceda relevancia a lo bello, de una educación progresiva que nos recuerde lo que ya sabemos, la herencia intelectual del arte enfermera, que confiere mayor riqueza al sentimiento estético o satisfactorio de cuidar.

1. Byung-Chul Han.- No-cosas. Quiebras del mundo de hoy. Taurus. Madrid, 2021, p 17
2. Nogales Espert, Amparo.- ¿Qué las hizo héroes?. Seminario de Bioética y Humanidades. Impartido en el Master de Enfermería en Cuidados Críticos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, los cursos 2019-2020, 21 y 22
3. Heidegger, Martín.- El origen de la obra de arte”. La Oficina. Madrid, 2016, p 57

Amparo Nogales Espert

Prof. Titular Honorífica, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.
Académica de número de la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

Ingredientes para una buena búsqueda de evidencia: Tesoros



para encontrar información sobre ese tema. De esta manera todos hablaremos el mismo lenguaje en las bases de datos, nombraremos de igual manera a las mismas cosas y será más fácil encontrar la información que buscamos.

La definición del descriptor es fundamental para escoger el término más adecuado a la palabra que estoy buscando. Debemos leer con atención las descripciones y, en alguna ocasión, decidir entre dos términos muy parecidos. Para facilitar esta decisión, el tesoro DeCS nos ofrece las “notas de indización”: aclaraciones sobre el término consultado y otros. En ocasiones incluso nos aconseja revisar otros términos parecidos.

Antes de lanzarnos en búsquedas infructuosas, debemos detenernos en el lenguaje que estamos utilizando. No todos hablamos el mismo idioma y, aunque lo hablemos, existen variaciones en el lenguaje que hacen que para referirnos a una misma cosa utilicemos palabras o expresiones diferentes. Los plurales o las variantes gramaticales se suman a estos problemas de lo que llamamos “lenguaje natural”. Para solucionar este problema se crearon listados o compilaciones de términos que estandarizan las palabras de la búsqueda “lenguaje controlado”. A esta compilación le llamamos **tesauro** y es donde buscamos las palabras más adecuadas a la hora de realizar una búsqueda. Con esto no queremos decir que hacer búsquedas con lenguaje natural sea malo. Todo lo contrario, es un buen complemento para el lenguaje controlado y, en muchos casos, el sustituto ideal cuando no encontramos el descriptor preciso.

Los **tesoros** son un compendio de palabras estandarizadas por especialistas que conforman una base de datos de términos ordenados (descriptores). La estructura básica de



un descriptor es el nombre exacto del término, su definición, sinónimos, categoría (número de clasificación) e identificación única.

El nombre del descriptor nos indica el término que hemos de utilizar en nuestras estrategias de búsquedas

Los sinónimos, o términos alternativos, son palabras que poseen el mismo o aproximadamente el mismo significado que el descriptor. Estos pueden ser utilizados en las expresiones de búsqueda para definir de manera específica la misma o

para complementar junto con otros términos controlados o libres.

La categoría identifica la ubicación del descriptor dentro de la organización del tesoro, componiendo así una jerarquía en forma de árbol. Esto supone que cada descriptor tiene un descriptor genérico y otros con los que se relaciona de manera ascendente o descendente.

El Identificador Único es el código utilizado para trabajar entre los tesauros DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings). Cuando lo encontramos en la ficha del descriptor nos indica que existe un término equivalente en el otro tesoro.

La definición del descriptor es fundamental para escoger el término más adecuado a la palabra que estoy buscando. Debemos leer con atención las descripciones y, en alguna ocasión, decidir entre dos términos muy parecidos. Para facilitar esta decisión, el tesoro DeCS nos ofrece las “notas de indización”: aclaraciones sobre el término consultado y otros. En ocasiones incluso nos aconseja revisar otros términos parecidos.

Los sinónimos, o términos alternativos, son palabras que poseen el mismo o aproximadamente el mismo significado que el descriptor. Estos pueden ser utilizados en las expresiones de búsqueda para definir de manera específica la misma o para complementar junto con otros términos controlados o libres.

La categoría identifica la ubicación del descriptor dentro de la organización del tesoro, componiendo así una jerarquía en forma de árbol. Esto supone que cada descriptor tiene un descriptor genérico y otros con los que se relaciona de manera ascendente o descendente.

El Identificador Único es el código utilizado para trabajar entre los tesauros DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings). Cuando lo encontramos en la ficha del descriptor nos indica que existe un término equivalente en el otro tesoro.



El tesoro iberoamericano de referencia es DeCS. Está desarrollado por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME) y nos ofrece un tesoro trilingüe que nos facilita buscar nuestro término en español y localizar el término adecuado en inglés o portugués.

El paso de DeCS a MeSH (o del tesoro en español al inglés) se facilita con un Identificador Único. Una especie de pasaporte entre los tesauros, que hace que cuando seleccionamos el descriptor en DeCS, podamos coger su Identificador Único (código) y ponerlo en la caja de búsqueda de MeSH. Así obtenemos como resultado la ficha del descriptor correspondiente en el tesoro norteamericano, facilitando los términos de búsquedas precisos para PubMed.

MeSH es el tesoro que se usa para indexar documentos en MEDLINE (la principal base de datos de la National Library of Medicine's de Estados Unidos) componente fundamental de PubMed. Por tanto, cuando deseemos realizar una búsqueda en PubMed es conveniente realizarla con términos de su tesoro MeSH, combinados con su lenguaje natural.

La consulta de tesauros no es una herramienta única para las búsquedas bibliográficas. En la selección de palabras clave de cualquier comunicación o publicación científica podemos usar términos controlados, aunque no siempre se indique en las normas. El uso de términos controlados en las palabras clave facilita a los motores de búsqueda que nuestros trabajos científicos sean fácilmente encontrados, resultando así más accesibles a la comunidad científica.

Por tanto, es fundamental establecer las palabras de interés en nuestra búsqueda y consultar los tesauros para definir los términos controlados más adecuados. De esta manera nos aseguraremos de que estos términos estandarizados nos hagan llegar los resultados más apropiados para nuestra pregunta.

Comisión de investigación

Material Complementario:

DeCs Descriptores en Ciencias de la Salud.

Guía para la utilización del nuevo portal DeCS/MeSH.

PubMed: MeSH Database.



¿ENFERMERÍA QUIRÚRGICA O URGENCIAS?

SEA LO QUE SEA, IMPRESCINDIBLE

Máster Universitario en **Especialización en Cuidados de Enfermería**

Porque los sanitarios sois esenciales, especialízate en **Enfermería quirúrgica** o en **Urgencias, emergencias y catástrofes** y multiplica tu potencial de empleabilidad. Un máster reconocido oficialmente y con valor propio en procesos de oposición al sistema público de salud y de selección de personal para el privado.

- Aula de Simulación Avanzada
- Acreditaciones adicionales al título

Posgrados CEU:
expertos en lo que te apasiona



CEU

*Universidad
Cardenal Herrera*

IX JORNADA DE LA COMISIÓN DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA DEL CECOVA

“Impacto de la Objeción de Conciencia en la Práctica Enfermera”



Día 06 de Abril de 2022
Colegio Oficial de Enfermería
de Valencia



Inscripciones

Dirigido a:

Enfermeras, enfermeros y estudiantes de grado en Enfermería de la Comunidad Valenciana.

Inscripción gratuita: eventos@cecova.org

(Indicar en asunto “jornada objeción de conciencia” y en el mail nombre y apellidos, nº colegiado, colegio provincial y formato on line o presencial*).

Nota (*): Solo tendrán certificado de asistencia los que acudan presencialmente al COENV.

Plazas: Aforo limitado al 75% (por medidas de seguridad)

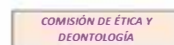
Horario: 17h a 20h

Fecha límite: 04 de abril 2022

Lugar

Salón de Actos.
Colegio Oficial de Enfermería de Valencia
C/Polo y Peyrolón,59
Valencia

SE RETRANSMITIRÁ EN DIRECTO POR CANAL
YOUTUBE A LOS INSCRITOS PARA ON LINE



Introducción

Desde la Comisión de Ética y Deontología del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana nos complace invitarles a esta IX Jornada que se organiza con la intención de profundizar en el conocimiento de la Objeción de Conciencia, un derecho reconocido para los profesionales sanitarios.

Trataremos de abordar la objeción de conciencia y lo que significa su aplicación para los profesionales de Enfermería desde diversos prismas.

Nuestro objetivo es dar una visión amplia sobre lo que significa ser objetor, ante las dos únicas leyes que reconocen este derecho de manera que sea compatible con el derecho de la persona que solicita la atención, a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE/ILE) o a la eutanasia, sobre todo en el ámbito asistencial.

El desconocimiento de los aspectos legales y éticos de la objeción de conciencia puede llevar a conculcar derechos de las personas que atendemos, llevando a poner en riesgo algunos aspectos en la práctica asistencial.

Se deben garantizar los derechos y obligaciones tanto de los/de las pacientes como de los/las profesionales ante la objeción de conciencia.

El propósito de la Jornada es aportar un poco más de información y formación en este aspecto clave en el ejercicio de la disciplina enfermera mediante la participación activa en la mesa redonda o de debate.

Programa

17h.- INAUGURACIÓN

- Dr. D. Juan José Tirado Darder. Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
- Dña. Laura Almudéver Campo. Presidenta Colegio de Enfermería de Valencia (COENV)

17h.15.- MESA DE EXPERTOS:

“La Objeción de Conciencia a debate, derechos y obligaciones”

Moderadora: M^a Isabel Castelló López

Presidenta de la Comisión de Ética y Deontología del CECOVA

Ponentes:

- Juan Carlos Carbonell Matéu
Catedrático de Derecho Penal. Universidad de Valencia
- Marina Gisbert Grifo
Médico Forense. Presidenta del Comité de Bioética de la Comunidad Valenciana
- M^a Teresa García Salvador
Enfermera de la UHD H, La Fe. Miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación LORE

19h.00.- COLOQUIO- DEBATE

19h 45.-CLAUSURA

> DOCENCIA Y FORMACIÓN

SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2022

Las aulas cumplirán con las condiciones de higiene y seguridad necesarias para poder desarrollar las actividades formativas. (desinfecciones, separaciones entre alumnos ...)
Será obligado llevar la mascarilla.

AREA DE FORMACIÓN Nº 1:
FORMACIÓN CONTINUA Y
CONTINUADA. GRATUITA



CURSO DE ALIMENTACIÓN VEGETARIANA
Solicitada acreditación.

Duración 8 horas

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

Grupo 2: Valencia, días 20 y 23 de junio de 16 a 20h.



CURSO DE ACTUALIZACIÓN DE LA TÉCNICA Y CUIDADO DEL SONDAJE VESICAL.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y DIFICULTADES

Solicitada acreditación.

Duración 12 horas

Grupo 1: Valencia, días 19, 20 y 21 de abril de 16 a 20h.

Grupo 2: Valencia, días 9, 10 y 11 de mayo de 16 a 20 h

Grupo 3: Valencia, días 1, 2 y 3 de junio de 16 a 20 h.



TALLER DE INTERPRETACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMAS
Solicitada acreditación.

Duración 8 horas

Grupo 1: Valencia, días 11 y 12 de abril de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, días 26 y 27 de abril de 16 a 20 h

Grupo 3: Valencia, días 5 y 6 de mayo de 16 a 20 h.

Grupo 4: Valencia, días 9 y 11 de mayo de 16 a 20 h



CURSO TALLER SOBRE EL ABORDAJE DE LA HERIDA EN URGENCIAS: REPARACIÓN DE HERIDAS

Y SUTURA DE URGENCIA

Solicitada acreditación

Duración 8 horas

Grupo 1: Valencia, días 5 y 6 de abril de 16 a 20 h

Grupo 2: Valencia, días 3 y 4 de mayo de 9,30 a 13,30 h.

Grupo 3: Valencia, días 16 y 17 de junio de 9,30 a 13,30 h.



CURSO ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DEL PACIENTE EN URGENCIAS PARA ENFERMERÍA

Solicitada acreditación.

Duración 20 horas

1ª edición: Gandía, Hospital Francisc de Borja, días 3, 5, 10, 12 y 19 de mayo de 16 a 20 h

2ª edición: Gandía, Hospital Francisc de Borja, días 2, 7, 9, 14 y 21 de junio de 16 a 20 h



CURSO INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER

Solicitada acreditación.

Reservado solo para grupo trabajo urgencias de Gandia

Duración 8 horas

Grupo 1: Gandía, Hospital Francisco de Borja, día 12 de mayo de 9.30 a 13.30 y de 16 a 20 h



CURSO TALLER DOLOR INFANTIL
Solicitada acreditación

Reservado solo para dpto.

De formación del hospital de Xàtiva

Duración 4 horas

Grupo 1: Xàtiva, Hospital Lluís Alcanyis. Día 23 de mayo de 9.30 a 13.30 h

Grupo 2: Xàtiva, Hospital Lluís Alcanyis. Día 30 de mayo de 9.30 a 13.30 h



CURSO TALLER DE RESPUESTA INMEDIATA EN ENTORNOS HOSTILES. CONTROL DE

SANGRADOS

Solicitada acreditación

Reservado solo para dpto.

De formación del hospital de Xàtiva

Duración 4 horas

Grupo 1: Xàtiva, Hospital Lluís Alcanyis. Día XATIVA. Día 29 de abril de 9.30 a 13.30 h

Grupo 2: Xàtiva, Hospital Lluís Alcanyis. Día XATIVA. Día 29 de abril de 16 a 20 h

ÁREA DE FORMACIÓN Nº 2:
FORMACIÓN CONTINUADA.
GRATUITA.



CURSO LA ALERGINA HOY
Solicitada acreditación
Duración 20 horas

Grupo 1: Valencia, Días 26, 27, 28, 29 de abril y 2 de mayo de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, Días 25, 26, 27, 30 y 31 de mayo de 16 a 20 h.

CURSO DE MESOTERAPIA FACIAL Y CORPORAL PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA DERMOSTÉTICA

Solicitada acreditación

Duración 24 horas

Grupo 1: Valencia, días 17, 18, 19, 24, 25 y 26 de mayo de 16 a 20 h.



AREA DE FORMACIÓN Nº 3: FORMACIÓN CONTINUA Y CONTINUADA



CURSO DE DUELO PERINATAL

**Solicitada acreditación.
Duración 20 horas**

Grupo 1: Valencia, días 6, 8, 13, 15 y 20 de junio de 16 a 20 h.

Matrícula: 10 €

Dirigido a Matronas/os



CURSO DE PRELIC: APRENDE A RESPONDER TUS PREGUNTAS CLÍNICAS CON LA MEJOR EVIDENCIA

**Solicitada acreditación.
Duración 16 horas**

Grupo 1: Valencia, días 4, 8, 11 y 12 de abril de 16 a 20 h.



BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS EFICACES CON EL MENOR ESFUERZO. PRELIC.

**Solicitada acreditación.
Duración 16 horas**

Grupo 1: Valencia, días 23, 27, 30 de mayo y 3 de junio de 16 a 20 h



CURSO DE LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PARA ENFERMERÍA. "NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE"

**Solicitada acreditación.
Duración 16 horas**

Grupo 1: Valencia, días 10, 12, 17 y 19 de mayo de 16 a 20 h.

CURSO TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA Duración 8 horas

Grupo 1: Valencia, días 13 y 14 de junio de 16 a 20 h.

TALLER APRENDE A DESCUBRIR LA ILUSIÓN

Duración 12 horas

Grupo 1: Valencia, Días 30, 31 de mayo y 1 de junio de 16 a 20 h

CURSO/TALLER DE YOGA Y MEDITACIÓN PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA DE SALUD MENTAL TRAS EL PROCESO POSTPANDEMIA

Duración 10 horas

Grupo 1: Valencia, días 7, 21, 28 de abril, 15 y 23 de junio de 16 a 18h.

Grupo 2: Valencia, días 7, 21, 28 de abril, 15 Y 23 de junio de 18 a 20 h.

YOGA Y MEDITACIÓN PARA EL BIENESTAR DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

¿Crees que para estar en qx, o en un servicio de urgencias, o en un servicio de UCI, necesitas una preparación mental?. ¿Cómo crees que te sentirías, si pudieras trabajar de una forma más saludable, a pesar de la tensión que se pueda generar en tu servicio?

Nuestro trabajo requiere de absoluta presencia, atención, serenidad y sobre todo claridad mental.

El yoga y la meditación es una filosofía de vida con sus propios valores:

Primero, conocerte mejor, sobre todo el cómo funciona nuestra mente, y así poder entenderte a ti misma, y relacionarte contigo y con los demás de una forma más sana, ¡importantísimo!

Segundo, proporcionan flexibilidad y agilidad mental, beneficioso para todo en la vida, y especialmente en nuestra rama profesional.

Tercero, te ayudan a tener más presencia. El paciente lo nota. En planta covid vamos con mono, doble guante, gafas, mascarilla... el paciente solo ve ojos, a día de hoy aún sienten miedo, los pacientes nos llamaban astronautas. Pacientes asustados y con razón. Poníamos nuestra mano encima de la suya o a la altura del corazón, se sentían

acogidos, notaban nuestra presencia, no hacían falta palabras. Los pacientes decían, "que venga la enfermera de la mano...".

Así es, la práctica de yoga y meditación te aportan presencia y a la vez transmites serenidad, tranquilidad y esperanza a la persona que lo recibe, en este caso nuestros pacientes. Y también compañeras/os de trabajo.

Hace 9 años sufrí una crisis personal que me afectó en mi vida profesional, estuve a punto de recibir la incapacidad profesional. Gracias a mi esfuerzo, disciplina, y compromiso de querer saber lo que me estaba sucediendo me adentre al mundo del autococonocimiento. Una de las técnicas que utilicé fue el Yoga, gracias a la sugerencia de un gran compañero y amigo el dr. Fuster.

Recientemente, en la primera oleada de covid y en momentos de máxima presión, yo estaba en la planta 4D en el hospital La Fe, no se me olvidará en la vida. En nuestros descansos de comida, junto con mis compañeros, realizábamos sesiones de meditación, cantábamos el mantra "OM", practicábamos Yoga, todo en cuestión de 15 minutos y, os puedo asegurar que nuestro estado de energía cambiaba. El estrés y la tensión disminuía, y continuábamos el turno de tarde más relajados. De ahí que en la segunda ola, entonces yo estaba en el servicio de qx de urología en el hospital Dr. Peset, creara un grupo de apoyo para



mis compañeras, compartiendo con ellos meditaciones guiadas, técnicas de gestión emocional de procesos internos, y muchas cosas más.

Es tan sano para nuestro desarrollo interno, que nos capacita y aumenta la calidad del servicio que estamos ofreciendo, desde un lugar de excelencia, desde un lugar de respeto, poniendo corazón y alma en nuestra labor del día a día.

El yoga me cambió la vida, espero que la tuya también cambie. Te espero en tu práctica de yoga. Namaste.

Yolanda Orts Corral.

Enfermera-terapeuta. Formadora en Yoga y meditación.

¿Quieres aprender investigación de forma fácil y divertida? Desde hace años, el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia fomenta la formación en metodología de la investigación mediante cursos gamificados. Esto implica el aprendizaje de manera práctica, dinámica y entretenida. Las colegiadas y colegiados que ya los han realizado destacan lo motivador de aprender investigación de manera amena y divertida. Los diferentes cursos ofrecen diversos niveles y competencias para el desarrollo de la enfermería basada en la evidencia (EBE). ¿Y cuáles son estos cursos?

- **PreClic: Aprende a responder tus preguntas clínicas con la mejor**

evidencia: este primer curso permite acercarse a la evidencia científica a las preguntas de nuestro día a día. ¿Cuáles son los recursos con mayor evidencia? ¿Cómo sé de qué información me tengo que fiar? Con este taller se pretende dar a conocer los recursos y herramientas que puedan contestar a las preguntas surgidas en nuestra práctica profesional de una forma ágil.

- **Búsquedas bibliográficas eficaces con el menor esfuerzo. PreClic:** muchas veces realizar búsquedas bibliográficas se convierte en una tarea tediosa y desesperante. Con este curso comenzarás a realizarlas siguiendo una sistemática sencilla y eficaz. ¿Cómo? Aprendiendo a seleccionar fuentes, conociendo cómo realizar estrategias de búsqueda eficientes, aprendiendo a manejar

las diversas utilidades que ofrecen las bases de datos y conociendo la utilidad de los gestores bibliográficos.

- **PreClicLectura de artículos: no es oro todo lo que reluce:** saber distinguir si los resultados de un artículo son de calidad o no (y me puedo fiar de ellos) a veces es difícil. Con este tercer curso, novedad este año, adquirirás habilidades para realizar la lectura crítica de distintos tipos de investigaciones (ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, etc) sin que ello te lleve a invertir más tiempo del necesario. Además, la lectura crítica es una de las mejores formas de aprender metodología de la investigación casi sin darte cuenta.

Ahora que conocéis nuestras propuestas, ¿os venís a aprender jugando con nuestro equipo?

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, imparte formación y divulgación. Es Directora de LAB.IILUSIÓN y Coordinadora de Grupo Trabajo Psicología de la ilusión en Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. www.lecina.es

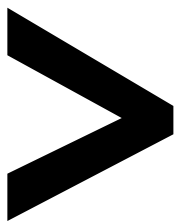


AVISO IMPORTANTE

Se informa a todos los colegiados que se inscriben en los cursos, que no comunicarán al colegio su no asistencia, penalizándose no pudiéndose inscribir a cursos en próximas ediciones. SE PODRÁN INSCRIBIR A UN MÁXIMO 3 CURSOS DEL ÁREA 1, 1 CURSO 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 el siguiente trimestre.

MATRÍCULA A PARTIR DEL DÍA 29 DE MARZO, HASTA QUE SE COMPLETEN LOS GRUPOS, POR ORDEN DE INSCRIPCIÓN A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DEL COLEGIO. EN LA OFICINA VIRTUAL.

Normas de publicación



ENFERMERÍA INTEGRAL ES LA PUBLICACIÓN OFICIAL DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA. PUBLICA TRABAJOS ORIGINALES, DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DESARROLLO DE CASOS CLÍNICOS, CON EL FIN DE CONTRIBUIR A LA PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO.

Los autores que desean publicar en esta revista han de cumplir las siguientes normas:

1. Todas las publicaciones tendrán que 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 tendrán que ser originales, escritos en castellano, con 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 del archivo deberá ser en doc o docx.
4. En cuanto a la redacción de los originales, tendrán que estructurarse los siguientes apartados: Título, Resumen, Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y/o Conclusiones y Referencias bibliográficas:

Título: deberá ofrecer una descripción detallada del artículo completo. No excederá las 15 palabras.

Resumen: será preferiblemente estructurado (Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y/o Conclusiones), no superior a 250 palabras, en el cual se hará referencia a los aspectos más significativos de cada apartado del trabajo. Tras el resumen, se incluirán un máximo de 6 palabras clave, preferiblemente incluidas en el MeSH o DeCS.

Introducción: debe aparecer el contexto y la justificación para el estudio, citando sólo las referencias que sean pertinentes. Se explicitará el objetivo específico de la investigación.

Material y métodos: se debe describir la metodología con suficiente detalle como para ser reproducible. En este apartado se incluirá el tipo de estudio, población y muestra, variables estudiadas, recogida de datos, análisis estadístico empleado y aspectos éticos.

Resultados: se deben incluir los resultados más importantes según los objetivos. Estos se expondrán de forma clara, concisa y objetiva.

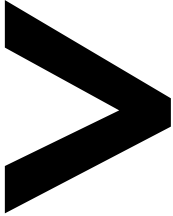
Discusión: se realizarán comparaciones de los resultados obtenidos en el estudio con los de otras investigaciones previas. Se deben indicar las posibles limitaciones de la investigación.

Conclusiones: se derivarán directamente de los resultados.

Referencias bibliográficas: se redactará en formato Vancouver (ver guía: <http://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>).

5. Se podrán incluir hasta 8 tablas, gráficos o figuras (legibles y en condiciones de ser reproducidas). Las tablas no tendrán que duplicar la información que se presenta en el texto. Si se adjuntan fotografías de pacientes, no podrán ser identificados de ninguna forma. Todos estos elementos se incluirán a lo largo del manuscrito en el espacio que corresponda, y se numerarán de forma correlativa y ordenada. Contarán con un título explicativo en su parte inferior (pie de foto y autoría). El formato de las fotografías deberá ser jpg, pdf o tiff de alta resolución (mínimo 300 pixels por pulgada).
6. En la primera página del artículo figurará: título del trabajo, nombre del autor o autores, puesto de trabajo e institución a la cual pertenecen. Se tendrá que consignar un autor para la correspondencia e indicar una dirección electrónica para este efecto. Se deberá mencionar si se ha recibido cualquier tipo de subvención para la realización del trabajo (y el origen de la misma), así como la existencia o no de conflictos de interés.
7. 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 (si lo está en Valencia), DNI de todos los autores y firma.
8. Todo manuscrito incluido en el proceso editorial será enviado, de forma anónima, a dos revisores. En caso de discrepancia, será revisado por un tercer evaluador, siendo todos ellos expertos en el contenido del trabajo objeto de valoración y/o metodología utilizada.
9. Los trabajos no aceptados serán remitidos a sus autores en un plazo no superior a 3 meses, para su corrección y posterior publicación, o notificando la no aceptación definitiva. En los trabajos aceptados, se enviará un certificado de aceptación a los autores y, si es posible, la fecha aproximada de su publicación.
10. Los trabajos aceptados quedarán en propiedad de la revista y no podrán ser reproducidos por ningún medio sin la correspondiente autorización.
11. El Consejo de Redacción de la revista Enfermería Integral y la institución que lo 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.

Normes de publicació



ENFERMERÍA INTEGRAL ÉS LA PUBLICACIÓ OFICIAL DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERIA DE VALÈNCIA. PUBLICA TREBALLS ORIGINALS, DE REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA I DESENVOLUPAMENT DE CASOS CLÍNICS, AMB LA FINALITAT DE CONTRIBUÏR A LA PRODUCCIÓ I DIFUSIÓ DEL CONEIXEMENT INFERMER.

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

1. Totes les publicacions hauran de ser enviades mitjançant correu electrònic a la següent adreça: registro@enfervalecia.org
2. Cap treball enviat haurà d'haver estat publicat, enviat i/o acceptat per a la seua publicació, de forma simultània, en altres revistes.
3. Els manuscrits hauran de ser originals, escrits en castellà, amb 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 de l'arxiu haurà de ser en doc o docx.
4. En quant a la redacció dels originals, hauran d'estructurar-se els següents apartats: Títol, Resum, Introducció, Material i Mètodes, Resultats, Discussió i/o Conclusions i Referències bibliogràfiques:

Títol: haurà d'oferir una descripció detallada de l'article complet. No excedirà les 15 paraules.

Resum: serà preferiblement estructurat (Introducció, Material i Mètodes, Resultats, Discussió i/o Conclusions), no superior a 250 paraules, en el qual es farà referència als aspectes més significatius de cada apartat del treball. Després del resum, s'inclouran un màxim de 6 paraules clau, preferiblement incloses en el MeSH o DeCS.

Introducció: ha d'aparèixer el context i la justificació per a l'estudi, citant només les referències que siguin pertinents. S'explicitarà l'objectiu específic de la recerca.

Material i mètodes: s'ha de descriure la metodologia amb suficient detall com per ser reproduïble. En aquest apartat s'inclourà el tipus d'estudi, població i mostra, variables estudiades, recollida de dades, anàlisi estadística empleat i aspectes ètics.

Resultats: s'han d'incloure els resultats més importants segons els objectius. Aquests s'exposaran de forma clara, concisa i objectiva.

Discussió: es realitzaran comparacions dels resultats obtinguts en l'estudi amb els d'altres recerques prèvies. S'han d'indicar les possibles limitacions de la recerca.

Conclusions: es derivaran directament dels resultats.

Referències bibliogràfiques: es redactarà en format Vancouver (veure guia: <http://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>).

5. 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. Si s'adjunten fotografies de pacients, no podran ser identificades de cap manera. Tots aquests elements s'inclouran al llarg del manuscrit a l'espai que corresponga, i es numeraran de forma correlativa i ordenada. Comptaran amb un títol explicatiu en la seua part inferior (peu de foto i autoria). El format de les fotografies haurà de ser jpg, pdf o tiff d'alta resolució (mínim 300 píxels per polzada).
6. A la primera pàgina de l'article figurarà: títol del treball, nom de l'autor o autors, lloc de treball i institució a la qual pertanyen. S'haurà de consignar un autor per a la correspondència i indicar una adreça electrònica per a aquest efecte. S'haurà d'esmentar si s'ha rebut qualsevol tipus de subvenció per a la realització del treball (i l'origen de la mateixa), així com l'existència o no de conflictes d'interès.
7. Tots els originals s'acompanyaran d'una autorització manifestant el desig que el treball siga publicat per Enfermeria Integral, fent constar nom, número de col·legiat (si ho està en València), DNI de tots els autors i signatura.
8. Tot manuscrit inclòs en el procés editorial serà enviat, de forma anònima, a dos revisors. En cas de discrepància, serà revisat per un tercer avaluador, sent tots ells experts en el contingut del treball objecte de valoració i/o metodologia utilitzada.
9. Els treballs no acceptats seran remesos als seus autors en un termini no superior a 3 mesos, per a la seua correcció i posterior publicació, o notificant la no acceptació definitiva. En els treballs acceptats, s'enviarà un certificat d'acceptació als autors i, si és possible, la data aproximada de la seua publicació.
10. Els treballs acceptats quedaran en propietat de la revista i no podran ser reproduïts per cap mitjà sense la corresponent autorització.
11. El Consell de Redacció de la revista Enfermeria Integral i la institució que ho 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.

Técnica y cuidados enfermeros en el quirófano a pacientes intervenidos de hernia inguinal por laparoscopia

AUTORES

- MÓNICA MARTÍNEZ RAGA
Enfermera del bloque quirúrgico del Hospital Malvarrosa. Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios. Universidad de Valencia.
- LOURDES MARÍA LÓPEZ HERNÁNDEZ
Enfermera del bloque quirúrgico del Hospital Malvarrosa. Profesora Universidad Católica de Valencia "San Vicente Ferrer". Doctora por la Universidad Católica de Valencia.
- FRANCISCO SOTO ARNÁEZ
Enfermero del bloque quirúrgico del Hospital Malvarrosa. Doctor por la Universidad Rey Juan Carlos.

PALABRAS CLAVE

> ATENCIÓN DE ENFERMERÍA > HERNIA INGUINAL > LAPAROSCOPIA > PERIODO INTRAOPERATORIO



RESUMEN

La hernia inguinal es una patología muy frecuente en la población adulta. Con frecuencia es necesario un abordaje quirúrgico para su tratamiento. La posibilidad de optar por una técnica laparoscópica ofrece numerosas ventajas para el paciente y su evolución. A su vez, la utilización de este tipo de técnicas requiere de unos Cuidados de Enfermería específicos que se presentan a continuación en este trabajo con el objetivo de ofrecer la mayor calidad posible en los mismos dada su importancia para el paciente de forma integral y no sólo en su esfera física. La asistencia que la enfermería debe proporcionar en el bloque quirúrgico incluye cuidados durante el pre, intra y postoperatorio siendo estos cuidados imprescindibles para el buen desarrollo de la cirugía y recuperación del paciente.

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal ha acompañado al hombre desde los albores de la humanidad. Parece que la primera mención escrita conocida sobre la hernia es en el papiro de Ebers (1560 a. de C.) al citar “un tumor en los genitales, en el que se mueven los intestinos”. También Hipócrates (460-375 a. de C.) hace alusión a “las rupturas de la parte inferior del vientre” **(1)**. Ya en la actualidad, autores como Bueno refieren que casi el 50% de toda la cirugía que se realiza en el abdomen está relacionada con la patología herniaria **(2)** y, de estas, alrededor del 75% se presentan en la región inguinal **(3)**. Se trata de un problema de salud frecuente y su reparación constituye el procedimiento quirúrgico más habitual en el campo de la cirugía general de pared abdominal. La probabilidad de

Tabla 1. Características de las hernias inguinales indirectas y directas (8)

HERNIA INGUINAL INDIRECTA	HERNIA INGUINAL DIRECTA
Aparecen a cualquier edad	Excepcionalmente antes de los 40 años
Existe un factor congénito predisponente	Son siempre adquiridas
Afectan a ambos sexos por igual	Raras en la mujer
Pueden descender hasta el escroto	Sólo excepcionalmente llegan al escroto
Raramente bilaterales. Con cierta frecuencia irreductibles	55% bilaterales. Se suelen reducir espontáneamente
No se suele apreciar debilidad de la pared posterior	Se puede apreciar dilatación de la pared posterior del triángulo de Hesselbach

Fuente: Elaboración propia.

desarrollar una hernia inguinal a lo largo de la vida varía entre el 27% en varones frente al 3% en la mujer (4).

Se define como la protrusión de un órgano u otra estructura anatómica a través de la pared del tronco que normalmente lo contiene. En el caso de las inguinales se producen cuando contenido de la cavidad abdominal, generalmente asas de intestino, sobresale a través de un punto débil en los músculos abdominales. La protuberancia resultante puede ser dolorosa, especialmente al toser, levantar peso o estornudar. Una hernia inguinal no siempre es peligrosa, pero si no mejora por sí sola puede provocar complicaciones que pueden llegar a ser mortales. En este caso está indicada la cirugía para reparar una hernia inguinal que es dolorosa o que se agranda y se trata de un procedimiento quirúrgico frecuente (6).

Etiología

Los factores que llevan al desarrollo de las hernias se dividen en dos categorías:

- Defecto de origen congénito.
- Defectos adquiridos.

Cuando la causa de la hernia inguinal, en los varones, es la persistencia del conducto por el que se produce el descenso del testículo desde la cavidad abdominal hasta el escroto (o el ligamento redondo en el sexo femenino), debida una falta de cierre de este, hace que sea posible la herniación de asas de intestino desde la cavidad abdominal a este nivel. También el realizar esfuerzos importantes como

al toser, estornudar, levantar objetos pesados, etc..., son factores causales de traumatismo y debilitamiento de la pared inguinal (7).

Diagnóstico

La mayor parte de las veces se puede detectar la presencia de hernias a través de la exploración física y el historial médico. En otras ocasiones son necesarias pruebas de diagnóstico por imagen para confirmar la hernia o descartar alguna otra patología.

Tratamiento

En ocasiones se puede dar un tratamiento inicial no quirúrgico, pero, si no mejora, el tratamiento definitivo de la hernia inguinal es el quirúrgico y consiste en la reintroducción del contenido abdominal y reparación o reforzamiento de la pared inguinal.

El nombre que recibe la técnica quirúrgica para la reparación es el de herniorrafia. Existen varias técnicas que van desde la utilización de los propios tejidos (músculos, fascias, etc.) para restaurar la integridad de la pared abdominal, hasta la utilización de prótesis o mallas artificiales (7).

Dentro de las opciones quirúrgicas podemos encontrar la reparación abierta de la hernia (con o sin implantación de malla) y la reparación laparoscópica, que es una técnica mínimamente invasiva. El éxito y las ventajas clínicas del abordaje laparoscópico respecto a la reparación

abierta están bien documentados (9-11). Dentro de las técnicas laparoscópicas para la reparación de hernias inguinales hay dos opciones:

- Hernioplastia inguinal laparoscópica preperitoneal o trans-abdominal pre-peritoneal (TAPP). En esta técnica se coloca la malla en el espacio preperitoneal, entre la pared abdominal y el peritoneo. Hay acceso a la cavidad abdominal, por lo que se expone al paciente a los riesgos de un abordaje intraperitoneal dando lugar a posibles lesiones en órganos abdominales (especialmente la vejiga), lesiones vasculares, adherencias y hernia intestinal.
- Hernioplastia inguinal totalmente extraperitoneal o Totally extraperitoneal (TEP). Se crea un espacio preperitoneal sin entrar en la cavidad abdominal y utiliza una malla para sellar la hernia desde fuera del peritoneo. El diccionario de siglas médicas la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM) incluye uno de los significados de la sigla TEP como el de Total Extraperitoneal Patch o Malla Extraperitoneal Total (12).

El abordaje laparoscópico TEP es el preferido por la comunidad quirúrgica internacional sobre la técnica TAPP pues el postoperatorio es más precoz y confortable (13-15). Además, al no penetrar la cavidad abdominal reduce la posibilidad de lesiones intraperitoneales, de la obstrucción intestinal por adherencias a las mallas, menores efectos

hemodinámicos adversos que en el caso de abordaje intraperitoneal y menos hernias en el sitio de las incisiones. Tiene la ventaja adicional de poder realizarse mediante anestesia local con sedación y anestesia regional en pacientes de alto riesgo **(16)**.

Entre sus desventajas se encuentra una curva de aprendizaje larga para el personal implicado en su realización, difícil orientación en el espacio anatómico, en el caso de ruptura accidental del peritoneo puede verse comprometido el espacio quirúrgico y, por último, la obesidad puede dificultar este tipo de abordaje **(16)**.

Dado que, como se ha referido anteriormente, la técnica TEP es la más recomendada actualmente, el presente trabajo se centrará en la descripción de esta y en los cuidados integrales de enfermería durante los periodos peri e intraoperatorio.

Descripción de la técnica de la Hernioplastia inguinal totalmente extraperitoneal (TEP)

Se suele realizar con anestesia general y el paciente en decúbito supino y mesa quirúrgica con ligero Trendelenburg. Los cirujanos acceden al espacio preperitoneal mediante la disección con balón disector (previamente introducido a través de una incisión subumbilical) y la insuflación de este. Deben disecar el espacio de Retzius y la parte lateral del abdomen (espacio de Bogros). Una vez conseguida la disección de dichos espacios se retira el balón y se inserta un trocar con sellado de balón distal (Hasson), esto permite comenzar la insuflación de CO₂ en la cavidad peritoneal para mantener una presión alrededor de 10-12 mm Hg. El CO₂ es el gas más utilizado para realizar la insuflación/neumoperitoneo, aunque algunos estudios han evaluado el uso de helio, O₂, aire ambiental y óxido nítrico **(17)**.

Se utiliza una óptica de 0° y con control visual a través de dicha óptica se introducen dos trocares de 5x70 70mm. A través de los trocares se introduce el instrumental quirúrgico laparoscópico para reparar la hernia: pinzas de agarre, pinzas disectoras, tijeras... Será necesario tener identificadas ciertas

estructuras anatómicas de referencia: pubis, ligamentos de Cooper y vasos epigástricos. Comenzará a tratarse el saco herniario (va a depender de que se trate de una hernia directa o indirecta) y su reducción.

Con suaves movimientos de tracción con una pinza de agarre atraumática se consigue normalmente reducir el saco herniario quedando una cavidad amplia perfectamente visible. Después se debe explorar el posible componente indirecto. Los sacos indirectos se disecan y reducen siempre con movimientos suaves de tracción y contra tracción. Tras reducir el saco indirecto se pone una malla de polipropileno contra la pared abdominal cubriendo ampliamente los orificios inguinales directo, indirecto y crural. La fijación de la malla, de realizarse, se puede hacer con dispositivos específicos de fijación de mallas protésicas como Glutack®, Protack®, Absorbatack®, Ligamax®.

Después se mantiene la presión sobre la malla, especialmente en su borde inferior, para que al "desuflar" la cavidad, la malla no se doble por la presión del peritoneo y quede completamente adherida a la pared abdominal. El dolor postoperatorio es de fácil manejo ambulatorio y el paciente puede ser dado de alta a las pocas horas de la intervención.

Cuidados integrales de enfermería en el quirófano en cirugía TEP

Los cuidados y procedimientos de la cirugía de hernia inguinal han evolucionado en los últimos años de cirugía abierta a laparoscópica y, dentro de esta, a TEP. Todos estos cambios han supuesto una adaptación por parte de los equipos quirúrgicos a dichos cambios y enfermería ha tenido que actualizarse y asumir nuevas técnicas y cuidados. También hay que tener presente que cualquier paciente que está siendo operado con TEP puede precisar reconversión a cirugía abierta por lo que además de disponer de todo el material se debe conocer la instrumentación en ambas técnicas.

El equipo de enfermería del bloque quirúrgico debe mantener una buena comunicación con los profesionales que atienden al paciente en el preoperatorio (unidad de hospitalización donde ingresa



Imagen 1 y 2. Torre de laparoscopia e instrumental quirúrgico (elaboración propia).



Imagen 3. Monitorización hemodinámica y respiratoria durante la cirugía (elaboración propia).



Imagen 4. Equipo quirúrgico durante la intervención TEP (elaboración propia).

el paciente) y el postoperatorio (unidad de recuperación postanestésica).

El equipo de enfermería del bloque quirúrgico apoyará al equipo de anestesia, instrumentará y colaborará en la solución de cuantos incidentes surjan durante el pre, intra y postoperatorio. Para evitar dichos incidentes se debe tener controlado y revisado todo el material que se necesita, tanto laparoscópico como instrumental de cirugía abierta por si fuese necesario.

Las ventajas que aporta la TEP se pueden resumir en:

- Menor longitud de la incisión quirúrgica.
- Minimiza el riesgo de infección quirúrgica.
- Minimiza el dolor postquirúrgico.
- Reducción del tiempo de estancia hospitalaria.
- Recuperación más temprana del paciente permitiendo disminuir el tiempo de convalecencia y una más rápida adaptación a sus actividades diarias.

Las desventajas incluyen:

- Mayor curva de aprendizaje de los profesionales.
- Personal y equipamiento específico.

- Uso de equipos de alta tecnología.
- Mayor tiempo de intervención por la limitación de los movimientos.

Los **cuidados de enfermería** en el bloque quirúrgico incluyen:

1. Durante el preoperatorio:

- Identificación de la enfermera ante el paciente.
- Comprobar la correcta filiación del paciente y que lleva la pulsera identificativa.
- Identificación de lecho quirúrgico a operar.
- Comprobar: ayunas, alergias, retirada de objetos metálicos y prótesis (dentales, gafas, lentillas, audífonos...), medicación administrada previamente...
- Confirmación de que están firmados los consentimientos informados por parte del paciente (quirúrgico y anestésico).
- Comprobar el correcto rasurado abdominal cuando sea preciso.
- Canalizar vía venosa si no la trae previamente.
- Administrar profilaxis antibiótica.
- El paciente debe miccionar antes de empezar la cirugía. Si es preciso se realizará sondaje vesical.
- Revisión de todo el material preciso para la anestesia y la cirugía.

2. En el intraoperatorio el equipo de enfermería se ocupará de:

- Correcto posicionamiento del paciente en la mesa de quirófano. Almohadillado y protección de las partes blandas y prominencias óseas, que el paciente esté confortable.
- Monitorización hemodinámica y respiratoria.
- Ayudar durante el procedimiento de la anestesia: preparar y administrar cuando corresponda la medicación (hipnóticos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares...). Comprobar tubo endotraqueal y/o mascarilla laríngea... Colocar manta térmica al paciente cuando sea preciso.
- Preparar mesa de instrumentación quirúrgica. Instrumental para laparoscopia: óptica, pinzas de endoscopia, bisturí frío y eléctrico...
- Tener preparado y a mano instrumental para cirugía abierta.
- Torre de laparoscopia. Comprobación de que hay gas (el CO₂ es el gas utilizado con mayor frecuencia para la insuflación de la cavidad abdominal-neumoperitoneo) y todos los dispositivos funcionan correctamente.
- Ayudar en todo el procedimiento quirúrgico y anticipar las posibles necesidades.

- Proporcionar el material necesario en cada momento.
 - Controlar, junto con el anestesiólogo, los parámetros hemodinámicos y respiratorios.
 - Cuando termine la cirugía limpiar y cubrir las incisiones laparoscópicas.
 - Recoger todo el material segregando material punzante (bisturí, introductores de trocar, agujas de sutura...), instrumental para enviar a esterilización....
 - Ayudar al anestesiólogo en la educación anestésica.
- 3.** En el postoperatorio el equipo de enfermería:
- Acompañará al paciente a la unidad de recuperación postanestésica y transmitir la información más relevante: identificación del paciente, posibles alergias, tipo de cirugía y anestesia, problemas surgidos durante la cirugía, medicación administrada, cuidados de enfermería a administrar en un periodo breve de tiempo (poner calor con manta térmica, pruebas analíticas pendientes, analgesia y/o medicamentos pendientes de administrar, etc.).
 - Registrará (informatizado o en papel) del procedimiento realizado: lista de verificación quirúrgica o Checklist, trazabilidad del material, medicación administrada, problemas surgidos y su resolución, profesionales participantes...
 - Prestará atención a la detección y comunicación de posibles fallos, errores o aspectos susceptibles de mejora pues su aprendizaje es una estrategia en la seguridad del paciente y ayuda a mitigar sus consecuencias.
 - Comprobará que la familia está informada del desarrollo de la intervención y en qué unidad se encuentra el paciente.

CONCLUSIONES

En este tipo de intervención es necesario garantizar unos cuidados de enfermería de calidad, tanto por la complejidad propia de la técnica quirúrgica como por el impacto que ésta supone en las dimensiones física y psicológica del paciente. Los cuidados enfermeros continuados mejoran en gran medida la calidad

de vida de los pacientes, por lo que resultan de gran relevancia ya que les permite normalizar su vida, detectar complicaciones, actuar ante las mismas o incluso evitarlas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernando Carbonell Tatay. Hernia inguinocrural. Ethicon. 2001. Madrid. pp 19-105.
2. Bueno Lledó J. Unidad de Cirugía de Pared Abdominal del Hospital La Fe de Valencia. XV Congreso Nacional de Cirugía de la Pared Abdominal. 8-10 Mayo 2019. Valencia.
3. Sánchez Justicia C. Clínica Universitaria de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hernia-inguinal>. Consultado el 18/03/2021.
4. Turiño Luque JD, Mirón Fernández I, Rivas Becerra J, Cabello Burgos AJ, Rodríguez Silva C, Martínez Ferriz A, et al. Hernioplastia inguinal abierta: técnica de Lichtenstein. *Cir Andal*. 2018; 29 (2): 160-2.
5. Vacca, Vincent M. Jr. Hernia inguinal. La lucha contra la protrusión. *Nursing*. 2018; 35 (2): 26-33.
6. Mayo Clinic. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/inguinal-hernia/symptoms-causes/syc-20351547>. Consultado el 18/03/2021.
7. Clínica Universitaria de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hernia-inguinal>. Consultado el 18/03/2021.
8. Etiopatogenia de las hernias inguinales. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/capitulo_4.pdf. Consultado el 18/03/2021.
9. Ielpo B, Nuñez-Alfonse J, Duran H, Diaz E, Fabra I, Caruso R, et al. Cost-effectiveness of Randomized Study of Laparoscopic Versus Open Bilateral Inguinal Hernia Repair. *Ann Surg* 2018; 268 (5): 725-30.
10. Bittner R, Montgomery MA, Arregui E, et al. Update of guidelines on laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (InternationalEndohernia Society). *Surg Endosc*. 2015; 29: 289-321.
11. Netto FS, Quereshy F, Camilotti BG, et al. Hospital costs associated with laparoscopic and open inguinal herniorrhaphy. *JLS*. 2014;18. e2014.00217
12. Diccionario de Siglas de la Sociedad Española de Documentación Médica. Disponible en: <https://www.sedom.es/diccionario/>. Consultado el 20/03/2021.
13. Reoyo Pascual J.F, Martínez Castro R.M, Valero Cerrato X, León Miranda R, Juez Juez J.M., Alonso Alonso E, et al. De la hernioplastia inguinal TAPP a la hernioplastia inguinal TEP: mayor dificultad, pero... ¿alguna ventaja? *Cir Esp*. 2014; 92 (Espec Congr): 892.
14. Martín Gómez M. Cirugía laparoscópica de la hernia inguinal: TEP. *Cir Andal*. 2018; 29 (2): 174-7.
15. Planells Roig M, Bolufer Cano JM, García Espinosa R. El abordaje TEP+LAP+TEP en el tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal compleja. *Cir Andal*. 2018; 29 (2): 182-4.
16. Daes J. Acceso totalmente extraperitoneal de vista extendida (eTEP) para el reparo de hernias. *Cir Andal*. 2019; 30 (3): 320-2.
17. Diferentes gases para la insuflación de la cavidad abdominal durante la cirugía abdominal laparoscópica. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD009569/COLOCA_diferentes-gases-para-la-insuflacion-de-la-cavidad-abdominal-durante-la-cirugia-abdominal. Consultado el 23/05/2021

Atención de enfermería en urgencias ante víctimas de violencia de género

AUTORA

- JESSICA GISBERT FERRER
Enfermera comunitaria. Centro de salud Puzol.

PALABRAS CLAVE

> URGENCIAS MÉDICAS > DELITOS SEXUALES >
VIOLENCIA > VIOLENCIA CONTRA LA MUJER >
VIOLENCIA DE GÉNERO.



RESUMEN

Objetivos: Conocer la situación actual de las víctimas de violencia de género que acuden a servicios de urgencias.

Método: Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de ciencias de la salud. Los artículos hallados se filtraron en base a los criterios de selección y una lectura crítica para incluir los que fueran válidos para nuestro objetivo.

Resultados: El perfil de la víctima suele ser mujer joven casada y con hijos con historia de maltrato de larga duración, principalmente psicológico seguido de físico y sexual. Pocas se consideran como maltratadas, pero hiperfrecuentan servicios sanitarios por otros motivos que no son el mismo maltrato. Pocos profesionales detectan estos casos especialmente por la falta de formación y conocimiento de los protocolos.

Conclusiones: La violencia de género es una problemática social y de salud. Se trata de un fenómeno invisibilizado e infra detectado por los servicios de salud. Existe la necesidad de formar y concienciar a los profesionales para poder realizar una atención adecuada, y plantear la formación en género como materia transversal en todos los ámbitos.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un concepto global y complejo, que abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. **(1)**

Las Naciones Unidas, definen la Violencia de género como: "Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada". **(2)**

Esta violencia se expresa históricamente, en todos los países, y clases sociales, a través de conductas basadas en un sistema de creencias sexista, basado en la dominación del hombre sobre la mujer con vulneración de sus derechos. **(1,3)**

Se encuentra invisibilizado socialmente, aunque cada vez se denuncian más casos. Constituyendo un problema de salud pública reconocido por la OMS, y se declaró prioridad internacional para los servicios sanitarios su erradicación, aunque en esta tarea colabora toda la sociedad, por lo que es vital la actuación

en prevención y educación como instrumento de cambio social. **(2,4-5)**

Se desarrolló la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que hace referencia al derecho a la asistencia social integral, servicios sociales de atención, de urgencia, apoyo, acogida y recuperación integral de las víctimas. **(6)**

Según la OMS se estima que entre un 10 y un 69% de las mujeres sufren violencia a nivel mundial, y entre un 18 y 58% en los países europeos. En España, según los datos de la Macroencuesta de 2015 que realizó el Ministerio de Sanidad, entre un 8,1% y un 25,4% de las mujeres mayores de 16 años han sufrido algún tipo de violencia por parte de sus parejas o exparejas (12% violencia sexual y 25,4% psicológica). Además, el 85,2% de las agresiones son reiteradas. **(6-8)**

En 2018 se registraron 43560 denuncias por maltrato. El 38% de los asesinatos de mujeres son a manos de sus parejas. En 2019 hubo 55 mujeres asesinadas por violencia de género, sumando un total de 1033 desde que se empezó a contabilizar. **(7,9-10)**

La violencia suele iniciarse mediante el control de los movimientos y el aislamiento, limitando su acceso a la información y las relaciones sociales. A continuación, aparece el maltrato psicológico utilizando desvaloraciones y humillaciones, intimidación y desprecio. Si de esta manera el agresor no consigue la sumisión completa de la mujer, aparece la agresión física y sexual. **(11)**

Existen diferentes tipos de violencia, aunque suelen coexistir:

- Físicas: cualquier acto que pueda producir lesiones en el cuerpo.
- Psicológicas: gritos, insultos, humillaciones, desvaloración, intimidación, desprecios, chantajes, amenazas...
- Sexuales: imposición de una relación sexual mediante la fuerza.
- Ambientales: contra el entorno material o afectivo que la daña psicológicamente.
- Sociales: hacerle pasar vergüenza, aislamiento familiar y social, prohibición de contactos, etc.
- Económico y patrimonial: control del dinero o propiedades. **(8,12)**

Se relacionan diferentes factores de riesgo:

- Individuales: edad joven, padre ausente, consumo de alcohol o drogas, bajos niveles de escolaridad y socioeconómico.
- Relacionales: antecedentes de violencia intrafamiliar, agresiones en la infancia, conflicto de pareja, y toma de decisiones del hombre.
- Comunitarios: pobreza, aislamiento social y familiar, y grupos violentos.
- Sociales: dominio de la masculinidad y roles de género. **(8,13)**

El estrés crónico que implica el maltrato deteriora progresivamente la salud, favorece la aparición de enfermedades y empeora las ya existentes. Los síntomas físicos, que muchas veces son crónicos e inespecíficos aparecen entremezclados con los psíquicos y psicosomáticos. **(11)**

Las principales consecuencias sobre la salud de las mujeres son:

- Lesiones físicas traumáticas: fracturas, contusiones, hematomas, rotura de tímpano...
- Físicas: dolores crónicos, cansancio, síndrome de colon irritable, fibromialgia, problemas gastrointestinales.
- Sexuales: disminución de la libido, anorgasmia y falta de autonomía sexual.
- Reproductivas y ginecológicas: embarazos no deseados, ETS, abortos, infecciones urinarias, infertilidad, dolores pélvicos crónicos.
- Psicológicas y de conductas: incluye la situación de estrés y emociones negativas durante y después del ataque. Desarrolla sentimientos de culpa, vergüenza, desesperanza, reducción de sus competencias y recursos y disminución de la autonomía y, quizás por ello, dependencia emocional del maltratador. **(14)**

Las víctimas de violencia de género acuden más a los servicios sanitarios y tienen peor estado de salud. Se estima que más del 20% de las mujeres que acuden a los servicios sanitarios sufren maltrato, aunque no consultan por este motivo, sino que suele ser una manifestación encubierta del abuso o una vía involuntaria de pedir apoyo. **(11,15)**

Sin embargo, la mayoría de los casos pasan desapercibidos, diagnosticando solo un

5-15% en la asistencia habitual, ya que las víctimas no manifiestan expresamente su situación, aunque suelen acceder a contarlo una vez se les pregunta, pero existen bajas tasas de cribado y los profesionales no detectan el origen real del problema por el que contacta. **(16)**

Los servicios sanitarios juegan un papel clave en la detección precoz e intervención en casos de maltrato porque la mayoría acude en algún momento de su vida. Por ello, es de vital importancia una formación adecuada y conciencia por parte de los profesionales para ofrecer una atención de calidad. **(11-12,15,17)**

MATERIAL Y MÉTODOS

- Tipo de diseño: Revisión Bibliográfica en bases de datos científicas.
- Bases de datos: Medline, Cuiden, Cuidatge, Enfispo, Medes, Lilacs, PubMed, IME, Ibecs, SciElo, Cochcrane, Dialnet, TripDatabase, y Medigraphic.
- Estrategia de Búsqueda: Urgencias (AND) Violencia (AND) Género.
- Criterios de selección:
 - Criterios de inclusión: español, últimos 10 años, revisiones bibliográficas o artículos originales, ajustarse al objetivo.
 - Criterios de exclusión: idioma extranjero, anteriores a 2010, otro tipo de artículos (artículos de opinión, cartas al director, etc.). Artículos repetidos y no ajustarse al objetivo.
- Se halló un total de 382 artículos, a los que se aplicaron los criterios de selección. Los restantes se sometieron a lectura de resumen y lectura crítica completa, resultando 27 artículos válidos para desarrollar el trabajo.

RESULTADOS

El 10% de las consultas estudiadas por Aguirre, V et al, pertenecen a casos de violencia de género, atendidos principalmente por médicos seguidos de enfermeras. La mitad acudieron solas, con edades entre 30 y 49 años, solo 3 pusieron denuncia.

Según González Morga, N et al, la mitad de las mujeres que acuden a urgencias por patología leve podrían sufrir un maltrato encubierto. De los casos detectados un 54,3% fue psicológico, 19,9% físico y 17,9% sexual. El perfil de mujeres

entre los 31 y 50 años, con hijos, españolas, con pareja española, casadas, activas laboralmente y con un nivel de estudios primarios.

El perfil de mujer maltratada hallado por Pérez Leyva et al es: edad media de 42 años, procedencia urbana, escolaridad secundaria, amas de casa y casadas. La agresión se produce en domicilio o espacio público a manos de su marido con quien mantienen vínculo afectivo más de la mitad. La violencia psicológica fue la más ejercida, seguida de la física, y la mayoría requirió tratamiento médico para lesiones o secuelas anatómicas.

Las víctimas entrevistadas por Fernández González et al tienen una media de 34 años, extranjeras, casadas, con estudios primarios, profesión no cualificada, con baja tasa de empleo, sin ingresos y parte de ellas en situación irregular. Predomina el maltrato físico (85%) seguido del sexual, con frecuencia diaria y duración mayor de 5 años.

El perfil detectado por Cristino Eespinar, M; et al es entre 30 y 45 años, con menos de un año sufriendo maltrato y un 28% con denuncias previas. La agresión fundamental es física (71,2%) en el domicilio (79,2%) y con testigos (46,2%) a manos de su pareja (89,8%).

De la muestra estudiada por Echarte Pazos, JL, un 0,8% eran víctimas de maltrato, con una edad media de 34 años, predominantemente españolas, agredidas en el domicilio y en presencia de otras personas. El 83% había sufrido agresiones previas, pero solo el 23% había denunciado antes, el 74% tenía la intención de hacerlo. El agresor era habitualmente la pareja (80,6%). Fue detectado por los sanitarios un 10,4% de los casos.

Fernández Carretero et al, estudia las víctimas de violencia sexual, hallando víctimas de 3 a 75 años, con una media de 25. La mayoría fueron extranjeras y presentaban lesiones, pero no acudieron a las revisiones ginecológicas programadas.

En el estudio sobre agresiones sexuales realizado por Pino-Domínguez, AL. Et al, destaca un 95% de víctimas mujeres, y un 75% menores de edad, con un promedio de 15 años. Solo un 25% de los agresores eran conocidos (habitualmente el padre) y la situación era conocida por algún familiar.

Grau Cano, J; et al. Obtiene un 95,5% de mujeres víctimas de agresiones sexuales, con 25 años de media. La mayoría realizan denuncia y no refieren agresiones previas. Predomina un único agresor conocido (pareja o expareja seguido de familiares) en el domicilio. Cuando es desconocido, suele ser lugar público y aumenta el porcentaje de varios agresores de 5,8% a 22,9%.

De los casos estudiados por López Torres et al, un 57,14% tenía antecedentes. Predomina el maltrato físico, seguido del psíquico, especialmente en fin de semana en mujeres de 39 años de media. El diagnóstico al alta fue "Agresión" (49,1%) y violencia de género (3,5%). En el 73,68% se emitió parte de lesiones al juzgado de guardia.

Las mujeres encuestadas por Vargas Matute et al, sufrieron un 25,8% maltrato psíquico, 21,2% sexual y un 19,9% físico, pero solo el 16% se ha sentido maltratada por su pareja. De todas ellas solo se ha realizado cribado al 14,4%. Solo 3 reconocieron las agresiones y buscaron ayuda, pero no fue éste el motivo de consulta.

Sánchez Rueda, M observó que casi la mitad de los casos se pudieron detectar en triaje, dándoles una prioridad 2 (43%), con 3,36 minutos de espera hasta la atención enfermera. Las víctimas tenían 31 años de media y se emitió parte de lesiones en todos los casos excepto uno en que intervino los cuerpos de seguridad.

Según el estudio de Muslera-Canclini, E et al, solo en el 15,1% de víctimas detectadas en primaria constaba un diagnóstico de maltrato. En especializada los casos provenían de urgencias, en todos ellos había referencias escritas. El 54,3% tenía antecedentes de violencia de género.

En cuanto a los profesionales sanitarios, González da Silva mostró que más de la mitad tenían conocimientos insuficientes y por tanto no se aplican los protocolos, aunque sí consideran que forma parte de su trabajo. Menos de un 30% tiene formación previa y se consideran capaces de detectarlo.

Coincide con el estudio de Larrauri Barandela, et al, en que casi un 40% desconoce los protocolos de su servicio y no suelen tener actitud expectante, aunque un 67% declara que sí detectan

casos de maltrato y se tratan adecuadamente. La mayoría manifiesta interés por formarse.

Sin embargo, los datos recogidos por Armenteros-Ortiz, et al, muestran que un 87% de profesionales conocían el protocolo, siendo los médicos seguido de enfermería quienes obtienen un nivel más alto, no obstante, opinan que les falta formación.

Casi la mitad de los entrevistados por Ruiz Navarro consideran que es un fenómeno frecuente, y que afecta más a las clases bajas y en periodo de separación. Solo un 26,7% conoce los protocolos y un 7,5% los aplica. Un 56,6% se plantea el diagnóstico diferencial en caso de lesiones físicas y un 10% ha detectado algún caso de violencia de género. Las causas de la infra detección son: la falta de conocimientos, miedo a involucrarse en aspectos legales, la falta de formación, de tiempo y recursos.

De los profesionales entrevistados por Vecina Oliver, A. et al, la mitad conocía el protocolo del centro, lo aplica y se plantea diagnóstico diferencial. Consideran que es frecuente pero pasa desapercibido y creen que más de la mitad de los casos no se diagnostican. Los principales problemas para su detección son: falta de tiempo, intimidad, desconocimiento del protocolo.

La evaluación de los conocimientos recogidos por Martos Sánchez, C et al fue medio, siendo mejor en enfermería. El 55% conocía los protocolos, y un 63% sabe realizar un parte de lesiones. Las mujeres tienen una actitud más favorable pero los hombres tienden a preguntar más. El 80% considera que no tienen una formación adecuada.

García Minguito, L et al, comparó los partes de lesiones emitidos por Urgencias (61%), Samur, Primaria y Centros de Apoyo a la Seguridad mediante una escala de calidad (42% intermedia y 30,4% baja). Los de mayor calidad pertenecen a Samur, destacan por incluir el estado psicológico de la víctima y agresiones previas. Las principales lesiones son hematomas y erosiones. Se especifica como caso de violencia de género en el 90% de los centros de apoyo y 72,3% de primaria.

Según Guevara, D. et al, el 91% no tiene formación específica en violencia de género. El 74,4% no conoce el protocolo,

y solo el 39,5% a veces realiza preguntas ante la sospecha. El 36,6% a veces solo atiende las lesiones físicas, y un 43,6% no sabe cómo actuar. El 62,8% declaran haber detectado algún caso (entre 1 y 15 casos) siendo 2 casos en mayor frecuencia. Las principales barreras son pobre conocimiento, falta de privacidad, tiempo, carencia de protocolos, y temor a las consecuencias y miedo a involucrarse en asuntos legales.

Según el estudio de Medina-Maldonado, VE et al, los casos de maltrato fueron detectados por la propia declaración de las pacientes, ya que no es rutinario interrogarlas. De las enfermeras entrevistadas solo una estaba alerta en estos casos y conocía los procedimientos. Se evidenció poca implicación y una acentuada desinformación sobre el manejo de los casos, debido a la falta de preparación académica.

Según O'Doherty et al, el cribado aumentó la identificación de las víctimas, especialmente en servicios de atención prenatal, salud maternal y servicios de urgencias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las mujeres víctimas de violencia de género suelen tener un perfil de mujer joven, entre los 20 y 45 años. La mayoría tiene hijos, están casadas y residen en zonas urbanas. Suelen tener un nivel socioeconómico bajo, con pocos estudios y trabajos no cualificados. En la gran mayoría de casos el agresor es su propio marido, con una frecuencia diaria e historia de maltrato de larga evolución, habitualmente superior a 5 años.

Respecto al tipo de maltrato el más predominante es el psicológico seguido del físico y el sexual, pero solo las mujeres en situaciones más graves reconocen su situación. Las agresiones suelen ser en su propio domicilio y no existe consenso respecto a los días más frecuentes. Estas mujeres suelen sufrir de mala salud debido a la cronicación del proceso y son más frecuentadoras en los servicios de salud. Sin embargo, el motivo de consulta no suele ser en sí el maltrato, sino manifestaciones encubiertas o como una vía de pedir ayuda. Se considera que hasta un 45% de las mujeres que acuden a urgencias por patología leve o no traumática podrían estar sometidas a violencia.

En cuanto a los profesionales, todos los estudios coinciden en que expresan un nivel de conocimientos bajo, no suelen conocer los protocolos y por tanto no se aplican. No han recibido formación previa y no se sienten capaces de abordar estos casos. Sí coinciden en que es un problema importante, las mujeres suelen estar más expectantes al respecto, pero los hombres tienen menos reticencias a preguntar por el tema. Coinciden en una serie de barreras que dificultan la detección: presión asistencial, falta de conocimiento, dificultad para una entrevista adecuada, falta de recursos y comunicación. Siguen siendo muy pocos profesionales los que plantean un diagnóstico diferencial en casos de violencia, aun así, más del 10% asegura que ha detectado algún caso.

Es necesario invertir en la formación y concienciación de los profesionales para disponer de herramientas que detecten estos casos y se pueda realizar un correcto abordaje y seguimiento del caso evitando así empeoramiento de la situación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre, V; Cabrera, MC; Monetta, L; Pombo, A; Sánchez, M. La intervención profesional en una guardia hospitalaria ante situaciones de violencia basada en género en la pareja. *Revista Margen*, 2011; 63. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen63/aguirre.pdf>
2. Holgado Jiménez-Castellanos, M; Molina Martínez, S; Pérez González, R. Plan de mejora para el abordaje de la violencia contra la mujer en el área de urgencias. *Biblioteca Lascasas*, 2015; 11(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0843.php>
3. Pérez Leyva, V; Casado Méndez, PR; Guerra Vázquez, J; Enoa Acuña, A; Pérez Villavicencio, AM. Violencia en el género femenino. *Manzanillo 2014-2015. Revista Médica. Granma. Multimed* 2016; 20(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul164d.pdf>
4. González Morga, N.; García Guillamón, G.; Brando Asensio, I. Prevalencia y perfil sociodemográfico del maltrato psíquico, físico y sexual en las pacientes de urgencias en la región de Murcia.

Educación Social. *Revista de Intervención Socioeducativa*, 2014; 57: 156-173. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/278615/368841>

5. Fernández Carretero, C; Nombela López, M; Sánchez-Pastor Ruiz, M; Tapia Mallo, D; Gutiérrez Chavero, ME; Fernández Cebreiro, Y. Procedimiento a seguir ante las agresiones sexuales en el servicio de Urgencias Maternales del Hospital Universitario de la Paz: Análisis de casos atendidos. *Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Segunda Época*, 2011; 17 (1). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2011/pagina6.html>
6. Fernández González, L; Calvete, E; Orue, I. Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. *Intervención Psicosocial*, 2017; 26 (1): 9-17. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/pi/art/j.psi.2016.10.001>
7. Vecina Oliver, A; Miravalls Pérez, T; Poveda Rocamora, C. Percepción de la violencia de género como problema de salud por parte del personal sanitario del servicio de urgencias. *RIDEC* 2019; 12(2):28-36. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec/284-ridec-2019-volumen-12-numero-2/2275-originales-3-percepcion-de-la-violencia-de-genero-comoproblema-de-salud-por-parte-del-personal-sanitario-del-servicio-de-urgencias>
8. Blanco, P; Ruiz-Jarabo, C; García de Vinuesa, L; Martín-García, M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(4): 182-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es.
9. González Da Silva, J. Evaluación del conocimiento y aplicación por parte del profesional de enfermería en atención primaria de un protocolo oficial en supuestos de violencia de género. *Ética De Los Cuidados*. 2018; 11. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/et/e11435>
10. Armenteros-Ortiz, PJ; Constenla Ramos, S; Requena Jiménez, A. La formación de los profesionales del hospital universitario Reina Sofía en el abordaje de la violencia

de género. *International Journal for 21st Century Education*, 2019; 6 (1): 3-15. Disponible en: <https://www.uco.es/ucopress/ojs/index.php/ij21ce/article/view/12642/11607>

11. Coll-Vinent Puig, B. Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2008; 20(4):269-275. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2668321>
12. Larrauri Barandela, MA; Rodríguez Alonso, E; Castro Feijó, M; Pérez Zorelle, A; Ojea Montes, B; Blanco Gómez, MA. Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. *Revista Páginas en Urgencias*, 2010; 2(7):36-43. Disponible en: <http://www.paginasenurgencias.com/revistas/paginasenurgencias07.pdf>
13. Pino-Domínguez, AL; Cortes-Monsalve, Lilia; Salcedo-Cifuentes, M. Caracterización de los casos de violencia sexual atendidos en dos instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Palmira-Valle Del Cauca, Colombia. *Revista médica Risaralda*, 2018; 24(1):9-14. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0122-06672018000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
14. Lorente Acosta, M. Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2008; 20 (3):191-197. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2665314>
15. López Torres, G; Martín López, JI; Albendín García, L; Rodríguez Delgado, ME. Evaluación del perfil de los casos atendidos por violencia de género en un dispositivo de urgencias urbano: ¿Estamos bien formados para realizar este tipo de atención sanitaria o necesitamos ampliar nuestros conocimientos? *Paraninfo Digital*, 2015; 9 (22). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/273.pdf>
16. Echarte Pazos, JL; León Bertrán, N; Puente Palacios, I; Laso de la Vega i Artal, S; Díez Fuentes, E; Martínez Izquierdo, MT. Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los 30 servicios de urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2010; 22(3):193-198. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3224227>
17. Pino-Domínguez, AL; Cortes-Monsalve, Lilia; Salcedo-Cifuentes, M. Caracterización de los casos de violencia sexual atendidos en dos instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Palmira-Valle Del Cauca, Colombia. *Revista médica Risaralda*, 2018; 24(1):9-14. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0122-06672018000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
18. González Morga, N.; García Guillamón, G.; Brando Asensio, I. Prevalencia y perfil sociodemográfico del maltrato psíquico, físico y sexual en las pacientes de urgencias en la región de Murcia. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 2014; 57: 156-173. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/278615/368841>
19. Cristino Eespinar, M; Camacho Buenosvinos, A; Ávila Guerrero, JL; Mata Jiménez, A; Díaz Díaz, J; Ojeda Gutiérrez, R. Perfil sociodemográfico de la mujer víctima de violencia de género en el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Distrito Sanitario Córdoba. *Revista Enfermería*, 2012; 3(12):19-27. Disponible en: <http://paginasenurgencias.com/revistas/paginasenurgencias12.pdf>
20. Fernández Carretero, C; Nombela López, M; Sánchez-Pastor Ruiz, M; Tapia Mallo, D; Gutiérrez Chavero, ME; Fernández Cebreiro, Y. Procedimiento a seguir ante las agresiones sexuales en el servicio de Urgencias Maternales del Hospital Universitario de la Paz: Análisis de casos atendidos. *Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Segunda Época*, 2011; 17 (1). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/enero2011/pagina6.html>
21. Grau Cano, J; Santiña Vila, M; Ríos Guillermo, J; Céspedes Lacia, F; Martínez Galilea, B. Descripción de las agresiones sexuales atendidas en el servicio de urgencias de un centro hospitalario de referencia. *Gaceta Sanitaria*, 2011; 25(2): 166-169. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911111000082>
22. Vargas Matute, A; Dorado Siles, MI; Alonso Díaz, MJ; Díaz Benavente, MD; Blasco Cama-cho, EJ. Importancia del papel de la enfermería de urgencias en la detección de violencia de género. *Revista Presencia*, 2006; 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com//presencia/n3/35articulo.php>
23. Sánchez Rueda, M; López Alcoholado, R; Ramírez Piedra, MC. Detección de la violencia de género desde Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) en urgencias. Nuevos retos para la enfermería en práctica avanzada. *Revista Paraninfo Digital*, 2012; 7(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/pdf/118p.pdf>
24. Muslera-Canclini, E; Natal, C; García, V; Fernández-Muñoz, P. Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 2009; 23(6): 558-561. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000600015&lng=es
25. García Minguito, L; Casas Sánchez, JD; Rodríguez Albarran, MS. Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género. *Gaceta Sanitaria*, 2012; 26(3): 256-260. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000300012&lng=pt
26. Guevara, DEL; Ferrer, LDM; Prada, MA; Fernández, CE. Preparación de los Equipos Básicos de Salud para enfrentar la violencia de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016; 32(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2016/cmi163a.pdf>
27. Medina-Maldonado, VE; Landenberger, M; Rondón de Gómez, R; Osio Patrizzi, M. Experiencias de enfermeras en prevención de la violencia de género y asistencia a mujeres afectadas. *Revista Cubana Enfermería*, 2015; 31(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubbenf/cnf-2015/cnf154f.pdf>

Politraumatizado grave en entorno acuático (playa): rescate, inmovilización, dudas, cuestiones y respuestas

AUTORES

- DIEGO JIMÉNEZ LÓPEZ
Máster Oficial en Cuidados Intensivos de Enfermería. Doctorando. Enfermero asistencial Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Francisco de Borja. Gandía.
- SILVIA GÓMEZ GONZÁLEZ
Enfermera asistencial Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Francisco de Borja. Gandía
- MANUEL SOLERA SUÁREZ
Médico adjunto asistencial Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Francisco de Borja. Gandía
- PAULA BAÑULS APARISI
Máster Universitario en Especialización en Cuidados de Enfermería. Enfermera asistencial en Hospital Mentrum Eerste Constantijn Huygenstraat. Psychiatrische Kliniek. Holanda.
- TERESA MARÍA PERIS ALMIÑANA
Enfermera asistencial Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Francisco de Borja. Gandía

PALABRAS CLAVE

> MEDIO ACUÁTICO > POLITRAUMATIZADO GRAVE > ACCESO > RESCATE > INMOVILIZACIÓN > ENFERMERÍA > EVALUACIÓN INICIAL



RESUMEN

Si ya de por sí, la atención al Politraumatizado grave en condiciones de normalidad es compleja, la intervención en el medio acuático (playa) representa una mayor dificultad, debido fundamentalmente a dos características específicas: por una parte, estamos hablando de un medio físico inestable y cambiante, y por otra, supone una amenaza real e inminente de la vía aérea y por tanto un compromiso vital del sistema respiratorio.

Este artículo trata de responder y aclarar al profesional de enfermería que desarrolla su labor profesional en el periodo estival dentro del contexto físico de la playa, todas aquellas cuestiones y dudas básicas que puede y debe plantearse internamente, antes, durante y después de la asistencia inicial al politraumatizado. De manera, que adquiera una visión general de todo el procedimiento en su atención integral y a la vez, mostrar todas aquellas circunstancias que pueden ser motivo de inquietud y preocupación.

Entender lo que es un Politraumatizado grave, su importancia a nivel social, describir y conocer las características del medio

físico donde ocurre, identificar los recursos materiales (manejo y justificación) de los que puede disponer, aplicar con seguridad los pasos que tienen relación con la intervención inicial (acceso, rescate e inmovilización), plantearse dudas razonadas en cada acción (simplificando dudas y cuestiones de manera que garanticen eficazmente una mayor seguridad al profesional de enfermería), son los objetivos principales de este artículo.

INTRODUCCIÓN

La playa, es el entorno geográfico que integra el espacio físico compuesto por la lámina terrestre (incluyendo la superficie arenosa y escollera) y la lámina acuática. En este contexto (dónde interactúa el profesional de enfermería) y coincidiendo con el periodo estival, hay un incremento muy importante de la población y de las actividades de ocio (sobretudo deportes acuáticos) y riesgo. Es decir, estamos ante el escenario idóneo en el que cualquier persona es susceptible de sufrir un traumatismo grave e inesperado.



Imagen 1. Dudas y cuestiones según tipo de posición

Características diferenciadoras del medio acuático

El/la profesional de enfermería debería tener presente una premisa importante "el agua no es nuestro entorno habitual". Por tanto, hablamos de un medio físico (en el que no nos podemos desenvolver como en tierra firme) con una problemática e idiosincrasia propia y con unas características particulares y diferentes que hace que se incremente el riesgo de padecer algún tipo de lesión grave o irreversible y que además puede facilitar o dificultar nuestra intervención, a la vez que agravar la situación del accidentado. Nos estamos refiriendo a las siguientes características:

- Es un medio dinámico y en constante cambio.
- Con una morfología de la zona cambiante e irregular.
- Con fondos vivos, en dónde bancos de arena y hoyos son dependientes de corrientes y vientos.
- Con diferentes grados de profundidad.
- Quietud del agua diferente (tranquilas o brava).
- Engaño visual de fondo (arena o roca) y objetos sumergidos.
- Medio que posibilita la alteración de la estabilidad nuestra y del paciente.
- Menor gravedad.
- Con fácil acceso (4 lados).
- Fácil manejo de los materiales, debido a su flotabilidad.

Concepto

Básicamente, podemos definir al politraumatizado, como aquel paciente que, como consecuencia de un hecho súbito e inesperado, presenta una o varias lesiones de

origen traumático, de las cuales, al menos una de ellas puede comprometer de forma más o menos inmediata la vida de este (1-5).

¿Realidad de un problema?

¿Por qué podemos considerar al Politraumatizado grave en playa un problema real e importante? ¿Cuál es la problemática que esconde este problema? La respuesta es sencilla, estamos ante un problema (con incremento durante el periodo estival y con mayor afectación en comunidades marítimas) que afecta mayoritariamente a un grupo de edad considerado joven y que presenta las siguientes características a destacar (6-9):

- Grupo de edad, entre el 80% y 90% tienen edades que oscilan entre los 15-35 años.
- Mayor incidencia del género masculino frente al femenino, en una proporción de 5:1.
- Población con menor comorbilidad y mayor expectativa de vida.
- Problema con graves consecuencias sociales y económicas.

Motivos de preocupación

Hay dos aspectos importantes que son motivo de preocupación tras producirse el incidente. Por una parte, que el politraumatizado presente un traumatismo craneal (traumatismo craneoencefálico) o una afectación del raquis medular y como consecuencia de ello se produzca la alteración del nivel de consciencia o la imposibilidad de movilizar cuerpo y extremidades, dando como resultado secundario el ahogamiento del accidentado (10-12).

Y, por otra parte, la posición que queda el cuerpo en el agua (posición ventral o dorsal) (Imagen 1), en ambas situaciones, hay un compromiso respiratorio real e inminente.

Dispositivos de acceso e inmovilización. Material básico

Collarín cervical tipo "Philadelphia"



Inmovilizador cervical tipo "Dama de Elche"



Tablero espinal completo armado



Tablero espinal + correas(araña)+tubo rescate



Imagen 2. Dispositivos de inmovilización. Material básico.

El enfermero/a que realiza su labor profesional en playa, debe tener un conocimiento exhaustivo del material del que dispone y habilidad en su manejo. La característica principal que debe definir a este material es su idoneidad en referencia al tipo de lesión, circunstancias del incidente

y las del propio paciente. Una clasificación básica de estos dispositivos podría ser la siguiente (13-18):

- **Dispositivos restrictivos de la movilidad**

- Su objetivo fundamental, es reducir o evitar cualquier movimiento que pueda agravar el estado del paciente.

- Destacaríamos dos dispositivos fundamentalmente:

- Collarín cervical tipo "Philadelphia" (Imagen 2). Su función principal, debe ser evitar el movimiento de flexo-extensión del segmento cervical ¿Cómo lo consigue? Manteniendo la posición anatómica del cuello, siendo rígido, teniendo cuatro puntos de apoyo (dos anteriores: mentoniano y clavículo-esternal), (dos posteriores: mastoideo y espalda), y disponer de orificio anterior y posterior.

- Inmovilizador cervical tipo "Dama de Elche" (Imagen 2). Que impide los movimientos de lateralidad y rotación. Está formado por: una base rectangular con velcro en la parte externa y cintas para su fijación al tablero espinal, dos piezas en forma trapecial con velcro en una de sus caras para fijarla a la base y con orificio a la altura de las orejas y dos correas con el objetivo de sujetar la cabeza por dos puntos de apoyo, el mentón y la frente.

- **Dispositivos con base rígida de apoyo**

- Su objetivo básico, es que el cuerpo descansa sobre una base firme, plana y estable.

- Básicamente nos estamos refiriendo al "tablero espinal o camilla de inmovilización acuática" (Imagen 2). Aparte de disponer de 12 asas anatómicas en su base, presenta varias características importantes:

- Su flotabilidad.
- Su fácil manejo y agarre.
- Su radiotransparencia
- Optimiza las maniobras de transporte, retirada y traslado

Dispositivos de sujeción, seguridad, protección y estabilidad.

- Fijan al paciente al tablero espinal, formando una sola unidad y lo aíslan del medio ambiente.
- Nos estamos refiriendo a las correas,



Imagen 3. Secuencia protocolizada de las fases de la valoración primaria. Regla ABCDE.

a las que cotidianamente llamamos "araña" y a la "manta térmica" (Imagen 2), cuyo fundamento está en salvaguardar la temperatura del paciente, (evitando que pierda calor) o protegiéndolo de la temperatura ambiente, en función del color plateado o dorado de la manta.

Dispositivos de acceso rápido y rescate.

- Su misión es acceder de la manera más rápida y segura posible al lugar del incidente, aún en situaciones de riesgo. Son elementos asistenciales y de apoyo complementario que cumplen los objetivos de, acceder a zonas complicada y de difícil relieve, trasladar el material de inmovilización, del personal acuático, sanitario y paciente tras ser evaluado y estabilizado.
- Lo formarían, la moto acuática con plataforma de rescate (colocación del tablero espinal o paciente), la lancha acuática y tubo de rescate.

Valoración inicial del Politraumatizado grave

Una vez producido el incidente, entramos de lleno en el contexto de actuación por parte de enfermería. Mentalmente todas nuestras acciones y decisiones deben ir encaminadas a salvar una vida o tratar de evitar una discapacidad mayor. Es en este momento, cuando palabras como, conocimiento, experiencia, decisión, trabajo en equipo, habilidad y destreza adquiere su

verdadera dimensión.

En este instante, es cuando podemos realizar la valoración inicial del paciente, que consiste en una valoración global de su estado. Y que comprende las siguientes fases (19-22):

- **Valoración primaria**

- Consiste en una secuencia de prioridad rápida, ordenada y sistemática del estado de la víctima para detectar todas aquellas alteraciones que pueden suponer una amenaza para su vida. Estamos hablando de una evaluación reevaluación continua.

- Esta secuencia queda simplificada y ordenada mediante la regla y sus siglas "ABCDE". (Imagen 3).

- **Valoración secundaria**

- Es secundaria a la evaluación primaria y consiste en un examen detallado de la cabeza a los pies y con el objetivo de identificar todas aquellas lesiones que potencialmente pueden ser vitales.

- **Valoración terciaria**

- Es una reevaluación más detallada y con el empleo de todos los recursos (materiales y humanos) que nos ofrece la estructura hospitalaria.

Prácticamente, todo el esfuerzo y la aplicación del conocimiento y destreza del enfermero/a se desarrolla durante la fase de valoración primaria. Aunque en estos momentos nos podríamos plantear la siguiente cuestión ¿Debemos realizar una valoración secundaria o debemos



Imagen 4. Cuestiones internas durante la manipulación de la víctima.



Imagen 5. Fotografías según las diferentes etapas del proceso de intervención y manipulación.

realizar un traslado urgente con el fin de evitar posibles complicaciones y encontrar un diagnóstico definitivo? Existe bastante controversia en este aspecto. Aunque lo más lógico, es que una vez que el paciente rescatado e inmovilizado no tiene, de momento, comprometidas sus constantes vitales, sea traslado de una manera ordenada y protocolizada.

Axiomas de obligado cumplimiento

En la atención integral al Politraumatizado grave, el/la profesional de enfermería, una vez ha ocurrido el accidente y antes de actuar, debe tener presente mentalmente una serie de axiomas sobre los que sustentará la base de su actuación. Básicamente son los siguientes:

- El tiempo es el que marca cada paso y cada decisión.
- Siempre sospecharemos lesión cervical o del raquis-medular (hasta que se

demuestre lo contrario) a toda persona que se encuentre inconsciente en un entorno acuático.

- La vida tiene prioridad sobre la función y sobre cualquier procedimiento.
- Todos piensan, pero sólo uno decide y ordena.
- El paciente es una unidad, un bloque cuyo eje (cabeza, cuello y tronco) se debe respetar y mantener.
- No flexionar ni girar ningún segmento de la columna vertebral.
- Siempre inmovilizar antes de movilizar.
- Toda movilización debe ser coordinada, lenta y prudente.
- No intentar mover al paciente en un solo movimiento.
- No provocar más daño del posible ya existente.

Proceso de intervención. Etapas

El objetivo fundamental durante la inter-

vencción y manipulación de la víctima es preservar lo que podemos denominar "el eje de la vida y la probabilidad" (Imagen 4). Porque con una correcta manipulación de esta garantizamos preservar o facilitar la restauración las constantes vitales a la vez que reducimos la probabilidad de secuelas (imagen). Esta intervención está estructurada en diferentes etapas y cada una de ellas, nos marcan los diferentes pasos y maniobras a realizar (Imagen 5).

Son las siguientes:

• Etapa de detección y aproximación a la víctima

Una vez detectada la víctima, debemos acceder a ella sin alterar su entorno. Será un acercamiento controlado y con la finalidad de no provocar más oleaje del necesario (fotografía 1).

• Etapa de rescate - volteo

Podemos definir el rescate, como la extracción del cuerpo o una parte vital del mismo de un entorno hostil y que supone una amenaza vital para su supervivencia. Es la etapa en la que tenemos contacto con la víctima y realizamos el volteo (en este caso, en aguas poco profundas) para proteger y salvaguardar la vía aérea (se fija la cabeza y el cuello con la prolongación de los brazos de la víctima y se volteo en el mismo plano que la lámina acuática) (fotografías 2 y 3).

• Etapa de control cervical y evaluación

El objetivo en esta etapa es preservar la estructura cervical y no provocar una discapacidad mayor. Para ello, realizaremos maniobras de tracción neutra y colocación del collarín cervical (fotografías 4 y 5).

• Etapa de preparación y colocación del tablero espinal

Liberación de las cinchas de un costado del tablero espinal (por el que se va a colocar a la víctima) y la separación de una de las piezas del inmovilizador lateral de cabeza (fotografías 6 y 7). Simultáneamente se mantiene una ligera tracción y contracción perpendicular a la dirección de la ola, de manera que el socorrista que mantiene la tracción cervical rompa el oleaje e impida el acceso del agua a las vías aéreas (fotografía 8).

• Etapa de fijación e inmovilización

El objetivo es que víctima y tablero



Imagen 6. Paso de un acto cotidiano a una nueva normalidad. Tiempo para la reflexión.

espinal formen un solo bloque que evite movimientos no deseados y garantice el traslado con seguridad. Para ello, se procederá a la colocación de la víctima por el costado que ha sido liberado. Se sumerge el tablero espinal y es sujetado por uno de los socorristas que introducirá sus brazos por debajo de la víctima para agarrar el tablero (**fotografía 9**). Una vez colocada la víctima encima del tablero (**fotografía 10**), se inician las maniobras de cinchado. Primero se asegura la inmovilización de la cabeza con el inmovilizador lateral (**fotografía 10**), y posteriormente se fijarán el resto de las cinchas desde los pies a la cabeza (**fotografía 11**). Una vez realizada la inmovilización completa, la víctima es elevada y colocada sobre la plataforma de rescate (**fotografía 12**).

• Etapa de protección ambiental y traslado

Consiste en mantener neutra la temperatura de la víctima y a la vez protegerlo de la agresión ambiental (**fotografía 13**).

Punto de reflexión

Una actitud o comportamiento inadecuado en un medio acuático de relieve irregular y poca profundidad, puede determinar un cambio radical en la vida de una persona y su entorno social (**Imagen 6**). Ya no solo por la gravedad del suceso sino por la incorrecta actuación en la asistencia inicial del mismo. No olvidemos, que la realización de una acción cotidiana puede convertirse en una tragedia personal y familiar en cuestión de segundos. Más aún, si no aplicamos unas mínimas medidas lógicas y normales en cualquier comportamiento humano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vegas Rodríguez FJ, Caballero Trenado JV. Curso Urgencias para residentes. Servicio Urgencias C.H.U. SES. Gerencia del Área de Salud de Badajoz. Badajoz. Junio 2016.

2. Manual de asistencia al paciente politraumatizado. Grupo de trabajo en medicina de urgencias- Edit. ARAN ediciones. Madrid 1993.
3. Hernando Lorenzo A, Rodríguez Serra M, Sánchez-Izdo. Soporte Vital Avanzado en trauma. Barcelona 2005; 9-24, 89-109.
4. PIÑERO, M. (2016). Paciente Politraumatizado. Revisión bibliográfica y actualización de conocimientos.
5. De la Fuente Gutiérrez FJ. Cuidados e intervenciones al paciente Politraumatizado. Atención al paciente Politraumatizado; 81-119.
6. Marlasca San Martín, P. (2017). Paciente politraumatizado: factores que influyen en la morbi-mortalidad.
7. Jove González C, Sánchez Corominas M, De los Cobos Callejas T, González Miranda B, Menéndez Samoano P, González Díen F. et al. Politraumatizados atendidos en un servicio de Urgencias. Aproximación epidemiológica. Emergencias 2000; 12:156-161.
8. Curso de atención inicial al Politraumatizado. Generalidades y Epidemiología de los Traumatismos. Mecanismos lesionales. Curso de Atención Inicial al Traumatizado 1998. (EPES. Grupo de trabajo en Trauma de la Semes Andalucía). 3-5 y 225-227.
9. Alberdi, F., García, I., Atutxa, L., Zabarte, M., de Trauma, G. D. T., & de SEMICYUC, N. (2014). Epidemiología del trauma grave. Medicina Intensiva, 38(9), 580-588.
10. MORALES CARBONELL, Angustias, et al. Proceso asistencial del politraumatizado. 2014. Tesis Doctoral. Universidad Internacional de Andalucía.
11. Espinoza JM. Manual de algoritmos para el manejo del paciente Politraumatizado. Acta méd. peruana [Internet]. 2011 Abr [citado 2021 Jun 08] ; 28(2): 105-111. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007&lng=es.
12. Ceballos Esparragón J, Pérez Díaz MD. Guías Clínicas de la Asociación española de cirujanos sección de trauma y cirugía de

urgencias 16. Sección de trauma y cirugía de urgencias. 2ª edición. ARÁN.

13. Emás F. Prevención de accidentes acuáticos y ahogamientos. Revista digital de educación física. Año 4. Num. 19 (noviembre-diciembre de 2012).
14. Espinosa Ramírez, S. Material y técnicas en trauma cervical y de columna. Grupo de trabajo de Asistencia Inicial al Paciente Traumático. SEMES. Ed Edicomplet.
15. Cruz Roja Española. El lugar de trabajo. Servicios preventivos Socorrismo Acuático. Guía del formador.2018.
16. Podolski S, Baraff LJ, Simon RR, Hoffman JR, Larmon B, Ablon W. Efficacy of cervical spine immobilization methods. J Trauma 1983;23:461-5.
17. Stevens RD, Bhardwaj A, Kirsch JR, Mirski MA. Critical care and perioperative management in traumatic spinal cord injury. J Neurosurg Anesthesiol 2003;15:215-29.
18. Szpilman D. Manual emergencias acuáticas. Sociedad Brasileña de Salvamento Acuático (SOBRASA). Versión 2015.
19. Fernández, G. J. I. (2004). Abordaje inicial del paciente politraumatizado. Trauma. La urgencia médica de hoy, 7(2), 65-70.
20. Martiniano Jaime C, Munera Duque A, and Restrepo Cuartas J. "Enfoque inicial del paciente politraumatizado." Manual de normas y procedimientos en trauma (2006): 19.
21. Bartolomé Bercial L, et al. Manejo asistencial inicial del paciente politraumatizado con sospecha de lesión medular cervical aguda. 2017. Tesis de Licenciatura.
22. Longoni de Oliva, G, Harari de Carnelli, I. (1991). Atención de enfermería al paciente politraumatizado. Rev. argent. enferm, 30-4.
23. Fernández, G. J. I. (2004). Abordaje inicial del paciente politraumatizado. Trauma. La urgencia médica de hoy, 7(2), 65-70.
24. Martiniano Jaime C, Munera Duque A, and Jaime Restrepo Cuartas. "Enfoque inicial del paciente politraumatizado." Manual de normas y procedimientos en trauma (2006): 19.
25. Bartolomé Bercial L, et al. Manejo asistencial inicial del paciente politraumatizado con sospecha de lesión medular cervical aguda. 2017. Tesis de Licenciatura.
26. Longoni de Oliva, G, Harari de Carnelli, I. (1991). Atención de enfermería al paciente politraumatizado. Rev. argent. enferm, 30-4.

Plan de cuidados enfermero en recién nacido con cardiopatía. Caso clínico.

AUTORAS

- MARTHA DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ
Residente de Enfermería Pediátrica. Hospital Universitari i Politècnic la Fe, Valencia
- ROSARIO ROS NAVARRET
Tutora de Residentes de Enfermería Pediátrica. Enfermera Supervisora, Área de Gestión Clínica del Niño. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

PALABRAS CLAVE

> RECIÉN NACIDO > CARDIOPATÍAS > CUIDADOS DE ENFERMERÍA > NEONATOLOGÍA



RESUMEN

Descripción del caso clínico de un recién nacido varón de 41 semanas de gestación, diagnosticado al nacimiento de drenaje venoso pulmonar anómalo total.

Durante su ingreso en la unidad de neonatología, se aplicó un plan de cuidados de enfermería individualizado, tomando al paciente y a los padres como un único individuo. Tras realizar la valoración enfermera, según Virginia Henderson, se identificaron 10 necesidades alteradas, priorizándose 11 diagnósticos de enfermería tipo NANDA con sus respectivas intervenciones, según la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), y los resultados esperados, según la clasificación de resultados de enfermería (NOC). Obteniendo, en todos los indicadores de resultado, valores entre 4 y 5.

Con la aplicación de este plan, se consiguió mejorar el estado de salud del neonato, integrar a la madre y al padre en los cuidados durante el ingreso, fomentando además el vínculo entre la familia y el niño

INTRODUCCIÓN

El drenaje venoso pulmonar anómalo total (DVPAT) es una malformación en la que las venas pulmonares están conectadas a la aurícula derecha, en vez de desembocar en la aurícula izquierda. Su incidencia es de 1,5-3%, entre todas las cardiopatías congénitas, y es más común en varones **(1)**.

Esta cardiopatía precisa de la existencia de una comunicación interauricular o de un foramen oval permeable que precargue la aurícula izquierda para asegurar la supervivencia del neonato tras el nacimiento **(2)**.

La clínica y sintomatología es variable, dependiendo del grado de obstrucción; siendo la taquipnea el síntoma más frecuente **(2)**. EL DVPAT con clínica obstructiva debuta precozmente, antes de la semana de vida, con cianosis, edema pulmonar, inestabilidad hemodinámica, hipotensión arterial y acidosis metabólica, precisando incluso ventilación mecánica **(1)**.

La ecografía es la prueba diagnóstica principal y el tratamiento es médico y quirúrgico. Para corregir el DVPAT se realiza una

anastomosis entre la vena pulmonar común o colector y la aurícula izquierda, cerrando la comunicación interauricular. El postoperatorio inmediato requiere de monitorización de la tensión auricular y de las presiones de la aurícula derecha, izquierda y de la arteria pulmonar. Las complicaciones asociadas a esta cirugía son la hipertensión pulmonar, las arritmias auriculares y el síndrome de bajo gasto cardiaco (1).

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón que nace a las 41 semanas de gestación por parto vaginal eutócico, con Apgar 9/10 y un peso de 3,090kg. Ecografías prenatales normales.

Tras el alta, a las 24 horas de vida, acude a urgencias por rechazo de tomas y mal estado general, donde es diagnosticado de DVPAT, comunicación intraauricular de la fosa oval, dirección derecha-izquierda, y ductus restrictivo, dirección derecha-izquierda, con hipertensión pulmonar.

Tras el diagnóstico, se le intervino quirúrgicamente, mediante esternotomía. Durante el postoperatorio realizó una disociación auriculoventricular por bloqueo auriculoventricular completo con frecuencia de escape baja y complejos QRS estrechos, por lo que le reintervinieron con objeto de colocar un marcapasos interno, a una frecuencia cardiaca de 140 latidos por minuto. Cuando se intentó reducir esa frecuencia cardiaca a 120 latidos por minutos, el

paciente comenzó con polipnea, distrés respiratorio, ingurgitación en hemitórax derecho y rechazo de tomas, por lo que se le volvió a subir a 140 latidos por minuto.

Para realizar este caso clínico se ha tomado al paciente y a los padres como un único individuo. En el momento de realizar el plan de cuidados, el paciente presentaba los siguientes diagnósticos médico: drenaje venoso pulmonar anómalo total intervenido, bloqueo auriculoventricular completo postoperatorio y portador de marcapasos epicárdico.

Durante su estancia en la sala de neonatología, estuvo con tratamiento antibiótico intravenoso debido a la infección de la herida quirúrgica y de tratamiento oral con espirolactona, furosemida y colecalciferol oral (con la que fue dado de alta).

2. VALORACIÓN

Al ingreso en la unidad de neonatología se realizó la valoración enfermera, según las 14 necesidades de Virginia Henderson. Se recogió información a partir de la historia clínica, la exploración física del niño y la entrevista a la familia.

1. Respiración. Eupneico. Mantenía saturaciones entre 95-99%, sin precisar oxígeno.
2. Alimentación. Lactancia materna. Buena coordinación de succión / deglución. Presenta vómitos ocasionales
3. Eliminación. Micción espontánea. Realiza 4-5 deposiciones/día.

4. Movilización. Dependiente
5. Reposo / sueño. Presenta irritabilidad
6. Vestirse / desvestirse. Dependiente
7. Termorregulación. Dependiente
8. Higiene / piel. Herida quirúrgica en zona esternal
9. Seguridad. Dependiente
10. Comunicación. No valorable
11. Creencias y valores. No valorable
12. Trabajar / realizarse. No valorable
13. Ocio. No valorable
14. Aprender. No valorable

3. PLAN DE CUIDADOS

Tras la valoración se identificaron 11 necesidades alteradas relacionadas con 11 dominios NANDA (Tabla 1). En la Tabla 2 se presentan las etiquetas diagnósticas priorizadas, relacionándolas con los objetivos propuestos y las intervenciones enfermeras realizadas. En la Tabla 3 se asocian las actividades enfermeras del plan de cuidados. Todo ello, según la taxonomía NANDA, NOC y NIC (3-5)

Durante el proceso de hospitalización en la unidad neonatal, se realizó la evaluación mediante los indicadores de resultado seleccionados para cada objetivo establecido y se valoró la evolución de su cumplimiento mediante una escala tipo Likert. Obteniendo valores entre 4 y 5 en todos los indicadores, durante el ingreso (Tabla 4).

El niño fue dado de alta del servicio de neonatología a los 35 días de vida, continuando su recuperación en la planta de hospitalización correspondiente.

Tabla 1. Fase diagnóstica

Necesidades Virginia Henderson	Dominio	Diagnóstico
Los padres expresan deseo para mejorar la gestión de la enfermedad de su hijo	1. Promoción de la salud	00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud
La madre expresa deseo para de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva	2. Nutrición	00106 Disposición para mejorar la lactancia materna
Riesgo de necesidad alterada por realizar vómitos ocasionales	2. Nutrición	00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico
Riesgo de necesidad alterada por juventud de los padres	7. Rol / relaciones	00057 Riesgo de deterioro parental
Expresa deseo de mejorar las técnicas de cuidado del bebé	8. Sexualidad	00208 Disposición para mejorar el proceso de maternidad

Necesidades Virginia Henderson	Dominio	Diagnóstico
Riesgo de necesidad alterada por dolor y procedimientos invasivos	9. Afrontamiento	00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante
Los padres expresan deseo de mejorar el reconocimiento de las conductas autorreguladoras del lactante	9. Afrontamiento	00117 Disposición para mejorar la conducta organizada del lactante
Riesgo de necesidad alterada por herida en zona esternal	11. Seguridad / protección	00004 Riesgo de infección
Riesgo de necesidad alterada por edad menor de 2 años y agentes farmacológicos	11. Seguridad / protección	00155 Riesgo de caídas
Necesidad alterada por herida quirúrgica en zona esternal	11. Seguridad / protección	0044 Deterioro de la integridad tisular
Necesidad alterada por herida quirúrgica en zona esternal	12. Confort	00132 Dolor agudo

Elaboración propia.

Tabla 2. Plan de cuidados

Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervención NIC
00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud	1813 Conocimiento: régimen terapéutico	5510 Educación para la salud 568 Enseñanza: tratamiento
00106 Disposición para mejorar la lactancia materna	1800 Conocimiento: lactancia materna	5244 Asesoramiento de la lactancia
00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico	2107 Severidad de las náuseas y los vómitos	1570 Manejo del vómito 6650 Vigilancia 2395 Control de la medicación
00057 Riesgo de deterioro parental	2211 Desempeño del rol de padres	7104 Estimulación de la integridad familiar 6710 Fomentar el apego 5568 Educación parental: lactante
00208 Disposición para mejorar el proceso de maternidad	1624 Conducta de la salud maternal en el posparto	6930 Cuidados postparto 7140 Apoyo a la familia
00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante	0118 Adaptación del recién nacido	0840 Cambio de posición 6840 Cuidados de canguro 6820 Cuidados del lactante 6680 Monitorización de los signos vitales 6900 Succión no nutritiva
00117 Disposición para mejorar la conducta desorganizada del lactante	1819 Conocimientos: cuidados del lactante	5460 Contacto 1340 Estimulación cutánea
00004 Riesgo de infección	0708 Severidad de la infección: recién nacido	6540 Control de infecciones 3660 Cuidados de las heridas
00155 Riesgo de caídas	1828 Conocimiento: prevención de caídas	5645 Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses)
00046 Deterioro de la integridad cutánea	1102 Curación de la herida: por primera intención	1610 Baño 3590 Vigilancia de la piel 3440 Cuidados del sitio de incisión
00132 Dolor agudo	1605 Control de dolor	2210 Administración de analgésicos 6480 Manejo ambiental

Elaboración propia.

Tabla 3. Relación diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y actividades

Diagnóstico NANDA	Intervenciones NIC y actividades
00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud	5510 Educación para la salud <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las necesidades identificadas en el estudio • Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria • Identificar los recursos necesarios para llevar a cabo del programa 5618 Enseñanza: tratamiento <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el tratamiento
00106 Disposición para mejorar la lactancia materna	5244 Asesoramiento de la lactancia <ul style="list-style-type: none"> • Corregir conceptos equivocados mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna • Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios • Fomentar la asistencia a clases y grupos de apoyo de lactancia materna • Ayudar a asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama • Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia • Explicar a la madre los cuidados del pezón • Comentar la frecuencia de los patrones normales de lactancia
00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico	1570 Manejo del vómito <ul style="list-style-type: none"> • Identificación los factores que pueden causar o contribuir al vómito • Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración • Controlar el equilibrio hidroelectrolítico 6650 Vigilancia <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los riesgos de salud del paciente 2395 Control de la medicación <ul style="list-style-type: none"> • Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración del fármaco en la lista de medicaciones
00057 Riesgo de deterioro parental	7104 Estimulación de la integridad familiar <ul style="list-style-type: none"> • Establecer relaciones de confianza con los progenitores • Escuchar las preocupaciones sentimientos y preguntar de las familias 6710 Fomentar el apego <ul style="list-style-type: none"> • Completar las evaluaciones maternas y del recién nacido mientras se permite al progenitor sostener al recién nacido • Informar a los progenitores de los cuidados proporcionados al recién nacido • Mostrar a los progenitores técnicas para calmar al paciente 5568 Educación parental: lactante <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los progenitores habilidades para cuidar al recién nacido • Comentar las capacidades del lactante para interactuar • Alentar a los progenitores a coger, abrazar dar masajes y tocar al bebé
00208 Disposición para mejorar el proceso de maternidad	6930 Cuidados postparto <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las conductas de apego progenitor-lactante 7140 Apoyo a la familia <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles • Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente • Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia • Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente
00117 Disposición para mejorar la conducta desorganizada del lactante	5460 Contacto <ul style="list-style-type: none"> • Animar a los progenitores a que cojan en brazos al lactante • Animar a los progenitores a que masajeen al lactante • Mostrar técnicas tranquilizadoras para los lactantes 1340 Estimulación cutánea <ul style="list-style-type: none"> • Comentar los diversos métodos de estimulación de la piel, sus efectos sobre la sensibilidad y las expectativas del paciente durante la actividad • Dejar que la familia participe en todo lo que sea posible

00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante	<p>0840 Cambio de posición</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar sobre un colchón terapéutico adecuados Colocar en la posición terapéutica adecuada Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida <p>6840 Cuidados de canguro</p> <ul style="list-style-type: none"> Explicar las ventajas e implicaciones de proporcionar un contacto piel con piel al bebé Prepara un ambiente tranquilo, privado y cálido Instruir al progenitor acerca del traslado del bebé desde la cuna Colocar al bebé con pañales, erguido en posición de prono, sobre el tórax del progenitor <p>6820 Cuidados del lactante</p> <ul style="list-style-type: none"> Aconsejar a los progenitores a que realicen los cuidados especiales del lactante Reforzar la habilidad de los progenitores para realizar los cuidados especiales del lactante Mantener la rutina diaria del lactante durante la hospitalización <p>6680 Monitorización de los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio Monitorizar la pulsioximetría Monitorizar si hay cianosis central y periférica <p>6900 Succión no nutritiva</p> <ul style="list-style-type: none"> Seleccionar un chupete blando o un sustituto del chupete que cumpla con las normas requeridas para evitar la obstrucción de las vías aéreas Instruir a los progenitores acerca del uso de la succión no nutritiva
00004 Riesgo de infección	<p>6540 Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuadas Garantizar una manipulación aséptica de todas vías intravenosas <p>3660 Cuidados de las heridas</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida
00155 Riesgo de caídas	<p>5645 Enseñanza: seguridad del lactante (0-3 meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseñar a los progenitores / cuidador a colocar al bebé sobre la espalda para dormir y a mantener fuera de la cuna las colchas holgadas, las almohadas y los juguetes Enseñar a los progenitores / cuidador a prevenir caídas
00046 Deterioro de la integridad cutánea	<p>1610 Baño</p> <ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar el estado de la piel durante el baño <p>3590 Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas Valorar el estado de la zona de incisión Vigilar el color y la temperatura de la piel <p>3440 Cuidados del sitio de incisión</p> <ul style="list-style-type: none"> Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración Vigilar el proceso de curación en el sitio de incisión Retirar las suturas Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión
00132 Dolor agudo	<p>2210 Administración de analgésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso <p>6480 Manejo ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> Crear un ambiente seguro para el paciente

Elaboración propia.

Tabla 4. Interrelación NANDA, NOC e indicadores de resultado

NANDA 00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud				
NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico				
Indicador de resultado: 181310 Proceso de la enfermedad				
Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
1	2	3	4	5
NANDA 00106 Disposición para mejorar la lactancia materna				
NOC 1800 Conocimiento: lactancia materna				
Indicador de resultado: 180005 Técnica adecuada para amamantar el bebé				
Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
1	2	3	4	5
NANDA 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico				
NOC 2107 Severidad de las náuseas y los vómitos				
Indicador de resultado: 210707 Frecuencia de los vómitos				
Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
1	2	3	4	5
NANDA 00057 Riesgo de deterioro parental				
NOC 2211 Desempeño del rol de padres				
Indicador de resultado: 221101 Prevé las necesidades físicas del niño				
Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
1	2	3	4	5
Indicador de resultado: 221119 Expresa satisfacción con el rol de padre/madre				
Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
1	2	3	4	5
NANDA 00208 Disposición para mejorar el proceso de maternidad				
NOC 1624 Conducta de la salud materna en el posparto				
Indicador de resultado: 162402 Establece un vínculo con el lactante				
Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
1	2	3	4	5
NANDA 00115 Riesgo de conducta desorganizada del lactante				
NOC 0118 Adaptación del recién nacido				
Indicador de resultado: 011819 Interacción con el cuidador				
Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
1	2	3	4	5
NANDA 00117 Disposición para mejorar la conducta desorganizada del lactante				
NOC 1819 Conocimientos: cuidados del lactante				
Indicador de resultado: 181902 Desarrollo y crecimiento normales				
Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
1	2	3	4	5
Indicador de resultado: 181921 Técnicas de relajación del lactante				
Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
1	2	3	4	5

NANDA 00004 Riesgo de infección				
NOC 0708 Severidad de la infección: recién nacido				
Indicador de resultado: 070801 Inestabilidad de la temperatura				
Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
1	2	3	4	5
Indicador de resultado: 070825 Drenaje purulento				
Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
1	2	3	4	5
NANDA 00155 Riesgo de caídas				
NOC 1828 Conocimiento: prevención de caídas				
Indicador de resultado: 182802 Uso correcto de los mecanismos de seguridad				
Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso
1	2	3	4	5
NANDA 00046 Deterioro de la integridad cutánea				
NOC 1102 Curación de la herida: por primera intención				
Indicador de resultado: 110201 Aproximación cutánea				
Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
1	2	3	4	5
NANDA 00132 Dolor agudo				
NOC 1605 Control de dolor				
Indicador de resultado: 160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas				
Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
1	2	3	4	5
Indicador de resultado: 160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada				
Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
1	2	3	4	5

Elaboración propia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El uso de un lenguaje normalizado, en un caso clínico como el presentado en este artículo, permite la organización metodológica del plan de cuidados, así como la documentación, evaluación de la efectividad de este y la estandarización de la práctica clínica. De este modo se obtienen unos cuidados sistematizados, mediante un enfoque holístico, englobando aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales del paciente y su familia.

En el presente caso, a través de las intervenciones y actividades enfermeras incluidas en el plan de cuidados individualizado elaborado para el paciente y su familia, se ha conseguido que mejore su estado de salud y una integración de la madre y el

padre en los cuidados durante el ingreso, fomentando así unos cuidados centrados en la familia. Mediante la formación y el apoyo proporcionado con relación a los cuidados, tratamiento y patología, se ha favorecido un aumento de su seguridad y confianza de cara al alta hospitalaria **(6)**.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas. Cardiología pediátrica y cardiopatías congénitas del niño y del adolescente. (Volumen I). 1º ed. España: Grupo CTO Editorial; 2015.
2. Aroca Á, Polo L, Bret M, López-Ortego P, González Á, Villagrà F. Drenaje venosa pulmonar anómalo total. Técnicas y resultados. *Cir Cardiov.* 2014;21(2):90-6.

3. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación (2015-2017). 1º ed. España: Elsevier; 2014.
4. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6º ed. España: Elsevier; 2014.
5. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medicación de Resultados en Salud. 5º ed. España: Elsevier; 2014.
6. Subdirección General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades de neonatología. Estándares de recomendaciones de calidad. Madrid: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Centro de publicaciones; 2014.

Relación entre la infección por *listeria* y el aborto espontáneo en humanos

AUTORAS

- NATALIA GRACIA CASINOS
Enfermera en hospital Miguel Servet de Zaragoza.
- ANA PILAR SÁNCHEZ LÓPEZ
Enfermera en Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Máster en Salud Pública y Máster en Gerontología Social.
- ROCÍO BRAVO ADÁN
Enfermera en Hospital General de la defensa de Zaragoza. Máster en especialización en cuidados de enfermería de urgencias, emergencias y catástrofes y Máster en cuidados críticos..

PALABRAS CLAVE

> LISTERIA MONOCYTOGENES > LISTERIOSIS > ABORTO ESPONTÁNEO.



RESUMEN

Introducción: La listeriosis es una infección que puede ocurrir cuando una persona ingiere alimentos que han sido contaminados con la bacteria llamada *Listeria monocytogenes*. Se estima que 1600 personas contraen la listeriosis cada año y que aproximadamente 260 mueren por la enfermedad. El aborto espontáneo es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo.

Objetivo: Conocer la relación que existe entre la infección por *listeria* y el aborto espontáneo en mujeres embarazadas infectadas.

Métodos: Revisión literaria. Bases de datos consultadas: Pubmed, Cuiden y Scielo. Se incluyeron los estudios publicados en inglés y relacionados con el tema a estudiar.

Resultados: Inicialmente se identificaron 14 estudios, que planteaban entre sus objetivos o hipótesis testar la posible

relación entre la infección por *listeria* y el aborto espontáneo en embarazadas, y además se cumplían los criterios de inclusión. El más antiguo de los artículos era de 2009 y el más reciente de 2017.

Conclusiones: Por medio de la revisión bibliográfica realizada, se puede concluir que existe una relación estadísticamente significativa entre la infección por *listeria monocytogenes* y el riesgo de aborto espontáneo, así como de otras muchas complicaciones durante el embarazo.

INTRODUCCIÓN

La listeriosis es una infección que puede ocurrir cuando una persona ingiere alimentos que han sido contaminados con la bacteria llamada *Listeria monocytogenes*. La bacteria *Listeria monocytogenes* se encuentra en animales salvajes y domésticos, al igual que en el agua o los suelos. Estas bacterias producen

enfermedad en muchos animales y llevan a que se presente aborto espontáneo y partos de mortinatos en animales domésticos. Las verduras, las carnes y otros alimentos pueden resultar infectados con la bacteria si entran en contacto con suelos o estiércol contaminado. La leche cruda o los productos hechos de ella pueden portar estas bacterias. **(1)**

Las bacterias en la mayoría de los casos causan una enfermedad gastrointestinal. En algunos casos, se puede desarrollar una infección de la sangre (septicemia) o una inflamación de las membranas que cubren el cerebro (meningitis). Los bebés y los niños a menudo tienen meningitis. La infección al comienzo del embarazo puede provocar un aborto espontáneo. Las bacterias pueden atravesar la placenta e infectar al feto. Las infecciones a finales del embarazo pueden conducir a parto de mortinato o a la muerte del bebé al cabo de unas pocas horas de nacido. Aproximadamente la mitad de los bebés infectados al momento del parto o cerca de este morirá. **(1)**

Se estima que 1600 personas contraen la listeriosis cada año y que aproximadamente 260 mueren por la enfermedad. Es más probable que la infección enferme a mujeres embarazadas y sus recién nacidos, adultos de 65 años o mayores y personas con el sistema inmunitario debilitado. **(2)**

El aborto espontáneo es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo (la pérdida del embarazo después de 20 semanas se llama muerte fetal). Un aborto espontáneo es un suceso que ocurre naturalmente, a diferencia de los abortos médicos o abortos quirúrgicos. Un aborto espontáneo también se puede denominar "aborto natural". **(3)**

El objetivo de la presente revisión es conocer la relación que existe entre la infección por listeria y el aborto espontáneo en mujeres embarazadas infectadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión literaria. Las bases de datos consultadas fueron Pubmed y Cuiden y Scielo. La revisión se llevó a cabo entre septiembre y noviembre de 2019.

Las palabras clave utilizadas fueron "Listeriosis" AND "Abortion, Spontaneous".

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
PUBMED	"Listeriosis" AND "Abortion, Spontaneous".	12	12	6
CUIDEN	"Listeriosis" y "Aborto espontáneo"	0	0	0
SCIELO	"Listeriosis" y "Aborto espontáneo"	2	0	0

Para la elección de estos términos se usó el tesoro de MEDLINE (MeSH) cuando la base de datos usada fue Pubmed y "Listeriosis" y "Aborto espontáneo" cuando las bases de datos consultadas fueron Cuiden y Scielo.

Se seleccionaron aquellos trabajos que estaban relacionados con el tema de estudio, es decir, con la relación entre la infección por listeria y el hecho de tener un aborto espontáneo. Se incluyeron los estudios publicados en español e inglés. Se limitó la búsqueda temporalmente, incluyendo únicamente los artículos publicados en los últimos 10 años (2009-2019). Se excluyeron de la selección todos aquellos artículos que no estuviesen publicados en español o inglés.

En los artículos finalmente incluidos para la revisión, se recogió información sobre: año de publicación, país dónde se realizó el estudio, tamaño de la muestra, diseño de los estudios, calidad del estudio (justificación adecuada de la selección de los sujetos, empleo de técnica estadística para la identificación de factores de confusión y/o interacción, disponibilidad de datos tabulados, medidas de asociación (riesgos relativos y odds ratio), cálculo de intervalos de confianza y principales conclusiones.

RESULTADOS

Inicialmente se identificaron 14 estudios, de los cuales fueron incluidos 6 que planteaban entre sus objetivos o hipótesis testar la posible relación entre la infección por listeria y el aborto espontáneo en embarazadas, y además se cumplían los criterios de inclusión y exclusión señalados en el apartado de Método. Los 6 fueron seleccionados en Pubmed, ya que en Cuiden no se encontraron coincidencias con nuestra búsqueda y en Scielo se encontraron 2 que no cumplían con

el periodo de tiempo de nuestro estudio (2009-2019). Los artículos descartados en Pubmed lo fueron por no coincidir el tema de estos con el objeto de nuestro estudio o por estar llevados a cabo en animales en vez de en humanos.

El más antiguo de los artículos era de 2009 y el más reciente de 2017. Con respecto a los aspectos contemplados para analizar la calidad de los estudios, todos ellos justificaban adecuadamente la selección de los sujetos y ofrecían resultados derivados del cálculo de medidas de asociación **(Tabla 1)**.

Se llevaron a cabo en China **(4)**, Irán **(5,9)**, Italia **(6)**, Brasil **(7)** y Dinamarca **(8)**.

Un estudio retrospectivo llevado a cabo en 70131 mujeres **(4)** que dieron a luz a lo largo de 7 años, detectó 19 casos de listeriosis, de los cuales se dieron 8 casos de muerte intrauterina y 3 casos de aborto espontáneo. Otro estudio transversal, llevado a cabo en Teherán (Irán) **(5)**, detectó infección por listeria en un 17% de mujeres con aborto espontáneo (54 de 317). Un retrospectivo se basó en 6 casos de pacientes ingresados en el Hospital Spedali Civili de Brescia (Italia) **(6)** todos ellos infectados por *L.monocytogenes*, de los cuales 5 casos eran hombres y 1 caso era una mujer embarazada de 16 semanas de gestación que ingresó por contracciones y rotura prematura de membranas, lo que le llevó a un aborto espontáneo. Otro estudio retrospectivo, consistió en una revisión e informe de un caso de Listeriosis que provocó un aborto espontáneo **(7)**, una mujer embarazada de 12 semanas y afebril, ingresó en el servicio de urgencias por un desprendimiento de placenta para realizar una cesárea urgente. Se recogieron muestras del tejido placentario, en las que se observó el aislamiento

de *L.monocytogenes*, confirmando así el diagnóstico de Listeriosis. Por otro lado, en un estudio llevado a cabo en Dinamarca (8), se analizaron 36 casos de mujeres embarazadas concluyendo que la listeriosis durante el embarazo es una grave amenaza para el feto. Un tercio de los casos confirmados por cultivo de infecciones resultaron en aborto o muerte fetal. Sin embargo, el pronóstico para niños nacidos vivos es bueno, incluso en recién nacidos gravemente enfermos. Además, otro estudio llevado a cabo en Irán en 450 pacientes (9) sugirió monitorizar la seroprevalencia de listeria en mujeres embarazadas con alto riesgo de aborto amenazado, y una evaluación microbiológica adicional de mujeres sintomáticas para la detección de listeria y la infección insidiosa.

DISCUSIÓN

La literatura científica recoge claramente la relación entre la infección por *Listeria monocytogenes* y la aparición de aborto espontáneo en mujeres embarazadas (4-9).

La listeriosis asociada a gestación se manifiesta en cualquier etapa, 2/3 de las gestantes con listeriosis perinatal manifiestan un cuadro leve o subclínico pseudogripal, caracterizado por fiebre, cefalea, odinofagia, mialgias, malestares, dorsalgia, náuseas y vómitos. La bacteriemia sin foco evidente es la presentación clínica más frecuente; sin embargo, listeriosis exhibe tropismo por la unidad fetoplacentar y se ha comprobado que una sola bacteria es suficiente para causar infección en la placenta. Es por esto por lo que, durante el embarazo, a través de una propagación transplacentaria *Listeria monocytogenes* causa infección intrauterina, que puede conducir a corioamnionitis, parto prematuro, aborto espontáneo, muerte fetal e infección precoz del neonato (10).

El éxito de la terapia antimicrobiana está influenciado por el particular comportamiento de *L. monocytogenes*. El antimicrobiano deberá llegar al interior de la célula hospedera para actuar. La segunda dificultad es que, frecuentemente, compromete el SNC y/o al feto. El antimicrobiano, entonces, deberá sortear una segunda dificultad: atravesar la barrera

hemato-encefálica y/o placentaria. *Listeria monocytogenes* es sensible in vitro a varios antimicrobianos. Sin embargo, presenta resistencia natural a cefalosporinas de tercera generación, fosfomicina y quinolonas. La experiencia clínica muestra que amoxicilina o ampicilina, en dosis altas, son los fármacos de elección, tanto en mujeres embarazadas como en recién nacidos. Su asociación con gentamicina ejerce un efecto sinérgico (11).

CONCLUSIONES

Por medio de la revisión bibliográfica realizada, se puede concluir que existe una relación estadísticamente significativa entre la infección por listeria monocitógenas y el riesgo de aborto espontáneo, así como de otras muchas complicaciones durante el embarazo. Es importante detectar especialmente a aquellas mujeres con riesgo.

En las políticas de salud pública y preventiva durante el embarazo deberían desarrollarse programas de intervención dirigidos a esta población, a fin de fomentar la prevención de la enfermedad, así como la detección y tratamiento precoz de la misma minimizando al máximo las posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Biblioteca Nacional de medicina de los EEUU. Listeriosis. [Internet]. EEUU: Medline Plus [actualizado 11 Sept 2019; citado 1 oct 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001380.htm>
2. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Listeria (Listeriosis) [Internet]. España: CDC [actualizado 28 Jun 2017; citado 2 oct 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/listeria/index.html>
3. Biblioteca Nacional de medicina de los EEUU. Listeriosis. [Internet]. EEUU: Medline Plus [actualizado 11 Sept 2019; citado 1 oct 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001488.htm>
4. Kuang LH, Gong YH, Su M, Jiang YM. Clinical analysis of 19 pregnancies complicated listeriosis. Zhonghua

Fu Chan Ke Za Zhi 2017 Oct 25;52(10):657-661.

5. Pourkaveh B, Ahmadi M, Eslami G, Gachkar L. Factors contributes to spontaneous abortion caused by *Listeria monocytogenes*, in Tehran, Iran, 2015. Cell Mol Biol (Noisy-le-grand). 2016 Aug 29;62(9):3-10.
6. De Francesco M.A, Corbellini S, Piccinelli G, Benini A, Ravizzola G, Gargiulo F, Caccuri F, Caruso, A. A cluster of invasive listeriosis in Brescia, Italy. Infection, 2015, 43(3), 379-382.
7. Blum-Menezes D, Deliberalli I, Bittencourt NC, Couto CATD, Barbosa LN, Santos AMD, Pinto GG. Listeriosis in the far South of Brazil: neglected infection? Revista da Sociedade de Brasileira de Medicina Tropical, 2013, 46(3), 381-383.
8. Smith B, Kemp M, Ethelberg S, Schiellerup P, Bruun BG, Gerner-Smidt P, Christensen JJ. Listeria monocytogenes: maternal-foetal infections in Denmark 1994-2005. Scand J Infect Dis, 2009, 41(1):21-25.
9. Jamshidi M, et al, Jahromi AS, Davoodian P, Amirian M, Zangeneh M, Jadcafeh F. Seropositivity for listeria monocytogenes in women with spontaneous abortion: a case-control study in Iran. Taiwanese Journal Obstetrics Gynecology, 2009, 48(1): 46-48.
10. Garmendia Y, Vergara V, Morales MR, Benítez E, López R, Rodríguez Y, González D. Listeriosis en embarazadas: reporte de un caso. Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología. 28 (2): 145 – 149.
11. Larraín de la C D,; Abarzúa C F,; De Jourdan H F, Merino P, Belmar C, García P. Infecciones por *Listeria monocytogenes* en mujeres embarazadas: experiencia del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista chilena de infectología 25 (5): 336 – 341.

Tabla 1

AUTORES	AÑO	PAÍS	SUJETOS (n)	DISEÑO DEL ESTUDIO	MÉTODOS	CONCLUSIONES
Kuang LH, et al (4)	2017	China	70 131 mujeres	Retrospectivo	Los síntomas clínicos, los resultados de laboratorio, los patógenos, la patología placentaria y los resultados perinatales se analizaron de forma retrospectiva.	La listeriosis tiene características de inicio agudo, desarrollo rápido y alta morbilidad durante el embarazo.
Pourkaveh B, et al (5)	2015	Teherán, (Irán).	317 mujeres con aborto espontáneo	Transversal	Se completaron dos cuestionarios sobre "Factores de riesgo probables de L. monocytogenes" y "Factores socioeconómicos".	La detección del factor de riesgo de L. monocytogenes durante el embarazo, puede ser vital para reducir la incidencia de esta bacteria y, posteriormente, sus efectos secundarios durante el embarazo.
Francesco MA, et al (6)	2013/2014	Brescia, (Italia).	6 pacientes	Retrospectivo	Se realiza una revisión de la historia clínica. Se lleva a cabo el aislamiento de L. monocytogenes de un sitio estéril (sangre, LCR, tejido placentario o fetal) y se logra una identificación adicional usando VITEK™ y PCR en tiempo real.	Se observó la vulnerabilidad particular de los pacientes hospitalizados, inmunodeprimidos y en el embarazo a la invasión de L. monocytogenes, así como la importancia de estar alerta con respecto a las enfermedades transmitidas por los alimentos.
Blum-Menezes D, et al (7)	2013	Pelotas, (Brasil).	1 paciente	Retrospectivo	Se realiza una revisión y un informe de caso de una mujer embarazada asintomática. En la que el diagnóstico de listeriosis se confirmó por el aislamiento de L. monocytogenes del tejido de la membrana placentaria utilizando caldo Fraser, placas sobre agar y PCR	Se observó la importancia de considerar la listeriosis como causa de aborto espontáneo, así como la capacidad de L. monocytogenes de sobrevivir en el organismo causando infección sin necesidad de que se manifieste clínicamente con una respuesta inmune típica de una infección bacteriana.
Smith B, et al (8)	2009	Dinamarca	36 pacientes	Retrospectivo	Se examinaron los archivos de 36 pacientes para evaluar los factores de riesgo, los hallazgos clínicos y de laboratorio, la respuesta al tratamiento y el resultado de la listeriosis materno-fetal.	La listeriosis durante el embarazo es una grave amenaza para el feto. Un tercio de los casos confirmados por cultivo de infecciones resultaron en aborto o muerte fetal. Sin embargo, el pronóstico para niños nacidos vivos es bueno, incluso en recién nacidos gravemente enfermos.
Jamshidi M, et al (9)	2009	Irán	450 pacientes	Caso-control	250 mujeres con aborto espontáneo previo y un grupo de control de 200 de mujeres con partos normales a término ingresaron como grupos de casos y controles respectivamente. Se registraron las características demográficas y se obtuvieron muestras de suero de todos los participantes. Todas las muestras fueron examinadas usando la prueba de anticuerpos de inmunofluorescencia indirecta para el anticuerpo listeria monocytogenes. Los datos se analizaron mediante pruebas de Chi-cuadrado y T-test.	Sugieren monitorizar la seroprevalencia de listeria en mujeres embarazadas con alto riesgo de aborto amenazado, y una evaluación microbiológica adicional de mujeres sintomáticas para la detección de listeria y la infección insidiosa.

Mejora del protocolo de cuidados de la sonda PEG en atención primaria

AUTORAS

- PATRICIA BARRANCO OBÍS
Diplomada Universitaria en Enfermería. Máster Universitario en Gerontología Social. E.A.C Sector I (Zaragoza).
- TANIA SÁNCHEZ GUIO
Grado de Enfermería. Máster Universitario en Gerontología Social. Master Universitario en Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario. Centro Médico de Especialidades Inocencio Jiménez (Zaragoza).
- ANA PILAR SÁNCHEZ LÓPEZ
Diplomada Universitaria en Enfermería. Máster en Salud Pública. Máster Universitario en Gerontología Social. Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).
- MARÍA MONTSERRAT BARRANCO OBIS
Diplomada Universitaria en Enfermería. Máster Universitario en Gerontología Social. Centro de Salud Monzón urbano (Huesca).

PALABRAS CLAVE

> SONDA PEG > ENFERMERÍA > CUIDADOS.



RESUMEN

Objetivos: Protocolo en enfermería para los cuidados de la sonda PEG, minimizando las complicaciones.

Material y métodos: Revisión bibliográfica de la literatura científica. Las bases de datos a las que se accede son: PubMed, Scielo y Cuiden.

Resultados: Mejorar en la práctica en los cuidados y colocación de la PEG. Adquirir desde A.P la competencia y los conocimientos necesarios para el cambio de la PEG tanto en el centro de salud como en domicilio, ya que hasta ahora en muchas situaciones se deriva a hospitalización. Dirigir las pautas de actuación del cambio de la PEG de forma estandarizada. Capacitar al personal de enfermería de pautas de cuidados y signos de posibles complicaciones para enseñar al paciente y /o los cuidadores.

Conclusiones: La revisión continuada y mejora de los protocolos constituye una herramienta muy útil en la práctica diaria y en la toma de decisiones.

INTRODUCCIÓN

La Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) fue descrita por primera vez por los Cirujanos Pediátricos Gauderer y Ponsky, en 1980, como un método efectivo de alimentación enteral en situaciones en las que la ingesta oral no era posible **(1)**.

La PEG es actualmente reconocida como la técnica de elección para conseguir una nutrición adecuada en pacientes con problemas de deglución, pero que mantienen intacto el sistema digestivo y que presentan una relativamente prolongada esperanza de vida **(2)**. Es una técnica endoscópica que permite la colocación de una

sonda flexible, creando una comunicación temporal o permanente entre la pared abdominal y la cavidad gástrica, asegurando la alimentación directa al tubo digestivo del paciente. Supone la mejor alternativa a la sonda nasogástrica (3).

La principal indicación para la colocación de una sonda PEG es mantener una nutrición enteral en pacientes con un sistema digestivo indemne, pero que, por diferentes razones, no se pueden nutrir por vía oral y en los que se considere que el periodo de desnutrición será superior a 1 mes y la esperanza de vida superior a 2 meses (4-5).

Las principales patologías en las que se opta por la inserción de una PEG son: la disfagia neurológica, demencia, neoplasia de cuello y cabeza, y otras enfermedades neurológicas predominando las tres primeras indicaciones en ancianos, presentando el resto una mayor frecuencia en pacientes entre 40 y 65 años (6).

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir en la práctica en los cuidados y colocación de la PEG.

Objetivos específicos

1. Dirigir las pautas de actuación del cambio de la PEG de forma estandarizada.
2. Capacitar al personal de enfermería de pautas de cuidados y signos de posibles complicaciones para enseñar al paciente y /o los cuidadores.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE PORTADOR DE SONDA DE PEG

Cuidados de la sonda, cuidados diarios:

- La sonda y sus componentes deben limpiarse rotando la sonda en sentido horario y antihorario.
- Se comprueba que el soporte externo no oprime la piel y si no se debe cambiar el lugar de fijación de la sonda. Los tapones permanecerán cerrados cuando no se utilice la sonda.

Cuidados del estoma:

- Los primeros 15 días se debe limpiar la zona con agua y jabón, desde adentro hacia afuera, secando



Figura 1. Material para la colocación de la PEG (elaboración propia)

bien, desinfectando con antiséptico y dejando una gasa estéril, comprobando que alrededor del estoma, no existe irritación, inflamación o secreciones gástricas.

- Se recomendará la utilización de ropa holgada que no oprima el estoma.
- Si la zona de la estoma no está enrojecida, el paciente podrá ducharse en una semana o antes.

Cuidados durante la alimentación:

- Las administraciones de alimento, por gravedad, con jeringa o con bomba de alimentación de manera continuada intermitente, deben realizarse con el paciente incorporado 30-45°, para facilitar el vaciamiento gástrico y evitar el reflujo, manteniendo esta postura hasta 1 hora después de finalizar.
- Comprobar la permeabilidad de la sonda aspirando lentamente el contenido gástrico. Si es superior a 100 ml, reintroducir el contenido y esperar 1 hora antes de administrar más volumen. Administrar la alimentación a temperatura ambiente, comenzando por volúmenes bajos que se incrementarán progresivamente, según tolerancia (7).

Material cambio sonda:

El material necesario para el cambio de sonda PEG es el siguiente (8):

- Suero fisiológico para lavar y

antiséptico (tipo solución yodada).

- Lubricante estéril.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Jeringa de 10 cc.
- Esparadrapo apósito para fijar la sonda.
- Sonda PEG del calibre adecuado.

Preparación del paciente:

- El paciente debe permanecer en ayunas unas 6 horas antes del procedimiento para evitar la salida del contenido gástrico durante el cambio de la sonda.
- Posición en decúbito supino.

Técnica:

1. Higiene adecuada de manos.
2. Desconectar la NE en caso de que fuera alimentación continua.
3. Preparar todo el material.
4. Aplicación de solución hidroalcohólica en las manos y colocación de guantes estériles.
5. Comprobar la sonda de balón que se va a insertar en el paciente. El anillo no debe deslizarse fácilmente por la sonda. Si se moviera sin dificultad se debe desechar esa sonda y coger otra, ya que no estaría cumpliendo su función. Se comprueba la integridad del balón, llenando con la cantidad de agua destilada o estéril marcada por el fabricante. Es importante no usar aire o suero fisiológico para

llenarlo pues puede precipitar y dañar el balón. Después desinflar.

6. Una vez comprobada la sonda, dejarla preparada con lubricante hidrosoluble en el extremo distal.

7. Limpiar la zona periestomal con suero fisiológico y antiséptico.

8. Limpieza inicial del estoma. Retirar la sonda del estómago del paciente, para lo cual tenemos que desinflar el balón con una jeringa, se tiene que asegurar de que no queda nada de agua destilada en el interior o también se puede colocar la mano dominante agarrando la PEG y la otra en el abdomen del paciente y tirar con firmeza hasta extraer la sonda. Si cuesta sacar la sonda, realizar giros mientras se tira para despegarla del estoma.

9. Aspecto del estoma en el momento de realizar el cambio. Registrar posibles complicaciones, tales como irritación, enrojecimiento, dolor, entre otras.

10. Colocar la nueva sonda rápidamente introduciéndola en un ángulo de 90°, llenar el globo con la cantidad de agua o suero recomendada por el fabricante, y tirar de la sonda para comprobar que el balón se ajusta a la pared gástrica pero no que provoque lesión en la piel.



Figura 2. Lubricación de la sonda en campo estéril (elaboración propia)



Figura 3. Vaciado del globo de la sonda a sustituir (elaboración propia)



Figura 4. Llenado del globo (elaboración propia)



La formación continuada de los cuidadores y también de los profesionales encargados de manejar estos dispositivos garantiza su uso continuado y minimiza el riesgo de complicaciones.

Cuidados de enfermería

- Realizar la técnica según el procedimiento.
- Asegurar que la técnica y la cura se realizará en condiciones de máxima asepsia.
- Vigilar, mantener y enseñar el mantenimiento correcto de la PEG.
- Registrar todas las intervenciones realizadas.

Posibles problemas y complicaciones

- Irritación o infección del estoma: producido por exceso de presión sobre éste o por falta de higiene alrededor del mismo, se debe regular la distancia entre el soporte externo y el estoma. También aumentar las medidas de higiene.
- Salida del líquido gástrico: el paciente debe ser valorado por el médico de Atención Primaria.
- Obstrucción de la sonda: puede ser que se encuentren productos o medicamentos secos en su interior, se debe pasar agua tibia.
- Salida accidental o voluntaria de la sonda al exterior: se debe evitar el cierre del estoma como se ha explicado previamente y enviar al paciente al hospital lo antes posible.
- Si la sonda no gira completamente por haberse producido una fijación de ésta: se debe girar y empujarla hacia dentro con suavidad. Si no se consigue se contactará con el médico de referencia **(10)**.

En caso de que la sonda se salga accidentalmente tendrá que ser sustituida por otra antes de que el trayecto gastrocutáneo se cierre. Si al salirse la sonda no podemos volver a introducirla porque el estoma ha comenzado a cerrarse, se introduce en el orificio una sonda urinaria tipo Foley y se insufla el balón vesical en el interior del estómago para evitar que el estoma se cierre completamente. Posteriormente, en la unidad de endoscopias, se usan dilatadores neumáticos para abrir de

nuevo el estoma, volviendo a su diámetro normal **(11)**.

CONCLUSIONES

La formación continuada de los cuidadores y también de los profesionales encargados de manejar estos dispositivos garantiza su uso continuado y minimiza el riesgo de complicaciones.

La instauración de sondas PEG es un procedimiento muy utilizado, por lo que es necesario que la enfermería de AP conozca la técnica del cambio de la sonda y sus cuidados para evitar complicaciones, lo que representará un beneficio para pacientes, profesionales y sistema sanitario.

Es una técnica, según nuestra experiencia desconocida por los profesionales de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gauderer MWL, Ponsky JL, Izant J. Gastrostomy without laparotomy, a percutaneous technique. *J Pediatr Surg*, 1980; 15: 872-5.
2. Sebastián Domingo JJ. Gastrostomía endoscópica percutánea. Actualizaciones temáticas Madaus en Gastroenterología. Servicio Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, 2001.
3. Dwolatzky T, Berezovski S, Friedmann R, Paz J, Clarfield AM, Stessman J, et al. A prospective comparison of the use of nasogastric and percutaneous endoscopic gastrostomy tubes for long-term enteral feeding in older people. *Clin Nutr*. 2001; 20:535-40.
4. Pereira JL, Velloso A, Parejo J, Serrano P, Fraile J, Garrido M, et al. La gastrostomía y gastro-yeyunostomía endoscópica percutánea. Experiencia y su papel en la nutrición enteral domiciliaria. *Nutr Hosp* 1998; 13 (1): 50-6.

5. Gastrostomía endoscópica percutánea: su utilidad en Atención Primaria vol. 13 num. 1 / 2003 *18medifam* 2003; 13 (1): 12-18261. Sebastián Domingo JJ. Gastrostomía endoscópica percutánea. Actualizaciones temáticas Madaus en Gastroenterología. Servicio Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, 2001.
6. Atencio DP, Blanco Pérez AG, Otero Rengino W. Gastrostomía endoscópica percutánea en ancianos: indicaciones, seguridad y desenlaces. *Rev colomb Gastroenterol* [Internet]. 30 de marzo de 2015 [citado 6 de abril de 2021];30(1):3-10. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/16>
7. Frigal-Ruiz, A. B., Gonzalez-Castillo, S. & Lucendo, A.J. 2011. Endoscopic percutaneous gastrostomy: an update on the indications, technique and nursing care. *Enfermería clínica*, 21(3), 173-178.
8. Igual D, Marcos A, Andrés P, Bermejo M. Gastrostomía endoscópica percutánea: su utilidad en Atención Primaria. *Medifam* 2003; 13(1): 3-18.
9. Burgos Trujillo, J., Tirado Pedregosa, G., Martínez Trujillo, S. Cuidados en el cambio de sonda de gastrostomía endoscópica percutánea de balón en atención primaria. *Evidentia* [Internet]. 2012 [citado 3 febrero 2017]; 9(38). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n38/ev3801r.php>
10. Sanahuja Yll M, Planet Güell X, Trallero Casañas R. Manual de nutrición enteral a domicilio. 6ª Ed. Barcelona: Novartis, 2002
11. Yriberry Ureña, S., Monge Zapata, V., Salazar Cabrera, F., Barriga Calle, E., Vesco Monteagudo, E. Gastrostomía endoscópica percutánea: Experiencia prospectiva de un centro privado nacional. *Rev. Gastroenterol*. 2004; 24(4):314- 322.

Calidad de vida del adulto en terapia sustitutiva renal con hemodiálisis

AUTORAS

- NATIVIDAD CALERO MERCADO
Enfermera. Unidad de hemodiálisis. Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba). Servicio Andaluz de Salud.
- RITA MARÍA CRESPO GIRALDEZ
Enfermera. Unidad de hemodiálisis. Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba). Servicio Andaluz de Salud.
- ANGELA CALERO INFANTE
Enfermera. Unidad de hemodiálisis. Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba). Servicio Andaluz de Salud.
- MARÍA DOLORES MOLERO CASTRO
Enfermera. Unidad de hemodiálisis. Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba). Servicio Andaluz de Salud.
- MARÍA PURIFICACIÓN GONZÁLEZ CABEZAS.
Auxiliar de Enfermería. Unidad de hemodiálisis. Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba). Servicio Andaluz de Salud.

PALABRAS CLAVE

> CALIDAD DE VIDA > INSUFICIENCIA RENAL >
HEMODIÁLISIS > DIÁLISIS



RESUMEN

Introducción: La IRC es una enfermedad con desenlace mortal a corto o medio plazo. Sin embargo, los tratamientos actuales han mejorado la esperanza de vida de estos pacientes. Existe una controversia considerable respecto a la calidad de esta sobrevida. Nuestro objetivo es conocer la calidad de vida percibida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.

Material y métodos: Se utilizó el Cuestionario de Salud "Kidney Disease and Quality of Life" (KDQOL-36). Se incluyeron a todos los pacientes que recibían tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba).

Resultados: Existe entre calidad de vida e IRC una estrecha relación, ya que genera impacto en la vida y en la funcionalidad física y mental de los pacientes. La calidad de vida se ve muy

afectada debido a que el paciente pierde independencia en la realización de sus actividades diarias, además de someterse a múltiples tratamientos altamente invasivos y demandantes, los cuales deben acompañarse de una dieta estricta, toma de medicamentos y restricción de líquidos.

Conclusión: debemos promover el autocuidado desde la educación, con la finalidad de contribuir a la construcción de la autonomía en la persona y su familia frente a su estado de salud, ya que los estudios demuestran que esto aporta significativamente a la mejora de la calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la presencia durante al menos 3 meses de filtrado glomerular estimado (FGe) inferior a 60 ml/min/1.73m² o lesión renal (1). La *lesión renal* se

puede poner de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal, o indirectamente por la presencia de *albuminuria*, alteraciones en el *sedimento urinario* o a través de técnicas de *imagen* (2).

La IRC es una enfermedad con desenlace mortal a corto o medio plazo (1-2). Sin embargo, los tratamientos actuales han mejorado la esperanza de vida de estos pacientes (3). Dichos tratamientos son:

- Diálisis peritoneal: procedimiento que se lleva por medio de la membrana interna del peritoneo, la cual recubre la zona abdominal, se encarga de filtrar la sangre removiendo el exceso de agua, desechos y sustancias químicas.
- Hemodiálisis (HD): se realiza a través de una máquina que se encarga de purificar y filtrar temporalmente la sangre.
- Trasplante renal: es la transferencia de tejidos u órganos (riñón) desde un organismo donante a otro receptor. Es un procedimiento de gran envergadura e involucra un cambio total del estado de salud y de la calidad de vida (3).

La prevalencia e incidencia de la enfermedad renal crónica ha crecido de manera progresiva en la mayoría de los países del mundo (4). En España se estimó que el 9,24% de la población adulta padece algún grado de IRC (2). La prevalencia de la IRC aumenta por el envejecimiento de la población, el incremento de la prevalencia de sus factores de riesgo, como la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA) o la obesidad y, obviamente, por su diagnóstico precoz. Se estima que la terapia sustitutiva renal consume el 2,5% del presupuesto del Sistema Nacional de Salud y más del 4% de atención especializada (1).

Actualmente, el número de personas en TRS (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante) ya supera las 1.200 por millón de población, situándose por encima de las 57.000. De ellas, el 52,4 por ciento están con un trasplante renal funcional (2).

Si estos datos de prevalencia ya son preocupantes para los nefrólogos, también lo son los referentes a la incidencia (nuevos casos), que en 2019 ha aumentado hasta alcanzar los 151,9 pmp,



La calidad de vida de las personas que padecen insuficiencia renal crónica se ve afectada debido a que están sujetos a cambios en su estilo de vida.

frente a los 147,3 pmp de 2018 (un 2,6% más). Es decir, más de 7.100 personas con ERC habrían iniciado el pasado año TRS con diálisis o trasplante en España (1). Según la OMS calidad de vida es “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones” (5).

La medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), ayuda a determinar los efectos que produce la enfermedad en el paciente y la forma en la que afecta todos los aspectos de su vida, determinados por el proceso salud-enfermedad incluyendo su terapéutica (6). La CVRS permite además establecer el bienestar físico que es determinado por la actividad funcional del individuo; el bienestar social tiene que ver con las funciones y las relaciones relacionadas con el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar, el bienestar psicológico y espiritual se relacionan con el temor, la ansiedad y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento incluso comprende la religiosidad, la esperanza y la fortaleza interior (7).

Aunque no cabe duda de que la HD es efectiva para prolongar la vida del paciente con nefropatía, existe una controversia considerable respecto a la calidad de esta sobrevivida, más aún cuando nuevas modalidades de diálisis se han centrado en los potenciales beneficios que ellas

ofrecen para mejorar la calidad de vida de los pacientes (8).

Nuestro objetivo es conocer la calidad de vida percibida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra población para estudiar fue 15, que es el total de personas que estaban en tratamiento con hemodiálisis en el Hospital Valle de los Pedroches de Pozoblanco (Córdoba). Se daban garantías de tratamiento adecuado, contando con tecnología de última generación. La muestra incluyó pacientes en tratamiento durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2021.

Se incluyeron a todos los pacientes que recibían tratamiento de hemodiálisis en el Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba).

Se consideró como criterio de exclusión las condiciones psíquicas inadecuadas (demencia), (1 paciente), medido a través del Minimental Test.

Previo a la aplicación del instrumento, los pacientes recibieron una copia del consentimiento informado, el cual les fue leído por el encuestador. Se aclararon las dudas que surgieron y luego el paciente firmó la aceptación para ser incluido en esta investigación.

Para medir la variable principal “Calidad de Vida” se utilizó el Cuestionario de Salud “Kidney Disease and Quality of Life” (KDQOL-36). Proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente, puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. El cuestionario contiene 36 ítems que cubren tres áreas: la salud, la enfermedad del riñón, y los efectos de la enfermedad del riñón en la vida del paciente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La muestra quedó constituida finalmente por 14 pacientes adultos, entre 53 y 89 años, diagnosticados de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis. De ellos, el 28.57% eran mujeres, y el 71.42% eran varones. Todos ellos respondieron la encuesta de manera anónima.

Existe entre calidad de vida e IRC una estrecha relación, ya que genera impacto en la vida y en la funcionalidad física y mental de los pacientes. La calidad de vida se ve muy afectada debido a que el paciente pierde independencia en la realización de sus actividades diarias, además de someterse a múltiples tratamientos altamente invasivos y demandantes, los cuales deben acompañarse de una dieta estricta, toma de medicamentos y restricción de líquidos.

En el área "Salud", el 35.71% de las personas encuestadas definieron su salud como "pasable", y el 21,43% la definieron como "mala". En cuanto a las limitaciones percibidas por el estado de salud actual, el 42.86% de los encuestados refirieron tener mucha limitación para actividades moderadas, incluso el 57.14% manifestaron estar muy limitados para subir varios pisos por la escalera. El 64.28% tuvo problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física. El 57.14% tuvo limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.

En la esfera emocional, el 71.43% rindió menos de lo que le hubiera gustado en el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional. En cuanto a cómo se sienten y cómo le han ido las cosas, el 50% se sintió desanimado y triste algunas veces durante las 4 semanas previas.

En el ámbito social, el 50% de los encuestados respondió que el tiempo que su salud física o sus problemas emocionales dificultaron sus actividades sociales.

En el área "Su enfermedad del riñón", el 71.43% de los encuestados consideraron que su enfermedad del riñón interfería demasiado en su vida. El 57.14% consideró que su enfermedad del riñón le ocupaba demasiado tiempo, el 42.86% respondió que se sentía frustrado al tener que ocuparse de su enfermedad del riñón, y el 28.57% respondió que no sabía si se sentía una carga para la familia. El 35.71% se sintió un poco agotado/sin fuerzas.

En el área "efectos de la enfermedad del riñón en su vida", las áreas más afectadas fueron: limitación de líquidos (28.57%), limitaciones en la dieta (42.86%) y tensión nerviosa o preocupaciones causadas por

su enfermedad del riñón (28.57%).

Nuestra principal limitación fue el tamaño muestral y la selección de esta, de manera que los resultados obtenidos son descriptivos únicamente de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis en la Unidad de Diálisis del Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba). A pesar de eso, las conclusiones obtenidas son similares a estudios realizados con mayor tamaño muestral (1, 4).

CONCLUSIONES

La calidad de vida de las personas que padecen insuficiencia renal crónica se ve afectada debido a que están sujetos a cambios en su estilo de vida que van de la mano con el tratamiento sustitutivo renal y sus complicaciones; secundario a esto presentan un deterioro de la función física, mental, emocional, laboral y espiritual. Se puede concluir que la calidad de vida está directamente relacionada con la salud en general, la interacción social, familiar y por último de la percepción propia respecto a la vida.

Es un deber de la enfermera conocer qué información sobre los diferentes tratamientos sustitutivos posee el paciente, de igual forma si este conoce sus derechos sobre la elección libre de su tratamiento y si está informado sobre los cuidados especiales con los dispositivos y fistulas para el tratamiento renal sustitutivo (TRS), permitiendo con esto la disminución de la morbimortalidad y mejora de la calidad de vida del paciente. Respecto al rol del profesional de enfermería en el paciente con insuficiencia renal crónica (IRC), se destaca como función primordial promover el autocuidado desde la educación, con la finalidad de contribuir a la construcción de la autonomía en la persona y su familia frente a su estado de salud, ya que los estudios demuestran que esto aporta significativamente a la mejora de la calidad de vida.

Las personas con IRC confían en sus capacidades, son constantes, se adaptan a los cambios, se recuperan con facilidad de las crisis (competencia personal) y tienen aceptación tanto de sí mismos como de la vida (resiliencia); esto se logra gracias al proceso educativo brindado por el profesional de enfermería que permite

el afianzamiento de la autonomía y el autocuidado en ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vinaccia S, Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychol. av. discip.* 2012; 6(1): 123-136.
2. Gamarra G. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica. *Acta Med Colomb.* 2013 jul; 38(3):116-117.
3. Malheiro P, Arruda D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Rev. Enfermería global.* 2012; 11 (4): 276 – 294.
4. Guerra V, Sanhuesa O, Cáceres M. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Revista. Latino-Am. Enfermagem.* 2012 Oct; 20 (5): 838-846.
5. Rivera A, Montero L, Sandoval R. Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Ment.* 2012 Ago; 35(4): 329-337.
6. Cunha L, Teles L, Vasconcelos P, Alves M., Santana dos Santos J, De Oliveira R. Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. *Enferm. glob.* 2011 Jul; 10(23): 158-164
7. Varela L, Vázquez M, Bolaños L, Alonso R. Predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal. *Nefrología (Madr).* 2011; 31(1): 97-106
8. Aparicio C, Fernández A, Garrido G, Luque-de Pablos A, Izquierdo E. Influencia de la situación clínica en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madr).* 2013; 33 (1): 61-69

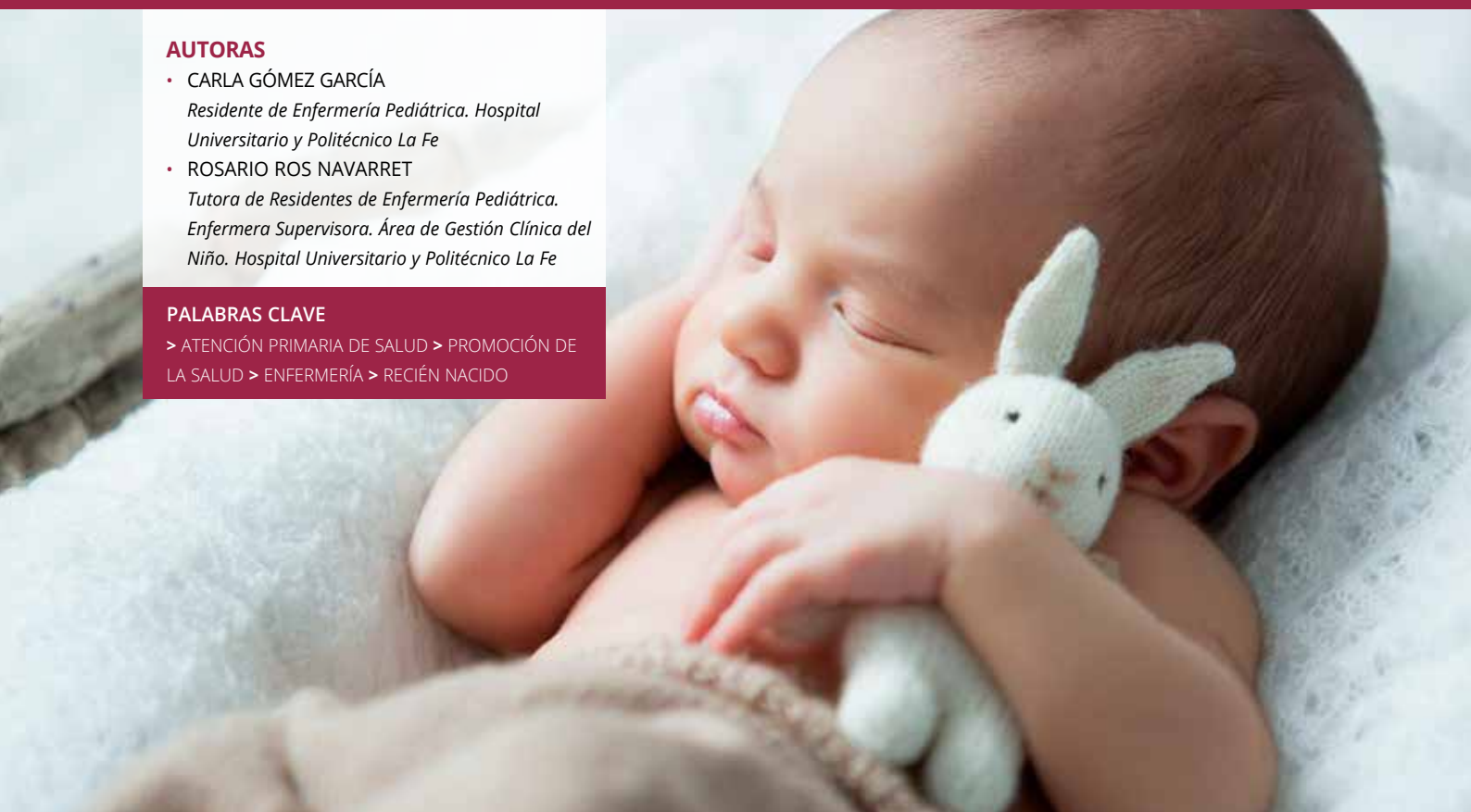
Plan de cuidados enfermero en recién nacida sana en atención primaria. Caso clínico.

AUTORAS

- CARLA GÓMEZ GARCÍA
Residente de Enfermería Pediátrica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe
- ROSARIO ROS NAVARRET
Tutora de Residentes de Enfermería Pediátrica. Enfermera Supervisora. Área de Gestión Clínica del Niño. Hospital Universitario y Politécnico La Fe

PALABRAS CLAVE

> ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD > PROMOCIÓN DE LA SALUD > ENFERMERÍA > RECIÉN NACIDO



RESUMEN

La prevención y promoción de la salud constituyen actualmente un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales. En el marco de la Atención Primaria, gran parte de los servicios susceptibles de ser prestados a la población infantil son de carácter preventivo, como la promoción de hábitos saludables, el seguimiento del desarrollo, la vacunación sistemática y la detección precoz de problemas.

Por consiguiente, se ha desarrollado un plan de cuidados basado en la taxonomía NANDA-NOC-NIC que incluye diagnósticos enfermeros de promoción de la salud y de prevención de problemas potenciales en el que se ha fomentado la educación para la salud. El objetivo del presente caso clínico es mostrar la implementación de un plan de cuidados enfermero individualizado a una recién nacida sana y sus progenitores desde una consulta enfermera de Atención Primaria.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, las acciones preventivas desarrolladas en los planes de salud de la infancia y adolescencia no sólo priorizan la exploración física rutinaria, los cribados para detectar enfermedades y las inmunizaciones, sino que también en este plan de acciones se les da un peso indiscutible a las intervenciones relacionadas con la prevención y promoción de la salud. Encontrándonos ante una orientación basada en el cambio, de la supervisión de la salud a la promoción de esta **(1)**.

La educación sanitaria y las actividades de promoción para la salud tienen como objeto proporcionar información y habilidades para favorecer la adquisición o el cambio en los comportamientos y en los hábitos personales y familiares, con el fin de disminuir la morbimortalidad a largo plazo. Dichas actividades tienen gran importancia en la infancia y en la adolescencia, ya que los hábitos se inician en los primeros años de vida y se consolidan a lo largo de esta etapa.

En Atención Primaria, las revisiones de salud en pediatría se realizan con el fin de detectar problemas de forma precoz y de establecer hábitos de vida saludable **(1)**. Cobrando especial relevancia el papel que realizan los profesionales enfermeros en estas visitas incluidas dentro del Programa de Salud Infantil (PSI) donde se realizan actividades de prevención, detección precoz, cribado, promoción, fomento del autocuidado y educación. En la actualidad, sus cuidados se desarrollan siguiendo el proceso enfermero, procedimiento que parte de la aplicación del método científico, permitiendo prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, tratándose de un elemento garante de la calidad de los cuidados **(2)**.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Acude a la consulta de enfermería de pediatría de su centro de salud una niña, de seis días de vida, con sus progenitores para la realización de la primera revisión pediátrica incluida en el PSI **(1)** y en el Programa del Niño Sano de la Comunidad Valenciana.

Se abre la historia de salud, registrando los datos familiares y sociales de interés, así como los datos sobre el embarazo, parto y periodo perinatal. Madre y padre de 28 y 32 años de edad respectivamente, sanos, sin antecedentes patológicos de interés. Embarazo controlado de 39 semanas de gestación, no embarazos anteriores. Parto único eutócico, presentación cefálica.

Al nacimiento, el neonato presentó buena adaptación al medio, con un test APGAR de 9/10, y pesó 3.500 kg (adecuado para edad gestacional). Durante el ingreso en la planta de maternidad fue alimentada con lactancia materna. La madre refiere que a consecuencia de la escasa leche que producía y de la irritabilidad que presentaba tras las tomas, se decidió suplementar dos tomas con lactancia artificial hasta la subida de la leche. A las 50 horas de vida, dada la ausencia de complicaciones durante el ingreso, fue dada de alta hospitalaria con una pérdida de peso ponderal de 7,2% (3.250 kg).

Según los Protocolos de Neonatología de la Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neonatología, un recién nacido puede considerarse

aparentemente sano cuando es a término (≥ 37 semanas de gestación) y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación lo garanticen. Los recién nacidos sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de cuidados y procedimientos más o menos rutinarios, y una valoración cuidadosa de su estado general y de la correcta instauración de la alimentación **(3)**.

El presente caso clínico se elabora con objeto de mostrar la implementación de un plan de cuidados enfermero individualizado a una recién nacida sana y sus progenitores desde una consulta enfermera de Atención Primaria.

VALORACIÓN

En la primera visita se realizó una valoración inicial siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon **(4)**. Llevándose a cabo mediante la observación de los profesionales sanitarios, la exploración física de la niña, la revisión de la documentación del hospital y la entrevista a la madre y al padre de la paciente.

1. Percepción-manejo de la salud:

La paciente no presenta alergias conocidas. Se comprueba en el informe que tiene administradas la profilaxis ocular y la vitamina k, así como realizados los cribados neonatal de hipoacusia y de enfermedades endocrino-metabólicas. Portadora de una pulsera de oro en el miembro superior derecho. Padre fumador ocasional.

2. Nutricional-metabólico:

Peso en la consulta de 3.250 kg (no ha recuperado el peso al nacimiento), talla de 50 cm y perímetro cefálico de 37 (percentiles adecuados).

Aspecto hidratado de piel y mucosas, ligero tinte icterico. Mantiene el cordón umbilical. Zona periumbilical humedecida y con restos hemáticos, no presenta signos de infección.

Toma lactancia materna exclusiva. La madre refiere que nota la subida de la leche pero que, durante las tomas, observa que la niña se cansa rápido y esto hace que a veces, se “desespere”. Pregunta sobre la suplementación de tomas con leche materna en caso de que la niña no gane peso, ya que le

informaron en el hospital sobre esta posibilidad. Tiene molestias en un pezón. Expresa deseo de mejorar la capacidad de amamantamiento. Se observa cómo realiza una toma en consulta, presentando buen agarre y coordinación de succión-deglución.

3. Eliminación:

Orina de características macroscópicas normales. Llena seis pañales al día aproximadamente. Realiza deposiciones diarias de aspecto amarillo con grumos.

4. Actividad-ejercicio:

Activa, buen tono muscular. No presenta trabajo respiratorio. Pulsos periféricos palpables.

5. Sueño-descanso:

Duerme entre tomas, despertándose aproximadamente cada 2 horas para comer. Duerme en la cama con la madre y el padre, en decúbito lateral o supino.

6. Cognitivo-perceptual:

Reflejos primarios conservados. Reacciona a ruidos. No se observa irritabilidad ni signos de dolor.

7. Auto percepción-auto concepto:

No valorable.

8. Rol-relaciones:

Cuentan con apoyo familiar y de amigos en la misma ciudad.

9. Sexualidad y reproducción:

La niña presenta a la exploración sinequia vulvar parcial asintomática.

10. Adaptación-tolerancia al estrés:

Los progenitores están contentos con su nuevo rol parental. Aun así, manifiestan que todavía se están adaptando y que tienen muchas dudas al ser padres primerizos.

11. Valores y creencias:

La madre y el padre se muestran dudosos con la vacunación infantil ya que creen que causa efectos indeseables. Al informarles sobre el calendario de vacunación refieren lo siguiente: “con dos meses es muy pequeña todavía, igual es mejor esperar un tiempo para que sea más fuerte y no tenga tantos efectos”.

PLAN DE CUIDADOS

En la **tabla 1** se presentan las etiquetas diagnósticas priorizadas tras la valoración, relacionándolas con los objetivos propuestos y las intervenciones enfermeras realizadas. Todo ello, según la taxonomía NANDA, NOC y NIC **(5-7)**.

Tabla 1. Plan de cuidados

Diagnósticos NANDA	Objetivos NOC e indicadores*	Intervenciones enfermeras NIC y actividades
<p>00164. Disposición para mejorar el rol parental</p>	<p>1819. Conocimiento: Cuidados del lactante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo y crecimiento normales: de 3 conocimiento moderado a 4 conocimiento sustancial • Cuidados del cordón umbilical: de 3 a 5 conocimiento extenso • Signos y síntomas de deshidratación: de 2 conocimiento escaso a 4 • Prácticas para seguridad del lactante: de 3 a 5 <p>2904. Desempeño del rol de padres: lactante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interactúa con el lactante para promover el desarrollo: de 4 a 5 • Proporciona una estimulación sensorial/motora adecuada: de 3 a veces demostrado a 5 • Proporciona supervisión adecuada: de 4 a 5 • Mantiene las revisiones del niño sano recomendadas: de 5 a 5 • Utiliza estrategias para prevenir lesiones: de 4 a 5 • Protege de la exposición solar: de 3 a veces demostrado a 5 <p>1900. Conductas de vacunación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el riesgo de enfermedad sin vacunación: de 3 a veces demostrado a 5 siempre demostrado • Cumple las vacunaciones para la edad recomendadas: de no valorable a 5 cuando inicie calendario <p>0120. Desarrollo infantil: 1 mes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responde a sonidos: de 5 siempre demostrado a 5 • Flexiona las extremidades: de 5 a 5 • Reflejo de Moro: de 5 a 5 • Reflejo tónico del cuello: de 5 a 5 • Reflejo succión: de 5 a 5 • Reflejo Babinski: de 5 a 5 	<p>6820. Cuidados del lactante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el peso y la talla • Mantener las barras laterales de la cuna levantadas • Monitorizar la seguridad del ambiente del lactante • Proporcionar información acerca del desarrollo • Limpiar el cordón umbilical con agua y jabón • Mantener el cordón umbilical seco y expuesto al aire • Monitorizar la aparición de eritema y drenaje en el cordón umbilical • Enseñar a comprobar la temperatura del agua del baño <p>5568. Educación parental: lactante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los conocimientos y la buena disposición y habilidad de los progenitores • Enseñar habilidades para cuidar al recién nacido • Informar sobre las características conductuales del recién nacido • Proporcionar información sobre las necesidades de seguridad del bebe en los vehículos • Enseñar a prevenir caídas <p>5655. Enseñanza: estimulación del lactante (0-4meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los progenitores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y la estimulación sensorial • Enseñar a cambiar de posición al lactante <p>8278. Fomentar el desarrollo: lactantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar estimulación visual, auditiva, táctil y cinética • Proporcionar una información precisa sobre los riesgos, beneficios, contraindicaciones y efectos secundarios de las vacunas programadas • Instruir sobre estrategias de prevención de lesiones adaptadas al desarrollo del niño • Fomentar y facilitar el vínculo y el apego de la familia <p>5240. Asesoramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto • Proporcionar información objetiva

Diagnósticos NANDA	Objetivos NOC e indicadores*	Intervenciones enfermeras NIC y actividades
<p>00156. Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante</p> <p>00036. Riesgo de asfixia</p>	<p>2900. Desempeño del rol de padres: seguridad física del lactante y del niño pequeño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza una cuna que satisface las normativas de seguridad: de 3 a veces demostrado a 5 • Le coloca sobre la espalda para dormir: de 3 a 5 • Mantiene el entorno sin humo: de 3 a 5 <p>2900. Desempeño del rol de padres: seguridad física del lactante y del niño pequeño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza una cuna que satisface las normativas de seguridad: de 3 a veces demostrado a 5 • Escoge juguetes seguros y adecuados a la edad: de 4 a 5 • Proporciona supervisión constante: de 4 a 5 • Mantiene el entorno para prevenir la asfixia: de 3 a 5 	<p>5645. Enseñanza: seguridad del lactante (0-3meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar materiales por escrito adecuados • Instruir a los progenitores sobre las estrategias de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante • Enseñar a colocar al bebé sobre la espalda para dormir y mantener fuera de la cuna las colchas, almohadas y juguetes • Enseñar a evitar coger al lactante mientras se fuma <p>5645. Enseñanza: seguridad del lactante (0-3meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar riesgos de y beneficios de que el lactante y el cuidados duerman juntos • Enseñar a evitar el uso de joyas o cadenas en el lactante <p>6486. Manejo ambiental: seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente • Eliminar los factores de peligro • Utilizar dispositivos de protección
<p>00106. Disposición para mejorar la lactancia materna</p>	<p>1800. Conocimiento: lactancia materna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica adecuada para amamantar al bebe: de 3 conocimiento moderado a 5 conocimiento extenso • Evaluación de la deglución: de 3 a 5 • Evaluación del pezón: de 3 a 5 • Signos de alimentación del lactante adecuada: de 2 conocimiento escaso a 4 conocimiento sustancial <p>1000. Establecimiento de la lactancia materna: lactante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alineación y unión adecuadas: de 4 sustancialmente adecuado a 5 completamente adecuado • Amamanta durante un mínimo de 5 a 10 minutos por pecho: de 3 moderadamente adecuado a 5 • Aumento de peso adecuado para su edad: de 3 a 5 • Lactante satisfecho tras la toma: de 3 a 5 <p>1001. Establecimiento de la lactancia materna: madre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de llenado del pecho previo a la lactancia: de 4 sustancialmente adecuado a 5 completamente adecuado • Técnicas para evitar la hipersensibilidad de los pezones: de 2 ligeramente adecuado a 5 	<p>5244. Asesoramiento en la lactancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corregir conceptos equivocados • Instruir sobre los signos del lactante • Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia • Evaluar la capacidad del lactante para mamar • Explicar los cuidados del pezón • Comentar la frecuencia de los patrones normales de lactancia • Comentar las estrategias dirigidas a optimizar el aporte de leche • Instruir sobre el modo adecuado de almacenar, preparar y manipular la leche materna <p>1240. Ayuda para ganar peso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta de peso • Pesar al paciente a los intervalos determinados
<p>*En cada indicador se señala la puntuación diana de resultado: de mantener a aumentar</p>		



Actualmente, la educación para la salud es una herramienta esencial en todos los niveles asistenciales y sobre todo, para la promoción de la salud.

SEGUIMIENTO

Como consecuencia de la ausencia de ganancia de peso y de la disposición a mejorar los conocimientos de ambos progenitores, se citó a la lactante a los 4 días de la primera visita. En dicha visita se pesó, evidenciando una ganancia de peso de 20 gramos por lo que se continuó instruyendo a la madre en el establecimiento de la lactancia materna y en la extracción de leche para la suplementación de las tomas. La madre informó que el cordón umbilical había caído el día previo. Se realizó una exploración de la zona periumbilical, observando buen aspecto de la misma.

En la revisión de salud de los 15 días de vida había recuperado el peso al nacimiento y había ganado 260 gramos. La madre refirió que le había estado suplementando algunas tomas con su propia leche, tal como se le había indicado, pero que en los últimos días no había hecho falta. Se mostraba contenta con haber mantenido la lactancia materna exclusiva y verbalizó no notar molestias en el pezón.

En esa misma revisión, se siguieron abordando los temas propuestos en el plan de cuidados establecido relacionados con la seguridad o la estimulación del lactante. Así mismo, se incidió en la importancia de la vacunación infantil a las edades establecidas en el calendario, mostrándose los progenitores más accesibles a recibir información sobre el tema.

En la revisión del mes y de los dos meses la mayor parte de los resultados propuestos en el plan se habían conseguido.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente caso, al tratarse de un recién nacido sano cuyo seguimiento se ha realizado desde la consulta de enfermería de pediatría de atención

primaria, se ha desarrollado un plan de cuidados basado en diagnósticos enfermeros de promoción de la salud y de prevención de problemas potenciales en el que se ha potenciado la educación para la salud. Actualmente, la educación para la salud es una herramienta esencial en todos los niveles asistenciales y sobre todo, para la promoción de la salud. Para su puesta en práctica los profesionales sanitarios debemos desarrollar un rol educativo, identificar y entender las necesidades de salud con una visión biopsicosocial, desarrollar capacidades de comunicación, fomentar un trabajo en equipo y desarrollar una cultura de mejora continua de la promoción de salud integrando modelos de buenas prácticas y sistemas de evaluación (8).

Con este caso se demuestra que mediante el uso de un plan de cuidados individualizado diseñado en la primera visita en el que se siguen las recomendaciones y buenas prácticas incluidas en la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna del Sistema Nacional de Salud (9) y el Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil (10), entre otros; se consigue mejorar, a lo largo de varias semanas, los conocimientos de los progenitores, y por consiguiente, los cuidados del recién nacido, basándose en intervenciones implementadas bajo evidencia científica, disminuyendo así la variabilidad clínica en la aplicación de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa de salud infantil (PSI) [Internet]. Aepap.org. [citado el 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
2. Tirado Pedregosa G, Hueso Montoro C, Cuevas Fernández-Gallego M,

Montoya Juárez R, Bonill de las Nieves C, Schmidt Río-Del Valle J. Cómo escribir un caso clínico en enfermería utilizando taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index Enferm.* 2011; 20: 1-2.

3. E. Domenech, N. Gonzalez, J. Rodriguez-Alarcón. Cuidados generales del recién nacido sano. *Protocolos diagnósticos terapéuticos de la AEP: Neonatología.* AEP; 2008.
4. Gordon M. *Diagnóstico de enfermería: Proceso y Aplicación.* 3ª ed. Madrid: Mosby; 1996.
5. NANDA International. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2018-2020.* 11ª ed. Elsevier; 2018.
6. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas, ML. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).* 6ªed. Elsevier; 2018.
7. Butcher HK, Bulechek G, Docteman JM, Wagner C. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* 7ªed. Elsevier; 2018.
8. Promoción de la salud. Introducción: Marco Teórico y Contextual. [Internet]. Mscbs.gob.es. [citado el 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. *Guías de Práctica Clínica en el SNS.*
10. Grupo de Trabajo de Muerte Súbita Infantil. *Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil.* 3ªed. Madrid: Ediciones Ergon; 2013.

PRO de PROfesional

**En Sabadell Professional
estamos donde están los
mejores PROfesionales**

Porque trabajamos en PRO de los PROfesionales como tú para ofrecerte soluciones financieras pensadas para los profesionales del **Colegio Oficial de Enfermería de Valencia**.

Innovamos constantemente nuestra oferta de productos y servicios para ayudarte a conseguir tus objetivos y proteger tus intereses.

Y, además, contamos con un extenso equipo de gestores especializados preparados para acompañarte y dar respuesta a tus inquietudes y necesidades financieras.

Podríamos llenar este anuncio con argumentos y ofertas difíciles de rechazar, pero preferimos empezar a trabajar. Por eso te invitamos a que contactes con nosotros y un gestor te explicará con detalle las ventajas que tenemos para ti.

Te estamos esperando



