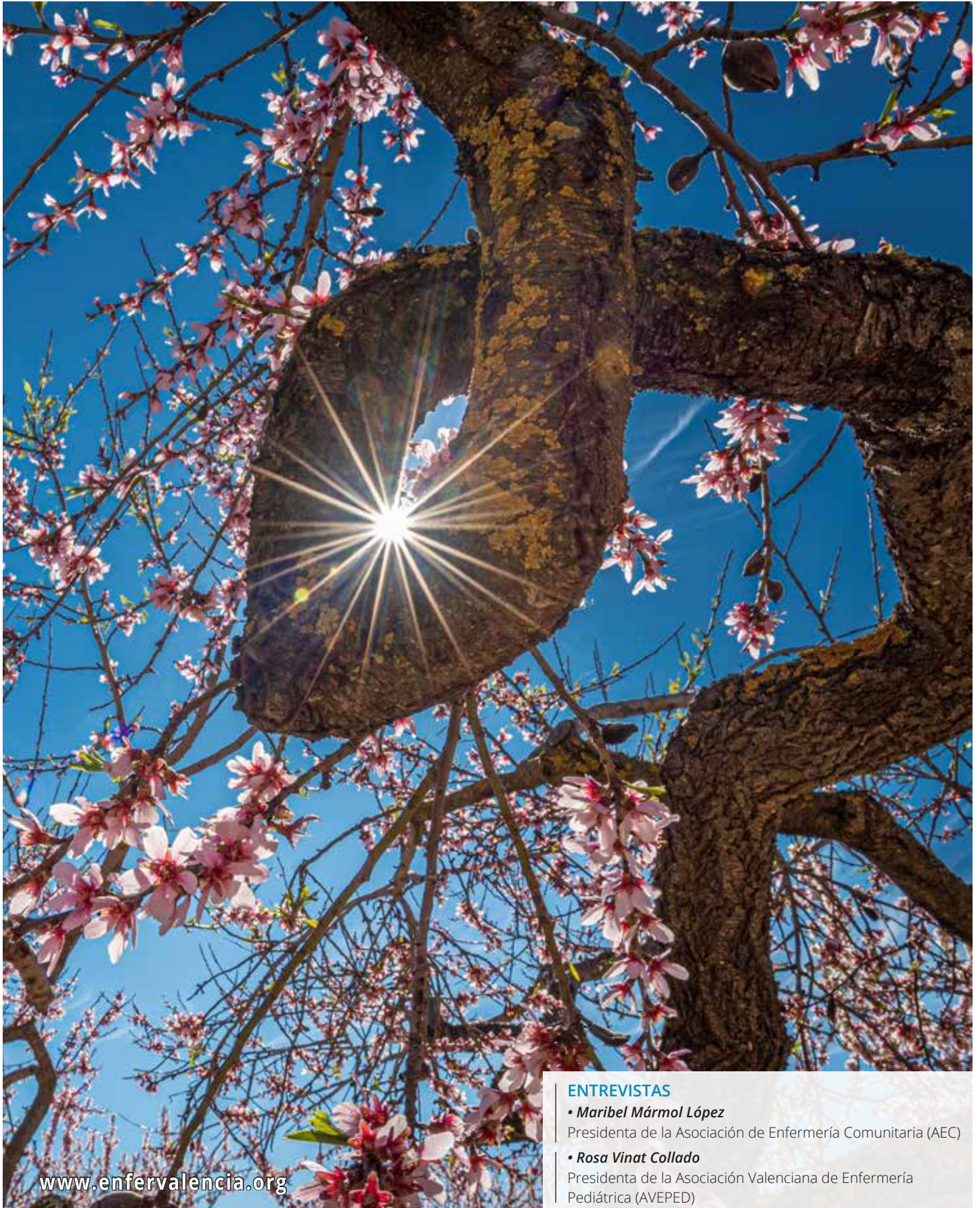




# Enfermería Integral

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA

Nº134 MARZO 2023



[www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org)

## ENTREVISTAS

• **Maribel Mármol López**

Presidenta de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

• **Rosa Vinat Collado**

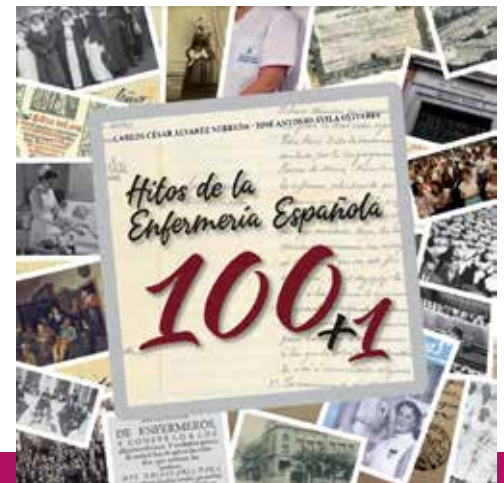
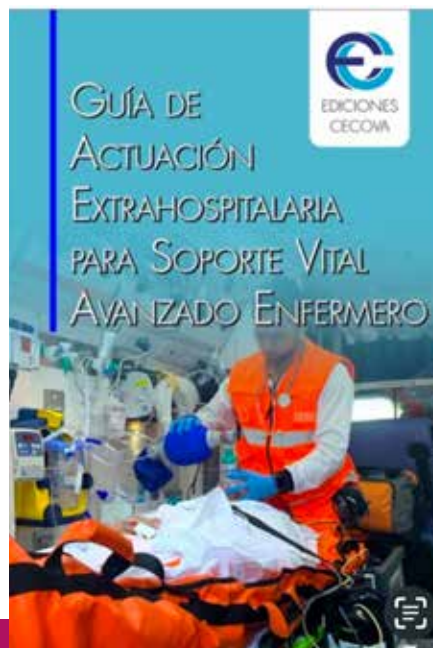
Presidenta de la Asociación Valenciana de Enfermería  
Pediátrica (AVEPED)

# Adquisiciones Biblioteca

101  
RELATOS  
DE LA ENFERMERÍA  
101 AUTORES/AS



VINATEA  
EDITORIAL



VIOLENCIA DE GÉNERO  
**DENÚNCIALA**



Enfermería  
de la Comunidad  
Valenciana

Atención a víctimas de malos tratos por violencia de género

**Teléfono 016**

# SUMARIO

## EDITORIAL

- 3/ Una realidad muy lejana de lo que nos quieren hacer ver
- 4/ Una realitat molt llunyana del que ens volen fer veure

## ACTUALIDAD

- 5/ Sanidad establece cupos específicos para Enfermería en Atención Primaria
- 6/ Residencia de Carlet, un hito para la dirección y gestión enfermera
- 9/ Cuando la música acelera y mejora la recuperación de los pacientes
- 10/ La dirección de Enfermería del Hospital Arnau de Vilanova envía material humanitario a Turquía
- 12/ Primer número de 'Journal Nursing Valencia'

## ENFERJURÍDICA

- 12/ Seguro Responsabilidad Civil

## ENTREVISTAS

- 14/ Maribel Mármol López  
Presidenta de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)
- 18/ Rosa Vinat Collado  
Presidenta de la Asociación Valenciana de Enfermería Pediátrica (AVEPED)

## ASOCIACIÓN DE JUBILADOS

- 24/ La Asociación de Jubilados San Juan de Dios celebra su festividad patronal

## ACTUALIDAD MATRONA

- 28/ Y el "suma y sigue" pero más de lo mismo
- 29/ Explotación sexual y reproductiva: vulnerando derechos

## ARTÍCULO DE OPINIÓN

- 34/ Función Inspectora de Enfermería de Salud Pública
- 35/ La frenectomía, ¿competencia de las enfermeras y matronas?

## DOCENCIA Y FORMACIÓN

- 38/ Actividades formativas segundo trimestre de 2023

## INFORMACIÓN SECRETARIA

- 40/ Convocatoria Asamblea General

## JOURNAL NURSING VALENCIA (JNV)

- 41/ Normas de publicación

## ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

- 44/ Efectos de la cuarentena en la salud mental de la población pediátrica
- 49/ Plan de cuidados enfermeros en lactante con enfermedad de hirschsprung: Caso clínico
- 53/ Actuación enfermera en la vacunación acelerada de un paciente pediátrico desplazado desde Ucrania: Caso clínico
- 57/ Plan de cuidados enfermero: Lactante con posible alergia a la proteína de leche de vaca. A propósito de un caso
- 61/ Plan de cuidados enfermero: lactante con bronquiolitis en la consulta de atención primaria. A propósito de un caso
- 66/ Estudio comparativo de las cartillas de salud infantil en las distintas comunidades autónomas españolas
- 77/ Agresión al profesional sociosanitario: estudio observacional descriptivo

# SERVICIOS

## JUNTA DE GOBIERNO

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

**PRESIDENTE DE HONOR:** Francisco Mulet Falcó

## 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:** José Luis Molés

## COMITÉ CIENTÍFICO

Miguel Picher Martínez  
Gema Arévalo Arévalo  
Lucía Santonja Ayuso  
Joaquín Bosque Hernández  
José Javier González Cervantes  
Antonio Ruiz Hontangas  
Silvia Trujillo Barbera  
José Vte Carmona-Simarro  
Diego Jiménez López  
Paula Balaguer Escutia  
Alberto Ramírez Sáiz

## 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](mailto:enfervalencia@enfervalencia.org)  
**IMPRIME:** Temps Impresores  
**ISSN:** 0214-0128 Depósito Legal: V-2424-1985  
Revista indexada en la base de datos CUIDEN.



## 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.

## INFORMACIÓN GENERAL

### 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.

### 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.

*Enfermería Integral* no se responsabiliza, ni comparte necesariamente las opiniones expresadas en sus páginas por parte de colaboradores o terceros.

# Una realidad muy lejana de lo que nos quieren hacer ver

Si tuviéramos que escoger una imagen que representara los rasgos que han definido y definen nuestra profesión, deberíamos optar por un lienzo más próximo a las pinturas negras de Goya que a las idílicas escenas luminosas y alegres de Sorolla.

Una oscuridad marcada por la temporalidad y la precariedad laboral, que se han erigido, desde hace décadas, en los principales escollos de la Enfermería valenciana. Especialmente, por la falta de convocatorias y la ralentización de la frecuencia de ofertas públicas de empleo que han instaurado un sistema profesional débil y lleno de incertidumbre. Una estructura laboral que sigue pasando factura emocional a esta digna profesión que convive, a diario, con la decepción y la indignación.

De ahí que sea haya convertido en clamor la necesidad de fidelizar y afianzar a gran parte de las/os enfermeras/os interinas/os y atajar el obstáculo de la temporalidad, ofreciendo la posibilidad de obtener una plaza fija sin recurrir a hacer una oposición.

Máxime, porque seguimos con una endémica falta de profesionales, que genera el caldo de cultivo que hace germinar el malestar y la desmotivación y propicia, a la vez, el cansancio mental y físico del colectivo que sustenta el sistema sanitario en todos los ámbitos.

La Administración nos vende su pretensión de situar la tasa de interinidad por debajo del 8% y, para ello, ha orquestado una amalgama de procesos con el fin de cubrir más de 21.000 plazas en el sistema de salud valenciano. Procesos materializados en la novedosa fórmula de la estabilización de 9.000 plazas por el sistema de concurso de méritos y, en otros casos, a través de los tradicionales procedimientos por concurso-oposición (OPE) para cubrir más de 11.800 plazas. Un halo de esperanza para muchas/os que llevan años desarrollando su labor en el sistema público y ofreciendo lo mejor de sí mismas/os en aras de lograr que



los cuidados alcancen cotas óptimas de asistencia sanitaria.

Sin embargo, resulta imposible no pensar en todas/os las/os enfermeras/os que, como una foto fija y en blanco y negro, continúan sin plaza, deambulando por centros de salud y hospitales a la espera de que vuelvan a ponerse en marcha otras fórmulas para reducir la temporalidad. Ejerciendo su labor profesional de un modo diligente, de forma autónoma e independiente, pero a la vez formando parte de un equipo multidisciplinar que permite que el engranaje del sistema de salud sea eficaz y eficiente. Profesionales formadas y formados con estudios universitarios de Enfermería, muchas/os con uno o varios másteres y con especialidades de dos años, e incluso, un alto porcentaje en posesión de un doctorado. Nuestra única reivindicación se centra en que nos dejen desarrollar nuestro trabajo en las condiciones que requiere la población y que no son otras que las que permiten que las personas sean debidamente atendidas. Pero sin los medios humanos

ni materiales necesarios resulta imposible. La insostenible falta de enfermeras/os genera una sobrecarga asistencial que afecta a la seguridad física y emocional de las/os profesionales, imposibilitando la conciliación familiar, pero especialmente poniendo en peligro las atenciones de los usuarios de la sanidad y no permitiendo desarrollar todo aquello que debería ser incluido en el día a día de la Enfermería, como es la labor investigadora y educativa. Estudios internacionales confirman que las inadecuadas ratios de enfermeras generalistas y especialistas se traduce en una mayor mortalidad y morbilidad en los pacientes.

La solución pasa por activar cada año las oposiciones necesarias, acordes y adaptadas a las necesidades reales de cada uno de los departamentos valencianos de salud y que desaparezca la lentitud cronológica en la resolución de las mismas. Sin atender tanto al incremento de las plazas en las universidades públicas y privadas como en conseguir el compromiso político de creación del número suficiente de plazas estructurales para ir disminuyendo las diferencias en las ratios necesarias. Ratios como las del resto de países de Europa.

Resulta fundamental además que se creen las categorías profesionales específicas de enfermeras especialistas y que se cataloguen los puestos de trabajo, pues sigue habiendo especialistas trabajando de generalistas.

Ante este cuadro, emborronado y sin matices, conviene centrar bien la vista ajustando nuestro campo de visión. Lo importante no es lo que miramos, sino lo que vemos. Debemos evitar a toda costa que nos engañen con ilusiones, porque la realidad en Enfermería sólo es una y, todavía, se mantiene muy lejana de lo que nos quieren hacer ver.

**Laura Almudéver Campo**

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

# Una realitat molt llunyana del que ens volen fer veure

Si haguérem de triar una imatge que representara els trets que han definit i defineixen la nostra professió, hauríem d'optar per un llenç més pròxim a les pintures negres de Goya que a les idíl·liques escenes lluminoses i alegres de Sorolla.

Una foscor marcada per la temporalitat i la precarietat laboral, que s'han erigit, des de fa dècades, en els principals esculls de la Infermeria valenciana. Especialment, per la falta de convocatòries i l'alentiment de la freqüència d'ofertes públiques d'ocupació que han instaurat un sistema professional feble i ple d'incertesa. Una estructura laboral que continua passant factura emocional a aquesta digna professió que conviu, diàriament, amb la decepció i la indignació.

D'ahí que s'haja convertit en clam la necessitat de fidelitzar i afermar a gran part de les infermeres interines i atallar l'obstacle de la temporalitat, oferint la possibilitat d'obtenir una plaça fixa sense recórrer a fer una oposició.

Màximament, perquè seguim amb una endèmica falta de professionals, que genera el brou de cultiu que fa germinar el malestar i la desmotivació i propícia, alhora, el cansament mental i físic del col·lectiu que sustenta el sistema sanitari en tots els àmbits.

L'Administració ens ven la seua pretensió de situar la taxa d'interinitat per davall del 8% i, per a això, ha orquestrat una amalgama de processos amb la finalitat de cobrir més de 21.000 places en el sistema de salut valencià. Processos materialitzats en la nova fórmula de l'estabilització de 9.000 places pel sistema de concurs de mèrits i, en altres casos, a través dels tradicionals procediments per concurs oposició (OPE) per a cobrir més de 11.800 places. Un halo d'esperança per a moltes que porten anys desenvolupant la seua labor en el sistema públic i oferint el millor

## Enfermería Integral



de si mateixes a fi d'aconseguir que les cures aconseguixin cotes òptimes d'assistència sanitària.

No obstant això, resulta impossible no pensar en totes les infermeres que, com una foto fixa i en blanc i negre, continuaran sense plaça, deambulant per centres de salut i hospitals a l'espera que tornen a posar-se en marxa altres fórmules per a reduir la temporalitat. Exercint la seua labor professional d'una manera diligent, de manera autònoma i independent, però alhora formant part d'un equip multidisciplinari que permet que l'engranatge del sistema de salut siga eficaç i eficient. Professionals formades i formats amb estudis universitaris d'Infermeria, moltes amb un o diversos màsters i amb especialitats de dos anys, i fins i tot, un alt percentatge en possessió d'un doctorat.

La nostra única reivindicació es centra en que ens deixen desenvolupar el nostre treball en les condicions que requereix la població i que no són unes altres que les que permeten que les persones siguen degudament ateses. Però sense els mitjans humans ni materials necessaris resulta impossible. La insostenible falta

d'infermeres genera una sobrecàrrega assistencial que afecta la seguretat física i emocional de les professionals, impossibilitant la conciliació familiar, però especialment posant en perill les atencions dels usuaris de la sanitat i no permetent desenvolupar tot allò que hauria de ser inclòs en el dia a dia de la Infermeria, com és la labor investigadora i educativa. Estudis internacionals confirmen que les inadequades ràtios d'infermeres generalistes i especialistes es tradueix en una major mortalitat i morbiditat en els pacients.

La solució passa per activar cada any les oposicions necessàries, concordes i adaptades a les necessitats reals de cadascun dels departaments valencians de salut i que desaparega la lentitud cronològica en la resolució d'aquestes. Sense atendre tant l'increment de les places en les universitats públiques i privades com a aconseguir el compromís polític de creació del nombre suficient de places estructurals per a anar disminuint les diferències en les ràtios necessàries. Ràtios com les de la resta de països d'Europa.

Resulta fonamental a més que es creen les categories professionals específiques d'infermeres especialistes i que es cataloguen els llocs de treball, perquè continua havent especialistes treballant de generalistes.

Davant aquest quadre, emborronat i sense matisos, convé centrar bé la vista ajustant el nostre camp de visió. L'important no és el que mirem, sinó el que veiem. Hem d'evitar costes que ens enganyen amb il·lusions, perquè la realitat en Infermeria només és una i, encara, es manté molt llunyana del que ens volen fer veure.

**Laura Almudéver Campo**

Presidenta del Col·legi Oficial d'Infermeria de València



## Sanidad establece cupos específicos para **Enfermería en Atención Primaria**

Cada enfermera/o tendrá **una población asignada**, como ya ocurre en **Medicina de Familia**

La Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana acaba de introducir cupos específicos en Enfermería para impulsar el Plan de Atención Primaria y Comunitaria. Esto significa «que cada enfermero o enfermera de Atención Primaria tendrá una población asignada, tal y como ya ocurre en el caso de Medicina de Familia, donde cada facultativo/a tiene adjudicados unos pacientes y responde de ellos», afirman desde la Generalitat Valenciana.

La asignación de población a profesionales de la Enfermería es una de las iniciativas contempladas en el Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria, que prevé una inversión de más de 326 millones de euros para dotar a este nivel asistencial «de más personal, más recursos, más tecnología y un nuevo modelo organizativo y asistencial»,

continúan desde la institución.

Hasta ahora, los profesionales de enfermería no contaban con un cupo poblacional propio, sino que hacía suyo el del personal de Medicina de Familia con el que trabajara, que sí lo tenía. De esta forma, si un profesional de enfermería hacía tándem con dos médicos/as de familia asumía la población asignada a ambos. A partir de ahora, cada recurso de enfermería tiene su propio cupo y se sitúa por debajo de 1.500 personas.

En este punto, Sanidad también ha previsto «factores correctivos» para garantizar un reparto de las enfermeras «equitativo», en función «de la complejidad asistencial, determinantes socioeconómicos o grupos familiares», entre otros.

Esta mejora en la ratio es posible porque Sanidad «está reforzando y consolidando a las enfermeras a través de los procesos iniciados tanto para incrementar la

plantilla del sistema valenciano de salud como para reducir la temporalidad en el empleo». En concreto, de las 6.007 nuevas plazas estructuradas creadas el año pasado, el 35% son de enfermería y, de ellas, 680 en Atención Primaria.

A efectos prácticos, introducir cupos específicos en enfermería significa que una misma enfermera o enfermero acompañará a los pacientes que tenga asignados a lo largo de todas las etapas de su vida, tal y como ocurre ahora con Medicina de Familia. Además, podrán desarrollar actividades de prevención y promoción de la salud comunitaria «ajustadas a las singularidades de la población que tenga asignada», afirman.

En cualquier caso, si por algún motivo, el paciente está en desacuerdo con el recurso de enfermería asignado podrá solicitar el cambio, esta posibilidad de libre elección se mantiene.



## Residencia de Carlet, un hito para la dirección y gestión enfermera

**El equipo directivo está formado por tres enfermeras de avalada trayectoria profesional: El puesto de gerente recae en Amparo Girbés, el de directora técnica en Ángels Simón, y el de supervisora de Enfermería en Mercedes Gomis**

La mayor residencia de mayores pública de la Comunidad Valenciana, ubicada en Carlet, se ha convertido en un hito para la profesión porque es la primera que cuenta con un equipo directivo formado íntegramente por enfermeras. De este modo, la enfermería valenciana rompe su techo de cristal y demuestra que, además de cubrir todos los cuidados y las necesidades asistenciales de la población, es completamente capaz para dirigir centros públicos sociosanitarios.

Frente a los intentos por parte de algunas parcelas de la Administración de poner freno para que la Enfermería pudiera ocupar gerencias y puestos directivos, un equipo directivo (formado únicamente por enfermeras) ha asumido la gestión de la mayor residencia de mayores pública. El hecho de que la directiva del centro esté formada sólo por mujeres supone, además, una medida de justicia social ante la creciente feminización de las profesiones sanitarias. A nadie se

le escapa que estamos ante un sector altamente feminizado que ronda el 84% de mujeres, frente al 16% de hombres y que muchos de los puestos directivos y cargos de gestión han sido asumidos, tradicionalmente, por varones.

En concreto, el nuevo equipo directivo está formado por tres enfermeras de avalada trayectoria profesional: El puesto de gerente recae en Amparo Girbés, el de directora técnica en Ángels Simón, y el de supervisora de Enfermería en Mercedes Gomis. Tres enfermeras con formación, experiencia y solvencia en gestión que están elevando a los primeros puestos del ranking de excelencia al buque insignia de la geriatría de la Comunidad Valenciana. Tres profesionales que también han estado conteniendo los efectos de la pandemia en diversos puestos asistenciales en Carlet con la mejor aptitud, desde donde fijaron un sistema de organización con altas dosis de sacrificio del personal (y de los residentes), con estrictos protocolos

de aislamiento para que la Covid-19 no se transmitiera entre los usuarios del centro y evitando los fallecimientos masivos que sí han sufrido otros centros valencianos y españoles.

La nueva gerente de la residencia de Carlet asegura que la principal hoja de ruta de gestión de este compacto equipo de Enfermería pasa por "humanizar los centros residenciales para personas mayores y que se parezcan cada vez más a un hogar". Se debe recordar que, por su labor durante la pandemia, Amparo Girbés recibió un reconocimiento en el acto 'Mujeres Frente a la Covid' junto a 13 que participaron activamente durante los momentos de más contagios, cada una desde su parcela de responsabilidad, para poner freno al avance del virus.

**¿Qué puede aportar un equipo enfermero en la gestión de una residencia de estas características?**

En nuestro caso, Simón, Gomis y yo

misma, tenemos una extensa trayectoria profesional en este centro, por lo que conocemos la evolución que se ha producido en el centro desde que se inauguró hace ya casi 40 años --a modo de ejemplo, Girbés lleva desde 2006 en la misma, donde ha sido supervisora de Enfermería (2017-2020) y directora técnica del centro (2020-22)--. Somos conscientes de las áreas de mejora y de la necesidad de avanzar hacia un modelo actual de atención integral y centrado en la persona, fundamentado en la dignidad y dirigido a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los residentes del centro. El hecho de haber promocionado en nuestro propio centro de trabajo, y seguir siendo parte del equipo de profesionales del centro con los que llevamos tiempo trabajando, nos ha facilitado poder implementar mejoras y trazar una ruta de trabajo común de todos los departamentos que colaboran con el correcto funcionamiento del centro. A modo de ejemplo, la residencia es uno de los centros que forman parte de un proyecto piloto liderado por la Fundación Pilares y Lares España, conocido como AICP.COM (atención integral y centrada en la persona). La participación en este proyecto supone implicarse y llevar a cabo un proceso de transformación en el modelo de atención y cuidados de acuerdo con el Modelo AICP.

**¿Cree que las Administraciones y otras profesiones “confían” en su capacidad de gestión?**

Creo que las enfermeras, al igual que cualquier otro profesional, pueden desarrollar su labor en diferentes ámbitos de actuación. Existe un amplio abanico de formación desde cursos, expertos, master, especialidad....que complementan la formación del Grado de Enfermería y te avalan para poder promocionarte en diferentes ámbitos profesionales, entre ellos los de Dirección y Gestión - a modo de ejemplo, Girbés, especialista en Enfermería Geriátrica, también cuenta con títulos como Máster Oficial ECTS en Atención Sociosanitaria a la Dependencia, Máster Propio en Dirección y Gestión para Enfermería, Experto Profesional en Gestión y Dirección de Centros Geriátricos y de la Tercera Edad y Experto



Universitario en Gestión de Servicios de Enfermería-. Al final se trata de sumar, y contribuir con nuestra formación y experiencia.

**¿Considera que las enfermeras asumen cada vez más el reto de la gestión?**

Sinceramente, yo no lo plantearía como una cuestión de asumir un reto por parte de un colectivo, ya que estamos refiriéndonos a un colectivo muy feminizado, así que considero que las mujeres estamos avanzado en lo que se refiere a promocionar en nuestro ámbito de trabajo. Mi posición actual me sigue permitiendo como mujer crecer en el ámbito laboral y compaginar mi vida familiar.

**En la dirección de la residencia de Carlet, ¿cuál es la hoja de ruta de su gestión?**

En primer lugar, como he comentado, contribuir con la implantación del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (AICP) y participar en el pilotaje del Proyecto AICP.COM, implementando los valores con los que la Fundación Pilares se identifica como dignidad, autonomía, participación, confianza, transparencia, justicia, solidaridad, responsabilidad, esperanza... Además, otro tema relacionado con el pasado

reciente: tras los últimos años, en las que se han vivido momentos muy duros, de agotamiento emocional, sentimientos de incomprensión y falta de satisfacción, todos los profesionales que han desempeñado sus funciones en las residencias han demostrado que no solo se enfrentaron a la incertidumbre que vivió la sociedad en general, sino que supieron adaptarse y seguir contribuyendo con una excelente labor, que no siempre se vio reflejada en los medios de comunicación. Por ello, creo necesario avanzar y adaptarnos en el uso de nuevas herramientas que favorezcan el trato y la relación de los centros residenciales integrándolos en la comunidad, además de aprovecharnos de la implantación del modelo AICP para aumentar la motivación del personal, mejorando la formación y cualificación de todos los profesionales del centro.

**¿Es optimista respecto a ese futuro que busca?**

La Residencia PMD de Carlet es un centro de gran capacidad, con diferentes perfiles de residentes y roles profesionales. A través de la colaboración y cooperación de todos, podemos ilusionarnos, mejorar la calidad asistencial y contribuir a enriquecer y difundir la visión que se tiene en la población en general de los centros residenciales y de sus trabajadores... Somos profesionales sociosanitarios.

# ¿Conoces las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?

MÁS INFORMACIÓN EN EL



## Servicio gratuito de Gestoría

Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



## Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



1

## Servicio ITV

Servicio gratuito de Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



2

## Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



4

## Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



5

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

900 82 20 82 / 963 94 08 22

Síguenos en     

y en nuestra APP 



**A.M.A.**  
agrupación mutual  
aseguradora



# Cuando la música acelera y mejora la recuperación de los pacientes

**El equipo de Reanimación del Hospital La Fe logra el premio al mejor proyecto de humanización de adultos de 2022**

La música estimula cambios positivos en el ánimo y el bienestar general de las personas, especialmente, si se hallan en estado convaleciente, tras una intervención quirúrgica y en los procesos postoperatorios. Con unos sencillos acordes de guitarra y una voz se logra despertar desde los pequeños atisbos de felicidad y de tranquilidad, hasta el entusiasmo por la recuperación.

Con esta filosofía se creó el proyecto “Cuando la Música Cura” en el servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital La Fe que, por méritos propios, ha obtenido el premio al mejor proyecto de humanización de adultos de 2022 en los premios Hospital Optimista. Una fórmula terapéutica en la que pacientes y familiares acompañan a las profesionales con canciones –interpretadas por un músico, Juan José Pérez— en el servicio de Reanimación.

La facultativa especialista en Anestesiología Amparo Pérez describe que su objetivo se centra en que “nuestra unidad sea lo más humana posible y, por ello, ofrecemos al paciente tanto los cuidados físicos y científicos, como los psicológicos que conside-

ramos que son tan importantes como los primeros”.

“Todos los que trabajamos en el sector sanitario tratamos a personas, no a enfermedades y abordamos los ámbitos físico, psíquico y emocional. En ese sentido, la música es la cura del alma. No te va a curar, pero sí que te va a aliviar, con una serie de emociones no tangibles porque no se pueden medir (aunque reduzca la frecuencia cardíaca o baje la tensión...) La ciencia es limitada las emociones no, y la música aporta (en los pacientes) todo eso que la ciencia no consigue”, detalla Amparo Pérez.

El músico Juan José Pérez ensalza el galardón obtenido por este servicio del Hospital La Fe “porque cuando voy a otras unidades o servicios, en ninguno existe esta respuesta de los pacientes ni la implicación que muestran sus profesionales”.

Este sistema de introducir la música persigue que los pacientes olviden que se encuentran en un ambiente hostil y de soledad. Que tengan claro que son atendidos por profesionales, pero especialmente personas, de ahí que anímicamente

mejoren muchísimo y se les note el cambio, según Amparo Zafra, quien recuerda un matrimonio mayor que empezó a cogerse de la mano tras las sesiones musicales: “Como cónyuges, aseguraron que hacía tiempo que habían perdido el contacto y gracias a la música volvieron a sentirse más unidos”.

En algún caso las sanitarias de Reanimación han sido sorprendidas por músicos profesionales como un tenor que fue a visitar a su hijo ingresado y les deleitó con su amplio repertorio. Aunque, rememoran con tristeza el proceso más emotivo al que han tenido que enfrentarse: “Un chico que sufría ELA (esclerosis lateral amiotrófica) y decidió que el final de su vida fuese con nosotras. Fue curioso que pidió la canción “A mi manera” y lo hizo como una especie de colofón a su vida, como su última canción, para describir cómo quería marcharse de este mundo y que lo hacía por voluntad propia”, expone la enfermera Maricarmen Cuenca.

Clara Marchesi incidió en que el proyecto se enmarca en el programa que fomenta de humanización de espacios y estancias sanitarias, “como una forma de ofrecer herramientas y habilidades necesarias para que profesionales y pacientes puedan hacer frente a la enfermedad, y la humanización es clave para la mejora y el bienestar”. Porque “humanizar en salud significa personalizar la atención, porque detrás de cada enfermedad hay una persona que está viviendo su experiencia de una manera determinada y tiene que incorporarlo en su vida”, concreta Marchesi.



## La dirección de Enfermería del Hospital Arnau de Vilanova envía material humanitario a Turquía

Ha realizado un envío con diversos productos de primera necesidad entre los que se hallan **ropa de abrigo, mantas, material sanitario, biberones y leche en polvo**

Con el fin de proporcionar ayuda humanitaria a las personas afectadas por el terremoto de Turquía y Siria --que lo han perdido todo--, la dirección de Enfermería del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia ha realizado un envío con diversos productos de primera necesidad entre los que se hallan ropa de abrigo, mantas, material sanitario, biberones y leche en polvo.

La directora de la Enfermería del Arnau, Ana Vargas, ha explicado que la idea surgió tras conocer lo ocurrido el pasado 6 de febrero, cuando dos terremotos de gran magnitud sacudieron el sureste de Turquía junto a la frontera con Siria y dejaron miles de fallecidos y heridos en ambos países. "Al comprender que la situación de estas personas era de extrema necesidad por la dimensión del seísmo, un grupo de sanitarios decidimos buscar material para su envío", según Vargas, quien ha destacado que poco a poco "fuimos haciendo extensiva la solicitud de material a familiares y amigos para ampliar la aportación".

"Una vez que fueron recogidos todos los productos se trasladaron al vehículo, que salía con destino a las zonas más afectadas de Turquía y Siria. El día 13 de febrero partió este transporte y el 17 empezó a repartirse el material, según nos informó el conductor", ha indicado Ana Vargas.

Se debe tener en cuenta que esta labor altruista de la Enfermería del Arnau pretende ayudar a combatir las adversidades climatológicas que está sufriendo Turquía y donde las provincias más afectadas por los seísmos son zonas donde también vive un gran número de refugiados con enormes carencias, agravadas por los conflictos bélicos.

El seísmo alcanzó una magnitud de 7,8 en la escala de Richter y provocó miles de muertos, heridos y desaparecidos. Después de este primer seísmo, se produjo una violenta réplica de magnitud 7,5 que tuvo lugar a las 14:00 hora local y a 96 kilómetros del epicentro del primero. Miles de edificios de viviendas e infraestructuras públicas sufrieron graves daños, muchos se derrumbaron y otros quedaron totalmente inservibles. Los equipos de rescate trabajaron de manera incesante en la búsqueda de personas bajo los escombros salvando cientos de vidas.

Además, las condiciones climatológicas no ayudan a las labores de rescate, ya que Turquía y Siria están sufriendo borrascas de nieve, lluvia y fuertes rachas de viento con temperaturas menores de 5°C. Por ello, la población necesita ayuda urgentemente ya que las necesidades acuciantes.



# Primer número de 'Journal Nursing Valencia'

La revista, con una **periodicidad semestral y en castellano y en inglés**, incluirá seis artículos

El primer número de la publicación con proyección internacional 'Journal Nursing Valencia' ya es una realidad.

Journal Nursing Valencia ha nacido, desde el Área de Investigación del Colegio de Enfermería de Valencia (COENV), para alcanzar los más altos estándares de investigación, aportar homogeneidad y unificación de criterios, aunque sin olvidar la necesidad de que la Enfermería amplíe sus campos de especialización, desarrolle una constante actualización de conocimientos y centre su formación en las funciones específicas de cada área concreta.

Los artículos científicos del primer número son:

**-Dolor y Calidad de Vida en pacientes intervenidos con Cirugía Mínimamente Invasiva y Cirugía Abierta (Pain and Quality of Life in patients operated with Minimally Invasive Surgery and Open Surgery).** De los autores Ana Roncalés Espeso, Dcarrío Mut, Guillermo Pou Llorens y Juan Torregrosa Valls.

**-Dermatitis de pañal en neonatos:**

**estudio comparativo de eficacia entre dos productos tópicos (Diaper dermatitis in neonates: comparative efficacy study between two topical products).** De los autores M<sup>a</sup> Victoria Orejón Lagunas, M<sup>a</sup> Dolores Cantero López, Sonia Mora Navarro, Consuelo Tárrega Guillem, Begoña Sanchis Gozábez Y Mónica Tomás González.

**-Oxigenoterapia crónica domiciliaria transitoria. Estrategia de control y seguimiento en el Departamento de Salud Clínico-Malvarrosa de Valencia (Transient home chronic oxygen therapy. Control and follow-up strategy in the Clínico-Malvarrosa Health Department of Valencia).** De los autores Josep Vicent Domínguez Balaguer y Serafina García Florencio.

**-Protección respiratoria durante la extinción de incendios forestales: protocolo para una revisión sistemática (Respiratory protection during forest firefighting: protocol for a systematic review).** De la autora Luisa F. Tamayo Orjuela.

**-Evidencia sobre la dextrocardia: revisión**

**sistematizada (Evidence on dextrocardia: systematic review).** De la autora Andrea Sánchez González.

-Índice de Kirby para valorar el distrés respiratorio en un servicio de urgencias: un estudio piloto (Kirby index to assess respiratory distress in an emergency department: a pilot study). De los autores Lucía Santonja Ayuso, Gema Arévalo Arévalo, Marta Lluesma Vidal.

La revista, que tendrá una periodicidad semestral (junio / diciembre) y se publicará en castellano y en inglés en formato digital, publicará 6 artículos en cada número. Los editores encargados de su realización son José Vicente Carmona-Simarro y Laura Almudéver Campo el comité científico está formado, inicialmente, por Gema Arévalo Arévalo, Lucía Santonja Ayuso, José Vicente Carmona-Simarro y José Javier González Cervantes.

**Enlace de la revista:**

<https://www.journursval.com/index.php/jnv>

**Correo de la revista:** [jnv@enfvalencia.org](mailto:jnv@enfvalencia.org)

## > 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.

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



## Maribel Mármol López / Presidenta de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

**“Trabajaremos duro por mejorar las plazas de especialistas, las competencias, evidencia científica y acceso a la formación e investigación”**

### ¿Cómo se siente ya desde la perspectiva de nueva presidenta de la AEC?

Me siento ilusionada, pero, sobre todo, siento que asumo una gran responsabilidad. En esta nueva etapa como presidenta, seguiré trabajando para visibilizar a las enfermeras comunitarias y su aportación específica, del mismo modo que lo he hecho durante los últimos años desde la secretaria nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) que venía ejerciendo. Me siento muy orgullosa de representar a la AEC desde su presidencia.

### ¿Cómo vivió el momento del nombramiento?

Con mucha ilusión y, como acabo de comentar, con un gran compromiso y responsabilidad. El ver que tus compañeros y compañeras apoyan tu candidatura y nombramiento, es un momento que se vive con gran emoción. Agradezco profundamente, la confianza depositada en esta candidatura y en mí, desde ese momento, asumí el compromiso de seguir adelante con fuerza y energía renovadas.

### ¿Quién le rodea en la nueva junta?

He tenido la suerte de que accedieran a formar parte de la nueva junta grandísimos profesionales, entre ellos hay enfermeras y enfermeros con cargos y experiencia en los ámbitos asistencial, de gestión, docente y de investigación, por lo que dicha junta conforma un elenco de profesionales muy preparado para liderar la AEC. La nueva Junta Directiva, se caracteriza, por un lado, por la experiencia que otorga el haber tenido un largo e importante recorrido como enfermeras comunitarias y como miembros de AEC, de personas como José Ramón Martínez Riera, Guillermina Marí, Ana Magdalena Vargas, Kike Oltra, Rafael del Pino, Francisco Javier Pastor, Albert Llorens y Vicente Gea, que ya estaban en la Junta Directiva anterior. Por otro lado, se complementa perfectamente con la incorporación de nuevos miembros dispuestos a tomar el relevo, que combinan madurez y juventud, como son Marta Gamarra, María Rodríguez, Begoña Sánchez, Isaac Badía y David Bermejo. Es una Junta Directiva que va a dar continuidad a todo lo que se ha realizado hasta ahora,

y que seguirá dando respuestas a necesidades emergentes que se traducen en nuevas demandas de la sociedad y que, continuará dando visibilidad a las enfermeras comunitarias a través de todas las socias, ya que tenemos un gran conocimiento y un capital humano excelente.

Tras la pasada Asamblea, donde se ratificó la nueva Junta Directiva elegida por sufragio, ya hemos iniciado la nueva etapa y estamos trabajando en ello para poder seguir dando respuesta a las necesidades de la comunidad y de las enfermeras comunitarias.

### ¿Cuáles son los objetivos de la asociación en esta nueva etapa?

Nuestro objetivo principal es potenciar y mejorar todo aquello que tenga que ver con la enfermería y en concreto con la enfermería familiar y comunitaria. Este objetivo tan amplio, se materializa en objetivos específicos como, por ejemplo, la creación de grupos de trabajo propios de AEC o en colaboración con el Ministerio, promover la investigación como herramienta indispensable en nuestra profesión a la vez que, divulgar los conocimientos, experiencias y resultados de la investigación enfermera, impulsar el crecimiento de la AEC mediante la captación de nuevos miembros potenciando compromisos y responsabilidades compartidas. Promover la actividad en redes sociales, tanto de la propia organización como de los socios. Crear foros de debate y divulgación de evidencias. Compartir experiencias, formar alianzas y aunar esfuerzos para trabajar en las líneas de investigación más actuales, de relevancia e importancia, innovadoras o que más interés susciten a socias y socios y a la comunidad.

En esta nueva etapa, continuaremos impulsando los convenios actualmente vigentes y trabajando en el logro de nuevas colaboraciones con organizaciones e insti-



He tenido la suerte de que accedieran a formar parte de la nueva junta grandísimos profesionales, entre ellos hay enfermeras y enfermeros con cargos y experiencia en los ámbitos asistencial, de gestión, docente y de investigación”

tuciones que favorezcan los fines de la AEC, promoviendo y favoreciendo la visibilidad y participación de todas las socias en la toma de decisiones, a través de espacios ‘ad hoc’ en la propia Web de la AEC. Igualmente, continuaremos ampliando las relaciones internacionales y las líneas de colaboración conjuntas en diferentes ámbitos, impulsando dichas relaciones con sociedades científicas, organismos e instituciones de la salud pública y la enfermería comunitaria y apostando por la creación de nuevas vocalías a nivel internacional. Para ello, fue aprobada en asamblea la nueva vocalía de relaciones institucionales e internacionales, liderada por José Ramón Martínez Riera.

### ¿Qué ventajas tienen los asociados y asociadas?

Formar parte de una sociedad científica de tu especialidad es un orgullo y asociarse y trabajar de manera activa en la asociación,

es casi un deber que tenemos todas las enfermeras comunitarias. Asociarse a la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), significa pertenecer a la sociedad científica y profesional, decana de la Enfermería Comunitaria en ámbito iberolatinoamericano. Ofrece la oportunidad de estar al día de todo cuanto acontece en el ámbito de la Salud Comunitaria y, muy especialmente, del desarrollo científico y profesional de la Enfermería Familiar y Comunitaria. Una vez se realiza el registro en nuestra web, se permite el acceso a todos sus contenidos, biblioteca, tesis doctorales y demás actividades participativas, así como, el disponer de precios especiales en las actividades científicas y formativas organizadas o avaladas por la AEC.

Igualmente, tenemos disponible la Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIDEC) para la difusión de estudios científicos, siguiendo el circuito habitual de revisión por pares. Por otro lado, AEC es una de las 10 Sociedades Científicas integradas en la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y ello posibilita el acceso a su Revista Gaceta Sanitaria. Podemos resumir diciendo que, desde nuestra asociación científica, agrupamos a los mejores profesionales en el ámbito de la enfermería familiar y comunitaria, para lograr cumplir los objetivos de mejora de la especialidad y de los cuidados que prestamos a los usuarios y que siempre estamos dispuestos a trabajar y colaborar para ello.

### ¿Cuál es el papel de una enfermera comunitaria dentro de un centro sanitario?

Las competencias de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) están recogidas y detalladas en la Orden SAS/1729/20105, de 17 de junio «BOE» núm. 157, de 29 de junio de 2010, pero podemos resumir que nuestro centro de actuación son



las personas, familias y comunidades desde una perspectiva salutogénica, preventiva y de atención a las necesidades emergentes en materia de salud y, más concretamente, hacia las derivadas de la atención a la vulnerabilidad de las personas que padecen problemas crónicos, situaciones de fragilidad y dependencia, final de vida, etc. Todo ello, siempre en el medio dónde viven las personas y dando la mejor de las atenciones posibles y manteniendo la continuidad de los cuidados.

Así, las competencias actuales van desde la provisión de cuidados avanzados en el ámbito familiar y comunitario, a las vinculadas con la salud pública, la gestión de cuidados y servicios aplicando los principios de efectividad y eficiencia, la mejora continua de la calidad de los cuidados vinculados a la docencia e investigación, usando la mejor evidencia disponible, generando y difundiendo el conocimiento y contribuyendo así al desarrollo de la profesión.

La ampliación del ejercicio profesional hacia una práctica avanzada, la autoridad para tomar decisiones y la libertad de actuar de acuerdo con la propia base de conocimientos profesionales adquiridos va desarrollando un modo de actuación, acorde con las necesidades sociales y problemas de salud que estos profesionales van a resolver. Su desempeño dentro del equipo

permite interrelacionar las competencias propias con las competencias comunes al equipo, lo que genera producción de nuevos conocimientos que contribuyen a la transformación de su práctica y a la mejora de la calidad de los cuidados de la población que atienden.

### **¿En qué situación se encuentra esta especialidad a nivel de regulación y ordenación?**

Hace ya unos años que tenemos especialidad y va creciendo el número de especialistas en enfermería comunitaria, así como la creación de las categorías en las diferentes comunidades autónomas, hecho que debe hacerse visible en todos los foros, organizaciones e instituciones relacionadas con los cuidados de las personas, la familia y la comunidad. En estos momentos, estamos pendientes de la finalización del acceso a la especialidad por la vía excepcional. Por una parte, el Gobierno debe poner fin ya a este proceso que ha durado muchísimos años, extender los correspondientes títulos y cerrar esa vía. Y, por otra parte, de manera urgente, debe aumentar las plazas de la Especialidad vía EIR para adecuar el número de especialistas a las necesidades de salud actuales.

### **¿Cuáles son sus problemas?**

Más que de problemas, me gustaría hablar de retos, tenemos muchos

encima de la mesa y trabajaremos duro por conseguir las metas que nos planteamos, entre ellas, el aumento de plazas de especialistas en todas las comunidades, las mejoras en las competencias, el aumento de la evidencia científica que sustente nuestras actuaciones, potenciar el acceso a la formación e investigación y situar a las enfermeras comunitarias en puestos de toma de decisiones en el ámbito de la atención y la gestión.

### **¿Cree que el actual programa de la especialidad debe ser objeto de revisión?**

Sí, estamos convencidos de que es necesaria una revisión. Los tiempos cambian de forma acelerada, emergen nuevas demandas en la sociedad y nuestro programa formativo y competencial es prepandemia, por ello, requiere una actualización y revisión urgente. Por nuestra parte, ofrecemos nuestra participación y colaboración a los Ministerios de Sanidad y de Universidades, para formar un comité asesor para la elaboración de un nuevo programa.

### **¿Se sienten los suficientemente valoradas por parte de las instituciones públicas?**

Cada vez somos más valoradas, las estadísticas de salud son concluyentes en el aumento de la calidad asistencial y la mejora de la salud, cuando las enfermeras comunitarias son suficientes y se les ofrece la oportunidad de trabajar con las competencias que les son propias. Con el marco estratégico de mejora de la Atención Primaria y con la creación de plazas de especialistas en muchas CCAA, estamos viendo reconocida nuestra labor, no obstante, queda mucho por hacer por parte de las instituciones públicas para que las enfermeras comunitarias sean el referente en salud que la población necesita en todos los lugares, pueblos y ciudades.



### ¿Y por parte de la sociedad en general?

Por parte de la sociedad en general, ha habido un antes y un después en el concepto sobre las enfermeras con la pandemia Covid. La sociedad se ha dado cuenta de nuestro papel relevante cuando más necesitaba cuidados de salud en la atención en su domicilio, cuando requerían pruebas o información, atención o vacunación y eso nos ha hecho crecer y visibilizarnos ante la sociedad. Ahora, el reto es conseguir que esa imagen y visibilidad se afiance y cristalice para ser reconocidas por nuestra valía como un agente imprescindible para la salud de la población.

### ¿Cuál es la diferencia entre una enfermera generalista y una comunitaria? ¿A veces la sociedad confunde ambos perfiles...?

La principal diferencia es la formación en modo interno residente tutorizada de 2 años que recibe una especialista. Esta formación garantiza una especialización en la atención en el ámbito familiar y comunitario, que por supuesto luego se verá reforzada con la

experiencia laboral y la formación continuada para dar con ello la mejor de las atenciones a los usuarios. Por otra parte, existe una convivencia de enfermeras generalistas en Atención Primaria con gran experiencia, sin haber cursado la formación de residente como enfermeras especialistas y aunque es normal que la sociedad todavía no distinga perfiles de generalistas y especialistas porque la especialidad está implantada desde hace poco tiempo, y como hemos dicho todavía son pocas las plazas de especialistas, lo necesario es el reconocimiento de la sociedad cuando se demuestre a la población los servicios que puede obtener con la especialidad y su inclusión en los equipos de salud.

### ¿Cuáles cree que son los retos de la especialidad en el presente y pensando también en el futuro?

El principal reto de la especialidad es la consolidación de las plazas para la misma, la creación de nuevas plazas de especialistas, así como el respeto y potenciación de sus competencias por parte de las instituciones, hará que muchos

egresados se animen a cursar esta especialidad. Es fundamental potenciar la figura de la enfermera especialista, dotándola de contenido específico en la práctica, potenciando su especificidad, la aceptación, el desarrollo de indicadores adecuados, así como garantizar una adecuada financiación.

### Las especialidades de enfermería en general ¿Cre que son suficientes?

Desde muchos sectores científicos y profesionales se aboga por la creación de otras especialidades, pero desde nuestra competencia y en aras de nuestra misión como Asociación Científica de Enfermería Comunitaria, nos centramos solo en fomentar y mejorar la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.

### ¿Qué reivindicaciones del colectivo de enfermería en general debería tomar por bandera en este momento?

En primer lugar, me gustaría resaltar que la AEC somos una sociedad científica, no un sindicato, por lo que las reivindicaciones laborales de enfermería, que son justas y muy necesarias como el acceso al grado A1 o la jubilación anticipada, no son de nuestra competencia, nosotras nos centramos en el ámbito científico y, en este ámbito, abanderamos la consolidación de la especialidad, la mejora de la evidencia científica de los cuidados que prestamos las enfermeras comunitarias y el situarnos cada vez más, en puestos de toma de decisiones. Nuestra sociedad científica, debe seguir apostando por una reorientación de la atención a las necesidades de nuestros usuarios, que evite prácticas basadas en técnicas sanitarias a demanda e incluso en la aplicación de protocolos no adaptados a las necesidades de cada caso y que esté basada en una atención sustentada en evidencias científicas y necesidades de cuidado.



## Rosa Vinat Collado / Presidenta de la Asociación Valenciana de Enfermería Pediátrica (AVEPED)

# “Los primeros EIR de Pediatría en la Comunidad Valenciana acabaron en 2022 pero su bolsa sigue sin funcionar”

### ¿Qué le llevó a ser enfermera pediátrica?

El primer servicio en hacer prácticas como estudiante de Enfermería fue Neuropediatría, luego Prematuros. Fueron determinantes para que quisiera ser Enfermera, porque el ayudar con nuestros cuidados a disminuir el sufrimiento del inocente para mejorar o recuperar la salud, da sentido a todo el tiempo que ocupas en una profesión. A mí me ha dado la posibilidad de no quemarme como profesional. La Pediatría abarca tantos campos que es imposible aburrirte. Los niños son los mejores pacientes del mundo, porque su naturaleza es luchar por la salud, incluso los cuidados que reciben como agresión, se les olvidan enseguida. Ellos te reconcilian constantemente con la vida.

### Aunque la especialidad se lleva cursando en España desde los años 60... ¿Qué estudios debe cursar una enfermera para lograr la especialidad de Enfermería Pediátrica?

Actualmente tener el Grado en Enfermería y luego hacer el Examen para EIR, sacar plaza y cursar 2 años de Enfermera Interna Residente. No es un camino fácil.

Sacar plaza para acceder al título de Especialista en Pediatría es algo muy difícil debido a la poca oferta de plazas que existe. Aunque, sí que es verdad que desde hace unos años la especialidad está siendo cada vez más demandada y esto hace que el número de plazas que se ofertan de esta especialidad vaya aumentando, aunque muy lentamente. El número de plazas es muy limitado e insuficiente para las necesidades de Enfermería Pediátrica en las unidades de hospitalización, primaria y ámbito escolar.

Por poner un ejemplo de los últimos años desde el año 2019 hemos tenido el siguiente número de EIRs en Enfermería Pediátrica:

- Año 2019 (Septiembre) 133
- Año 2020 (Septiembre) 190
- Año 2021 (Septiembre) 201 (estos no acaban hasta el 2023)

### ¿Qué ha pasado con los estudios EIR de Enfermería Pediátrica en la Comunidad Valenciana?

En España se cursa la Especialidad de Enfermería



Los niños son los mejores pacientes del mundo, porque su naturaleza es luchar por la salud, incluso los cuidados que reciben como agresión, se les olvidan enseguida”

Pediatría desde el año 2010, los primeros EIR surgieron en el año 2012. La Asociación Valenciana de Enfermería Pediátrica (AVEPed) nació en 2016 con la función de visibilizar la figura de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Uno de los objetivos principales y más específicos que hemos planteado ante la Conselleria de Sanidad de nuestra comunidad autónoma es la necesidad de poner en funcionamiento la bolsa de empleo específica para Enfermería Pediátrica y la creación de plazas de la misma. En 2018 nuestra asociación recibió una gran noticia con la creación de la categoría específica de Enfermera Pediátrica en la bolsa de sanidad de la Comunidad Valenciana.

Todas nuestras esperanzas han desaparecido porque los primeros EIR de Pediatría en la Comunidad Valenciana acabaron en 2022 pero su bolsa sigue sin funcionar. Es una situación injusta e insostenible, nadie se explica esta inactividad por parte de nuestra Conselleria respecto a los residentes de Enfermería Pediátrica.



En la Comunidad Valenciana, como siempre, hemos empezado tarde y vamos escasos en oferta de plazas. Tenemos hospitales muy potentes que pueden asumir sus residentes y rotaciones, sin embargo, en ocasiones el exceso de demanda de residentes de otros hospitales

más pequeños les puede saturar. Andamos faltos de recursos para poder ofrecer una formación de EIR con la máxima calidad en todos los centros al mismo nivel. Es injusto para los residentes que notan las desigualdades en la calidad de sus rotaciones, según cursen su especialidad en un hospital de tercer nivel o en uno comarcal.

**¿Es cierto que sigue sin existir una bolsa de trabajo de Enfermería Pediátrica?**

El Decreto 44/2017 da lugar a la creación de la Categoría de Enfermería Pediátrica entre otras. Lo lamentable es que tras este decreto, se creó esta bolsa, pero es virtual, haciendo perder el tiempo en entregar la documentación a las Especialistas Pediátricas. Desde el año 2018 la Conselleria de Sanidad no la utiliza. No se ha procedido a la reconversión de los puestos de trabajo y las bajas de las compañeras en las unidades pediátricas se cubren con enfermeras de la bolsa de generalistas. En definitiva, no le dan trabajo en Pediatría a los profesionales con la Especialidad. Esto supone un gran problema en las unidades de Hospitalización Pediátricas llegan profesionales no formados suponiendo un riesgo para los niños, un estrés al profesional (con miedo a lesionar a los niños, lo pasan muy mal) y el que está en la unidad siempre tiene una gran sobrecarga de trabajo y turnos, sobre todo nocturnos. No entendemos la irresponsabilidad de la Conselleria frente a la urgencia Neonatal y Pediátrica... que es vida o muerte. No entendemos como les importa tan poco la seguridad del paciente Pediátrico y menos que los sindicatos tengan tan poca sensibilidad con la Enfermería



| Especialidades / años                        | 2013       | 2014       | 2015       | 2016       | 2017       | 2018         | 2019         | 2020         | 2021         | 2022         |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) | 423        | 395        | 374        | 366        | 368        | 375          | 379          | 405          | 412          | 420          |
| Enfermería del Trabajo                       | 22         | 21         | 19         | 14         | 17         | 18           | 18           | 62           | 62           | 68           |
| Enfermería Geriátrica                        | 11         | 13         | 11         | 15         | 19         | 21           | 20           | 48           | 66           | 78           |
| Enfermería Familiar y Comunitaria            | 214        | 244        | 267        | 278        | 293        | 316          | 339          | 540          | 687          | 748          |
| Enfermería Pediátrica                        | 105        | 106        | 107        | 112        | 114        | 128          | 133          | 190          | 201          | 223          |
| Enfermería de Salud Mental                   | 188        | 182        | 181        | 183        | 183        | 193          | 203          | 250          | 255          | 285          |
| <b>Total</b>                                 | <b>963</b> | <b>961</b> | <b>959</b> | <b>968</b> | <b>994</b> | <b>1.051</b> | <b>1.092</b> | <b>1.495</b> | <b>1.683</b> | <b>1.822</b> |

Fuente: Elaboración propia CGE. Datos publicados en el BOE



ir a salto de mata. Observaciones del paciente pediátrico, que son elementales pues no saben hacerlas, desde la alimentación por edades y que hay que observar en cada patología, qué signos clínicos hay que observar.

Esto se agrava, porque muchas de las profesionales que tienen la maestría o la especialidad en Pediatría se han jubilado. Pero en conjunto la Enfermería en general se le maltrata, porque le exigen estar en todas las unidades: Quirófano. Pediatría, UCI... Teniendo un agravio con los facultativos, porque todavía no he visto a un pediatra, que supla a un cirujano. La sanidad es tan compleja que se impone una bolsa con perfil profesional, y profesionales que tengan alguna discapacidad tener puestos específicos, ¿es tan difícil organizar las bolsas? Le recuerdo a la Conselleria que la justificación de su existencia es la atención y seguridad paciente.

### ¿Cuántas plazas de Enfermería Pediátrica deberían salir en la Comunidad Valenciana para adaptarlas a las enfermeras que disponen de esta especialidad?

Las enfermeras pediátricas estamos en las Unidades de Hospitalización y de Atención Primaria, sin olvidarnos de los colegios e institutos. Atendemos a niño y adolescente desde que nace y hasta que alcanza su etapa de adulto joven, incluso algunos necesitan a la Enfermería Pediátrica para realizar una transición a la etapa de adulto más adaptada a sus necesidades, esto ocurre sobre todo en el niño con enfermedades crónicas o con diferentes capacidades.

Por lo tanto, necesitamos que al menos las plazas de las enfermeras que se jubilen en estas unidades y puestos de trabajo sean desde ya, renombradas a plazas de enfermera especialista en Pediatría. Utilizando los datos de la Conselleria sabemos que existen

| Vía de Acceso                               |                                     |                                       |                                      |                                       |                                       |                                   | Total         |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA                  | Disposición Adicional 2 RD 450/2005 | Disposición Transitoria 2 RD 450/2005 | Disposición Adicional 4ª RD 183/2008 | Disposición Transitoria 3 RD 450/2005 | Disposición Transitoria 1 RD 450/2005 | Enfermero Interno Residente (EIR) |               |
| Enfermería Obstétrica-Ginecología (Matrona) | 2.889                               |                                       |                                      |                                       |                                       | 6.125                             | 9.014         |
| Enfermería en Salud Mental                  | 2.204                               | 1.381                                 | 892                                  |                                       |                                       | 2.019                             | 6.496         |
| Enfermería del Trabajo                      |                                     | 2.132                                 |                                      | 5.706                                 | 9                                     | 102                               | 7.949         |
| Enfermería Geriátrica                       |                                     | 5.911                                 |                                      |                                       | 9                                     | 59                                | 5.979         |
| Enfermería Pediátrica                       | 2.907                               | 8.631                                 |                                      |                                       | 5                                     | 485                               | 12.028        |
| Enfermería Familiar y Comunitaria           |                                     |                                       |                                      |                                       | 9                                     | 809                               | 1.100         |
| Enfermería de cuidados Médico Quirúrgicos   | 4.474                               |                                       |                                      |                                       | 8                                     |                                   | 4.482         |
| <b>Total</b>                                | <b>12.474</b>                       | <b>18.055</b>                         | <b>892</b>                           | <b>5.706</b>                          | <b>40</b>                             | <b>9.881</b>                      | <b>47.048</b> |

Fuente: Subdirección General de Títulos. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Marzo 2019

pediátrica. Esta irresponsabilidad es maltrato a los niños y profesionales de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Los padres confiando que sus hijos están bien atendidos, pero hay una gran diferencia de seguridad

del niño entre la especialista y la profesional que llega por bolsa, casi todas no saben nada de Pediatría. No es lo mismo coger una vía a la primera por destreza, que hacerlo al quinto intento, saber qué cuidados requieren, que

enfermeras especialistas en pediatría en varios departamentos. Muchas de estas enfermeras tienen más de 40 puntos, lo que indica que llevan una larga experiencia laboral, muchas de ellas ya tienen su plaza en posesión, pero están apuntadas en la bolsa para hacer constar su especialidad, que actualmente no se le reconoce. Con estos datos y a pesar de que la Conselleria no nos aporta datos específicos, sabemos que al menos entre 150-200 enfermeras con la Especialidad de Enfermería Pediátrica podrían jubilarse en los próximos años y sería justo que estas plazas se fueran convirtiendo a plazas de especialistas, también para que las bajas temporales que pudieran causar fueran sustituidas por enfermeras con la especialidad.

### **En otras regiones sí que han resuelto el problema de las plazas de Enfermería Pediátrica ¿Cuáles son?**

Hay varias regiones que han sido pioneras en sacar plazas de la especialidad. Estas han sido Galicia y Madrid. En Galicia ya se han sacado dos veces una oposición de la especialidad y en Madrid se han reconvertido muchos puestos de trabajo, se ha empezado a llamar de la bolsa de trabajo específica para cubrir las necesidades que surgen de esos puestos. Además, en otras CCAA también han apostado por un modelo de Perfil de Especialista en Enfermería Pediátrica, claros ejemplos son las bolsas del País Vasco, Cataluña o Andalucía. En muchas de estas CCAA existen perfiles por ejemplo de enfermera especialista en pediatría para trabajar en las UCIS pediátricas o neonatales.

### **¿Qué les motivó para formar la Asociación Valenciana de Enfermería Pediátrica (AVEPED)?**

El terror, de que un profesional por no tener la destreza suficiente dañe algún niño, y tener que vivir con



este trauma. Es muy duro, tener que asumir que en enfermería debemos saber de todo, nosotros nos negamos, y por eso luchamos por esta especialidad. Los cuidados del niño hasta que llegan a su edad adulta son muy específicos y deben ser valorados como tal.

La AVEPED también surge de la necesidad de mirar al futuro, con inquietudes científicas y ser el foro de comunicación entre los profesionales de Enfermería Pediátrica de la Comunidad Valenciana, compartimos cuidados, reivindicaciones,

Con visión amplia, en la asociación puede estar todo profesional de la enfermería Pediátrica con o sin titulación de Especialista, pero nuestra parte reivindicativa va dirigida a la implantación de las Especialistas en todo cuidado de los niños de la Comunidad. Además, formamos parte de la Federación Española de Asociaciones de Enfermería Pediátrica (FEDAEP) para articular toda la Enfermería Pediátrica a nivel nacional y para

dar visibilidad a los cuidados de los niños con calidad de especialistas.

### **¿Cómo pueden contactar las/os enfermeras/os con AVEPED?**

Pueden contactar con nosotros visitando nuestra página web y RRSS como Facebook, Instagram o Twitter. Aquí las referenciamos: Web <https://enfermeriapediaticacv.com/> y en RRSS

<https://www.facebook.com/asoc.valencianaenfermerped>

<https://www.instagram.com/enfermeriapediaticacv/>

En twitter como @epediatrica

Además, dejamos el correo electrónico directo de la asociación: [info@enfermeriapediaticacv.com](mailto:info@enfermeriapediaticacv.com)

### **¿Su formación les capacita para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) pediátricas, UCI neonatales, plantas de pediatría, consultas externas, o centros de salud en consultas de niño sano?**

Exacto todas estas áreas son

específicas de la enfermería pediátrica, pero también podríamos añadir aquí las competencias que tenemos en Atención Primaria respecto al niño sano y la detección temprana de problemas de salud. También se pueden añadir otras áreas especializadas como la enfermería escolar o los cuidados paliativos pediátricos en las unidades de hospitalización a domicilio o los hospitales de día pediátricos.

### ¿Cuáles son las funciones de la enfermera pediátrica? ¿La enfermera escolar sería entonces una de sus salidas profesionales?

La enfermera Escolar mejora la calidad de vida del alumnado, atendiendo sus necesidades y problemas de salud, actuando en la prevención de enfermedades, accidentes y promoviendo la salud de toda la Comunidad Educativa. Con especial hincapié en el alumnado con necesidades de salud especiales y con enfermedades crónicas como el asma, Diabetes, cardiopatías y epilepsias...

### Su especialidad requiere además una formación continuada relacionada con los calendarios de vacunación, prevención de enfermedades, lactancia materna, educación para padres y comunicación con adolescentes en temas de drogas y sexualidad...

Toda especialidad requiere una formación continua y continuada, esta es una de las funciones y objetivos de AVEPED y la FEDAEF, poder compartir todos los avances en los cuidados de enfermería en Pediatría. Nos reunimos cada dos años todas las asociaciones del ámbito nacional en un congreso que organiza FEDAEF, en dos ocasiones la sede de este congreso ha sido la Comunidad Valenciana. La última, en septiembre de 2022 reunión a un gran número de



Es muy duro tener que asumir que en enfermería debemos saber de todo, nosotros nos negamos, y por eso luchamos por esta especialidad. Los cuidados del niño hasta que llegan a su edad adulta son muy específicos y deben ser valorados como tal"

profesionales de la enfermería Pediátrica de todo el territorio Español. Adjuntamos el enlace a la noticia de este último evento: <https://enfermeriapediatricav.com/gran-participacion-de-los-socios-as-de-la-aveped-en-el-iii-congreso-nacional-de-asociaciones-de-enfermeria-pediatica-celebrado-en-valencia/> De este congreso surgió la campaña de visibilidad de la Especialidad de la que forma parte la siguiente imagen: <https://enfermeriapediatricav.com/dia-mundial-de-la-infancia-las-enfermeras-pediatricas-por-la-excelencia-de-los-cuidados-de-pediatria-en-todos-los-ambitos-de-trabajo/>

### Por eso..., ¿el día a día de una enfermera especialista en pediatría varía mucho según la ubicación en la que esté trabajando?

Las actividades de Enfermería Pediátricas son según su ámbito de actuación, muy específicas,

pero si tienes una formación de especialista has trabajado en todos estos campos y luego ya es más fácil trabajar en ellos. Esto es debido a que durante la residencia y a lo largo de todos los años de experiencia en la pediatría por la vía excepcional ya ha trabajado con el Recién Nacido Sano, el RN patológico, en la UCI Neonatal, Planta Pediatría general que hay desde 28 días y hasta 14 años todas las patologías según edad. También se abordan plantas con niños recién operados, oncológicos, Urgencias Pediátricas, UCI Pediátrica, Primaria en el programa de niño sano, en el ámbito escolar y hasta la hospitalización a domicilio.

### En 2016 las profesionales de Enfermería que habían estado trabajando en áreas de pediatría tuvieron la oportunidad de obtener la especialidad por vía extraordinaria (realizando un examen) ¿Cuántas lo lograron?

Más de 8.500 enfermeras aprobaron este exámen en toda España.

Con estos datos y a pesar de que la Conselleria no nos aporta datos específicos, sabemos que al menos entre 150-200 enfermeras con la Especialidad de Enfermería Pediátrica podrían jubilarse en los próximos años y sería justo que estas plazas se fueran convirtiendo a plazas de especialistas, también para que las bajas temporales que pudieran causar fueran sustituidas por enfermeras con la especialidad.

### ¿Tener la especialidad les permite acceder al doctorado sin hacer máster?

Así es, la residencia de Enfermería Pediátrica permite al residente empezar un camino hacia el doctorado, empezando por ejemplo con su Proyecto de Fin de Residencia. Al finalizar la especialidad por vía EIR se adquieren los créditos necesarios

para acceder a la realización de un doctorado. Es importante tener en cuenta el peso que tiene la formación en investigación dentro de la especialidad y que un requerimiento para adquirirla es presentar un trabajo fin de residencia (equiparable con un trabajo fin de máster).

### **El III Congreso Nacional de Asociaciones de Enfermería Pediátrica celebrado en Valencia fue un éxito...**

Un éxito rotundo, viniendo de la pandemia, con el cansancio que nos ha ocasionado. 119 trabajos, 270 participantes, un ambiente con profesionales mayoritariamente jóvenes (un futuro prometedor). Las ponencias muy prácticas para aplicar al día a día, que es lo que interesa, aumentar la calidad asistencial al niño, dando conocimientos de calidad a los profesionales.

### **¿Las enfermeras pediátricas conocen las particularidades de los cuidados según la edad de cada niño?**

Trabajamos según la edad el niño por esto es tan compleja, y es unas actividades muy personalizadas, no es lo mismo trabajar con RN sano, Patológico, Lactante menor de 1 año o lactante de 24 meses, preescolares, Escolares adolescentes. También tratamos pacientes pretérmino, con la complejidad de cuidados que implica, y todo ello siempre desde la comunicación a sus familias también según edad, madurez, patología etc. La familia y el niño son un binomio inseparable al que tratar al mismo tiempo.

### **¿Cuáles son las patologías más habituales en niños/as de edades comprendidas entre los 3 y los 6 años que acuden a consulta?**

Las patologías más frecuentes en esta etapa son las enfermedades infecciosas. Destacando las

respiratorias, este año como ya sabéis las estamos viviendo especialmente graves ya que precisan hospitalización los niños que acuden por bronquiolitis por virus, neumonías o gripes.

### **¿Estas enfermedades afectan en algún modo a su rendimiento académico puede afectar en un futuro?**

Afortunadamente suelen ser leves y si necesitan hospitalización suelen entre una semana y poco más, ya si entramos en las graves que tiene que ir a las UCIS la cosa cambia, será según secuelas. En el nivel escolar lo que más afecta son a los niños con patologías crónicas. Aquí se podría añadir que cada vez más, debido a los avances tecnológicos, hay más población pediátrica con enfermedades crónicas y que pueden acudir a la escuela. Antiguamente un niño con diabetes no acudía a la escuela.

Afortunadamente se avanza y se intenta poner los medios para escolarizarlos y normalizar su día a día. Los padres son maravillosos en el cuidado y avance a esta normalidad. pero al carecer de enfermera escolar muchos de estos padres se ven obligados a dejar sus profesiones para atender el casa y colegio a estos niños, aunque hay colegios de educación especial, pero hay niños que son de integración y ahí está el problema para estos padres por la carencia de enfermera escolar, tiene que convertirse en enfermeros/as

### **¿Qué tipo de tratamiento o control hay que imponerles a estos niños/as?**

Lo que más afecta a los niños, es la falta de educación para la salud. Y esto es una función específica de enfermería. Un niño que se le educa en el cuidado de su salud para alcanzar los conocimientos y hábitos saludables sería extremadamente rentable a la sociedad. Se trata de apostar por la educación para la salud

para crear adultos sanos y con estilos de vida saludables. Todas las patologías y hábitos tóxicos generan tanto sufrimiento y gasto sanitario en la etapa adulta y es tan sencillo prevenirlo...simplemente se necesitan recursos personales y personal cualificado para impartir estos conocimientos y que tengan las herramientas de enseñanza adecuadas para calar en los hábitos de nuestros niños.

### **¿Con un correcto seguimiento de especialistas sanitarios y especialistas de entes educativos podrían llegar a minimizarse los efectos de estas enfermedades en el rendimiento escolar?**

La coordinación de estos profesionales es fundamental y esto lo vivimos en las unidades docentes de hospitales, esa coordinación hace que el niño tenga una estancia mucho mejor, extrapolando al ámbito escolar sería unos resultados muy buenos, porque los profesionales docentes necesitan el apoyo de la enfermería escolar y esto es innegable, Los dirigentes se van a lo complicado y lo más sencillo y rentable para el ciudadano no lo ven.

Niños educados en salud son adultos mas responsables con su salud y el gasto sanitario ocasionado por conductas insalubres disminuye, generando una ganancia para todos. Los niños valencianos necesitan y se merecen tener cuidados de Enfermería de calidad, por esto desde AVEPED vamos a seguir reivindicando que las unidades sean desde la supervisión y toda profesional, en el ámbito del cuidado del niño, sean Especialistas en Pediatría, por sentido común, cosa que es patético tener que manifestarlo a la Conselleria de Sanidad. Como ciudadana, siento indignación y vergüenza que mis nietos, no sean asistidos por una enfermería de calidad, por una enfermería pediátrica.



## La Asociación de Jubilados San Juan de Dios celebra su festividad patronal



Un acto en el que la **confraternidad** y la **concordia** fueron la tónica entre todos asistentes

La festividad patronal de la Asociación de Jubilados San Juan de Dios del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia se celebró, como es tradición, el primer domingo de marzo con una gran acogida y afluencia de público. Un acto en el que la confraternidad y la concordia fueron la tónica entre todos asistentes.

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.

El momento más emotivo de la ceremonia llegó 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 del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), Juan José Tirado, quien apeló a la unidad de toda la Enfermería para disponer de mayor capacidad de negociación en todas las reivindicaciones en las que colectivo.

Acto seguido se hizo entrega de los galardones de fotografía que, en esta edición, han recaído en la obra 'Amanecer Patacona' de Dolores Furquet Tavera, como tercer premio; el segundo premio fue para 'Primavera' de Concha Montaner Ramírez, y el primer galardón fue recibido por Amparo Tontonda De Los Santos por su imagen 'Tras las huellas'. Unas fotografías que pertenecen a personas no profesionales pero que, a pesar de ello, poseen una gran calidad y estética. Entregaron los galardones el presidente de Honor del Colegio de Enfermería de Valencia, Francisco Mulet, y el presidente de la Asociación de Jubilados San Juan de Dios, Francisco Soto.



Tras el certamen de fotografía, se repartieron los tres premios literarios que este año han ido a parar a las obras: "Vivir más, o vivir mejor" de Juan Andrés Martínez Cabezas (como tercer premio), "Interesante y emocionante" de Teresa López Sanz, que se erigió como segundo premio de la selección de narrativa. Mientras que el primer galardón se entregó a Natividad Jaraba López por su excelente texto: "Triaje". Los encargados de conceder los premios fueron Francisco Soto y la presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia, Laura Almudéver.

La festividad rindió un homenaje a los jubilados honoríficos con más de 50 años como colegia-

dos. Profesionales de la Enfermería a los que se les debe 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 colegiados ha sido: Adelaida Aynat González Mataix, Amaya Basagoiti Bilbao, Carmen Gómez Pastor, Delicias Tortosa Vidal, Desamparados Pérez Arroyo, Dolores Serrano Jarque, Domingo Navarro Fernández, Encarnación Frigola Ballester, Fernando Moya Montoliu, Gema Borrás Juan, Inés Abad Ballano, Isabel Vallcanera Cebolla, Antonio



Mínguez Gilabert, María Teresa Beneto Pascual, Pilar Marco Peiró, Ricardo Chafer Baldres, Teresa de Jorge Asensi, Trinidad Visado Mazón, Vicenta Gómez del Toro y Virtudes Molina Sevilla.

Las placas conmemorativas de colegiados de honor del Colegio de Enfermería de Valencia fueron otorgadas a Manuel Antonio Paredes Planells, quien ha dedicado toda su vida a la Enfermería. Paredes inició su carrera profesional en el Hospital General de Valencia, en el Servicio de Urgencias, entre los años 1981 y 1985 y, desde ese momento, hasta 2022 ha desarrollado su vida laboral como enfermero de empresa en la Mutua Laboral de Accidentes de Trabajo.

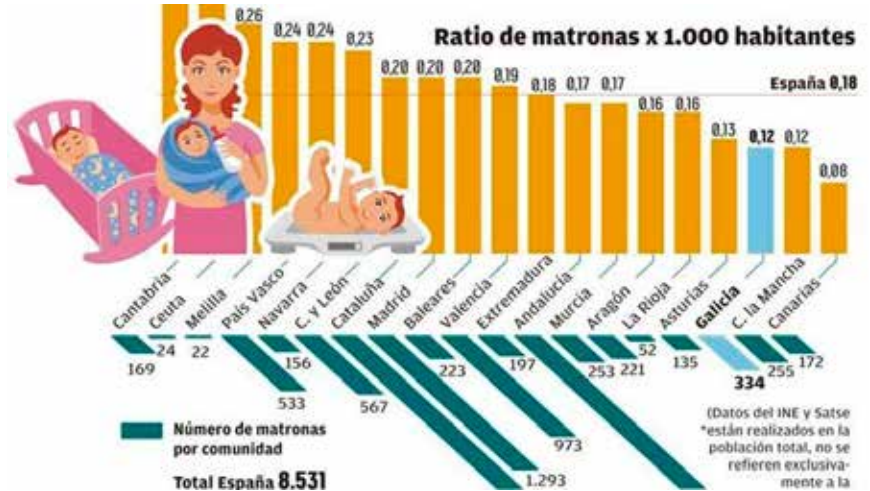
El segundo nombramiento como colegiada de honor se entregó a María Salud Gurbés Llopis. Una enfermera que por donde ha pasado a impregnado de excelencia profesional. Su biografía profesional comenzó en el año 1976 en el Hospital Clínico Universitario de Valencia en una sala de cirugía general de "mujeres", al tiempo que cursaba los estudios en la Facultad de Medicina para ser enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología: matrona. En el año 1982 fue nombrada supervisora del Servicio de Urgencias de este Hospital. Nuevamente en (1991) se le nombró supervisora del Servicio de Consultas Externas del Hospital Clínico. Poco tiempo después pasó a ser enfermera adjunta a



la Dirección de Enfermería del Clínico. En el año 1997 ocupó el cargo de enfermera profesora de Enfermería Materno-Infantil en la Escuela Universitaria de Enfermería La Fe de Valencia, hasta el año 2000. En 2018 fue nombrada subdirectora de Cuidados, Investigación y Docencia del departamento de salud Valencia La Fe. La tercera distinción recayó en una enfermera de la amplísima trayectoria profesional y académica: Amparo Nogales Espert. Amparo ha sido jefa de Enfermeras del Hospital Infantil José Selfa, Escuela de Puericultura de Valencia. Enfermera del Hospital Malvarrosa de Valencia. Directora de la Escuela de Enfermería La fe de Valencia. Máster en Docencia en Enfermería por la Universidad Europea de Barcelona. Máster en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid. Doctora en Historia Moderna por la Universidad Literaria de Valencia. Doctora en Ciencias Biomédicas por la Universidad Complutense de Madrid. Profesora Titular de Universidad de la Facultad de Ciencias de la salud, Universidad Rey Juan Carlos. Actualmente Profesora Honorífica. Académica con Número de la Academia de Enfermería de la Comunidad

Valenciana. Además, ha publicado numerosos libros y artículos científicos. Se realizó, además, un sorteo de regalos cedidos por las dos entidades colaboradoras. La Aseguradora AMA (Mutua de los Profesionales Sanitarios) y el Banco Sabadell que fueron repartidos entre el público asistente. El broche de oro lo puso la presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia, Laura Almudéver, con un discurso en el que elogió la función crucial de la Enfermería en la sociedad. La presidenta del COENV felicitó a los colegiados de honor y premiados y aplaudió la trayectoria de los homenajeados. En sus palabras transmitió a todos/as "que estoy a vuestra disposición, que me siento muy orgullosa de ser enfermera y de vosotros, por haber hecho de la Enfermería una profesión digna y completa". "Me siento orgullosa de todo lo que construisteis por y para la profesión, y de vuestra implicación y compromiso con este (vuestro) Colegio. Gracias por ser nuestros referentes profesionales y personales. Y gracias por ser, todos vosotros y vosotras, la luz guía que nos sigue marcando el camino", concluyó Laura Almudéver.

# Y el "suma y sigue" pero más de lo mismo



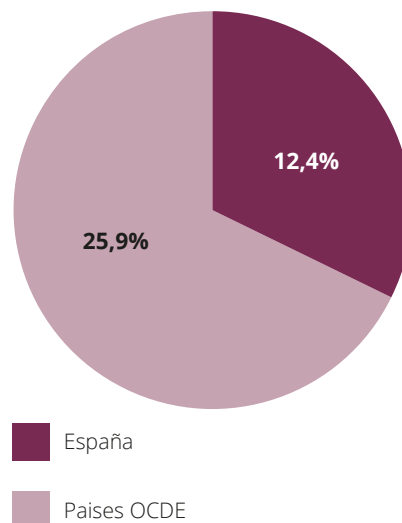
Como pasa el tiempo, ¡es increíble! No tengo certeza si es solo una autopercepción o una realidad generalizada, ¿no os pasa? o ¿será la edad que nos altera la percepción espacio-tiempo?. Quiero pensar que es la vorágine de cosas en las que estamos inmersas-os que nos hace vivir, a veces, fuera del presente. Sea como sea, ya estamos en marzo, un mes de inicio de la primavera, generalmente de sol y con nuestra espectacular celebración de las fallas, y el olor a pólvora en las calles.

No quiero ponerme en plan bucólico, sino irme al plano de la realidad, una realidad que tampoco es que haya cambiado mucho, la verdad, pero que creo debo recordar porque es un suma y sigue de más de lo mismo, la falta de matronas a nivel nacional para poder garantizar una atención adecuada, y la discriminación del ratio de matronas respecto a la Comunidad Europea, que nos sitúa en el cuarto lugar por debajo de la lista, solo está peor que nosotros, Hungría, Eslovenia y Rumanía. Según los últimos datos, se calcula que en España se necesitarán entre 5 a 7 mil matronas, lo que supone el gran problema de reemplazo generacional en la profesión.

En general, se calcula que España perderá el 40% de matronas en los próximos 5 años y en particular,

por ejemplo en Aragón, 1 de cada 5 matronas se jubilará en esta década y un 10% de esa cifra será este mismo año. Dicho de otra manera, y según los últimos datos del 2021, la ratio en España es de 14 matronas por cada 100.000 habitantes y 12,4 matronas por cada 1.000 nacimientos, frente a las 34 matronas por cada 100.000 habitantes y 25,9 matronas por cada 1.000 nacimientos de media en la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos).

Matronas por 1.000 nacimientos



Por otro lado, aunque en un par de meses se incorporarán nuevas-os residentes a la formación por la

vía EIR a nuestra especialidad y a las otras existentes, desde aquí mi enhorabuena, no son suficientes, ni en la nuestra ni en las otras para las necesidades que actualmente tiene la población, en general, y las mujeres en particular.

Existen diferentes motivos, entre ellos, no se ofertan todas las plazas que el Ministerio tiene acreditadas. Esto es la pescadilla que se muerde la cola, me explico: como la tasa de natalidad ha descendido tanto y los requisitos para acreditar un hospital o un departamento de salud es que tenga mínimo 1000 partos al año, algunos se verán comprometidos para poder iniciar la formación o seguir si es que ya la tenían.

Claro estos mínimos, al igual que el número de partos totales (80) están basados en tasas o cifras de hace 15 años, lejos de la realidad actual. Así que muchos departamentos de salud, su Dirección o sus Gerentes, aceptan menos residentes por una cuestión, o sólo económica sino de calidad formativa, aunque claro, hay que decir que qué casualidad solo pasa con la especialidades de enfermería.

Así que, a modo de resumen, por un lado tenemos: el incremento de jubilaciones en un corto periodo, menos residentes de las/los que se necesitan para el relevo generacional

## Guía de acompañamiento al duelo perinatal



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

y por otro, el “partocentrismo” en los requisitos u objetivos que debe cumplir un residente, que por otro lado perpetúa la extendida creencia social

de que las matronas solo “atendemos partos o expulsivos” mermando la posibilidad de desarrollar otras competencias en las que la matrona es, o debería ser, un referente para la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Si a todo lo anterior, y como ya he venido explicando, sabemos que la siguiente promoción de matronas finalizará a finales de julio, el hecho de que, según fuentes del sindicato de matrona de España (SIMAES), aunque la Consellería amplíe el plazo de vacaciones desde el 15 de junio al 15 de octubre, ambos incluidos el problema está de nuevo sobre la mesa como el año anterior.

Y por último, y como guinda de este pastel, aún no está resuelta la última OPE celebrada en septiembre y el

movimiento que esto pueda suponer, el panorama no es otro que el de un futuro nada halagüeño para nuestro colectivo, que como siempre me pregunto, qué es lo hemos hecho para estar tan mal tratadas y de nuevo, con pretensiones de quedar relegadas a los mismos espacios de hace casi 30 años, el paritorio.

Como nota de color y para finalizar con mejor sabor de boca, informaros que en junio volvemos a realizar una nueva edición del curso “Duelo Perinatal” los días 5, 7, 12, 14 y 19 (más información en la web [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org)).

Compañeras, el futuro es de unas pocas pero el presente es de todas. Seguimos caminando y batallando para defender lo que ya debería ser un hecho, que haya una matrona donde haya una mujer.

# Explotación sexual y reproductiva: vulnerando derechos

Actualmente vivimos en un neoliberalismo que parece que todo lo permite y en lo que todo está permitido, con falacias argumentales que apelan a la libertad, a saber, libertad para decir lo que se quiera de la manera que sea, hacer lo que se anhela aunque sea a través de la violencia, utilizar cuerpos de mujeres y niñas para un problema que lleva confundiendo a la sociedad entre lo que es género y lo que es sexo, comprar y traficar con personas, explotar el cuerpo de mujeres intentando convencer de que lo venden porque quieren, en definitiva, volviendo a cosificar y despersonalizar a las mujeres, sus cuerpos y sus mentes, con fines machistas y patriarcales, perpetuando el deseo de los hombres sobre la posesión de las mujeres.



Pasamos ya épocas en las que las mujeres debían pedir permiso a sus maridos para sacar dinero del banco, se les pedía autorización para realizarse una ligadura tubárica (esterilización) aunque fuera más complicado que una vasectomía, no fuera cosa que su “masculinidad fuera mermada”, se les pedía permiso para trabajar, para casi todo, hasta casi para vivir.

Un modelo de dominación del hombre sobre la mujer y de sumisión de ésta, en la que se consideraba un ser inferior y desprovisto de cualquier capacidad o competencia autónoma. Y puede que a muchas os sorprenda, porque no lo hayáis conocido, pero no estamos hablando de hace siglos, hablo de un pasado reciente. Ahora las formas son más... como decirlo, más sibilinas, porque admitir que lo que ha cambiado son las formas pero no el fondo, sería admitir que poco ha cambiado la concepción de igualdad por razones de género o de equidad por razones de sexo, a decir verdad, algo hemos cambiado en esta sociedad machista y patriarcal pero más

nos queda por cambiar, la explotación sexual y reproductiva de las mujeres en el SXXI.

## EXPLOTACIÓN SEXUAL

Puede que de la **explotación sexual** todo el mundo entienda que me refiero a la **prostitución**, al pago a mujeres (generalmente) por mantener relaciones sexuales, del tipo que sean, a petición de un hombre por deseo de poseer no solo su cuerpo sino también su voluntad, por eso de que “el que paga manda” sometiéndolas a cualquier práctica por humana o inhumana que sea, incluso con violencia.

Ya sabemos el flaco favor que ha hecho la industria del porno a las mujeres, fomentando el porno violento como una manera más de normalizar las relaciones sexuales, generalmente heterosexuales, en la práctica de la prostitución. Ya no solo es suficiente y deleznable tener que pagar por ello sino que sea para satisfacer sus prácticas violentas sobre las mujeres que en situación de vulnerabilidad social y económica acceden a este infernal



mundo, por mucho que lo vendan como “trabajo” o “voluntario”.

Como colofón a este neoliberalismo salvaje, anteriormente mencionado, que se haga **apología pública de la explotación sexual** de personas, en su mayoría mujeres y que se aplauda como lo “normal” creo que es digno de reflexionar cuanto menos. Me explicaré.

No podía quedarme impasible ante la de cantidad de barbaridades leídas por las redes sociales (RRSS) ante las declaraciones de un actor premiado con un “Goya”, un actor con una enfermedad discapacitante, que por cierto no es excusa, haciendo un alegato público en la Gala de los Premios, sobre **“el derecho al sexo de las personas con discapacidad”** no solo delante de un auditorio lleno de personas relacionadas con el mundo del cine, también autoridades locales y nacionales, y lo que es peor, televisada. Si analizamos detenidamente el alcance de sus palabras, a voz de pronto le diría que:

**1º.- La sexualidad no es un derecho** como tampoco es obligación el tener relaciones sexuales, sean coitales o no. Si de un derecho se tratara, supondría que el gobierno debería “proporcionarlo” o garantizar el cumplimiento del derecho. Lo que si existe son los Derechos Sexuales, y el Derecho a una Salud Sexual sana y/o saludable.

**2º.-** Si que tiene derecho a disfrutar, como todo ser humano, de su sexualidad y sus diferentes formas de expresión, pero NO acosta de la explotación de mujeres, (en su mayoría) y hombres, vulnerables, necesitadas/os pero sin deseo o con un consentimiento viciado por la necesidad. Os resultará duro, pero ya me diréis la libertad de consentimiento que tiene una persona en esa situación.

**3º.-** Si el argumento es que es un “trabajo”, “voluntario y digno”, como dicen algunos por RRSS, no sé qué pasa que no se disminuye la lista del paro o de desempleo, claro.

**4º.-** Si tan estupendo es, que casualidad que el **95% de las personas metidas en la prostitución son mujeres y son hombres que los consumidores** (independiente del género expresado), muchos misóginos con derecho, previo pago, a humillar y hacer las mil perrerías a mujeres vulnerables y en condiciones socioeconómicas nada favorables.

**5º.-** Que la **discapacidad física o mental no es un atenuante** para ser “incapaz” de lograr mantener relaciones sexuales, como tampoco lo es el ser feo, gordo, calvo o cualquier otro rasgo físico o de carácter que dificulte al varón el acceso libre y consentido a las relaciones sexuales con otras personas. Raro es que esta “reivindicación” la hiciese una mujer.

**6º.-** Que consumir pornografía violenta desde adolescencia y sin educación o formación adecuada, conduce a ser más proclive a ser un consumidor de la prostitución, vamos lo que viene siendo un “putero”, que por supuesto no tiene por qué estar relacionado con el estatus socio-económico, hay de todo en todos.

**7º.-** La demanda de prostitutas, por demanda de gustos de lo más variopinto de los puteros o consumidores de prostitución, a su vez, **fomenta la trata de seres humanos**, es decir, el **tráfico de personas**, compraventa de mujeres mediante mafias, para ser “usadas como mercancía más barata, necesitada y a veces ya dañada”, así que un punto más para abolir esta práctica.

Desde el punto de vista ético, a estas alturas, las/los que han leído varios de mis artículos comprenderán que se violan derechos humanos (DDHH) entre ellos el de la dignidad, si la personas se cosifican (despersonalización) como objeto de usar y tirar, poca dignidad o ninguna se les da, y se vulneran en realidad los derechos humanos (DDHH), sexuales (DDSS) además de varios principios de fundamentales de la ética, no solo desde la ética principialista sino también personalista y humanista.

## EXPLOTACIÓN REPRODUCTIVA

**“Los úteros de mujeres con muerte cerebral no deberían desperdiciarse”: polémica por artículo del Colegio Médico Colombiano**



Para seguir y poder entender un poco el contexto en el que me voy a centrar hace falta definir los conceptos que voy a ir manejando a lo largo de este apartado.

Para seguir con la **explotación reproductiva**, que caso más alarmante el de lo último leído sobre la posibilidad de utilizar cuerpos de mujeres en estado vegetativo para servir como úteros y gestar hijos-as para otros. Descabellado ¿no? No, no forma parte de ningún guion de Matrix, no, sino de la distopía en la que estamos viviendo más cruda y real que la que podemos ver en las pantallas de cine o televisión (serie de La Criada).

En España es una práctica ilegal o prohibida por la ley 14/2006 aunque hay países que está legalizada y es ahí donde generalmente van a “comprar” (acto inmoral o no ético) a sus hijos, como única oportunidad de ser padres, algunos hasta convertirse en países “granja de mujeres” con este fin, como es Ucrania y otros del continente americano.

Pero ¿hay diferencias entre vientre de alquiler, gestación subrogada o maternidad subrogada? ¿Qué es o en qué consiste la subrogación?

Parece más conveniente por definir lo que es la subrogación en términos generales para luego ya entrar en su aplicación “comercial” sobre el proceso de gestación.

- **Subrogación**, sustantivo del verbo subrogar, es un término empleado en derecho relacionado con la delegación o reemplazo de competencias hacia otros; es un tipo de sucesión. Se trata de un negocio jurídico mediante el cual una persona sustituye a otra en una obligación. Así, dentro de esta doctrina las principales clases de subrogación

son la real y la personal, según se trate de sustituir una cosa por otra o una persona por otra.

También se recoge en el artículo 1210 del Código Civil que la Subrogación es el acto de sustituir una persona física por otra ante unas obligaciones o derechos, de manera que el nuevo titular se comprometerá con el cumplimiento del pago de esa deuda y en este mismo artículo refiere las diferentes formas de subrogación. En resumen, es un negocio en el que lo que se vende y se compra es una persona, un ser humano. También como hemos dicho, se utiliza el término “sustitución”.

- **Vientre de alquiler:** Aquí realmente se está cosificando a la mujer y haciendo referencia a una parte de su cuerpo, vientre, donde se ubica el órgano necesario e imprescindible para la gestación, su útero en el que se desarrolla el embrión/feto, que “se alquila”, se utiliza sin tener en consideración de que quien es propietaria de ese órgano es la propia mujer pero que se invisibiliza porque realmente no le importa al que renta o alquila, previo pago por el uso temporal. Imaginaros dónde están sus derechos como persona si solo se contempla una parte de su cuerpo alienando todo lo demás.

- **Gestación subrogada (GS) o por sustitución:** Con este término la sociedad ya es más ambigua, pues para unos, es un acto inmoral la compraventa de personas humanas pero para otras, es la solución a sus problemas de infertilidad del 30% de las parejas que fracasan en los Tratamientos de Reproducción Asistida (TRA) o para parejas homosexuales con “deseo” de ser padres o banalizando la cuestión, para famosas que no quieren ver alterado su cuerpo porque viven de su imagen (a todos nos sonarán famosas cantantes, actrices o gente de la llamada VIP (Very Important Person), que sobre todo frivolan con este proceso fisiológico que en principio, cualquier mujer en edad fértil puede, si quiere, recurrir para tener hijos.

Creo que en este contexto, en el que el artículo va dirigido a profesionales de la obstetricia, está de más

explicar la definición que da la RAE y la OMS, pero la definición jurídica es: “Período de tiempo comprendido entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto”.

Supongo que también está de más explicar los cambios físicos, psíquicos y emocionales que ocurren en una mujer durante la gestación; los riesgos que puede llevar su embarazo, las complicaciones durante el parto y las secuelas en el puerperio.

### TIPOS DE GESTACIÓN SUBROGADA (GS):



- a) **Gestación subrogada tradicional,** la gestante pone su propio óvulo y el esperma es de la otra pareja (contratante) o de donante masculino. Una madre gestante es la madre genética de un niño, porque su propio óvulo, fertilizado por el material de un futuro padre o donante, se usa para el embarazo. Raramente se usa por razones morales y éticas, ya que sucede que una madre gestante no quiere dar el recién nacido, considerándolo suyo.

- b) **Gestación subrogada gestacional,** la gestante tiene ovulo y esperma de la pareja contratante el tipo más común, una combinación exitosa de los logros de la biología, la medicina, la ciencia y la tecnología. En este caso, el óvulo de una futura madre o donante es fertilizado por la FIV y se coloca en el útero de una madre gestante para la gestación. En este caso no existe una relación genética entre la madre gestante y el niño. Y el niño está 100% relacionado genéticamente con una pareja. Dado que el óvulo se extrajo del útero y se fertilizó, se examina el óvulo y el embrión resultante para que este

último esté sano y la transferencia sea lo más exitosa posible.

Dentro de este tipo se encuentran algunas variantes como son:

- b-1) Subrogación con un embrión propio.** Si los ovarios de una mujer funcionan normalmente, se somete a estimulación hormonal, luego de lo cual se toman óvulos maduros por punción folicular. Se fertilizan con el material biológico del padre o donante. Después de unos días, el embrión sano resultante se transfiere al útero de una madre gestante.

- b-2) Gestación subrogada con su propia madre gestante.** En este caso, una pareja llega a la clínica con su madre gestante. Esto puede ser una pariente o amiga cercana. Este tipo tiene varias ventajas. En primer lugar, es “tu propia persona”, madre gestante emocional o genéticamente cercana a futuros padres. En segundo lugar, la conoces bien (salud, hábitos, rasgos de carácter) y confías en ella. En tercer lugar, ahorras en servicios de selección y remuneración.

- b-3) Gestación subrogada con donación de óvulos.** Está previsto cuando una futura madre tenga problemas con sus propios óvulos sanos. Luego se selecciona una donante de ovocitos más adecuada, después de la terapia hormonal, se le quitan los ovocitos y se fertilizan. Después de eso, se implantan embriones sanos en la cavidad uterina de una madre gestante. En este caso, tampoco existe una relación genética entre el niño y la madre gestante. La relación genética del niño es del 50% de la donante de óvulos y del 50% del hombre de la pareja que pidió este procedimiento.

El criterio más importante para la disponibilidad de gestación subrogada es la remuneración de una madre gestante. En este caso, la gestación subrogada puede ser:

- **Subrogación altruista:** una madre gestante no recibe una recompensa separada por llevar y dar a luz a un niño. Pero los futuros padres están obligados a reembolsar todos los gastos incurridos por ella: legales, médicos, gastos de comida, ropa, traslado, alojamiento, etc. Este tipo ocurre en los



supuesto, se es madre/padre hasta el final de los días. ¿Podéis imaginar a una mujer que se somete a la GS tener que estar completamente dissociada para no sentir nada con el niño-a que lleva en su vientre? Salvo patología yo no lo concibo porque la maternidad es una vivencia vital de amplio espectro social y cultural, además de físico y emocional, vital para la mujer.



Pero y ¿qué pasa con el puerperio? Suponiendo que todo trascurra de manera fisiológica, eutócica o sin complicaciones, ¿alguno de los compradores piensa en su salud mental o solo en el beneficio que va a obtener económico y que le debe compensar cualquier problema? “Como te pago no tienes derecho a nada”, la mujer pasa a ser una cosa (persona) sin derechos perteneciente a alguien, esclava, de unos amos que la van a controlar, si fuera necesario, y a vigilar por si tiene alguna iniciativa fuera de lo estipulado en el contrato.

La mujer, además de estar en una situación social y económica vulnerable, la gestación aún la hace más, lo que acaba convirtiéndose, además, en otra víctima del sistema patriarcal y misógino donde a las mujeres se les niega la capacidad de sentir apego con sus hijos engendrados a partir del deseo de otras personas. Como resultado podemos tener mujeres

en durante el puerperio con un duelo no permitido, con sentimiento de culpa o traumatizadas o con una alexitimia cronicada, es decir, “incapacidad de identificar, reconocer, nombrar o describir las emociones o los sentimientos propios, con especial dificultad para hallar palabras para describirlos”.

No voy a abordar aquí las secuelas o consecuencias psicológicas de los niños y niñas nacidos bajo este proceso, porque entre otras cosas, son los únicos que tendrían derecho de ser queridos y tener una familia que garantice su desarrollo y crecimiento saludable en el más amplio sentido.

Según un artículo leído, “la maternidad es un fenómeno sociocultural complejo que trasciende los aspectos biológicos de la gestación y del parto, pues tiene además componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos del ser madre que se construyen en la interacción de las mujeres con otras personas en escenarios particulares” y ser madre o padre, no es ningún derecho ni obligación, es un deseo que a veces conlleva frustración al no poder aceptar una realidad que no puede ser regulada o legislada a costa de someter a otras personas. No se puede legislar sobre deseos, no habrían leyes suficientes puesto que los deseos son algo personal y por lo tanto, subjetivos. No se puede regular leyes para “deseos”.

### CONCLUSIONES

Llegadas a este punto es fácil adivinar porqué es una práctica NADA ética y que incumple con muchos de los valores y principios éticos además de vulnerar los Derechos Humanos, pero a modo de resumen:

- La maternidad subrogada no existe, se es madre desde que se gesta hasta el final de tus días y el proceso físico, psíquico y emocional no se puede (no se debe) subrogar (vender), es un proceso vital en la vida de una persona.
- La esclavitud humana está abolida, no se puede legislar: dignidad humana (DDHH) Nadie pertenece ni es propiedad de nadie.
- Más allá del órgano que se necesita, el útero, no se puede alquilar al margen de la persona, desde la visión integral y ética.

- Ser madre/padre NO es un derecho, es un deseo.
- La explotación de personas con fines sexuales o reproductivos para satisfacer los deseos ajenos, vulnera los DDHH.

Y por último, os reproduzco un párrafo de un artículo publicado recientemente de alguna de las autoras que algunas conocéis Nuria González, autora del libro “**Vientres de Alquiler: La mala gente**” y que recomiendo si queréis profundizar más en el tema.

Y dice así: “**las personas no son de nadie, ninguna persona, de ninguna edad. Nadie tiene el título de propiedad de nadie, ni siquiera las madres de sus hijos e hijas. Las madres no son propietarias de lo que paren, sino que son madres de lo que paren...Y como las personas no son de nadie, nadie puede ser regalado, vendido o comprado por nadie.**”



<sup>1</sup>Flor de María Cáceres-Manrique, Gloria Molina-Marín, Myriam Ruiz-Rodríguez. “Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos”

<sup>2</sup><https://www.eltaquigrafo.com/articulo/investigacion/gobierno-colombia-reinstaura-colonizacion-esclavitud/20230202154518021324.html>

**M<sup>a</sup> Isabel Castelló López.**  
**Presidenta C. Ética y Deontología**  
**CECOVA**

# Función Inspectora de Enfermería de Salud Pública



## ¡La Enfermería de Salud Pública está de enhorabuena!

Ha pasado “discretamente” pero, por fin, se reconoce de forma oficial y legal la función que venía realizando enfermería en los Centros de Salud Pública de la Comunitat Valenciana desde su creación, la inspectora.

Efectivamente, desde sus comienzos allá en 1985, el personal de enfermería de aquellos inicialmente denominados Centros de Salud Comunitaria realizaban inspecciones en empresas o en instalaciones sanitarias de servicios de prevención de riesgos laborales o mutuas colaboradoras de la Seguridad Social y levantaban actas con aquello observado, sin ningún tipo de “preocupación profesional o legal”.

No fue hasta 2017, con la publicación del Decreto 185/2017, de 24 de noviembre, del Consell, por el que se regula el registro de personal con funciones de control oficial de la cadena alimentaria y otras acciones de salud pública y la expedición del documento de acreditación, cuando este colectivo se dio cuenta de que habían dudas sobre la pertinencia de la emisión de su

carné o documento identificativo con un código alfanumérico y, hasta en algunos casos, se denegó. La situación era como mínimo “preocupante” dado que a los compañeros de otras categorías como médicos o veterinarios de salud pública si que se lo emitían sin problemas y se identificaban en las inspecciones con su código alfanumérico y el personal de enfermería se tenía que identificar con un carné nominal, hecho que puso sobre la mesa un agravio comparativo y un vacío legal relevante no detectado anteriormente.

Efectivamente, a partir de aquel momento el personal de enfermería de salud pública se dio cuenta de que en la ley que regía sus funciones, la ley de Función Pública Valenciana, no constaba dicha función.

Tras la problemática legal detectada el personal de enfermería de salud pública se movilizó y puso en conocimiento de la Dirección General de Salud Pública y de todas las organizaciones y sindicatos la situación, con el fin de conseguir el reconocimiento legal de la función inspectora que venían realizando de facto desde los comienzos y para la

que se encuentran perfectamente formados y preparados.

Y el momento ha llegado. Con la reciente publicación de la Ley 8/2022, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera y de organización de la Generalitat se han incluido modificaciones en la ley 4/2021, de 16 de abril, de la Generalitat, de la Función Pública Valenciana entre las que se encuentra la función inspectora de Enfermería de Gestión Sanitaria y Salud Pública (A2-S03-01). También incluye modificaciones en la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de salud de la Comunidad Valenciana referido a la pertinencia de la emisión de los carnés identificativos con un código alfanumérico que sustituyó a la identificación nominal a todos aquellos funcionarios con función inspectora, ahora ya también en Enfermería sin ningún resquicio de duda.

Con este logro de la enfermería de Salud Pública ya podemos asegurar a la población que, por fin, podemos trabajar en paz.

**Caterina Fidela Brandon García**

# La frenectomía, ¿competencia de las enfermeras y matronas?

## 1.- Definición y complicaciones

El frenillo sublingual es un pliegue de mucosa y/o fascia que une la parte inferior de la punta de la lengua con el suelo de la boca, si este repliegue de tejido es más corto, menos elástico o más grueso de lo habitual, la lengua quedara anclada al suelo de la boca comprometiendo su función. Es entonces, cuando hablaremos de anquiloglosia (1).

Las consecuencias derivadas de tener una anquiloglosia son muy diversas, desde problemas en el habla, en la masticación y en la deglución e, incluso, interferir en un correcto desarrollo de las estructuras faciales (1).

### a) Función de la lengua

Si la lengua de un bebé amamantado presenta una restricción de movimientos, puede ser un problema a la hora de extraer la leche del pecho de forma adecuada. No obstante, un frenillo lingual corto no supone un obstáculo para que todos lactantes puedan obtener el alimento, porque este, puede ser lo suficientemente elástico y no impedir que el lactante realice los movimientos necesarios para poder alimentarse. También encontramos lactantes que utilizan musculatura que no toca para compensar la fuerza que no puede hacer con la lengua y poder exprimir la glándula mamaria sin comprometer la lactancia (1-4). Mientras que en otros casos, la presencia de un frenillo lingual anormalmente corto, tenso o cerca de la punta de la lengua, dificulta que la lengua realice los movimientos esenciales para que el lactante pueda obtener el alimento (5).

La lengua, desempeña un importante papel en la lactancia. En el transcurso de la succión al pecho, el lactante necesita levantar la lengua hacia el paladar y llevar el complejo areola-pezón hasta la zona más profunda de su boca y oprimirlo sobre la zona interna del paladar, para de este modo obtener el alimento (6). Una falta de movilidad de la lengua, hará que el conjunto areola-pezón se



escape fácilmente de su boca al mamar, en consecuencia, el bebé utilizara un patrón de succión intraoral vigoroso y desmedido, apretando en ocasiones el pezón con sus encías como si lo mordiera, con el propósito de afianzarlo en la boca (2). Esta forma de succionar puede producir traumatismos en el pezón y dolor muy intenso durante la toma, incluso, si la presión es muy fuerte ocasionar una isquemia en el pezón (síndrome de Raynaud del pezón) (1-4).

### b) Complicaciones en el agarre y la succión

Al mismo tiempo, un lactante que no consigue mantener un buen agarre al pecho y se suelta con frecuencia puede estar más irritado por el esfuerzo que realiza para obtener el alimento, las

tomas pueden ser cortas y frecuentes, exhausto se dormirá antes de saciarse, lo cual puede traducirse en una menor ganancia de peso(1,5). Pero también contrariamente, podemos encontrarnos con lactantes con anquiloglosia que realizan tomas excesivamente largas de succión poco productivas, pero cuando la madre intenta separarlo del pecho, llora y vuelve a succionar, entrando en un bucle que eternizara la toma (1,2). Esta pluralidad, puede generar dos situaciones distintas, por un lado, si el pecho no recibe el estímulo suficiente, es decir, no hay un buen sellado de la boca del bebé al pecho y la succión es superficial, la producción de la leche poco a poco menguara, al entender el sistema hormonal implicado en la lactancia que no es necesario producir leche, encontrándonos con una hipogalactia secundaria (2).

De igual forma, el cuerpo puede responder de manera opuesta, es decir, la sobreestimulación que recibe el pecho consecuencia de una succión frecuente y vigorosa del bebé, puede aumentar de forma exagerada la producción de leche, generando por lo tanto, una situación de hipergalactia, y/o un reflejo de eyección exagerado, que el lactante no podrá manejar de manera cómoda. En estos casos de hipergalactia secundaria a un frenillo lingual, el lactante no suele presentar problemas de ganancia de peso, aunque, consecuencia de estas tomas cortas y frecuentes, tal vez sufra molestias digestivas, al tomar leche más rica en lactosa, un problema que en ocasiones se atribuye a otras causas y raramente a una anquiloglosia(6). A la par, una hiperproducción de leche o un mal drenaje de esta, puede complicar más aun el problema, pudiendo progresar en una ingurgitación, una pescadilla que se muerde la cola, porque al no fluir la leche con normalidad, el pecho se inflama y se tensa, el pezón se aplana, dificultando que el bebé pueda agarrarse y en consecuencia impide su vaciado, aumentando con ello la ingurgitación, que

puede ser muy dolorosa para la madre y en caso de no tratarse la causa puede derivar en una mastitis e incluso en un absceso (2-3, 5).

## 2.- Abordaje del diagnóstico y tratamiento

Es importante tener en cuenta que la anquiloglosia puede ocasionar una amalgama de problemas, es frecuente que muchos de estos no sean considerados como causa de la propia anquiloglosia. Para no caer en este equivoco, es primordial realizar una exhaustiva anamnesis (4,7). y no valorar la anquiloglosia solo desde el punto de vista de los problemas que esta puede acarrear en el bebé, ya que, la lactancia es cosa de dos, y, por lo tanto, puede que el bebé presente una anquiloglosia y solo se vea comprometido el bienestar de la madre (7).

En las últimas décadas las tasas de lactancia materna han aumentado, si más madres desean amamantar, es normal, que también lo haga el número de mujeres y lactantes que presentan dificultades durante la lactancia y entre estas se encuentra la anquiloglosia y los problemas derivados de esta. Existe un gran debate sobre cuál es la mejor manera de ayudar a la diada madre-lactante con anquiloglosia cuando se presentan problemas durante la lactancia. Lamentablemente, hay un profundo y doloroso desconocimiento entre los profesionales sobre este tema, especialmente relacionado con la falta de conocimientos para saber valorar algunos tipos de frenillos como el tipo 3 y 4, que son los que pueden resultar más difíciles de observar a simple vista y que son los que en gran parte más problemas acarrear, encontrándonos con madres que realizan un peregrinaje de un profesional a otro, la mayoría de las veces con un diagnóstico sin llegar a observar una toma al pecho, ni valorar el aspecto y la movilidad de la lengua. Un asunto que requiere de una atención y de una evaluación de los síntomas adecuada, en donde es necesario examinar la cavidad oral del lactante, valorando la funcionalidad de la lengua, para poder ofrecer la solución más adecuada al problema (4,7). Porque no se trata de realizar frenectomías innecesarias, pero tampoco, frivolar

con toda esta amalgama de problemas, enquistándose en el diagnóstico de la “moda del frenillo”, que no hace más que perpetuar mitos, haciendo que muchas madres que desean e intentan amamantar se sientan culpables por un diagnóstico que recurre a los socorridos mitos de “no producir leche suficiente”, “tener pezones pequeños” o un etcétera de causas que se llegan a decir para justificar un problema de lactancia que puede ser abordado con una simple frenectomía sin tener que poner en riesgo la lactancia (5-8)

## 3.- Profesionales Competentes

Las enfermeras/os pediátricas y las matronas se encuentran entre el grupo de profesionales a las que en mayor medida acuden las madres cuando presentan dificultades durante la lactancia. Se trata además de un colectivo que cuenta con un mayor nivel de conocimientos en lactancia materna comparado con el resto de profesionales que trabajan en el área materno infantil. Ambos hechos nos convierten en las/los idóneas/os para identificar y tratar complicaciones que las madres y sus lactantes pueden presentar durante el amamantamiento (9-10).

### a) ¿Qué es la frenectomía?

La frenectomía es un procedimiento quirúrgico sencillo y mínimamente invasivo para extirpar un frenillo lingual. Cumple los requisitos incluidos en la definición de cirugía menor, técnica para la cual enfermeras/os y matronas formadas en lactancia materna poseen la capacitación suficiente para poderla llevar a cabo (5) Se trata de una técnica ambulatoria, sencilla, que no precisa anestesia en bebés y presenta mínimos riesgos, causa escaso sangrado (unas pocas gotas) y mínimo llanto en el lactante, que cesa tras la frenectomía al ser puesto de inmediato al pecho de la madre (11-14)

### b) ¿Cómo se realiza el procedimiento?

El procedimiento se realiza con una tijera estéril, seccionando el frenillo de 2 a 3 mm aproximadamente, en su parte más delgada, entre la lengua y el reborde alveolar; esta técnica evita un sangrado abundante, unas pocas gotas, que se controla fácilmente haciendo hemostasia con una gasa estéril. No requiere de sutura y la alimentación del lactante se

reanuda de inmediato y sin molestia aparente. Su cicatrización es rápida y no necesita de una terapia con antibióticos (13,15-16). Un procedimiento cuyos beneficios supera con creces los riesgos. Dado que los problemas durante la lactancia requieren de una rápida intervención, no podemos indicarle a una madre lactante que presenta dolor o cualquier otro problema relacionado con una anquiloglosia, que tenga paciencia que con el tiempo puede que el problema se solucione, esta demora, puede suponer un abandono que podría evitarse con una adecuada intervención (5), con el consiguiente beneficio para el lactante, la madre y la sociedad en general (17).

En vista de las demandas de falta de tiempo del personal facultativo, cabe mencionar que, este tipo de intervenciones pueden ser realizadas de forma ambulatoria por profesionales de enfermería y/o matronas debidamente formadas, esto no solo evitaría abandonos innecesarios de una forma de alimentación cuyos beneficios son indiscutibles, insuperables y redundan en un mayor nivel de salud tanto para el lactante como para la madre (17) sino que además supondría un impulso para disminuir costes y tiempos de espera, a la vez que se aumentaría la satisfacción de las madres y la calidad del servicio prestado (5).

## 4.- Respaldo jurídico

La intención al escribir este artículo, no es tanto la de profundizar sobre un tema tan debatido como la anquiloglosia en la lactancia materna, sino de informar a todas/os las compañeras/os de profesión, que cuentan con el conocimiento y la formación necesaria para poder evaluar el grado de movilidad de la lengua, valorar la técnica de lactancia y el estado de la mama tras la toma, en definitiva, profesionales capacitados para identificar cuando un frenillo lingual es causante o no de los problemas de lactancia, pero que al hacerlo, se encuentran no solo con el inconveniente que conlleva el tiempo de demora que supone el derivar a un lactante para que le realicen una frenectomía, sino que la cuestión es más complicada, dado que el problema implica poder hallar con ese profesional que sepa y pueda valorar la implicación de

esa anquiloglosia en la lactancia, es decir, que realice además de una valoración anatómica (del aspecto de esa lengua/frenillo) una valoración funcional de la lengua, en otras palabras, la movilidad y la fuerza que realiza el lactante para obtener el alimento. Factores importantes que los profesionales de enfermería y/o matronas formadas en lactancia materna son capaces de valorar.

Con todo lo mencionado, surge la pregunta, ¿Es competencia de enfermeras/os y matronas el realizar frenectomías?

El 22 de octubre del 2016 Marcos Camacho Ávila (matrón), Isabel Barbera Simo (matrona) y Cintia Borja Herrero (enfermera especialista en pediatría), realizaron una consulta a la asesoría jurídica del Consejo Autonómico de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), desde donde se concluyó que es competencia de las/los enfermeras/os y matronas con formación específica llevar a cabo frenectomías simples:

*“La frenotomía simple puede realizarse con los materiales existentes en cualquier consulta de un Centro de Salud y no requiere anestesia, sutura, ni terapia antibiótica. Se trata de una sencilla técnica de cirugía menor que viene siendo realizada por los enfermeros de forma autónoma y con regularidad. [...] En definitiva, en la medida en que se realice la frenotomía simple con las determinaciones indicadas y por profesionales que tengan acreditada la formación específica para realizar esta función, la conclusión es que sí puede ser realizada por los profesionales de enfermería”*

## BIBLIOGRAFIA:

1. Lefort Y, Evans A, Livingstone V, Douglas P, Dahlquist N, Donnelly B, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement on Ankyloglossia in Breastfeeding Dyads. *Breastfeed Med* [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 13];16(4):278–81. Available from: [https://www.bfmed.org/assets/Ankyloglossia\\_position\\_statement\\_2021.pdf](https://www.bfmed.org/assets/Ankyloglossia_position_statement_2021.pdf)

2. Edmunds J, Hazelbaker A, Murphy JG, Philipp BL. Roundtable discussion: Tongue-Tie [Internet]. Vol. 28, *Journal of Human Lactation*. SAGE Publications; 2012 [cited 2023 Feb 14]. p. 14–7. Available from: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334411428588?url\\_ver=Z39.88-](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334411428588?url_ver=Z39.88-)

[2003&rft\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334411428588?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub++0pubmed)

3. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn tongue-tie: Prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pract* [Internet]. 2005 Jan 1 [cited 2023 Feb 13];18(1):1–7. Available from: <https://www.jabfm.org/content/18/1/1>

4. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol - Head Neck Surg* (United States) [Internet]. 2020 Apr 14 [cited 2023 Feb 13];162(5):597–611. Available from: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0194599820915457?url\\_ver=Z39.88-2003&rft\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0194599820915457?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub++0pubmed)

5. Rose K, Kasbekar A V., Flynn A, De S. Developing a nurse-delivered frenulotomy service. *Otolaryngol - Head Neck Surg* (United States) [Internet]. 2015 Oct 22 [cited 2023 Feb 15];152(1):149–52. Available from: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0194599814554554?url\\_ver=Z39.88-2003&rft\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0194599814554554?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub++0pubmed)

6. Caloway C, Hersh CJ, Baars R, Sally S, Diercks G, Hartnick CJ. Association of Feeding Evaluation with Frenotomy Rates in Infants with Breastfeeding Difficulties. *JAMA Otolaryngol - Head Neck Surg* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2023 Feb 13];145(9):817–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31294774/>

7. Kumar M, Kalke E. Tongue-tie, breastfeeding difficulties and the role of Frenotomy. *Acta Paediatr* [Internet]. 2012 Jul 1 [cited 2023 Feb 14];101(7):687–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1651-2227.2012.02661.x>

8. Jin RR, Sutcliffe A, Vento M, Miles C, Travadi J, Kishore K, et al. What does the world think of ankyloglossia? *Acta Paediatr Int J Paediatr* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2023 Feb 13];107(10):1733–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.14242>

9. González Vereda J, Luque RB, Dorado Díaz A, Martín Pérez P, Maté Enríquez T, Martín VN. ¿Cuánto saben de lactancia los sanitarios del área materno-infantil? Estudio de los 14 hospitales públicos de Castilla y León. *Pediatría atención primaria* [Internet]. 2019 [cited 2023 Feb 14];21(84):133–46. Available from: <https://scielo.isciii.es/>

[scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322019000200003&lng=es&nrm=iso&tln=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200003&lng=es&nrm=iso&tln=es)

10. Medel Marambio L, Benadof D, Toro Huerta C. Conocimientos sobre lactancia materna de los profesionales de salud en centros de salud familiar municipales de Maipú, Chile. *Medwave* [Internet]. 2017 [cited 2023 Feb 14];17(3):e6891. Available from: <https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/6891.html>

11. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni FB. Immediate nipple pain relief after frenotomy in breast-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. *J Pediatr Surg*. 2006 Sep 1;41(9):1598–600.

12. Wongwattana P. The effect of frenotomy on long-term breastfeeding in infants with ankyloglossia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2022 Jan 1;152:110983.

13. Yeh M-L. Outpatient division of tongue-tie without anesthesia in infants and children. *World J Pediatr* [Internet]. 2008 Jul 16 [cited 2023 Feb 14];4(2):106–8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12519-008-0020-z>

14. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*. 2008 Oct 1;122(SUPPL. 2):S69–76.

15. Argiris K, Vasani S, Wong G, Stimpson P, Gunning E, Caulfield H. Audit of tongue-tie division in neonates with breastfeeding difficulties: How we do it [Internet]. Vol. 36, *Clinical Otolaryngology*. John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cited 2023 Feb 15]. p. 256–60. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1749-4486.2011.02278.x>

16. Veyssiere A, Kun-Darbois JD, Paulus C, Chatellier A, Caillot A, Bénateau H. Diagnostic et prise en charge de l'ankyloglossie chez le jeune enfant. In: *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale*. Elsevier Masson; 2015. p. 215–20.

17. Donati-Bourne J, Batool Z, Hendrickse C, Bowley DM. Tongue-Tie Assessment and Division: A Time-Critical Intervention to Optimize Breastfeeding. *J Neonatal Surg* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2023 Feb 15];4(1). Available from: <https://pmc/articles/PMC4420400/>

**Cintia Borja Herrero, enfermera especialista en Pediatría y doctora en Enfermería (CS Fuente de San Luis del Departamento Dr. Peset).**

## > DOCENCIA Y FORMACIÓN

# SEGUNDO TRIMESTRE DE 2023

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



### **CURSO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y DESFIBRILACIÓN**

**AUTOMÁTICA EXTERNA**  
Solicitada acreditación.

**Duración 8 horas**

Grupo 1: Valencia, días 25 y 26 de abril de 9.30 a 13:30 h.

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

Grupo 3: Valencia, días 2 y 3 de mayo de 9.30 a 13.30 h.

Grupo 4: Valencia, días 23 y 24 de mayo de 16 a 20 h.



### **CURSO DE HABILIDADES TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR:**

**MANEJO DE VÍA AÉREA Y VÍA VENOSA**

Solicitada acreditación.

**Duración 8 horas**

Grupo 1: Valencia, días 8 y 9 de mayo de 9.30 a 13.30 h.

Grupo 2: Valencia, días 17 y 18 de mayo de 16 a 20 h.

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

Grupo 4: Valencia, días 27 y 28 de junio de 9.30 a 13,30 h.



### **TALLER DE VÍA INTRAÓSEA** Solicitada acreditación. **Duración 4 horas**

Grupo 1: Valencia, día 19 de abril de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, día 3 de mayo de 16 a 20 h.

Grupo 3: Xàtiva, día 23 de mayo (exclusivo para personal del hospital.)

Grupo 4: Xàtiva,, Día 30 de mayo de 16 a 20h.

Grupo 5: Gandia, día 18 de abril de 16 a 20 h. ( exclusivo para personal del hospital.)

Grupo 6: Gandia, día 25 de abril de 16 a 20 h.



### **CURSO INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER**

Solicitada acreditación.

**Duración 8 horas**

Grupo 1: Valencia, días 26 y 27 de abril de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, días 15 y 16 de mayo de 16 a 20 h.



### **CURSO RESPUESTA INMEDIATA EN ENTORNOS HOSTILES. CONTROL DE**

**SANGRADOS**

Solicitada acreditación.

**Duración 8 horas**

Grupo 1: Valencia, día 20 de abril de 9.30 a 13.30 h.

Grupo 2: Valencia, día 20 de abril de 16 a 20 h.

AREA DE FORMACIÓN Nº 2:  
FORMACIÓN CONTINUADA.  
GRATUITA



### **CURSO VENDAJE NEUROMUSCULAR AVANZADO** Solicitada acreditación. **Duración 12 horas**

*Requisito necesario haber cursado el curso de vendaje neuromuscular básico en el Colegio de Enfermería de Valencia*

Grupo 1: Valencia, días 18, 25 de abril y 4 de mayo de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, días 9, 16 y 23 de junio de 16 a 20 h.



### **ACTUALIZACIÓN EN TERAPIA INTRAVENOSA.-** Solicitada acreditación. **Duración 20 horas**

Grupo 1: Valencia, días 8, 9, 10 y 11 de mayo de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, días 12, 13, 14 y 15 de junio de 16 a 20 h.



### **INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA** Solicitada acreditación.

**Duración 20 horas**

Grupo 1: Valencia, clases presenciales en colegio días 2, 4, 9 y 11 de mayo, prácticas en Hospital día 12 de mayo. Horario de 16 a 20 h.

Grupo 2 : Valencia, clases presenciales en colegio días 16, 18, 23 y 25 de mayo, prácticas en Hospital día 26 de mayo. Horario de 16 a 20 h.



ÁREA DE FORMACIÓN 3.-  
FORMACIÓN CONTINUA Y  
CONTINUADA



**TRASTORNOS DE LA  
CONDUCTA  
ALIMENTARIA: ANOREXIA  
Y BULIMIA**

**Solicitada acreditación.**

**Duración 8 horas**

Grupo 1: Valencia, días 22 y 23 de mayo de 9.30 a 13.30 h.

Grupo 2: Valencia, días 22 y 23 de mayo de 16 a 20 h.



**CURSO DE CÓMO INFORMAR  
Y COMUNICARSE CON LOS  
PACIENTES EN SITUACIONES  
CLÍNICAS COTIDIANAS Y EN  
PARTICULAR EN LA TRANSMISIÓN  
DE MALAS NOTICIAS PARA  
PROFESIONALES SANITARIOS.**

**Duración 8 horas**

Grupo 1: Valencia, días 9 y 11 de mayo de 16 a 20 h.

Grupo 2: Valencia, días 6 y 8 de junio de 16 a 20 h.



Consultar nuestros  **cursos ISFOS de formación continuada 'online'** en la página web del  **Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (COENV)**. Para obtener toda la información de estos cursos, que se imparten en colaboración con el  **Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS)**, debe seguirse la siguiente ruta de acceso: Ir a la pestaña de 'FORMACIÓN' y, tras desplegarse el menú, pinchar en 'Formación desde el Colegio'. (A continuación, seleccionar el apartado descargar el folleto informativo como documento adjunto, en la parte inferior derecha).



**CURSO DUELO  
PERINATAL**  
**Solicitada acreditación.**  
**Duración 20 horas**

Dirigido a Matronas/os.- Matrícula 10€

Grupo 1: Valencia, días 5, 7, 12, 14 y 19 de junio de 16 a 20h

**AVISO IMPORTANTE**

Se informa a todos los colegiados que se inscriben en los cursos, que no comunicar al colegio su no asistencia, penalizará no pudiéndose inscribir a cursos en próximas ediciones. **SE PODRÁN INSCRIBIR A UN MÁXIMO 3 CURSOS DEL ÁREA 1, 2 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 11 DE  
ABRIL, HASTA QUE  
SE COMPLETEN LOS  
GRUPOS, POR ORDEN  
DE INSCRIPCIÓN A  
TRAVÉS DE LA PÁGINA  
WEB DEL COLEGIO, EN  
LA OFICINA VIRTUAL**

# 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 27 de febrero de 2023 acuerda:

**Convocar Asamblea General Ordinaria el día diecinueve de julio de 2023, a las 10:30 horas en primera convocatoria y a las 11 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 a 28 de febrero de 2023

Vº Bº

LA PRESIDENTA  
LAURA ALMUDÉVER CAMPO

LA SECRETARIA  
ALICIA TEN GIL

# > Journal Nursing Valencia (JNV)

## Normas de publicación

### > INSTRUCCIONES PARA TODO TIPO DE DOCUMENTO

Archivo Word ®, fuente Times New Roman, cuerpo 12, Interlineado 1,5. Márgenes laterales, superior e inferior de 2,5. **Máximo 3500** palabras (no incluida la bibliografía, tablas y figuras). Las abreviaturas se definirán cuando se mencionen por primera vez.

La primera página deberá contener el título del trabajo, tanto en castellano como en inglés (no superando las 16 palabras), a continuación, el nombre y apellidos de los autores, con el grado académico, la filiación institucional y el ORCID. Al final deberá constar el autor de correspondencia con su dirección postal, correo electrónico, teléfono y ORCID.

Se explicitará si existe alguna financiación en la realización de la investigación, y si existe conflicto de interés con persona, empresa o institución.

La segunda página deberá incluir un **resumen** estructurado, en castellano e inglés, con un límite de **250 palabras para cada idioma** y entre tres y cinco palabras clave que deberán estar normalizadas según Medical Subject Heading (MeSH) o Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

La bibliografía deberá aparecer acotada a lo largo del manuscrito como super índice (de forma consecutiva y con numeración arábiga entre paréntesis). Aparecerá en el apartado de bibliografía según las normas Vancouver.

#### El manuscrito deberá ir acompañado de una carta en la que figure:

1. El manuscrito se adapta a las normas de publicación de la revista Journal Nursing Valencia.
2. Los autores declaran no tener conflicto de interés con persona, empresa o institución.
3. Los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueba la versión final del mismo.
4. Que el manuscrito no ha sido presentado simultáneamente a otras revistas.
5. Que el manuscrito no se ha presentado a ninguna Jornada ni Congreso. En caso contrario, se explicitará en el manuscrito.
6. Si se ha pedido permiso para reproducir imágenes o figuras de otros autores o publicaciones.
7. Que se cede a la revista Journal Nursing Valencia ® la propiedad intelectual de la investigación, al igual que el derecho a la reproducción de datos y/o imágenes.

#### Tipos de artículos

##### Originales y revisiones

Investigaciones con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta, que tengan relación con la Enfermería, en especial ensayos clínicos aleatorizados (ECA), cuasiexperimentales (pre-post) y analíticos (casos-control y cohortes), revisiones sistemáticas de alto nivel y metaanálisis. Apartados recomendados:

- Resumen. Máximo 250 palabras. Estructura: introducción y objetivos, material y métodos, resultados y conclusiones más importantes.

- A continuación, entre 3 y 5 palabras claves (obligatoriamente deberán de ser MeSH/DeCS).
- Introducción (marco teórico conceptual y contextual). Antecedentes, contextualización (estado actual del fenómeno a estudio). Justificación, aplicabilidad y objetivos de la investigación.
- Material y métodos. Diseño del estudio, población (N), muestra (n), variables, proceso de recogida de datos, estadísticos, plan de análisis. Consideraciones éticas si procede. Conflictos de interés.
- Resultados. Descriptivos de las variables (sociodemográficas y dependientes), presentación de la información relacionada con los objetivos del estudio. Tablas y gráficos correspondientes según las variables, acotadas en el texto por orden de aparición.
- Discusión. Se discutirán los resultados comparándolos con otras investigaciones relevantes (diferencias y similitudes), sin repetir datos expuestos en el apartado de resultados. Limitaciones del estudio. Generalización de los hallazgos. Posibles líneas de investigación.
- Conclusiones. Verificación del cumplimiento de los objetivos.
- Bibliografía. Normas de Vancouver. Máximo 50 referencias bibliográficas.

#### Envío de manuscritos

Se realizará a través del gestor digital.

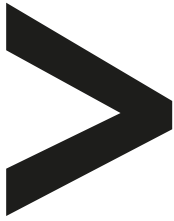
Archivos para incluir, según el siguiente orden:

1. Carta de presentación.
2. Archivo 2:
  - 2.1 Título en castellano e inglés.
  - 2.2 Nombre y apellidos de los autores.
  - 2.3 Filiación institucional.
  - 2.4 Nombre, correo electrónico, teléfono y dirección postal del autor de correspondencia.
  - 2.5 Financiación.
  - 2.6 Conflicto de interés.
  - 2.7 Recuento de palabras del resumen y del manuscrito.
3. Manuscrito sin información de los autores (anonimizado).
4. Tablas y gráficas, con su pie correspondiente.

#### Proceso editorial

1. El Comité Editorial evaluará la idoneidad de la investigación recibida.
2. Una vez superada esta selección, la investigación será sometida a una evaluación "doble ciego" (los autores no conocerán la identidad de sus revisores), y por pares (peer review), dos evaluadores externos (miembros del Comité Científico).
3. Una vez aceptado el manuscrito, Journal Nursing Valencia ® podrá realizar cambios editoriales de estilo y modificaciones de cara a facilitar la claridad del manuscrito.
4. Los manuscritos aceptados quedarán en poder de Journal Nursing Valencia ®, no pudiéndose reproducir sin el permiso pertinente.

# 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@enfervallencia.org](mailto:registro@enfervallencia.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.

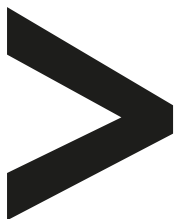
**Discusión:** se realizarán comparaciones de los resultados obtenidos en el estudio con los de otras investigaciones previas. Se deben indicar las posibles limitaciones de la investigación.

**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



ENFERMERIA 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 CONTRIBUIR 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@enfervalencia.org](mailto:registro@enfervalencia.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 siguen 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.

# Efectos de la cuarentena en la salud mental de la población pediátrica

## AUTORA

- CRISTINA ATIENZA MUÑOZ  
*Estudiante de 3º de Enfermería (Facultad de Enfermería y Podología – Universidad de Valencia) y PIT – Escala Técnica Básica.*

## PALABRAS CLAVE

> COVID-19 > INFANCIA > SALUD MENTAL > CIERRE DE COLEGIOS > CONFINAMIENTO



## RESUMEN

**Introducción:** La pandemia por Covid-19 ha supuesto un cambio radical en la vida diaria de miles de niños en todo el mundo. El confinamiento de la población, el cierre de los centros escolares, parques y centros deportivos y la distancia social pueden poner en jaque la salud mental de esta parte de la población, especialmente en las zonas y sectores más vulnerables.

**Objetivo.** Conocer el impacto que ha tenido la pandemia del COVID-19, centrándose especialmente en la cuarentena y el cierre de los colegios, en la salud mental de niños y adolescentes.

**Método.** Se realizó una búsqueda de artículos en los buscadores como en Elsevier, Cuiden, Pubmed, Scielo y Google Academics, utilizando términos como “ansiedad”, “estrés”, “estrés postraumático”, “familia”, “suicidio”, “infantil” y “covid”. Una vez recabados los artículos, se seleccionaron manualmente y se compararon los resultados obtenidos.

**Resultados.** El confinamiento por la pandemia supuso un aumento de la depresión, la ansiedad y el estrés en niños y adolescentes

debido a la poca interacción social que tenían, entre otras causas. **Conclusiones.** La cuarentena ha afectado a la salud mental de los menores de manera generalizada, con diferencias significativas. Sin embargo, debido a que se trata de un tema reciente, son necesarios nuevos estudios para evaluar la extensión de las consecuencias a largo plazo.

## Financiación y conflicto de intereses

La autora declara no haber recibido financiación externa para realizar este documento ni presentar ningún tipo de conflicto de intereses.

## INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, un virus desconocido hasta la fecha apareció en Wuhan (China), cuya rápida propagación lo convirtió en pandemia mundial y provocó la declaración del estado de alarma en España el día 14 de marzo de 2020. El Real Decreto 463/2020 limitaba, entre otras cosas, la libre circulación de los ciudadanos.

Esta situación provocó el cierre de parques, colegios, bares, centros lúdicos y demás lugares de reunión, lo que aisló físicamente a la práctica totalidad de la población y, especialmente, a aquellos cuyas habilidades digitales son menores: ancianos y niños.

Ello ha provocado la aparición y el agravamiento de trastornos psiquiátricos y de conducta, ansiedad, fobias y patologías físicas derivadas de la inactividad, el abuso de sustancias y los malos hábitos alimentarios, entre otras cosas. Esto ha dado paso a la denominada "sindermia" o "epidemia sinérgica", término acuñado en los 90 por el antropólogo estadounidense Merrill Singer que se da cuando un conjunto de enfermedades se da de manera simultánea, exacerbando el daño que sería causado por las mismas de manera independiente **(1)**.

Justificación. La pandemia por Covid-19 ha supuesto un cambio radical en la vida diaria de miles de niños en todo el mundo. El confinamiento de la población, el cierre de los centros escolares, parques y centros deportivos y la distancia social pueden poner en jaque la salud mental de esta parte de la población, especialmente en las zonas y sectores más vulnerables, como en aquellos niños con enfermedades mentales previas, necesidades especiales o con situaciones familiares complicadas (desempleo, adicciones, violencia).

El objetivo de este trabajo fue conocer el impacto que ha tenido la pandemia del COVID-19, centrándose especialmente en la cuarentena y el cierre de los colegios, en la salud mental de niños y adolescentes.

## METODOLOGÍA

A continuación, se encuentran los criterios de inclusión y exclusión que se han tenido en cuenta durante la selección de artículos. Inclusión: Idiomas español o inglés, artículos de texto completo, Open Access, artículos posteriores a febrero de 2020, centrados en la población menor de 18 años, y artículos centrados en el impacto psicológico de la pandemia por covid 19. Exclusión: otros idiomas, artículos que no se centraban en el grupo de edad objetivo, anteriores a febrero de 2020, que no tienen acceso al texto completo, no relacionados con el tema

| BASE DE DATOS UTILIZADA | DESCRIPTORES  | ARTÍCULOS RECUPERADOS | ARTÍCULOS SELECCIONADOS |
|-------------------------|---|-----------------------|-------------------------|
| Google Académico        | covid AND ansiedad infantil   | 9.010                 | 2                       |
|                         | cuarentena por covid AND "estrés posttraumático" AND niños            | 1.270                 | 1                       |
|                         | covid AND ansiedad infantil AND familia                               | 7.630                 | 2                       |
|                         | covid AND ansiedad infantil AND España                                | 7.020                 | 2                       |
|                         | covid AND anxiety AND children  | 31.800                | 2                       |
|                         | covid AND suicidios   | 9.700                 | 1                       |
| Dialnet                 | confinamiento and colegios infantil cierre escuelas and confinamiento | 10                    | 2                       |
| Digitum                 | Bullying AND Covid  | 35                    | 1                       |
| Pubmed                  | Mental health AND adolescents AND covid                               | 2.488                 | 2                       |
|                         | "child anxiety" AND "covid"   | 1                     | 1                       |
|                         | "mental health" AND "child" AND "covid"                               | 57                    | 3                       |

de estudio y con contenido repetido o de escaso interés para el estudio.

En la siguiente tabla se detallan las bases de datos consultadas durante la búsqueda de artículos, así como los descriptores, los artículos recuperados en cada búsqueda y los artículos finalmente seleccionados tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Cierre de colegios

La situación de pandemia por COVID-19 declarada por la Organización Mundial de la Salud supuso, además del confinamiento general, el cierre de colegios en todos los niveles educativos.

#### (2)

En esta situación de confinamiento y cierre de escuelas las familias cobraron mayor relevancia -especialmente en los niveles educativos iniciales- ya que los hogares se transformaron en espacios de trabajo escolar, siguiendo las indicaciones de los docentes. **(2-3)**

El tiempo de instrucción está relacionado con las oportunidades para aprender, se ha identificado una relación positiva entre el tiempo de aprendizaje y el rendimiento de los estudiantes. El cierre escolar, incluso cuando se ofrece educación a distancia, generalmente implica una reducción en el tiempo de instrucción. Por otro lado, la falta de contacto con los compañeros dificulta la adquisición de habilidades no curriculares, como habilidades y valores sociales vitales en su desarrollo, cuya ausencia podría desembocar en conductas de evitación, problemas emocionales y psiquiátricos y para relacionarse y problemas para acatar las normas **(3)**.

Otro de los efectos del cierre de colegios es la adicción a las pantallas, es por ello por lo que tanto familias como maestros deben encontrar los límites de la tecnología. Por ello, aunque llevamos largo tiempo conviviendo con las TIC y aportan beneficios a la educación, siguen siendo herramientas primarias

para la educación infantil y primaria. Sin embargo, hay estudios que sugieren que el uso de videojuegos ha ayudado a mitigar la soledad y el aislamiento de los más jóvenes, ayudando a distraerlos y permitiendo su socialización y desarrollo emocional e, incluso, aumentando su actividad física **(3-4)**.

El grupo de estudiantes que se enmarcan en la categoría con necesidades educativas especiales (NEE) requieren una intervención educativa que les permita adaptarse al currículum general, para así alcanzar los objetivos que plantea el sistema educativo. La reducción o alteración de este apoyo debido a la situación extraordinaria por la pandemia puede incrementar la exclusión hacia este grupo de niños, ya existente en tiempos previos a la pandemia. A largo plazo, esta situación resulta inviable para este grupo de niñas que necesita un especialista para trabajar la rehabilitación y estimulación de los procesos del lenguaje. **(5-6)**

### **Relaciones intrafamiliares durante la cuarentena**

Garduño, Ceja y Govea definieron en 2019 a la familia como la primera fuente de socialización, en la que tienen comienzo las interacciones con el mundo, los valores y las particularidades de una comunidad. **(7)**

La OMS aconsejó a los padres hablar del COVID-19 abiertamente con sus hijos, teniendo en cuenta el rango de edad en el que se encontraban, de modo que los niños pudieran expresar sus preocupaciones y liberar así parte de su ansiedad. Se demostró que se presentaba una mayor cantidad de signos y síntomas de depresión, estrés y ansiedad en aquellos niños que no mantenían estas conversaciones con sus padres, y también que cuanto más mayores eran más síntomas mostraban, siendo los niveles de signos de estas enfermedades mentales mayores en los alumnos de instituto, sobretodo los de últimos años que en los de primaria.

Los niños que no tenían restricciones a la hora de hablar de estos temas presentaban además un nivel de satisfacción y calidad de vida mayor que aquellos que no lo hacían. No solo se tuvo en cuenta la presencia o ausencia

del tema COVID-19, también con qué frecuencia surgía, viéndose que aquellas familias en las que más se trataba el tema tenían una mejor percepción de su salud mental. **(8)**

La comunicación positiva que permita la expresión de las emociones, con una información adaptada y de calidad, el establecimiento de unas rutinas y unos hábitos higiénico-dietéticos y de descanso saludables, así como el empleo de modelos de crianza positiva pueden ayudar a sobrellevar los problemas causados por la pandemia en el seno de la familia **(9)**.

Por otra parte, según un estudio realizado en Cuba, el síntoma de malestar psicológico más prevalente, que además guarda relación con los vínculos familiares, es un apego excesivo a los padres, especialmente a la madre, llegando a presentarse ansiedad por separación. **(10)**

### **Efectos de la cuarentena en situaciones de intervención esencial**

Utilizando la herramienta COVIDISTRESS, se comprobó que los padres de menores con discapacidades han presentado unos niveles mayores de dolor, ira, culpa, angustia y sensación de desbordamiento **(7, 11)**

En el caso de los niños con TEA, el cambio repentino en las rutinas provocó irritabilidad y cambios de humor, mientras que en los niños con TOC ha aumentado el temor al contagio, provocando un lavado compulsivo. Los menores con problemas de ansiedad han visto su sintomatología aumentada en cuanto que no se han tenido en cuenta sus necesidades, no pudiendo acudir tampoco a los servicios médicos para su tratamiento **(12)**.

Según algunos estudios, la cuarentena ha provocado reacciones de ansiedad, depresión, estrés y trastornos del sueño, aunque hay estudios que la relacionan también con un aumento de la violencia intrafamiliar, debido en parte al aumento del miedo, el estrés y la ansiedad, la angustia económica, el pasar un mayor tiempo juntos y la falta de asistencia a las víctimas. Estos niños presentan un mayor riesgo de sufrir trastornos

neuropsiquiátricos y manifestaciones psicósomáticas. **(7, 9, 14)**

Un estudio realizado por la Revista Internacional de Educación para la Justicia Social y otro realizado por la Revista San Gregorio coinciden en que el nuevo contexto educativo puede crear o aumentar las situaciones de desigualdad en aquellos niños y aquellas niñas que no sean capaces de adaptarse a este, ya sea por falta de recursos o facilidades en su lugar de confinamiento, particularmente en los niños de entornos vulnerables. La brecha digital, entendida tanto como la falta de acceso a las tecnologías de la información y de la comunicación, como la ausencia de conocimientos para su uso, ha supuesto un obstáculo en el aprendizaje de muchos alumnos, siendo víctimas de un incremento de la desigualdad **(1,6)**

Los mayores niveles de efectos psicológicos negativos parecen relacionarse con las siguientes características: mujeres jóvenes (especialmente en el rango de edad de 11 a 15 años **9**), con nivel educativo bajo y con antecedentes psiquiátricos **7,9**. Además, se añaden los hándicaps de: personas de color, migrantes, con espacio limitado, discapacidad y nivel socioeconómico bajo. Sin embargo, el nivel educativo alto puede constituir también un factor de riesgo, ya que se tiene más capacidad para entender las consecuencias de la crisis. Por otro lado, los factores protectores según algunos estudios incluirían un nivel educativo alto y el recurrir a distractores como la oración, el arte y las manualidades. **(7)**

Concretamente, en el rango de edad de 2 a 5 años se ha observado un aumento de síntomas (cansancio, rabietas, comportamiento irracional, problemas del sueño, frustración, tristeza, irritabilidad, etc.) correlacionados con el nivel de ansiedad y nerviosismo de sus madres y con la existencia (o no) de espacios al aire libre **7**. Según otro estudio, un 10'34% de los niños de 1 a 5 años ha manifestado problemas mentales, mientras que este porcentaje se eleva proporcionalmente con la edad **(9)**.

Si los niños de 5 a 7 años no tienen una capacidad de regulación emocional adecuada pueden presentar problemas como irritabilidad, inquietud, preocupa-

ción, así como regresiones del desarrollo, retraimiento, alteraciones de los patrones del sueño, ansiedad, pesimismo, juegos relacionados, etc.<sup>9,15</sup>. Es especialmente delicado el caso de fallecimientos de familiares y conocidos, puesto que los niños no comprenden el mecanismo de transmisión del virus y pueden pensar que es culpa suya, así como presentar problemas al no comprender el concepto de muerte (en edad preescolar pueden pensar que es reversible, preguntando insistentemente por la persona fallecida **(15)**).

En el rango de 5 a 9 años se dieron manifestaciones de miedo, rebeldía y desobediencia, inseguridad e hiperactividad motora y verbal, mientras que en la adolescencia aparecieron las adicciones a las nuevas tecnologías, desobediencia, irritabilidad y agresividad e impulsos suicidas.

Según un estudio realizado en China, los niños que tenían hermanos presentaban mayor tendencia a tener una peor salud mental (ansiedad, estrés postraumático, conductas problemáticas, labilidad emocional y tendencias autodestructivas e, incluso, tendencias suicidas) que aquellos que no los tenían, mostrando una mayor cantidad de síntomas tanto depresivos como de ansiedad. No obstante, este no es el único factor incluyente, ya que también se deben tener en cuenta la relación entre padres e hijos (roles, funciones y reglas familiares, tener en cuenta sus intereses y necesidades, etc **(8)**), el riesgo de exposición al COVID-19, la resiliencia que el adolescente tenga, etc. **(16)**

Esta situación podría verse influenciada por factores socioculturales, en algunos estudios se observó que los jóvenes americanos sufrieron más efectos negativos, mientras que los jóvenes de origen latino sufrieron menos estrés ya que se relacionó la cuarentena con un mayor tiempo en familia, menor estrés ante los estudios y mayor cantidad de sueño y descanso **(7)**.

Los medios de comunicación y redes sociales pueden aumentar el estrés y la sensación de agotamiento de los padres, aunque también pueden ayudar a normalizar la situación, especialmente en el caso de los adolescentes, ya que

permite un mayor contacto social, aunque la sobreinformación puede ser perjudicial, en cuanto que puede causar ansiedad, sensación de soledad y tensión, estrés e, incluso, relacionarse con la depresión subclínica **(7, 9)**.

Según algunos estudios, los trastornos neuropsiquiátricos aumentaron debido a la pandemia (el 42'52% de los pacientes atendidos tenían buena salud mental previamente), aumentando las conductas autolíticas hasta un 16%, necesitando psicofármacos o psicoterapia en más de un 90% de los casos por problemas como ansiedad, trastornos adaptativos, emocionales o de personalidad **(9)**.

Los informes que se realizaron a los padres sobre la ansiedad de sus hijos sugirieron tasas más bajas, 10%; mientras que los autoinformes infantiles indicaron tasas más altas de síndromes depresivos, 22%; y ansiedad, 19%. **(17)** Los síntomas depresivos durante el confinamiento se mostraron más en adolescentes mayores que en adolescentes más jóvenes. Esto puede deberse a que el inicio de la depresión aumenta a medida que los niños pasan a la adolescencia, y que este período influye en el desarrollo de la identidad de cada uno, por lo que el apoyo social y las relaciones interpersonales afectan. **(18-19)**

Esto se asoció con futuros problemas de salud mental hasta 9 años después, donde la asociación más fuerte fue con la depresión. **(20)**

Los estudios realizados entre los diferentes países hasta la fecha difieren respecto a si durante la pandemia se están viendo afectadas las tasas de suicidio. Un estudio en Australia no muestra un aumento en las tasas de suicidio, mientras que otro en EE. UU. describe un descenso de las ideas de suicidio, y otro en Alemania describe también una disminución durante las restricciones más duras instauradas para el control de la pandemia. En otro estudio en EE. UU. también se describe una disminución global de las tasas de suicidio durante el confinamiento, aunque con aumento en determinadas clases sociales. Otros, sin embargo, sí que detectaron un aumento de las ideas de suicidio en relación con los problemas de adaptación, la soledad y la sobrecarga por tener que estar más

tiempo en casa debido al confinamiento **(13)**.

## CONCLUSIÓN

Como conclusión, podemos afirmar que la cuarentena ha afectado a la salud mental de los menores de manera generalizada, aunque ha habido diferencias significativas según grupos de edad, características intrínsecas de personalidad en niños/as y adolescentes, características socioeconómicas, familiares, etc. Sin embargo, debido a que se trata de un tema reciente, son necesarios nuevos estudios para evaluar la extensión de las consecuencias a largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. The Lancet [Internet]. 2020 [recuperado el 16 de Febrero de 2022];396(10255):874. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)
1. Otero-Mayer, A.; Gutiérrez-de-Rozas, B.; González-Benito, A. . Análisis de las actuaciones de familia y escuela durante la pandemia: una mirada desde la Educación Infantil. Revista Complutense de Educación, [Internet] 2021;, 32(4), 617-626. [recuperado el 18 de Abril de 2022]. Disponible en: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/218094>
2. Vicente-Fernández P, Vinader-Segura R, Puebla-Martínez B. Padres ante el desafío educativo en situación de confinamiento: análisis comparativo entre Educación Infantil y Educación Primaria. REA [Internet]. 15 de noviembre de 2020 [recuperado el 12 de Abril de 2022];13(Especial):56-67. Disponible en: <http://revistaestilosdeaprendizaje.com/article/download/2155/3239/6801>
3. Bonal, X.; Gonazález, S. Educación formal e informal en confinamiento: una creciente desigualdad de oportunidades de aprendizaje. Revista de Sociología de la Educación-RASE, [Internet] 2021; 14 (1), 44-62. [recuperado el 21 de Abril de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7731154>

4. Menéndez Álvarez-Hevia, D.; Figares Álvarez J.L. Consecuencia del Cierre de Escuela por el Covid-19 en las Desigualdades Educativas. Manchester Metropolitan University, Reino Unido. Colegio Marista Auseva, España. Revista Internacional de Educación para la Justicia Social [Internet] 2020; 9(3e). [recuperado el 19 de Abril de 2022]. Disponible en: [https://revistas.uam.es/riejs/issue/view/riejs2020\\_9\\_3](https://revistas.uam.es/riejs/issue/view/riejs2020_9_3)
5. Fidalgo Montero M. Retos de la COVID-19 en Educación Infantil. PYM [Internet]. 22 de septiembre de 2021 [recuperado el 15 de Marzo de 2022];(387):41-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8068050>
6. Díaz Leyva D. Efectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la familia. [Internet]. Scielo.senescyt.gob.ec. 2021; 1(48), 149-168. [recuperado el 15 de Marzo de 2022]. Disponible en: [http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2528-79072021000500149](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2528-79072021000500149)
7. Tang S, Xiang M, Cheung T, Xiang Y. Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2021; 279:353-360. [recuperado el 5 de Mayo de 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.016>
8. Carmenate Rodríguez I. D., Salas Mayea, Y. Perfil clínico y epidemiológico de población infantil con manifestaciones psiquiátricas durante la pandemia de COVID-19. Rev Cubana Pediatr [Internet] 2021; Mar [recuperado el 8 de Abril de 22] ; 93(1): e1206. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312021000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312021000100004&lng=es) . Epub
9. Morey G., A., Cabrera R., C., Quintana D., P., Cruz J., A. Aislamiento físico en los hogares a causa de la COVID-19: efectos psicológicos sobre niños y adolescentes cubanos. Revista cubana de psicología [Internet]. 2020;2:51. [recuperado el 15 de Marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Jagger-Rafael-Cruz/publication/345140213\\_AISLAMIENTO\\_FISICO\\_EN\\_LOS\\_HOGARES\\_A\\_CAUSA\\_DE\\_LA\\_COVID-19\\_EFECTOS\\_PSICOLOGICOS\\_SOBRE\\_NINOS\\_Y\\_ADOLESCENTES\\_CUBANOS\\_PHYSICAL\\_ISOLATION\\_IN\\_HOUSEHOLDS\\_DUE\\_TO\\_COVID-19\\_PSYCHOLOGICAL\\_EFFECTS\\_ON\\_CUBAN\\_CHILDREN/links/5f9ed2c3a6fdccfd7b90a04d/AISLAMIENTO-FISICO-EN-LOS-HOGARES-A-CAUSA-DE-LA-COVID-19-EFECTOS-PSICOLOGICOS-SOBRE-NINOS-Y-ADOLESCENTES-CUBANOS-PHYSICAL-ISOLATION-IN-HOUSEHOLDS-DUE-TO-COVID-19-PSYCHOLOGICAL-EFFECTS-ON-CUBAN-CHILDR.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jagger-Rafael-Cruz/publication/345140213_AISLAMIENTO_FISICO_EN_LOS_HOGARES_A_CAUSA_DE_LA_COVID-19_EFECTOS_PSICOLOGICOS_SOBRE_NINOS_Y_ADOLESCENTES_CUBANOS_PHYSICAL_ISOLATION_IN_HOUSEHOLDS_DUE_TO_COVID-19_PSYCHOLOGICAL_EFFECTS_ON_CUBAN_CHILDREN/links/5f9ed2c3a6fdccfd7b90a04d/AISLAMIENTO-FISICO-EN-LOS-HOGARES-A-CAUSA-DE-LA-COVID-19-EFECTOS-PSICOLOGICOS-SOBRE-NINOS-Y-ADOLESCENTES-CUBANOS-PHYSICAL-ISOLATION-IN-HOUSEHOLDS-DUE-TO-COVID-19-PSYCHOLOGICAL-EFFECTS-ON-CUBAN-CHILDR.pdf)
10. Ren J, Li X, Chen S, Chen S, Nie Y. The Influence of Factors Such as Parenting Stress and Social Support on the State Anxiety in Parents of Special Needs Children During the COVID-19 Epidemic. Frontiers in Psychology [Internet]. 2020 [recuperado el 9 de Marzo de 2022];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.565393/full>
11. Paricio del Castillo R, Pando Velasco MF. Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. Rev Psiquiatr Infanto-Juv [Internet]. 30 June 2020 [recuperado el 17 de Mayo de 2022];37(2):30-4. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/355>
12. Lavigne-Cerván R, Costa-López B, Juárez-Ruiz de Mier R, Real-Fernández M, Sánchez-Muñoz de León M, Navarro-Soria I. Consequences of COVID-19 Confinement on Anxiety, Sleep and Executive Functions of Children and Adolescents in Spain [Internet]. Frontiers. 2022 [recuperado el 8 de Marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.565516/full>
13. Rengel Sempértégui M, Calle Coronel I. Impacto psicológico de la pandemia del COVID 19 en niños [Internet]. Scielo.org.bo. 2020; 75-85. [recuperado el 15 de Abril de 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322020000300011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322020000300011&lng=es&tlng=es)
14. Cao, Y., Huang, L., Si, T., Wang, N. Q., Qu, M., Zhang, X. Y. The role of only-child status in the psychological impact of COVID-19 on mental health of Chinese adolescents [Internet]. Journal of affective disorders, 2021; 282, 316-321. [recuperado el 6 de Abril de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.113>
15. C. Fong V, Iarocci G. Child and Family Outcomes Following Pandemics: A Systematic Review and Recommendations on COVID-19 Policies. Journal of Pediatric Psychology [Internet]. 2020;45(10):1124-1143. [recuperado el 15 de Mayo de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa092>
16. Nearchou F, Flinn C, Niland R, Subramaniam S, Hennessy E. Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2020; 17(22), 8479. [recuperado el 2 de Abril de 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
17. Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review [Internet]. 2021; 1-27. [recuperado el 10 de Abril de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w>
18. Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C., Crawley, E.. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19.[Internet] Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2020; 59(11), 1218-1239. e3. [recuperado el 3 de Abril de 2022]. Disponible en: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(20\)30337-3/fulltext](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(20)30337-3/fulltext)
19. Gómez León M. Disminución de la ansiedad en las víctimas del bullying durante el confinamiento por el COVID-19 [Internet]. RED. Revista de Educación a Distancia. 2021; 21(65) [recuperado el 15 de Febrero de 2022]. Disponible en: <https://revistas.um.es/red/article/view/439601/298611>

# Plan de cuidados enfermeros en lactante con enfermedad de hirschsprung: Caso clínico

## AUTORAS

- MARÍA SÁNCHEZ TORRANO  
*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.*

No se ha recibido subvención para la realización del trabajo. No existen conflictos de interés.

## PALABRAS CLAVE

> LACTANTE > ENFERMEDADES INTESTINALES CONGÉNITAS > ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG > CUIDADOS DE ENFERMERÍA > OSTOMÍA.



## RESUMEN

Descripción del caso clínico de un lactante varón de un mes de edad cronológica, con diagnóstico prenatal de Síndrome de Down y al nacimiento de Enfermedad de Hirschsprung. Intervenido quirúrgicamente, con ostomía de descarga, a las tres semanas de vida.

Durante su ingreso en la sala de hospitalización, se llevó a cabo una valoración enfermera siguiendo las catorce necesidades de Virginia Henderson, identificándose siete de estas alteradas.

Se estableció un plan de cuidados individualizado centrado en el paciente y su familia como un único individuo. Fueron priorizados cuatro diagnósticos de enfermería tipo NANDA, con sus respectivos resultados esperados, según la clasificación NOC e intervenciones, según la clasificación NIC.

Llevado a cabo el proceso, se obtuvo una puntuación en todos los indicadores de resultado con valores entre tres y cinco. Con

la ejecución del plan de cuidados se logró fomentar los cuidados del lactante por parte de su familia, aumentando el grado de autonomía y conocimientos al respecto de estos y consiguiendo su implicación en el proceso.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hirschsprung (EH) es un trastorno motor intestinal causado por un defecto en la migración de las células de la cresta neural durante el desarrollo intestinal fetal en la que el segmento agangliónico resultante del colon no se relaja, provocando una obstrucción funcional **(1)**. En ocasiones, la EH se asocia con anomalías genéticas como el síndrome de Down **(2)**.

Esta patología ocurre en 1 de cada 5000 recién nacidos vivos **(1)**; causando, aproximadamente, el 25% de todas las obstrucciones intestinales de los recién nacidos y siendo su incidencia cinco veces superior en hombres que en mujeres **(2)**.

La mayoría de los pacientes se diagnostican en el período neonatal, presentando síntomas de obstrucción intestinal distal como vómitos biliosos, distensión abdominal y falta de evacuación de meconio o heces. El diagnóstico se suele sugerir al evidenciar un retraso en la eliminación del primer meconio **(1)**. En condiciones normales, los recién nacidos a término suelen eliminarlo entre las primeras 24-48 horas tras del nacimiento.

Los casos más leves pueden no ser diagnosticados hasta que el bebé sea mayor. En cuanto a la exploración física, puede apreciarse hinchazón de asas intestinales o/y pérdida del tono muscular en la zona rectal.

Los exámenes empleados para ayudar a diagnosticar la enfermedad pueden incluir: radiografía abdominal, manometría anal (evaluación de los esfínteres anales), enema opaco o biopsia rectal (estándar de oro para su diagnóstico) **(2)**. Actualmente, la corrección quirúrgica (pilar del tratamiento) consiste en la resección de la zona anormal del recto y del colón. La cirugía se suele realizar en 2 etapas: colostomía con estoma de salida o dos estomas, con objeto de que el intestino dilatado se descomprima, y posterior anastomosis, durante el primer año de vida del niño **(4)**. Las anastomosis digestivas se clasifican según diversos criterios. Considerando la forma en la que se abocan los extremos en la reconstrucción del tránsito digestivo se puede hablar de anastomosis termino-terminales, termino-laterales, latero-terminales o anastomosis laterolaterales (se nombra primero el segmento del tracto digestivo proximal) **(5)**.

En cuanto al tratamiento conservador, la irrigación rectal seriada podría ayudar a la descompresión del intestino.

### Descripción del caso clínico

Varón, de un mes de vida, ingresado en planta de hospitalización tras intervención quirúrgica digestiva.

Nació a las 36 semanas de edad gestacional con dos kilogramos de peso, Apgar 8/9. Síndrome de Down diagnosticado prenatalmente. Trasladado a la Unidad de Neonatos, sin expulsión de meconio en las primeras 24 horas de vida. Donde, tras varios exámenes, se diagnosticó EH.

**Tabla 1. Fase diagnóstica**

| Necesidad alterada   | Dominio NANDA asociado   |
|--|--------------------------|
| Comer y Beber adecuadamente  | 2. Nutrición             |
| Eliminar normalmente por todas las vías                            | 3. Eliminación           |
| Moverse y mantener posturas adecuadas                              | 4. Actividad-reposo      |
| Dormir y descansar   | 4. Actividad-reposo      |
| Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse                      | 4. Actividad-reposo      |
| Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel            | 11. Seguridad/protección |
| Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas | 11. Seguridad/protección |

*Fuente: Elaboración propia*

A las tres semanas de vida, se le realizó una colostomía de descarga con estoma proximal y distal. Iniciándose trasvases fecales a través de las ostomías.

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 médicos: prematuridad, Síndrome de Down, EH, colostomía y anastomosis intestinal.

### Valoración

Al ingreso en a la sala de hospitalización, se realizó la valoración enfermera, según las catorce necesidades de Virginia Henderson **(6)**. Se recogió información a partir de la historia clínica, la exploración física del niño y la entrevista a la familia.

1. Respiración. Eupneico. Con monitorización continua de saturación de oxígeno entre 97-100%. Sin precisar oxigenoterapia.
2. Alimentación. Nutrición enteral intermitente con fórmula preparada según necesidades a través de sonda nasogástrica. Nutrición parenteral a través de catéter epicutáneo en perfusión continua. Vómitos ocasionales de contenido alimenticio y escasa cantidad.
3. Eliminación. Micción espontánea. Estoma de salida con bolsa colectora, vaciada cada tres horas. Introducción del contenido por el estoma de entrada cada seis horas. Deposiciones por ano tras cada toma vía enteral (cuatro tomas al día).
4. Movilización. Dependiente.

5. Reposo / sueño. Dependiente. Descanso interrumpido con la realización de trasvases. Se intenta respetar, retrasando el procedimiento media hora como máximo.

6. Vestirse / desvestirse. Dependiente

7. Termorregulación. Afebril.

8. Higiene / piel. Integridad de la piel alterada por estomas de entrada y salida en abdomen.

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

### Plan de cuidados

Tras la valoración, se identificaron siete necesidades alteradas relacionadas con cuatro dominios NANDA **(Tabla 1)**. Teniendo en cuenta lo anterior, se priorizaron las etiquetas diagnósticas relacionándolas con los objetivos propuestos y las intervenciones enfermeras realizadas **(Tabla 2)**. Todo ello, según la taxonomía NANDA, NOC y NIC **(7-10)**.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Durante el ingreso, se resolvieron los diagnósticos priorizados favorablemente. Las principales dificultades encontradas para su resolución estuvieron relacionadas con el disconfort originado con la sonda nasogástrica y la pauta de vaciamiento de la bolsa de ostomía y trasvases fecales, los cuales, a priori, no facilitaron el respeto del descanso y sueño del paciente. Así como el acelerado tránsito intestinal que producía frecuentes y numerosas

Tabla 2. Plan de cuidados

| Diagnóstico NANDA   | Resultado NOC e indicadores*  | Intervención NIC y actividades  |
|---|---|---|
| <p><b>[00195] Riesgo de desequilibrio electrolítico</b></p>   | <p><b>[1015] Función gastrointestinal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• [101501] Tolerancia alimentación. De 4 levemente comprometido a 5 no comprometido.</li> <li>• [101503] Frecuencia de deposiciones. De 3 moderadamente comprometido a 4.</li> <li>• [101506] Volumen de las deposiciones. De 3 a 4.</li> <li>• [101525] Tiempo de vaciado gástrico. De 3 a 4.</li> <li>• [101537] Pérdida de peso. De 4 leve a 5 ninguno</li> </ul> | <p><b>[1056] Alimentación enteral por sonda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insertar una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal de acuerdo con el protocolo del centro.</li> <li>• Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo del centro.</li> <li>• Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.</li> <li>• Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas.</li> </ul> <p><b>[1200] Administración de nutrición parenteral total (NPT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar que las soluciones de NPT infundidas por un catéter no central se limitan a una osmolaridad menor de 900 mOsm/l.</li> <li>• Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT.</li> <li>• Evitar el uso del catéter para fines distintos a la administración de NPT (p. ej., transfusiones de sangre y toma de muestras de sangre).</li> <li>• Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones de NPT. Mantener una pequeña ingesta nutricional oral durante la NPT, siempre que sea posible.</li> </ul> <p><b>[1260] Manejo del peso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el peso corporal ideal del individuo.</li> <li>• Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta y/o cambios en el peso corporal.</li> </ul> |
| <p><b>[00196] Motilidad gastrointestinal disfuncional</b></p> | <p><b>[0501] Eliminación intestinal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• [50107] Grasa en las heces. De 4 leve a 5 ninguno.</li> <li>• [50111] Diarrea . De 4 a 5.</li> <li>• [50118] Tono esfinteriano. De 3 moderadamente comprometido a 4 levemente comprometido.</li> </ul>   | <p><b>[0410] Cuidados de la incontinencia intestinal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar los objetivos del programa de control intestinal con el paciente/familia.</li> <li>• Instruir al paciente/familia a que lleve un registro de las defecaciones, si es preciso.</li> <li>• Proteger la piel del exceso de humedad de la orina, heces o sudor mediante una crema antihumedad, según se precise.</li> </ul> <p><b>[460] Manejo de la diarrea</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar al paciente/familia que registren el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.</li> <li>• Evaluar la ingesta registrada para determinar el contenido nutricional.</li> <li>• Medir la producción de diarrea/defecación.</li> </ul> <p><b>[1160] Monitorización nutricional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar al paciente.</li> <li>• Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada).</li> <li>• Identificar las anomalías de la defecación (p. ej., diarrea, sangre, moco y defecación irregular o dolorosa).</li> </ul>  |
| <p><b>[00198] Trastorno del patrón del sueño</b></p>          | <p><b>[2009] Estado de comodidad: entorno</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• [200903] Entorno favorable para el sueño. De 4 levemente comprometido a 5 no comprometido.</li> <li>• [200915] Entorno tranquilo. De 4 a 5.</li> <li>• [200916] Control del ruido. De 4 a 5.</li> </ul>  | <p><b>[6482] Manejo ambiental: confort</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.</li> <li>• Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.</li> <li>• Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.</li> <li>• Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas).</li> </ul>   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>[00044]</b><br/><b>Deterioro de la integridad tisular</b></p> | <p><b>[1615] Autocuidado de la ostomía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• [161501] Describe el funcionamiento de la ostomía. De 4 frecuentemente demostrado a 5 siempre demostrado.</li> <li>• [161507] Vacía la bolsa de la ostomía. De 4 a 5.</li> <li>• [161508] Cambia la bolsa de la ostomía. De 4 a 5.</li> <li>• [161520] Mantiene el cuidado de la piel alrededor de la ostomía. De 4 a 5.</li> <li>• [161523] Obtiene ayuda de un profesional sanitario. De 4 a 5.</li> </ul> | <p><b>[480] Cuidados de la ostomía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al paciente/allegados en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía.</li> <li>• Observar la curación de la incisión/estoma.</li> <li>• Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.</li> </ul> <p><b>[3584] Cuidados de la piel: tratamiento tópico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestir al paciente con ropas no restrictivas.</li> <li>• Aplicar los pañales sin comprimir, según corresponda.</li> <li>• Aplicar un dispositivo de ostomía que encaje adecuadamente, cuando se precise.</li> <li>• Aplicar emolientes a la zona afectada.</li> <li>• Registrar el grado de afectación de la piel.</li> </ul> <p><b>[430] Control intestinal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.</li> <li>• Monitorizar los sonidos intestinales.</li> <li>• Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.</li> </ul> |
|---|--|--|

*\*En cada indicador se señala la puntuación diana de resultado, según escala correspondiente: de mantener a aumentar.  
Fuente: Elaboración propia*

deposiciones líquidas que dificultaban el mantenimiento de la higiene de la piel periestomal y zona perianal. Lo que llevó a extremar la valoración y cuidados de dicha zona. Como recomendaciones clínicas para futuras mejoras de la práctica clínica en casos similares, se sugiere la elaboración de un registro específico para el paciente que incluya: número y características de las deposiciones, volumen de débito, estado del estoma y piel periestomal, cambios de bolsa y observaciones. En el presente caso clínico, se llevaron a cabo una serie de intervenciones basadas en las necesidades del paciente y su familia, con objeto de capacitar e integrar a la familia en los cuidados y manejo de las ostomías y sonda nasogástrica; consiguiendo un aumento del nivel de conocimientos sobre la patología y el tratamiento, favoreciendo su autonomía y la seguridad del paciente. Involucrar a las madres y padres en el manejo de los estomas, siempre que las condiciones del niño lo permitan, facilita el desarrollo de habilidades necesarias para su manejo tras el alta hospitalaria (11).

El lenguaje NANDA-NOC-NIC supone un instrumento enfermero que permite la estandarización de la práctica clínica. Así, el establecimiento de un plan de cuidados atendiendo a diagnósticos, resultados e intervenciones y actividades propias enfermeras permite integrar un marco teórico para la identificación de problemas y su resolución, desde un enfoque biopsicosocial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wesson D, Lopez ME. Congenital aganglionic megacolon (Hirschsprung disease). En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [citado el 13 de junio de 2022].
2. Joseph S, Guinot A, Leclair M-D. Enfermedad de Hirschsprung. EMC - Pediatr [Internet]. 2019 [citado el 13 de junio de 2022];54(3):1-14. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001140.htm>
3. Lorente-Ros M, Andrés AM, Sánchez-Galán A, Amiñoso C, García S, Lapunzina P, et al. New mutations associated with Hirschsprung disease. Anales de Pediatría [Internet]. 2020 [citado el 13 de junio de 2022];93(4):222-7. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-nuevas-mutaciones-asociadas-enfermedad-hirschsprung-articulo-S1695403319304242>
4. Flores EM, Flores BL. Informe final de tesis de graduación. Comparación de las anastomosis intestinales realizadas en la emergencia con engrapadora versus manuales en el Hospital Nacional Rosales en el Periodo del 1 de enero. Universidad del Salvador [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2020/10/1123345/5-11106270.pdf>
5. Chozas JMV. Necesidades básicas de Virginia Henderson [Internet]. Enfermería Actual. 2013 [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/necesidades-basicas-de-virginia-henderson/>
6. Herdman, H. Kamitsuru, S. NANDA Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª Edición. España: Editorial Elsevier; 2021.
7. Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., Wagner, C. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª Edición. España: Elsevier; 2018.
8. Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., Wagner, C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª Edición. Elsevier; 2018.
9. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/alumno/>
10. Jiménez A. Ensayo de la aplicación de los diagnósticos enfermeros de la NANDA (NOC NIC) en los planes de cuidado de enfermería de la enfermedad de Alzheimer. Enf Neurol (Mex). 2014 [Internet]. [citado el 13 de junio de 2022];13(3):147-52. Disponible en: <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/199>
11. Guía de atención al niño ostomizado [Internet]. 2018 [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: [https://elrincondelaostomia.es/wp-content/uploads/2019/01/Gu%C3%ADa\\_Pedi%C3%A1trica\\_atencion\\_al\\_ni%C3%B1o\\_ostomizado.pdf](https://elrincondelaostomia.es/wp-content/uploads/2019/01/Gu%C3%ADa_Pedi%C3%A1trica_atencion_al_ni%C3%B1o_ostomizado.pdf)

# Actuación enfermera en la vacunación acelerada de un paciente pediátrico desplazado desde Ucrania: Caso clínico

## AUTORAS

- MARÍA SÁNCHEZ TORRANO  
*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.*

No se ha recibido subvención para la realización del trabajo. No existen conflictos de interés.

## PALABRAS CLAVE

> PEDIATRÍA > ATENCIÓN PRIMARIA > VACUNACIÓN ACCELERADA > CUIDADOS DE ENFERMERÍA



## RESUMEN

Descripción del caso clínico de un varón sano de tres años desplazado desde Ucrania. En el primer contacto con el sistema sanitario a través del centro de salud, se llevó a cabo una valoración enfermera siguiendo las catorce necesidades de Virginia Henderson, identificándose cuatro de estas alteradas. No aportó documentación sobre su estado vacunal, procediendo así a la vacunación acelerada. Fueron priorizados tres diagnósticos de enfermería tipo NANDA con sus respectivos resultados esperados según la clasificación NOC e intervenciones según la clasificación NIC. Tras llevar a cabo el plan de cuidados, se obtuvo una puntuación en todos los indicadores de resultado con valores entre cuatro y cinco. Finalmente, se logró la resolución de las necesidades alteradas y el correcto estado de inmunización del paciente.

## INTRODUCCIÓN

Debido a la situación bélica que tiene lugar en Ucrania, desde el pasado 24 de febrero de 2022, millones de ucranianos se han desplazado hacia diferentes países de la Unión Europea. La baja cobertura vacunal del país y las situaciones vividas durante el desplazamiento, como el hacinamiento en centros de refugiados, podría suponer un factor de riesgo para favorecer la aparición de enfermedades transmisibles o agravar la situación epidemiológica. Ante la llegada de refugiados ucranianos a España, la Dirección General de Salud Pública publicó una guía de actuación, con un abordaje biopsicosocial, que incluye una sección dedicada a las recomendaciones a seguir en cuanto a la vacunación en el ámbito comunitario (1). Desde la cual se remite al Calendario acelerado de vacunación publicado por la Comisión de Salud Pública en junio de 2019 (2). En él, se presentan las pautas generales de vacunación por

tipo de vacunas y el calendario acelerado en población pediátrica (clasificada en menores de 7 años y entre 7 y 18 años) y adulta, sin perjuicio de los límites de edad establecidos por el fabricante de cada vacuna en específico. Y estipula que deben considerarse como administradas las vacunas que puedan documentarse. En el caso de aportar documentación, las vacunas recibidas deben considerarse como válidas siempre que se respeten las edades y los intervalos mínimos entre dosis **(1)**.

### Descripción del caso clínico

Paciente varón de 3 años procedente de Ucrania. No presenta historia clínica ni documentación de calendario vacunal de su país. En el primer contacto con el centro de atención primaria se realiza la anamnesis, valoración y exploración del paciente. Además, la madre refiere que no presenta antecedentes clínicos relevantes. El peso se encuentra en un percentil 50 y la talla en un percentil 85 según las curvas de crecimiento de la OMS, la exploración médica es normal. Concluyendo con todo ello que se trata de 'un niño sano'. La madre comenta que le administraron todas las vacunas del calendario de Ucrania, pero al no constar documentación válida se procede a la vacunación acelerada del niño. Para realizar el presente caso clínico se ha tomado al paciente y a la madre como un único individuo.

### Valoración

Se realizó la valoración enfermera, según las catorce necesidades de Virginia Henderson **(3)**. Se recogió información a partir de la historia clínica, la exploración física del niño y la entrevista a la familia.

1. Respiración. Patrón respiratorio normal. Eupneico.
2. Alimentación. Dieta equilibrada. Precisa de ayuda para cortar alimentos, usa cubiertos.
3. Eliminación. Utiliza pañal. Depositiones diarias de consistencia semisólida.
4. Movilización. Camina desde los 15 meses de edad.
5. Reposo / sueño. Dependiente. Desde que ha llegado a España se despierta 2 o 3 veces durante el descanso nocturno

**Tabla 1. Fase diagnóstica**

| Necesidad alterada   | Dominio NANDA asociado   |
|--|--------------------------|
| Dormir y descansar   | 4. Actividad-reposo      |
| Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse                      | 4. Actividad-reposo      |
| Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel            | 11. Seguridad/protección |
| Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas | 11. Seguridad/protección |

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 3. Calendario vacunal acelerado en paciente de 3 años**

|           | INTERVALO              | VACUNAS  |
|-----------|------------------------|--|
| 1ª VISITA |                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hexavalente</li> <li>• Neumococo</li> </ul>                         |
| 2ª VISITA | Al mes de la 1ª        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Triple vírica</li> <li>• Meningitis C</li> </ul>                    |
| 3ª VISITA | A los 2 meses de la 1ª | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hexavalente</li> <li>• Neumococo</li> <li>• Varicela</li> </ul>     |
| 4ª VISITA | A los 6 meses de la 3ª | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hexavalente</li> <li>• Neumococo</li> <li>• Meningitis C</li> </ul> |

Fuente: Elaboración propia

y solo se duerme en los brazos de la madre. En Ucrania, dormía solo en su cama.

6. Vestirse / desvestirse. Dependiente
7. Termorregulación. Afebril.
8. Higiene/piel. Higiene correcta. Presenta dermatitis del pañal.
9. Seguridad. Dependiente
10. Comunicación. Idioma que habla: ucraniano. La madre refiere que se comunica bien con él.
11. Creencias y valores. No valorable
12. Trabajar / realizarse. No valorable
13. Ocio. No valorable
14. Aprender. En su país, acudía a guardería. La madre refiere buena adaptación. Comenzará a ir al colegio en España el siguiente curso.

### Plan de cuidados

Tras la valoración, se identificaron cuatro necesidades alteradas relacionadas con dos dominios NANDA **(Tabla 1)**. Teniendo en cuenta el estado vacunal y las necesidades alteradas, se priorizaron las etiquetas diagnósticas, relacionándolas con los objetivos propuestos y las intervenciones enfermeras **(Tabla 2)**.

Todo ello, según la taxonomía NANDA, NOC y NIC **(4-7)**.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente caso clínico, el establecimiento de un plan de cuidados atendiendo a diagnósticos, resultados e intervenciones y actividades propias enfermeras permitió integrar un marco teórico para la identificación de problemas y su resolución, desde un enfoque biopsicosocial, así como la estandarización de la práctica clínica **(8)**. Durante su implementación, se llevaron a cabo una serie de actividades enfermeras basadas en los diagnósticos priorizados; logrando un estado inmunitario correcto, según el calendario vacunal del territorio español, una mejora en el patrón del sueño y la resolución de la dermatitis del pañal.

Las principales dificultades encontradas durante la aplicación del plan de cuidados estuvieron relacionadas principalmente con el estrés que supone la adaptación a un nuevo entorno y país, así como que la propia revacunación requiere de un gran número de punciones, en un corto

Tabla 2. Plan de cuidados

| Diagnóstico NANDA  | Resultado NOC e indicadores*   | Intervención NIC y actividades  |
|--|--|---|
| <p><b>[00043] Protección ineficaz</b></p>                | <p><b>[1900] Conductas de vacunación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• [190005] Cumple las vacunaciones recomendadas para la edad. Puntuación: 5 siempre demostrado.</li> <li>• [190015] Obtiene información fiable sobre los requisitos específicos de vacunación según la edad. Puntuación: 5 siempre demostrado.</li> <li>• [190009] Confirma la fecha de la próxima vacunación. Puntuación: 5 siempre demostrado</li> </ul> <p>[2800] Estado de inmunización de la comunidad</p>  | <p><b>[6530] Manejo de la inmunización/vacunación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a los progenitores el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas y lista de efectos secundarios (p. ej., hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, Haemophilus influenzae, poliomieltis, sarampión, parotiditis, rubéola y varicela).</li> <li>• Proporcionar una cartilla de vacunación para registrar fecha y tipo de las inmunizaciones administradas.</li> <li>• Identificar las técnicas de administración apropiadas, incluida la administración simultánea. Documentar la información sobre la vacunación según el protocolo del centro (p. ej., fabricante, número de lote, fecha de caducidad, etc.).</li> <li>• Informar a los progenitores acerca de las medidas de alivio útiles después de la administración de fármacos en un niño.</li> </ul> <p>o Programar las inmunizaciones a intervalos adecuados.</p> <p>[6610] Identificación de riesgos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener los registros y estadísticas precisos.</li> <li>• Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.</li> <li>• Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.</li> <li>• Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.</li> </ul> |
| <p><b>[00165] Disposición para mejorar el sueño</b></p>  | <p><b>[1602] Conducta de fomento de la salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• [160205] Utiliza técnicas efectivas de disminución del estrés. Puntuación: 4 frecuentemente demostrado a 5 siempre demostrado</li> <li>• [160221] Equilibra actividad y reposo. De 4 a 5.</li> <li>• [160222] Mantiene un sueño adecuado. De 4 a 5</li> </ul> <p><b>[0004] Sueño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• [403] Patrón del sueño. Puntuación: 4 levemente comprometido a 5 nunca comprometido.</li> <li>• [418] Duerme toda la noche. De 4 a 5.</li> <li>• [417] Dependencia de las ayudas para dormir. De 3 moderado a 4 leve.</li> </ul> | <p><b>[1850] Mejorar el sueño</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</li> <li>• Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de inicio de sueño y objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, etc.), según corresponda.</li> <li>• Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño.</li> <li>• Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.</li> </ul> <p><b>[4400] Musicoterapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el interés del individuo por la música.</li> <li>• Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto.</li> <li>• Evitar dejar la música puesta durante largos períodos.</li> </ul> <p><b>[6480] Manejo ambiental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.</li> <li>• Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, según corresponda.</li> </ul>   |
| <p><b>[00046] Deterioro de la integridad cutánea</b></p> | <p><b>[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• [110104] Hidratación. Puntuación: de 4 levemente comprometido a 5 no comprometido.</li> <li>• [110113] Integridad de la piel. De 4 a 5</li> </ul>   | <p><b>[3590] Vigilancia de la piel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</li> <li>• Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.</li> </ul> <p><b>[1750] Cuidados perineales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener el periné seco.</li> <li>• Aplicar una barrera protectora, si procede.</li> </ul> <p><b>[3584] Cuidados de la piel: tratamiento tópico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar los pañales sin comprimir, según corresponda.</li> <li>• Proporcionar higiene antes y después de orinar/defecar, si es necesario.</li> <li>• Aplicar emolientes a la zona afectada.</li> </ul>  |

\*En cada indicador se señala la puntuación diana de resultado, según escala correspondiente: de mantener a aumentar.

Fuente: Elaboración propia

“ Las principales dificultades encontradas durante la aplicación del plan de cuidados estuvieron relacionadas principalmente con el estrés que supone la adaptación a un nuevo entorno y país, así como que la propia revacunación requiere de un gran número de punciones, en un corto periodo de tiempo.



periodo de tiempo. Lo que conlleva que se pueda transformar en un acto estresante y doloroso para el niño. En todo acto vacunal, se debe tener en cuenta las Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP para aliviar el estrés y el dolor, basadas en la última evidencia científica disponible y cuya aplicación no supone un aumento de costos o tiempo **(9)**. Siguiendo las recomendaciones del calendario acelerado y respetando los intervalos mínimos entre dosis, se realizó un calendario individualizado, planificando las diversas punciones en varias visitas e intentando asegurar la adherencia terapéutica **(Tabla 3)**.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendaciones de vacunación de las personas procedentes de Ucrania [Internet]. Vacunasaep.org. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/recomendaciones-de-vacunacion-de-las-personas-procedentes-de-ucrania>
2. Limia A. Calendario acelerado de vacunaciones. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones [Internet]. Gob.es. [citado el 20 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/Calendario\\_Acelerado\\_Vacunaciones.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/Calendario_Acelerado_Vacunaciones.pdf)
3. Chozas JMV. Necesidades básicas de Virginia Henderson-14 necesidades básicas [Internet]. Enfermería Actual. 2013 [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/necesidades-basicas-de-virginia-henderson/>
4. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª Edición. España: Editorial Elsevier; 2021.
5. Butcher H, Bulechek G, Dochterman, J, Wagner C. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª Edición. España: Elsevier; 2018.
6. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª Edición. Elsevier; 2018.
7. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [citado el 13 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/alumno/>
8. Jiménez A. Ensayo de la aplicación de los diagnósticos enfermeros de la NANDA (NOC NIC) en los planes de cuidado de enfermería de la enfermedad de Alzheimer. *Enf Neurol (Mex)*. 2014 [Internet]. [citado el 13 de junio de 2022];13(3):147-52. Disponible en: <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/199>
9. García N, Merino M, García C, Lacarta I, Carbonell L, Pina B, et al. Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:317-27.

# Plan de cuidados enfermero: Lactante con posible alergia a la proteína de leche de vaca. A propósito de un caso

## AUTORAS

- MARÍA GONZÁLEZ GARRIDO  
*Residente de Enfermería Pediátrica. Hospital Universitario y Politécnico la Fe.*
  - MARÍA DE LOS ÁNGELES SOLA MENÁRGUEZ  
*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.*
- No se ha recibido ninguna subvención para la realización del trabajo y no existen conflictos de interés.

## PALABRAS CLAVE

> ALERGIA E INMUNOLOGÍA > SUSTITUTOS DE LECHE HUMANA > LACTANTE > ROL DE LA ENFERMERA > EDUCACIÓN EN SALUD

## RESUMEN

Se describe el caso clínico de un niño que, tras acudir al equipo de Pediatría para la revisión de los 6 meses, incluida en el Programa de Salud del Niño Sano de la Comunidad Valenciana, se diagnostica de una posible alergia a la proteína de la leche de vaca. Tras realizar la valoración enfermera por Patrones Funcionales de Marjory Gordon, se detectaron 3 de ellos alterados; por lo que se implantó un plan de cuidados, siguiendo la Taxonomía NANDA-NOC-NIC.

El establecimiento de un plan de cuidados individualizado permitió fijar objetivos e intervenciones consensuadas con la familia para mejorar su calidad de vida y evitar posibles complicaciones derivadas de la alergia. Además, se fomentaron conductas de prevención y promoción de la salud, adaptadas a la edad del lactante, promoviendo un crecimiento y desarrollo óptimo.

## INTRODUCCIÓN

La alergia a la proteína de leche de vaca es una enfermedad común cuya prevalencia continúa en aumento, suponiendo un 31,6% del total de las alergias alimentarias infantiles. Se considera la alergia alimentaria más frecuente en los menores de un año de vida **(1-2)**. Es el resultado de una reacción adversa del organismo de base inmunológica, que puede ser mediada por IgE, no mediada por IgE o de naturaleza mixta **(3-4)**.

No existe una clínica patognomónica de la enfermedad, por lo que, en numerosas ocasiones, puede infra y sobre diagnosticarse, pudiendo afectar a la calidad de vida de los niños **(2)**.

El cuadro clínico de esta enfermedad es muy variable, siendo las manifestaciones más habituales las gastrointestinales (vómitos, diarrea), manifestaciones a nivel tegumentario (angioedema, urticaria, dermatitis) y del aparato respiratorio **(5)**. Realizar un

adecuado examen físico e historia clínica constituye un clave fundamental para su diagnóstico (3); ya que, actualmente, dicho diagnóstico se basa en una historia clínica compatible, con mejora de síntomas tras la supresión de leche y derivados, realización de pruebas cutáneas tipo prick-test o analítica (determinación de IgE específica); completándose en algunos casos con una prueba de provocation oral (6).

A pesar de los esfuerzos de las sociedades por establecer guías y recomendaciones sobre su manejo en los pacientes pediátricos, existe gran variabilidad en su diagnóstico y tratamiento (1). Actualmente, el tratamiento principal consiste en eliminar de la alimentación la leche y derivados, suprimiendo también la leche de otros mamíferos (6).

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de 6 meses de vida que acude a la Consulta Enfermera de Pediatría de su Centro de Atención Primaria, acompañado de sus padres, para realizar la revisión de salud correspondiente a su edad, según el Programa de Salud del Niño Sano de la Comunidad Valenciana (7).

Madre y padre de 29 y 33 años respectivamente, sanos (primer hijo). Embarazo controlado. Parto vaginal a las 38 semanas de gestación (3.250 Kg).

En la revisión actual, los padres refieren que, desde hace 5 días, el niño rechaza tomas, hace deposiciones diarreas y está muy irritable. La pediatra lo explora y valora. Tras la entrevista clínica, indica a los padres que puede tratarse de una alergia a la proteína de leche de vaca; por lo que prescribe a la familia retirar la leche de fórmula tipo 1 que tomaba y administrar leche hidrolizada, 240 ml cada 4 horas.

## VALORACIÓN

Se realiza una valoración enfermera integral según los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon (8), recopilando datos de exploración física del niño y la entrevista realizada a los padres.

**Patrón 1: Percepción y control de la salud.**

Sin enfermedades previas de interés. Vacunas administradas cumpliendo el

calendario vacunal. Los padres manejan adecuadamente la higiene del niño (1 baño al día) y administran correctamente las gotas de vitamina D prescritas para la prevención del raquitismo. No hay fumadores en la casa familiar.

**Patrón 2: Nutricional-metabólico.**

Peso de 8.250 Kg, talla de 68 cm y perímetro cefálico de 45 cm (ambos entre el percentil 50 y 75). La piel no presenta alteraciones y se encuentra correctamente hidratada. Buena coloración de piel y mucosas. Aún no ha tenido la primera erupción dentaria. Alimentación con leche artificial, sin iniciar alimentación complementaria.

**Patrón 3: Eliminación**

Realiza unas 7 micciones al día. Las características de la orina son normales en color, olor y frecuencia. La madre refiere que, desde hace 5 días, las deposiciones son diarreas. Anteriormente, el niño realizaba 1 deposición al día marrón. Actualmente, realiza unas 3 al día.

**Patrón 4: Actividad-ejercicio.**

Mantiene una frecuencia cardíaca adecuada para su edad y no muestra tos ni dificultad respiratoria. Presenta buen tono muscular. Tumbado boca abajo, levanta el tronco y gira de supino a prono. Se sienta con apoyo.

**Patrón 5: Sueño-descanso.**

Durante el día, duerme 1 hora y media a media mañana y 2 horas por la tarde en un moisés en el salón. Durante la noche, duerme 9 horas seguidas en una cuna ubicada en la habitación de sus padres. No presenta pesadillas ni terrores nocturnos.

**Patrón 6: Cognitivo-perceptual.**

Realiza la pinza dígito-palmar, coge objetos con una mano y se los pasa a la otra. Balbucea, se ríe y reconoce a personas conocidas. Los padres describen que, desde hace 5 días, está irritable y llora más de lo normal. No presenta signos o síntomas de dolor.

**Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto.**

No valorable en el niño.

**Patrón 8: Rol-relaciones.**

El niño tiene un entorno familiar favorable. No acude a la guardería. Su madre es la cuidadora principal y recibe ayuda de ambas abuelas. El padre se ha incorporado al trabajo. Los padres

tienen varios grupos de amigos con niños pequeños con los que el bebé se relaciona de forma normal. No hay signos de trato negligente hacia el bebé.

**Patrón 9: Sexualidad y reproducción.**

El aparato reproductor del bebé no presenta alteraciones visibles. Los testículos se encuentran ambos en su bolsa y descendidos. No presenta fimosis.

**Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés.**

El soporte familiar con el que cuenta el niño es adecuado. Al niño está activo, contento y sonriente durante toda la visita.

**Patrón 11: Valores y creencias.**

No valorable en el niño.

## PLAN DE CUIDADOS

Tras la entrevista y valoración realizada en la consulta donde se detectaron 3 patrones de salud alterados, se estableció un plan de cuidados. En la **tabla 1** se presentan los 3 diagnósticos priorizados, relacionados con los objetivos propuestos y las intervenciones enfermeras, siguiendo la taxonomía NANDA, NOC y NIC (7).

## SEGUIMIENTO

Durante esa visita, se explicó la alimentación complementaria a los padres y se resolvieron dudas. Se pactó con ellos esperar una semana para empezar su introducción con objeto de valorar si la sustitución de la leche de fórmula tipo 1 por leche hidrolizada mejoraba los síntomas gastrointestinales. Los padres mostraron una actitud colaboradora y disposición por mejorar la crianza de su hijo, lo que facilitó pactar objetivos e intervenciones relacionadas con la promoción de la salud y prevención de riesgos.

Con el fin de realizar un seguimiento del plan de cuidados, se programó una nueva cita en la consulta enfermera en 15 días para poder evaluar el cumplimiento de los objetivos establecidos, el estado de salud del niño, su adaptación a la nueva dieta y el estado emocional de la familia ante los nuevos cambios.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la actualidad, la enfermera Pediatra de Atención Primaria se encarga de realizar un seguimiento continuo de los

Tabla 1: Plan de cuidados

| Diagnóstico NANDA  | Objetivos NOC e Indicadores  | Intervenciones NIC y Actividades  |
|--|--|---|
| <p><b>00197 Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.</b></p> | <p><b>1902. Control del riesgo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reconoce los factores de riesgo personales.</li> <li>Adapta las estrategias de control del riesgo.</li> <li>Reconoce cambios en el estado general de salud.</li> </ul> <p><b>0501. Eliminación Intestinal.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Color de las heces.</li> <li>Sangre en las heces.</li> <li>Moco en las heces.</li> <li>Diarrea.</li> </ul> <p><b>1802. Conocimiento: dieta prescrita.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta prescrita.</li> <li>Objetivos de la dieta.</li> <li>Beneficios de la dieta prescrita.</li> <li>Pautas para la preparación de los alimentos.</li> </ul> <p>1015. Función gastrointestinal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tolerancia alimentos/alimentación.</li> <li>Frecuencia de deposiciones.</li> <li>Color de las deposiciones.</li> <li>Consistencia de las deposiciones.</li> <li>Volumen de las deposiciones.</li> </ul> | <p><b>5246. Asesoramiento nutricional.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.</li> <li>Establecer la duración de la relación de asesoramiento.</li> <li>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> </ul> <p><b>5602. Enseñanza: proceso de enfermedad.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.</li> <li>Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.</li> <li>Explorar recursos/apoyos posibles, según cada caso.</li> </ul> <p>5614. Enseñanza: dieta prescrita.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.</li> <li>Incluir a la familia, si procede.</li> </ul> <p><b>0460. Manejo de la diarrea.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la historia de la diarrea.</li> <li>Solicitar a los familiares que registren el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.</li> <li>Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración.</li> </ul>   |
| <p><b>00013. Diarrea</b></p>   | <p><b>1622. Conducta de cumplimiento: dieta prescrita.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toma alimentos compatibles con la dieta prescrita.</li> <li>Evita alimentos y líquidos no permitidos en la dieta.</li> </ul> <p><b>0602. Hidratación.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Turgencia cutánea.</li> <li>Membranas mucosas húmedas.</li> <li>Globos oculares hundidos.</li> <li>Ingesta de líquidos.</li> </ul>  | <p><b>1100. Manejo de la nutrición.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</li> <li>Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>Ayudar al paciente a acceder a programas nutricionales comunitarios específicos (p. ej., para mujeres, bebés y niños, cupones de alimentos y comidas a domicilio).</li> </ul> <p><b>6820. Cuidados del lactante.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar el peso y la talla del lactante.</li> <li>Cambiar los pañales.</li> <li>Fomentar la asignación de los mismos cuidadores profesionales.</li> <li>Dar al lactante alimentos que sean adecuados al nivel de desarrollo.</li> </ul>  |
| <p><b>00164. Disposición para mejorar la crianza</b></p>               | <p><b>0102. Desarrollo infantil: 6 meses.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se le cae la cabeza cuando se le coge para sentarlo.</li> <li>Se da la vuelta.</li> <li>Se sienta con apoyo.</li> <li>Permanece de pie cuando se sujeta.</li> <li>Coge objetos y se los lleva a la boca.</li> <li>Gesticula.</li> </ul> <p><b>2900. Desempeño del rol de padres: seguridad física del lactante y del niño pequeño.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Maneja adecuadamente al lactante/niño pequeño.</li> <li>Utiliza una cuna que satisface las normativas de seguridad.</li> <li>Le coloca sobre la espalda para dormir.</li> <li>Escoge juguetes seguros y adecuados a la edad.</li> </ul> <p>2602. Funcionamiento de la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los miembros desempeñan los roles esperados.</li> <li>Los miembros pasan tiempo juntos.</li> <li>Los miembros se apoyan entre sí.</li> </ul>   | <p><b>8271. Fomentar el desarrollo: niños.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer una interacción individual con el niño.</li> <li>Identificar las necesidades especiales del niño y las adaptaciones necesarias, cuando proceda.</li> <li>Facilitar el contacto de los cuidadores con los recursos comunitarios, según corresponda.</li> </ul> <p><b>1850. Mejorar el sueño.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.</li> <li>Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.</li> <li>Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.</li> </ul> <p><b>5641. Enseñanza: nutrición del lactante (4-6 meses).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.</li> <li>Enseñar a los progenitores/cuidador a introducir alimentos sólidos (en forma de purés) sin añadir sal o azúcar.</li> <li>Enseñar a los progenitores/cuidador a introducir cereales para bebés reforzados con hierro.</li> <li>Enseñar a los progenitores/cuidador a introducir un nuevo alimento cada vez.</li> <li>Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar zumos o bebidas azucaradas.</li> </ul> <p><b>5646. Enseñanza: seguridad del lactante (4-6 meses).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.</li> <li>Enseñar a los progenitores/cuidador a evitar el uso de andadores o de saltadores debido al peligro de lesiones y de los efectos perjudiciales sobre el desarrollo muscular.</li> <li>Enseñar a los progenitores/cuidador a no dejar al bebé nunca desatendido en el baño, el carro del supermercado, en una silla alta, sobre el sofá, etc.</li> <li>Enseñar a los progenitores/cuidador a evaluar los juguetes que cuelguen de la cuna.</li> </ul> <p><b>7140. Apoyo a la familia.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.</li> <li>Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia.</li> <li>Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.</li> <li>Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.</li> </ul> |

Fuente: Elaboración propia

niños, evaluando su desarrollo físico, psicomotor y psicosocial, y detectando de forma precoz problemas de salud potenciales.

Para las familias, la sospecha de un diagnóstico de alergia a la proteína de vaca puede suponer un gran impacto. En estos casos el papel de la enfermera es esencial. Desde su consulta, detectan las necesidades de los niños y sus familias; seleccionan las estrategias más adecuadas para evitar los alérgenos de forma segura; enseñan a reconocer los signos y síntomas; educan sobre cómo garantizar una alimentación y nutrición adecuada que asegure su crecimiento y desarrollo; y realizan el seguimiento y evaluación de su proceso de salud.

El establecimiento de un plan de cuidados individualizado, adaptado a su entorno socio-familiar, en el que se establecen objetivos y actividades consensuadas con la familia, permite mejorar la calidad de vida del niño. Además, la educación para la salud proporcionada a los padres acerca de la alergia, de su tratamiento y su actuación ante posibles complicaciones potenciales, disminuye su ansiedad e incertidumbre.

Para los equipos de pediatría de Atención Primaria, la promoción de la salud y las actividades preventivas son campos de acción prioritarios, resultando esencial la educación para la salud para poder desarrollarlos. Aunque en numerosas ocasiones, no se dispone del tiempo y los recursos necesarios para realizar dicha educación en la consulta de manera óptima (6), se debe intentar utilizar los medios y los recursos disponibles para realizar una educación individual eficaz, que atienda a las necesidades de los usuarios; sin olvidar que es primordial establecer planes de mejora de calidad que optimicen el trabajo de los equipos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pascual AI, Méndez A, Segarra Ó, Espin B, Jiménez S, Bousoño C, et al. Manejo de la alergia a la proteína de leche de vaca por los gastroenterólogos españoles. *An Pediatr (edición inglesa)* [Internet]. 2018 [citado el 15 de septiembre de 2022];89(4):222-9. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/>



## El plan de cuidados individualizado permitió fijar objetivos e intervenciones consensuadas con la familia para mejorar su calidad de vida y evitar posibles complicaciones derivadas de la alergia.

es-manejo-alergia-proteina-leche-vaca-articulo-S169540331730471X

2. Díaz JJ, Blesa L, Campoy C, Espín B, Leis MR, Mesa del Castillo M, et al. Documento de consenso en la prevención primaria de alergia a proteínas de leche de vaca en lactantes menores de 7 días de vida. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2022 [citado el 15 de septiembre de 2022];97(1):59.e1-59.e7. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-documento-consenso-prevencion-primaria-alergia-articulo-S1695403322001436>

3. Tormo R. Alergia e intolerancia a la proteína de la leche de vaca. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría*. Aeped.es. [citado el 15 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/1-APLV.pdf>

4. Espín B, Díaz JJ, Blesa Baviera LC, Claver A, Hernández A, García JJ, et al. Alergia a las proteínas de leche de vaca no mediada por IgE: documento de consenso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP). *An Pediatr (Barc)*. 2019;90(3): 193.e1-93. e11.

5. Cordero RC, Prado S F, Bravo JP Actualización en manejo de Alergia a la proteína de leche de vaca: fórmulas lácteas disponibles y otros brebajes. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2018 [citado el 15 de septiembre de 2022];89 (adelante): 0-0. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062018000300310&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062018000300310&script=sci_arttext)
6. Toca MC, Roman-Riechmann E, Vázquez-Frías R, Batista de Moraes M, Sosa P, Boggio-Marzet C, et al. La comprensión de un grupo de gastroenterología pediátrica latinoamericana y española sobre el diagnóstico y tratamiento de la alergia a la proteína de la leche de vaca: resultados de una encuesta realizada por el Grupo de Trabajo de Alergia Alimentaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. *Rev Gastroenterol Méx (Ed. Ingles)* [Internet]. 2020 [citado el 15 de junio de 2022];85(4):382-Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-conocimiento-sobre-el-diagnostico-el-articulo-S0375090619301168>
7. Lapeña S, Hierro E. Alergia a proteínas de leche de vaca. *Pediatr Integral* [Internet]. 2018; 22 (2): 76-86. [citado el 31 de agosto de 2022]. Disponible en: [https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2018/xxii02/02/n2-076-086\\_SantiLapena.pdf](https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2018/xxii02/02/n2-076-086_SantiLapena.pdf)
8. Programa de salud infantil (PSI) [Internet]. Aepap.org. [citado el 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
9. Luis J, Suarez Á, Castillo FD, Delia A, Fidalgo F, Muñoz Meléndez M, et al. Manual de Valoración de Patrones Funcionales [Internet]. Agefec.org. [citado el 15 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.agefec.org/Almacen/Manuales%20y%20guias/MANUAL%20VALORACION%20PATRONES%20NOV%202010.pdf>
10. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [citado el 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

# Plan de cuidados enfermero: lactante con bronquiolitis en la consulta de atención primaria. A propósito de un caso

## AUTORAS

- MARIA DE LOS ÁNGELES SOLA MENARGUEZ  
*Enfermera Interno Residente de Pediatría, Hospital Universitari i Politècnic la Fe.*
- MARIA GONZALEZ GARRIDO  
*Enfermera Interno Residente de Pediatría, Hospital Universitari i Politècnic la Fe.*
- ROSARIO ROS NAVARRET  
*Tutora de Enfermeras Interno Residentes de Pediatría, Hospital Universitari i Politècnic la Fe*

## PALABRAS CLAVE

> BRONQUIOLITIS AGUDA > TRATAMIENTO DE SOPORTE > PROMOCIÓN SALUD > ATENCIÓN PRIMARIA SALUD.



## RESUMEN

Actualmente, la bronquiolitis aguda se define como el primer episodio de dificultad respiratoria bronquial distal en niños menores de 2 años. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y es el motivo principal de hospitalización en Pediatría en esa franja de edad.

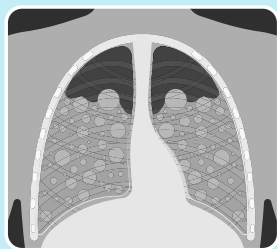
Se presenta el caso de un niño de 6 meses diagnosticado de bronquiolitis aguda leve en la consulta de pediatría de atención primaria. Tras realizar la valoración enfermera según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, se detectan alterados los patrones de percepción-manejo de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, sueño-descanso, rol-relaciones, adaptación-tolerancia al estrés y valores y creencias. Priorizándose cuatro diagnósticos de enfermería tipo NANDA

con sus respectivos resultados esperados, según la clasificación NOC, e intervenciones, según la clasificación NIC. En cuanto al seguimiento, se citó a las 48 horas para valorar la evolución del proceso respiratorio y a la semana para la valorar la consecución de los objetivos establecidos en el plan de cuidados.

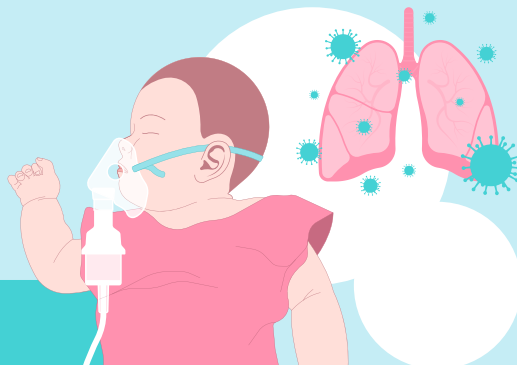
## INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es una enfermedad frecuente en la infancia y constituye la principal causa de ingreso hospitalario en los menores de 2 años. Se caracteriza por síntomas de las vías respiratorias superiores que conducen a síntomas respiratorios inferiores con inflamación que da lugar a sibilantes y/o crepitantes. Generalmente, suele ocurrir por infección primaria o reinfección con un patógeno viral (1). El virus respiratorio sincitial (VRS)

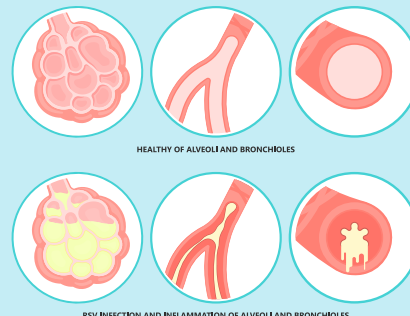
## RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS



**RSV**



**INFECTION WITH RSV CAN LEAD TO PNEUMONIA OR BRONCHIOLITIS**



HEALTHY OF ALVEOLI AND BRONCHIOLES

RSV INFECTION AND INFLAMMATION OF ALVEOLI AND BRONCHIOLES

es el causante de la mayor proporción de casos y de las formas con mayor afectación clínica, aunque otros virus como rinovirus, adenovirus, etc., pueden también producir bronquiolitis aguda, siendo frecuente la coinfección viral. Es más frecuente entre noviembre-abril, con un pico en enero-febrero. Durante estos meses, puede representar hasta un 15% de los motivos de consulta en los servicios de urgencias pediátricos (2).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, siguiendo los criterios clásicos de McConnochie (3): primer episodio de infección respiratoria (fiebre, rinorrea, tos) en niños menores de 2 años, que asocia a la auscultación estertores, subcrepitanes o sibilancias espiratorias, en ausencia de otra causa que lo pueda provocar (2). El manejo de estos pacientes se basa fundamentalmente en medidas generales de apoyo, no requiriendo el uso de fármacos de forma rutinaria (4).

La mayoría de los casos de bronquiolitis son leves por lo que, generalmente, pueden ser manejados de manera ambulatoria, centrándose su tratamiento en medidas de soporte (hidratación adecuada, alivio de la congestión/obstrucción nasal y seguimiento de la evolución del proceso de enfermedad en Atención Primaria) y la prevención (1); por lo que la información y educación proporcionada a las familias se convierte en pilares fundamentales del tratamiento.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 6 meses de edad, que teniendo programada una revisión de

salud correspondiente a su edad, según el Programa de Salud del Niño Sano (5), acude al centro de salud antes de la hora prevista por síntomas catarrales. La madre refiere que el niño, desde hace dos días, está "constipado". Durante la noche, empezó a empeorar y por la mañana rechazó la toma.

Se realiza valoración y exploración física, donde se observa aleteo nasal leve, ligero tiraje intercostal, rinorrea, tos, estornudos y ligera cianosis peribucal. Su frecuencia respiratoria es de 70 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca de 170 latidos por minuto, tensión arterial de 110/77 mm Hg y saturación de oxígeno de 97%. Su temperatura es de 38°C y a la auscultación presenta sibilancias.

Al realizar la anamnesis se detectan factores de riesgo que pueden relacionarse con un mayor riesgo de progresión a enfermedad (4). Bajo peso al nacimiento (2.450 gramos), tabaquismo en el entorno familiar y hacinamiento y pobreza.

Tras los hallazgos obtenidos en la exploración física y anamnesis, la pediatra diagnóstica crisis aguda de bronquiolitis. Debido a que se trataba de un caso estable leve, el tratamiento pautado se centró en medidas de soporte (aspiración de secreciones, medidas posturales y fraccionamiento de las tomas). Además, se prescribió paracetamol cada 8h si fiebre.

### VALORACIÓN

En dicha consulta, se realizó la valoración enfermera siguiendo los patrones funcionales de salud de Marjory

Gordon (6). Obteniéndose los datos de la exploración física, de la entrevista realizada a la madre y de la historia electrónica.

#### 1. Percepción-manejo de la salud:

El paciente no presenta alergias conocidas. Acude regularmente a las revisiones de salud y cumple el calendario vacunal.

La madre refiere que viven en una casa ocupada ilegalmente, donde hace frío, pues no disponen de calefacción, y donde las condiciones higiénicas son mínimas.

La madre vino de Rusia con su otro hijo de 4 años cuando estaba embarazada. Habla y entiende bien el español. Afirma fumar 10 cigarrillos al día y no consumir otras sustancias tóxicas. Muestra escaso interés con respecto a los consejos proporcionados sobre educación para la salud.

A los 4 meses, el paciente ingresó en el hospital por un caso grave de bronquiolitis.

#### 2. Nutricional-metabólico:

Peso: 8.200 kg. Talla: 68 cm. Perímetro cefálico: 44 cm.

Sin iniciar la erupción dentaria temporal. Aspecto hidratado de piel y mucosas. Coloración rosácea, aunque con una ligera cianosis peribucal debido a su situación respiratoria actual. No presenta alteraciones ungueales o capilares y el ombligo tiene buen aspecto.

La madre explica que el niño toma 150 ml de lactancia artificial cada 4 o 5 horas y que con esa cantidad y frecuencia parece quedarse saciado; no refiere vómitos ni reflujo. Toma vitamina D, siguiendo la prescripción de la pediatra.

### 3. Eliminación:

Deposiciones de color amarillo-marrón, de consistencia pastosa. Esta mañana, ha observado moco en las heces. Orina de características normales en cuanto a color, olor, frecuencia y cantidad. Realiza unos 4-5 cambios de pañales al día.

### 4. Actividad-ejercicio:

Se detecta una ligera dificultad respiratoria, referenciada en la descripción de este caso.

El paciente se muestra activo, con buen tono muscular. Relleno capilar adecuado (< 2 segundos). Pulsos periféricos y centrales palpables y rítmicos.

Aún no ha comenzado a caminar.

### 5. Sueño-descanso:

En el momento de la consulta, muestra aspecto somnoliento. La madre relata que, debido al cuadro catarral, el niño no ha dormido bien esa noche.

Habitualmente, duerme durante la

noche sin problemas. A las 5-6 horas de acostarlo se despierta para realizar una toma de lactancia artificial. Suele realizar una siesta diaria de aproximadamente 2 horas. Duerme en posición de supino en una cuna, en una habitación que comparte con su madre y hermano.

### 6. Cognitivo-perceptual:

Nivel de consciencia y reflejos primarios normales para su edad. Responde al escuchar su nombre, balbucea cadenas de consonantes y vocales, sin significado. Presenta aspecto cansado. Está irritable y muestra dolor a la exploración/palpación.

### 7. Auto percepción-autoconcepto:

No valorable.

### 8. Rol-relaciones:

La madre está divorciada. No cuenta con apoyo, solo tiene el de una amiga de su misma nacionalidad.

### 9. Sexualidad y reproducción:

Sin alteraciones.

### 10. Adaptación-tolerancia al estrés:

La madre manifiesta sentirse en una situación "desesperada". Tiene dificultades para buscar trabajo ya que cuida de sus hijos. Económicamente recibe una pequeña ayuda mensual que sólo cubre las necesidades más básicas. Refiere que en la casa donde viven suele hacer frío y piensa que su hijo "está así" por eso. Actualmente, está en seguimiento por los Servicios Sociales.

### 11. Valores y creencias:

Sin alteraciones.

### PLAN DE CUIDADOS

En la Tabla 1 queda reflejado el plan de cuidados elaborado con sus etiquetas diagnósticas, objetivos e intervenciones enfermeras, siguiendo la taxonomía NANDA, NOC y NIC (7). Cada indicador ha sido evaluado según la escala presente en la taxonomía NOC, indicando una puntuación inicial y una puntuación deseada.

Tabla 1: Plan de cuidados

| Diagnósticos NANDA  | Objetivos NOC e indicadores  | Intervenciones enfermeras NIC y actividades   |
|---|--|---|
| <b>00032. Patrón respiratorio ineficaz</b><br><br><b>R/C fatiga M/P aleteo nasal, hiperventilación, alteración de los movimientos torácicos</b> | <b>0410. Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias</b><br><b>[41004] Frecuencia respiratoria</b><br>Desviación sustancial del rango normal 2 → Sin desviación del rango normal<br><b>[41012] Capacidad de eliminar secreciones</b><br>Desviación sustancial del rango normal 2 → desviación leve del rango normal 4<br><b>[41016] Disnea de esfuerzo leve</b><br>Leve 4 → Ninguno 5 | <b>3160. Aspiración de las vías aéreas</b><br>Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.<br>Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.<br>Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.<br>Aspirar la nasofaringe con una jeringa de tipo pera o con un dispositivo de aspiración, según corresponda<br><b>6680. Monitorización de los signos vitales</b><br>Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.<br>Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.<br>Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría).<br>Monitorizar si hay cianosis central y periférica. |
|   | <b>0002. Conservación de la energía</b><br><b>[202] Utiliza las siestas para restaurar la energía</b><br>A veces demostrados 3 → frecuentemente demostrado 4<br><b>[206] Mantiene una nutrición adecuada</b><br>Raramente demostrado 2 → A veces demostrados 3<br><b>[212] Uso adecuado de la mecánica corporal</b><br>Raramente demostrado 2 → A veces demostrados 3                                  | <b>6482. Manejo ambiental: confort</b><br>Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.<br>Proporcionar un ambiente limpio y seguro.<br>Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.<br>Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias, según corresponda.<br><b>1100. Manejo de la nutrición</b><br>Determinar las preferencias alimentarias del paciente.<br>Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (p. ej., limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes).<br>Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.             |
|   | <b>0007. Nivel de fatiga</b><br><b>[701] Agotamiento</b><br>Moderado 3 → Ninguno 5<br><b>[704] Pérdida de apetito</b><br>Moderado 3 → Ninguno 5<br><b>[710] Inflamación de ganglios linfáticos</b><br>Moderado 3 → Leve 4  | <b>6650. Vigilancia</b><br>Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda.<br>Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales.<br>Ponerse en contacto con el médico, según corresponda.<br>Vigilar los patrones conductuales.   |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>00002.</b><br/><b>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.</b></p> <p><b>R/C Interés inadecuado en los alimentos</b><br/><b>M/P Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR)</b></p> | <p><b>1004.</b><br/><b>Estado nutricional</b><br/><b>[100401] Ingesta de nutrientes</b><br/>Desviación moderada del rango normal 3<br/>→ Sin desviación del rango normal 5<br/><b>[100411] Hidratación</b><br/>Desviación leve del rango normal 4<br/>→ Sin desviación del rango normal 5</p>   | <p><b>4130.</b><br/><b>Monitorización de líquidos</b><br/>Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación. Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (p. ej., mareo, alteración del nivel de consciencia, aturdimiento, aprensión, irritabilidad, náuseas, fasciculaciones).<br/>Monitorizar el peso.<br/><b>5246.</b><br/><b>Asesoramiento nutricional</b><br/>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Fomentar el uso de internet para acceder a información útil sobre la dieta, las recetas y la modificación del estilo de vida, según corresponda.</p>   |
| <p><b>00007.</b><br/><b>Hipertermia</b><br/><b>R/C deterioro del estado de salud</b><br/><b>M/P estado de ánimo irritable</b></p>  | <p><b>0501.</b><br/><b>Eliminación intestinal</b><br/><b>[50101] Patrón de eliminación</b><br/>Levemente comprometido 4<br/>→ No comprometido 5<br/><b>[50104] Cantidad de heces en relación con la dieta</b><br/>Levemente comprometido 4<br/>→ No comprometido 5<br/><b>[50109] Moco en las heces</b><br/>Moderado 3<br/>→ Ninguno 5</p> <p><b>0800.</b><br/><b>Termorregulación</b><br/><b>[80001] Temperatura cutánea aumentada</b><br/>Sustancial 2<br/>→ Ninguno 5<br/><b>[80005] Irritabilidad</b><br/>Moderado 3<br/>→ Ninguno 5<br/><b>[80011] Tiritona con el frío</b><br/>Moderadamente comprometido 3<br/>→ No comprometido 5</p> | <p><b>5240.</b><br/><b>Asesoramiento</b><br/>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda. Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, según corresponda. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.<br/><b>1750.</b><br/><b>Cuidados perineales</b><br/>Mantener el periné seco.<br/>Limpiar el periné exhaustivamente con regularidad.<br/>Mantener al paciente en posición cómoda.</p> <p><b>2380.</b><br/><b>Manejo de la medicación</b><br/>Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo. Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación. Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.<br/><b>3740.</b><br/><b>Tratamiento de la fiebre</b><br/>Controlar la temperatura y otros signos vitales. Observar el color y la temperatura de la piel. Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia). Fomentar el consumo de líquidos.<br/><b>3590.</b><br/><b>Vigilancia de la piel</b><br/>Vigilar el color y la temperatura de la piel. Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas</p> |
| <p><b>00126.</b><br/><b>Conocimientos deficientes</b></p> <p><b>R/C implicación inadecuada en el aprendizaje</b><br/><b>M/P seguimiento inadecuado de las instrucciones</b></p>  | <p><b>[1805] Conocimiento: conducta sanitaria</b><br/><b>[180506] Efectos adversos sobre la salud del consumo de tabaco</b><br/>Conocimiento escaso 2<br/>→ Conocimiento moderado 3<br/><b>[180513] Estrategias para evitar la exposición a riesgos ambientales</b><br/>Conocimiento escaso 2<br/>→ Conocimiento moderado 3<br/><b>[180518] Servicios de promoción de la salud</b><br/>Conocimiento escaso 2<br/>→ Conocimiento moderado 3<br/><b>[180519] Servicios de protección de la salud</b><br/>Conocimiento escaso 2<br/>→ Conocimiento moderado 3</p>  | <p><b>5510.</b><br/><b>Educación para la salud</b><br/>Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana. Formular los objetivos del programa de Educación para la salud. Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa.<br/><b>5568.</b><br/><b>Educación parental: lactante</b><br/>Determinar los conocimientos de los progenitores así como la buena disposición y la habilidad para aprender sobre los cuidados del lactante. Monitorizar las necesidades de aprendizaje de la familia. Enseñar a los progenitores habilidades para cuidar al recién nacido.<br/><b>4490.</b><br/><b>Ayuda para dejar de fumar</b><br/>Controlar la disposición del paciente para intentar abandonar el tabaco. Aconsejar al fumador de forma clara y constante que deje de fumar. Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras que lo impiden.</p>  |



Actualmente, la bronquiolitis aguda se define como el primer episodio de dificultad respiratoria bronquial distal en niños menores de 2 años. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y es el motivo principal de hospitalización en Pediatría en esa franja de edad.

### SEGUIMIENTO

En la primera consulta, se le explicaron las medidas de soporte y los signos y síntomas de empeoramiento del proceso **(4)**. Indicándole que, en caso de observar la presencia de alguno de ellos, debería acudir a un centro sanitario para que el niño sea valorado por el equipo de pediatría **(8)**.

A los 2 días de la primera visita, se volvió a citar al niño a la consulta de la pediatra y de la enfermera con el objetivo de evaluar la evolución de su proceso de enfermedad a corto plazo. A nivel respiratorio, no presentaba tiraje intercostal, rinorrea, aleteo nasal, estornudos o cianosis peribucal; aunque continuaba con una tos leve. La auscultación pulmonar de los ruidos respiratorios era adecuada. En cuanto a las constantes vitales, tenía una frecuencia respiratoria de 52 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca de 150 latidos por minuto y una saturación de oxígeno de 99%. No presentaba fiebre. La madre refirió que el niño se encontraba mejor. Había recuperado su patrón de sueño y de alimentación. Ella había disminuido el consumo de tabaco y estaba planteándose dejar de fumar. La situación de la familia, en cuanto a la vivienda, era la misma.

Se reforzó la educación para la salud relacionada con la prevención de la bronquiolitis **(8)** y se volvió a citar a la consulta enfermera a los 7 días para valorar el cumplimiento del plan de cuidados.

### DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

La decisión de publicar este caso clínico fue tomada debido a que los casos de bronquiolitis producen una carga significativa para el sistema sanitario, ya que tiene una alta incidencia en menores

de dos años y es la principal causa de enfermedad y hospitalización en esta franja de edad **(1)**. Así como para resaltar la importancia de divulgar las medidas generales para su prevención.

Actualmente, las estrategias para disminuir el riesgo de bronquiolitis y su morbilidad se centran en la higiene de manos, disminuir la transmisión de agentes infecciosos y la exposición pasiva al humo del tabaco y evitar el contacto con personas con infecciones del tracto respiratorio **(1)**. Por tanto, la enfermera de pediatría de atención primaria tiene un papel fundamental tanto en la prevención pues, desde su consulta, puede proporcionar educación para la salud a la población de riesgo y desarrollar campañas educativas para evitar el contagio, como en el seguimiento y apoyo de las familias de aquellos niños con bronquiolitis leves.

La elaboración de planes de cuidados enfermeros para el manejo de la bronquiolitis, desde la consulta enfermera, permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, garantizando una serie de ventajas: facilita unos cuidados centrados en el niño y su familia, favoreciendo su participación en los mismos; mejora la comunicación entre los profesionales, ya que permite utilizar un lenguaje estandarizado; disminuye la variabilidad de la práctica clínica, potenciando el pensamiento crítico y la toma de decisiones; y promueve la calidad y la continuidad de cuidados.

### BIBLIOGRAFIA

1. Piedra PA, Stark MR. Bronchiolitis in infants and children: Treatment, outcome, and prevention. En: UpToDate, Shefner JM (Ed), UpToDate, Waltham, MA [citado el 13 de

septiembre de 2022].

- Benito Fernández J, Paniagua Calzón N. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en Urgencias. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020; 1:63-73. [citado el 14 de septiembre de 2022]. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05\\_bronquiolitis.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05_bronquiolitis.pdf)
- McConnochie KM. Bronchiolitis: What's in the name? *Am J Dis Child.* 1993; 137:11-3.
- García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr.* 2017; 1:85-102. [citado el 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06\\_bronquiolitis\\_aguda\\_viral\\_0.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf)
- Programa de salud infantil (PSI). Aepap.org. [citado el 13 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>
- Álvarez Suarez JL, del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Atención primaria. Área V Gijón, dirección de enfermería. Junio de 2010. [citado el 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.agefec.org/Almacen/Manuales%20y%20guias/MANUAL%20VALORACION%20PATRONES%20NOV%202010.pdf>
- NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [citado el 14 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/nanda>
- Piedra PA, Stark MR. Patient education: Bronchiolitis and RSV in infants and children (Beyond the Basics). En: UpToDate, Shefner JM (Ed), UpToDate, Waltham, MA [citado el 13 de septiembre de 2022].

# Estudio comparativo de las cartillas de salud infantil en las distintas comunidades autónomas españolas

## AUTORAS

- LAURA RIOJA RIOJA  
*Enfermera. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.*
- MARTA ALVENTOSA REAL  
*Estudiantes del Grado en Enfermería. Universidad de Valencia.*
- AITANA BOLUDA ALVENTOSA  
*Estudiantes del Grado en Enfermería. Universidad de Valencia.*
- CLÀUDIA MAS CABO  
*Estudiantes del Grado en Enfermería. Universidad de Valencia.*  
*Dirección General De Salud Pública  
Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención  
Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en las Etapas de la Vida.*

## PALABRAS CLAVE

> CARTILLA > SALUD INFANTIL > COMUNIDAD AUTÓNOMA > PROGRAMA INFANTIL



## RESUMEN

Se realiza un estudio comparativo de la Cartilla de Salud Infantil utilizada en 12 Comunidades Autónomas, centrando la discusión en el análisis de las diferencias existentes principalmente en el número de páginas, páginas de somatometría, datos personales, pruebas metabólicas, alimentación, vacunas, exámenes de salud, consejos de interés si hubiera; con el propósito de llegar a una serie de conclusiones concretas.

## INTRODUCCIÓN

Durante la década de los 70, dentro del marco de la Transición, las diferentes regiones de España acudieron a la Historia para localizar sus rasgos diferenciales, aquellos que justificaron sus pretensiones de autonomía.

En 1977, con Adolfo Suárez de presidente, surgen las preautonomías, unas fórmulas provisionales para institucionalizar las diferentes regiones hasta la llegada de la Constitución. Así, en septiembre de ese año, se restablecía de manera transitoria la Generalitat de Cataluña.

Desde diciembre hasta octubre de 1978, llegarían las preautonomías vasca, gallega, aragonesa, canaria, valenciana, extremeña, balear, castellanoleonesa, murciana y castellanomanchega. Cantabria, Madrid y La Rioja fueron las únicas que no se sumaron a este régimen.

El artículo I de la Constitución de 1978 define España como un único Estado, la unidad del cual se fundamenta en la propia Constitución. Por su parte, el artículo II, afirma que el Estado está integrado por una pluralidad de regiones y nacionalidades a las cuales reconoce el derecho a la autonomía.

Así, el sistema de las autonomías fue el inicio del proceso de descentralización de la Sanidad. Los criterios de carácter general sobre el funcionamiento del sistema sanitario y la distribución de responsabilidades en las Comunidades Autónomas se establecieron con la Ley General de Sanidad, 14/1986.

Quedaron al margen la mayoría de las competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que se transfirieron con posterioridad a la Ley General de Sanidad. Cataluña fue la primera que recibió la gestión del Instituto Nacional de Salud (INSALUD), en 1981, seguida de Andalucía, en 1984. El País Vasco y la Comunidad Valenciana lo hicieron el 1987 y Galicia y Navarra, en 1990, además de Canarias en 1994.

En 2001, se culmina el desarrollo del Estado Autonómico y el proceso de transferencias de competencias en materia sanitaria, al sumarse a la gestión autonómica del INSALUD las diez comunidades autónomas que quedaban pendientes (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja).

La competencia en sanidad de la Comunidad Valenciana queda reflejada en el Estatuto de Autonomía, en el artículo 54: *“La Generalitat podrá organizar y administrar para aquellas finalidades, y dentro de su territorio, todos los servicios relacionados con las materias antes mencionadas, y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y funciones en materia de sanidad y seguridad social, y se reservará el Estado la alta inspección para el cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en este artículo”.*

En la Comunidad Valenciana, la Cartilla de Salud Infantil queda regulada a la Ley 10/2014, 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunidad Valenciana, en el artículo 56. *Derecho a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades y situaciones de riesgo en las personas menores de edad.* En el apartado número 5 del artículo, se reconoce el derecho a:

*“Visita de salud a domicilio, programada dentro de los primeros días de vida, en los casos de riesgo biológico o social detectado por el personal competente. El neonato tiene derecho a disponer, desde el momento de su nacimiento, de una Cartilla de Salud Infantil que contempla las principales acciones de*

**TABLA 1. Comunidades Autónomas**

| CCAA en las que se ha encontrado Cartilla de Salud Infantil en Internet  | CCAA que no ofrecen esa información en Internet       |
|--|---|
| Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco. (12) | La Rioja, Cantabria, Asturias, Baleares, Navarra. (5) |

*Fuente: Elaboración propia*

*prevención sanitaria y de protección de la salud que se consideran pertinentes”.*

La transferencia, en nuestro país, de las competencias sanitarias del Estado a las diferentes Autonomías ha conducido, a veces, a la diversificación de programas o actividades que anteriormente se aplicaban de forma unificada en toda la población.

En el campo de la pediatría, quizás la mayor polémica estuvo producida por la diversificación de los calendarios vacunales a pesar de que, actualmente, se ha procedido a la reunificación de estos. No de menor importancia, es la diversificación producida en la Cartilla de Salud Infantil; por el papel primordial que se concede a este documento en los programas de salud infantil.

El propósito del presente trabajo es comparar las Cartillas de Salud Infantil utilizadas en las Comunidades Autónomas, realizando un análisis crítico de las diferencias encontradas.

## **METODOLOGÍA**

Se realiza un estudio comparativo de las Cartillas de Salud Infantil donde se incluye la búsqueda de información y aspectos relevantes de cada una, añadiendo el estudio de las 17 comunidades autónomas de España. Para obtener los resultados, se realiza una búsqueda exhaustiva de todas las Consejerías de Sanidad en las diferentes comunidades existentes. En las páginas webs de cada Gobierno Autonómico se encuentra la Cartilla de Salud Infantil pertinente en formato pdf, para su descarga y lectura informativa. Mediante éstas, se han realizado los resultados de este estudio con la comparación de la información obtenida y de la relevancia de cada aspecto.

Con el uso de las diferentes webs de Consejerías de Sanidad, se consigue extraer los documentos completos de las Cartillas

de Salud Infantil en 12 Comunidades Autónomas. Con este material se forma un estudio completo y una comparación precisa sobre los distintos apartados que forman las Cartillas de Salud Infantil. De las 12 comunidades buscadas, 11 contienen la Cartilla física completa en formato pdf donde se observa el tipo de documento del que disponen las familias para realizar el seguimiento correspondiente y extraer información y consejos para los niños. En cambio, la Cartilla de Salud Infantil de la Comunidad de Extremadura se encuentra ubicada dentro del programa de salud infantil y del adolescente de Extremadura, el cual se trata de un documento que recoge las actividades a realizar en cada control de salud, las hojas de registro y consejos para los padres.

Además, cabe destacar las 5 comunidades restantes en las que se incluye La Rioja, Cantabria, Asturias, Baleares y Navarra. En estas comunidades se ha realizado la misma investigación exhaustiva en las páginas webs de las Consejerías de Sanidad sin obtener ningún resultado de las cartillas de salud infantil. Además, se comprueba la inexistencia de esta información en otras bases de datos sin encontrar información alguna de las mismas.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Durante la realización de este trabajo se ha dejado más que evidente la importancia de este documento de salud a lo largo de la infancia. El propósito fundamental de las cartillas es servir como instrumento que permita el registro preciso y periódico de todas las acciones de prevención, promoción y control ante enfermedades, según los grupos de edad considerados. Concretamente, en las Cartillas de Salud Infantil, reside la importancia de una estructura de documento lo óptima posible, tanto para profesionales como para progenitores. A partir del método de

**TABLA 2.1. Variables: páginas, datos personales, pruebas metabólicas, cribado hipoacusia, exámenes de salud**

| CC.AA                     | n.º pág. | Datos personales   | Pruebas metabólicas  | Cribado hipoacusia  | Exámenes de salud  |
|---------------------------|----------|--|--|---|--|
| <b>Andalucía</b>          | 50       | Datos del recién nacido, datos del parto y el período neonatal, problemas de salud y principales hitos esperados de lenguaje-audición.   | Prueba del talón (detección de fenilcetonuria, hipotiroidismo congénito, fibrosis quística u otros).<br>Breve explicación del proceso.   | Detección mediante el aparato de Otoemisiones acústicas (OEA). Se realizan hasta tres pruebas.<br>Explicación de su finalidad y proceso.              | Visita del 1er mes<br>Visita de los 2 meses<br>Visita de los 4 meses<br>Visita de los 6 meses<br>Visita de los 12 meses<br>Visita de los 15 meses<br>Visita de los 2 años<br>Visita de los 3-4 años<br>Visita de los 6 años<br>Visita de los 9-11/12-14 años   |
| <b>Aragón</b>             | 20       | Datos del niño/a, datos familiares o tutores, cambios de domicilio, condicionantes de salud, datos del nacimiento (embarazo, parto, recién nacido).  | Cribado de enfermedades endocrinas metabólicas.<br>(Sólo incluye una casilla para poner el resultado, ninguna explicación).  | Cribado de hipoacusia.<br>(Sólo incluye una casilla para poner el resultado, ninguna explicación).  | No existe ninguna visita especificada por edad.  |
| <b>Islas Canarias</b>     | 22       | Datos personales, datos familiares, datos del parto y período neonatal, alergias y enfermedades  | Hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, déficit de acil coenzima A deshidrogenasa de cadena media (MCADD), acidemia glutárica tipo I (GA-I), déficit de acil coenzima A deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD) y.<br>Incluye una explicación sobre el diagnóstico y el tratamiento precoz de estas enfermedades, además de cómo se realiza la prueba y cuándo.<br>Se explica cómo saber los resultados. | Incluido en los datos del período neonatal donde se marca si existe un diagnóstico precoz de sordera.   | Se recomienda acudir a pediatría/enfermería en las siguientes edades: 3-7 días, 15 días, 1 mes, 2 meses, 4-6 meses, 9 meses, 12-15 meses, 18 meses, 4 años, 6 años 9 años y 12-14 años.  |
| <b>Castilla La Mancha</b> | 46       | Datos del parto, datos del nacimiento, tabla para indicar el estado general del recién nacido.   | Se incluye la prueba del talón dentro del control 1, que se realiza en los primeros días de vida.  | El control precoz de hipoacusia infantil se incluye dentro de los datos del nacimiento.   | Se indican en total 15 controles para las edades del recién nacido, a los 15 días, en 1 mes, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 11-12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 años, 4 años, 6-7 años, 11-12 años, 13-14 años.<br>Existe un apartado específico para el primer control.   |
| <b>Castilla y León</b>    | 30       | Datos del niño, antecedentes familiares y período neonatal (bajo ampliado).<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre, apellidos, fecha y lugar de nacimiento, domicilio</li> <li>Embarazo (normal/patológico) + observaciones</li> <li>Nacimiento: centro sanitario, semanas gestación, sexo, tipo parto (eutócico/distócico)</li> <li>APGAR, peso, talla, PC, grupo sanguíneo RH, observaciones perinatales</li> <li>Antecedentes familiares</li> </ul> | Prueba del talón (hipotiroidismo, fenilcetonuria, fibrosis quística, otros).   | Factores de riesgo (si/no), primera prueba, segunda prueba.   | Examen de salud (0 a 2 años)<br>Examen de salud (2 a 14 años)  |
| <b>Cataluña</b>           | 27       |  | Prueba del talón (fecha extracción, hora, resultados, espacio para la etiqueta).   | Muy completo: factores de riesgo, dos fechas distintas para dos cribados, técnica empleada en cada uno, por separado oreja derecha y oreja izquierda. | Apartado: Exploración del bebé. Problemas de los primeros días (peso y fecha del alta, tipos de lactancia).<br>Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica: visitas de seguimiento (0 a 2 años).<br>Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica: visitas de seguimiento (3 a 15 años). |

|                                    |  |  |  |   |   |
|------------------------------------|--|--|--|---|---|
| <p><b>Comunidad Valenciana</b></p> | <p>60</p>  | <p>Nombre, apellidos, fecha de nacimiento, SIP, grupo sanguíneo RH, datos domicilio, teléfono de contacto, alergias, enfermedades crónicas, mediación continuada, apartado de otros datos importantes.</p> | <p>Prueba del talón en el Informe de Salud del recién nacido en la primera semana de vida. Incluye breve explicación sobre la prueba.</p>  | <p>Detección de hipoacusia (en el Informe de Salud del recién nacido). Incluye breve explicación sobre la prueba, beneficios y factores de riesgo.</p>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contiene calendario de exámenes de salud por visitas (13 visitas y en la edad donde hacerlas, hasta los 14 años).</li> <li>• Destacamos la 1era visita (examen de salud del recién nacido, pruebas de prevención de metabopatías y pruebas de detección de hipoacusia).</li> <li>• Informe de Salud del recién nacido muy completo (antecedentes familiares y obstétricos, embarazo, parto, examen de salud al nacimiento, alta).</li> <li>• Contiene Informe de Salud del Escolar (vacunación + examen de salud que incluye tanto el desarrollo psicomotor como revisión por aparatos).</li> <li>• Apartado para anotar exploraciones complementarias, consultas de asistencia especializada y problemas de salud.</li> </ul> |
| <p><b>Extremadura</b></p>          | <p>No las tenemos<br/>Información extraída de dentro del Programa de Salud Infantil y del adolescente en Extremadura (177 páginas)</p> | <p>No las tenemos.</p>   | <p>Prueba del talón, que especifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotiroidismo congénito (HC).</li> <li>• Fenilcetonuria (FC).</li> <li>• Hiperplasia adrenal congénita (HSC).</li> <li>• Fibrosis quística del páncreas (FQP).</li> <li>• Hemoglobinopatías.</li> <li>• Aminoácidos en la orina.</li> </ul> <p>La prueba se realiza a todo recién nacido en la Comunidad Autónoma de Extremadura, lo antes posible a partir del 5º día de vida (siempre después de 48 horas de iniciar la alimentación proteica).</p> | <p>Sí (explicación de la prueba y sus características).<br/>Se aprovechará la visita postnatal que se realiza por hacer la prueba de cribado de metabopatías.</p> | <p>12 visitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una primera visita, lo antes posible en el primer mes, y preferiblemente antes de los 15 días de vida.</li> <li>• A los 2, 4 y 6 meses, coincidentes con el calendario vacunal; y otro control entre los 10-12 meses.</li> <li>• Al 2º año: a los 15, 18 y 24 meses.</li> <li>• Y, posteriormente, a los 4 y 6 años; entre los 10-11 y alrededor de los 14 años.</li> <li>• Se prevén como opcionales los controles de salud en el mes de edad, que coincide con la segunda dosis de vacuna frente a hepatitis B en el calendario vacunal vigente; a los 3 años y 8 años.</li> </ul>  |
| <p><b>Galicia</b></p>              | <p>13</p>  | <p>Nombre y apellidos, fecha de nacimiento, nacimiento, hepatitis B, antecedentes familiares, enfermedades crónicas, alergias, medicación continuada, otros datos.</p>                                     | <p>Sí (sin especificar)</p>  | <p>Sí, sin explicación.</p>   | <p>No.</p>  |

|                   |    |   |   |   |   |
|-------------------|----|---|---|---|---|
| <b>Madrid</b>     | 40 | <p>Datos del recién nacido, familiares, domicilio, antecedentes familiares, seguimiento del embarazo, parto, datos de salud del recién nacido, alergias, enfermedades de interés, tratamientos especiales.</p>                  | <p>Prueba del talón (contada a los padres y madres) que especifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotiroidismo Congénito Acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCAD).</li> <li>• Hiperplasia Suprarrenal Congénita.</li> <li>• Acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga (VLCAD).</li> <li>• Drepanocitosis</li> <li>• Acidemia glutárica tipo I (GA-I).</li> <li>• Fibrosis Quística</li> <li>• Acidemia 3-OH 3 metil glutárica (HMG).</li> <li>• Jarabe de arce (MSUD).</li> <li>• Acidemia isovalérica (IVA).</li> <li>• Fenilcetonuria (PKU).</li> <li>• Deficiencia de β-cetotilasa (KTD).</li> <li>• Tirosinemia tipo I (TYR-I).</li> <li>• Acidemia metilmalónica (MMA) (Mut, CblA/CblB i CblC/CblD).</li> <li>• Deficiencia primaria carnitina (CTD).</li> <li>• Acidemia propiónica (PA).</li> <li>• 3-OH-Acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD).</li> </ul> <p>Prueba del talón (sin especificar).</p> | <p>Sí, explicación de la prueba y cómo se lleva a cabo. Incluye indicadores de riesgo de hipoacusia tardía.</p> <p>Prueba de cribado auditivo: desde el nacimiento, antes del alta - 1r mes de vida.</p> <p>Acceso al diagnóstico y seguimiento: 3er mes de vida o antes.</p> <p>Acceso al diagnóstico y seguimiento: 6º mes de vida o antes.</p> | <p>No</p>   |
| <b>Murcia</b>     | 71 | <p>Datos del recién nacido, datos familiares de interés, control del embarazo, nacimiento, recién nacido, observaciones e incidencias perinatales, suplementos vitamínicos y minerales, incidencias de especial relevancia.</p> | <p>Prueba del talón (sin especificar).</p>  | <p>Sí (sin explicación).</p>  | <p>No.</p>  |
| <b>País Vasco</b> | 17 | <p>Datos recién nacido, historia neonatal.</p>  | <p>Sí (sin especificar).</p>  | <p>Sí (sin explicación).</p>  | <p>Sí (control periódico). Concreta: peso, altura, p.c., t.a., exploración física selectiva, visión, audición, I.n. y observaciones. Edades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de 10 días</li> <li>• 15-30 días</li> <li>• 1 mes</li> <li>• 2 meses</li> <li>• 4 meses</li> <li>• 6 meses</li> <li>• 9 meses</li> <li>• 12 meses</li> <li>• 18 meses</li> <li>• 2 años</li> <li>• 3-4 años</li> <li>• 6 años</li> <li>• 10 años</li> <li>• 13-14 años</li> </ul> |

Fuente: *Elaboración propia*

TAULA 2.2. Variables: vacunas, alimentación, somatometría, consejos de interés, otros.

| CC.AA                     | Vacunas  | Alimentación  | Somatometría   | Consejos de interés   | Otros   |
|---------------------------|--|---|--|---|---|
| <b>Andalucía</b>          | <p>Lactancia materna: presentada como mejor opción, explicación de la higiene del pecho, forma de ofrecer el pecho al neonato, media de presas diarias entre 8 y 12, patrones para ver si el lactante está bien amamantado, oferta de grupos de apoyo de lactancia materna e indicaciones para la extracción y conservación adecuada de la leche materna.</p> <p>Alimentación complementaria a partir de los 6 meses: introducción de nuevos alimentos de forma progresiva, en pequeñas cantidades y diferentes texturas, ejemplos de alimentos adecuados, indicación de los alimentos alergénicos a partir de un año, comidas recomendadas en el día, forma de introducción del pez, carne, fruta, verdura. Incluye una mesa para apuntar la edad en la que se introduce cada alimento.</p> <p>Programa de vacunación frente a 13 enfermedades.</p> | <p>Fecha, edad, peso, talla, perímetro cefálico, observaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0-2 años:</li> </ul> <p>Fecha, edad, peso, talla, IMC, observaciones. Contiene gráficas de percentiles para longitud/estatura, edad, perímetro cefálico y peso hasta los 5 años (separado por sexo).</p> | <p>Se incluyen enlaces de páginas web para dar ayuda a las familias sobre diferentes temas.</p>  | <p>Incluye los derechos de los niños, información sobre el descanso, la cura del ombligo, el chupete, salud bucodental, qué hacer en caso de enfermedad del niño/a y una mesa para anotar los progresos (sostener el jefe, gatear, sentarse, sonreír, seguir un objeto con la mirada, primeros sonidos, primeras palabras, decir papá o mamá, primeras frases). También incluye teléfonos de interés (urgencias, salud responde).</p> |   |
| <b>Aragón</b>             | <p>Ofrece las vacunas y un cuadro en caso de administración de otras vacunas.</p>  | <p>Lactancia materna como primera opción, alimentación durante el primer año (mesa para apuntar a qué edad se introduce cada alimento).</p>   | <p>Control y seguimiento de la edad, peso, talla, perímetro cefálico y observaciones para el niño y el adolescente. No se especifican grupos de edad.</p>  | <p>No hay consejos de interés.</p>  | <p>Teléfonos de interés (urgencias, toxicológicas, centro de salud, salud pública).</p>                 |
| <b>Islas Canarias</b>     | <p>Tabla de vacunación con todas las vacunas necesarias en los diferentes grupos de edad (desde los 2 meses hasta los 65 años 0+).</p>   | <p>Tabla para indicar la edad de la alimentación materna, lactancia adaptada, lácticos, sólidos con riesgo de atragantamientos, alimentos superfluos (incluye ejemplos de alimentos en cada grupo), Vit.D3 y Hierro.</p>  | <p>Valoración del crecimiento de 0-2 años: edad, peso/percentil, corta/percentil, fontanela, perímetro craneal percentil. Valoración del crecimiento de 2-14 años: edad, peso/percentil, corta/percentil, TAV percentil, IMC, P. abd. Incluye gráficas de percentiles.</p> | <p>Consejos de salud: de alimentación, higiene generales, y curas preventivas de accidentes, promoción del desarrollo, y recordatorio de la vacunación en el recién nacido, el primer año de vida, segundo año de vida, 2-5 años, 6-12 años y mayores de 13 años.</p>   | <p>Tabla para anotar las citaciones, mesa para indicar problemas del niño/a y teléfonos de interés.</p> |
| <b>Castilla La Mancha</b> | <p>Las vacunaciones se incluyen dentro de los controles indicados por grupos de edad y con una tabla del calendario vacunal.</p>   | <p>Información sobre la alimentación con leche materna, cómo dar el pecho (cada cuándo, duración, deposiciones), alimentación entre los 0-6 meses y de 6 meses en adelante.</p>   | <p>Incluye una mesa dividida en edades según los controles indicados, con las medidas del peso, corta P.C., Fontanelas, Tensión Arterial. Incluye gráficas de percentiles.</p>   | <p>Consejos de salud del desarrollo psicomotriz, lactancia y alimentación, calendario nutricional, curas higiénicas y cómo actuar cuando tienen fiebre.</p>   | <p>Se incluyen mesas para indicar enfermedades, incidencias o alergias de interés.</p>                  |

|                               |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|
| <p><b>Castilla y León</b></p> | <p>4 columnas: edad, tipo de vacuna y dosis, fecha y observaciones</p>   | <p>Lactancia materna (duración), inicio lactancia artificial (motivo), inicio de alimentación complementaria (cereales, leche de vaca, frutas, verduras, carnes y peces, huevo), vitaminoterapia primer año, hambre (buena, normal, mala).</p> | <p>Niños 0-2 años (perímetro craneal, peso-longitud), Niños 0-2 años (longitud, peso), Chicos 2-18 años (corta-peso), Chicos 0-18 años (velocidad de crecimiento en peso, velocidad de crecimiento en talla), Niñas 0-2 años (perímetro craneal, peso-longitud), Niñas 0-2 años (longitud, peso), Chicas 2-18 años (corta-peso), Chicas 0-18 años (velocidad de crecimiento en peso, velocidad de crecimiento en talla).</p> | <p>Sí: Consejos de interés (lactancia materna exclusiva 6 primeros meses de vida, prevención muerte súbita lactante, exámenes rutinarios de salud, medidas de viaje en coche seguro, evitar ambientes fumadores, importancia de la vacunación, medidas para evitar accidentes infantiles, higiene y cura bucal, alimentación variada y hábitos correctos preces, control del tiempo de utilización de aparatos electrónicos, importancia del ejercicio físico, enseñar que el ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS son muy perjudiciales para la salud).</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacio para apuntar otros datos de interés.</li> <li>• Desarrollo psicomotor (sostenimiento cefálico, sedestación, deambulación).</li> <li>• Problemas de salud (Alergias, intoxicaciones, accidentes, enfermedades relevantes, hospitalizaciones/intervenciones quirúrgicas, mediación de interés, otros).</li> <li>• Espacio para alteraciones detectadas de 0 a 2 años y de 2 a 14 años.</li> </ul>   |
| <p><b>Cataluña</b></p>        | <p>Vacunas sistemáticas (nombre y fecha de nacimiento del niño y mesa con columnas: data administración, una columna diferente por cada tipo de vacuna, columna para hashtag adhesivo o nombre de la vacuna y lote, columna para n.º de colegiado que ha administrado la vacuna y para el centro donde se ha llevado a cabo). Imagen del calendario de vacunaciones sistemáticas 2020.</p> | <p>No.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crecimiento y desarrollo (0 a 2 años): fecha, edad, peso, talla, PC, desarrollo.</li> <li>• Crecimiento y desarrollo (3 a 15 años): fecha, edad, peso, talla, IMC, desarrollo.</li> </ul>   | <p>Dentro de la Tabla recordatorio de los ítems que componen el Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica apartado para apuntar consejos de alimentación, cura e higiene, tóxicos, seguridad y prevención de lesiones y desarrollo según la edad del niño (de 0 a 14 años).</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apartado para observaciones importantes (enfermedades crónicas, alergias, limitaciones, etc.)</li> <li>• Recordatorio para contactar con los profesionales del equipo pediátrico entre el 3.º y el 5.º día de alta del bebé para la primera visita.</li> <li>• Cribado cardiopatías (sat O2) + Cribado hiperbilirrubinemia.</li> <li>• Apartado para patología aguda y el número de episodios (exantema repentino, varicela, amigdalitis, otitis, asma, infección urinaria vías bajas...).</li> <li>• Apartado para patología crónica, su descripción y fecha (alergia, intolerancia a alimentos, trastornos de la visión, audición, digestivos, mentales, psicomotores...).</li> <li>• Contiene tabla de desarrollo psicomotor (sociabilidad, lenguaje, manipulación, capacidad postural) basada en el estudio Llevant.</li> <li>• Apartado para incidencias, enfermedades de interés y hospitalización.</li> <li>• Tabla recordatoria de los ítems que componen el Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica (de 0 a 14 años).</li> <li>• Anexo final para apuntar fecha, hora y profesional de la PROXIMA VISITA.</li> </ul> |

|                           |   |  |  |  |  |
|---------------------------|---|--|--|--|--|
|                           | <p>Contiene calendario de vacunación infantil 2017 (con la modificación de la dosis de meningocócica ACWY a los 12 años): columnas con tipos de vacunas, dosis, fecha de vacunación, lote, sello o firma médico/enfermería, observaciones.</p> <p>- Apartado para vacunas no incluidas en el calendario de vacunaciones sistemáticas con las mismas columnas descritas anteriormente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de la tuberculina (fecha/resultado).</li> <li>• Inmunoglobulinas y otros productos biológicos (sangre, plasma, etc.).</li> </ul> | <p>Dentro del programa Cuida la salud de su boca y dientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sección importante dedicada a Alimentación: columna para fecha y columna para problemas, observaciones y recomendaciones + Calendario de inicio de la alimentación (incluye el momento de introducción real de cada alimento, el acabado y apartado para observaciones).</li> </ul> | <p>Patrones de crecimiento infantil de la OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Longitud/estatura para la edad Niñas (Percentiles Nacimiento a 5 años).</li> <li>• Peso para la edad Niñas (Percentiles Nacimiento a 5 años).</li> <li>• Talla para la edad Niñas (Percentiles 5 a 19 años).</li> <li>• Peso para la edad Niñas (Percentiles 5 a 10 años).</li> <li>• Longitud/estatura para la edad Niños (Percentiles Nacimiento a 5 años).</li> <li>• Peso para la edad Niños (Percentiles Nacimiento a 5 años).</li> <li>• Talla para la edad Niños (Percentiles 5 a 19 años).</li> <li>• Peso para la edad Niños (Percentiles 5 a 10 años).</li> <li>• IMC para la edad Niñas (Percentiles Nacimiento a 5 años).</li> <li>• IMC para la edad Niños (Percentiles 5 a 19 años).</li> <li>• IMC para la edad Niños (Percentiles Nacimiento a 5 años).</li> <li>• IMC para la edad Niños (Percentiles 5 a 19 años).</li> <li>• IMC para la edad Niños (Percentiles Nacimiento a 5 años).</li> <li>• IMC para la edad Niños (Percentiles 5 a 19 años).</li> <li>• Perímetro cefálico para la edad Niñas (Percentiles Nacimiento a 5 años).</li> <li>• Perímetro cefálico para la edad Niños (Percentiles Nacimiento a 5 años).</li> <li>• Apartado de somatometría adicional a los exámenes de salud.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remarque de la importancia tanto de la prueba del talón como de la detección de hipoacusia.</li> <li>• Programa Cuida su piel.</li> <li>• Contiene explicación de prevención de accidentes infantiles al hogar según la edad del niño de manera bastante detallada y con un lenguaje claro y preciso.</li> <li>• Programa Cuida la salud de su boca y dientes (en los primeros 12 meses de vida, de 1 a 5 años, de 6 a 14 años).</li> <li>• Apartado exclusivo de consejos sobre atenciones del neonato, atenciones del niño/niña en el primer año de vida, atenciones del niño/niña de 1 a 6 años, atenciones del niño/niña en edad escolar muy completo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contiene teléfonos de interés: emergencias, teléfono de atención a la infancia comunitaria valenciana y urgencias toxicológicas; más espacio para otros teléfonos.</li> <li>• Apartado para futuras citaciones (día, hora y lugar).</li> <li>• Contiene esquema explicativo del desarrollo psicomotor del 1.º mis fines los 15 meses.</li> <li>• Contiene tabla de desarrollo psicomotor (de los 0 a los 2 años).</li> <li>• Declaración de los derechos del niño de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, 1959.</li> <li>• Enlaces para cuadernos de interés y webs fiables.</li> </ul> |
| <p><b>Extremadura</b></p> | <p>Calendario vacunal 2019.</p>   | <p>Dentro de los consejos y educación para la salud.</p>   | <p>Curvas y tablas de crecimiento (Orbegozo):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños 0 a 2 años (longitud, peso).</li> <li>• Niños 0 a 2 años (perímetro craneal, peso-longitud).</li> <li>• Niños 0 a 2 años (incremento de longitud, incremento de peso).</li> <li>• Chicos 2 a 18 años (talla).</li> <li>• Chicos 2 a 18 años (peso).</li> <li>• Chicos 0 a 18 años (velocidad de crecimiento en peso, velocidad de crecimiento en talla).</li> <li>• Chicos 0 a 18 años (IMC).</li> <li>• Niñas 0 a 2 años (longitud, peso).</li> <li>• Niñas 0 a 2 años (perímetro craneal, peso-longitud).</li> <li>• Niñas 0 a 2 años (incremento de longitud, incremento de peso).</li> <li>• Chicas 2 a 18 años (talla).</li> <li>• Chicas 2 a 18 años (peso).</li> <li>• Chicas 0 a 18 años (velocidad de crecimiento en peso, velocidad de crecimiento en talla).</li> <li>• Chicas 0 a 18 años (IMC).</li> </ul> <p>Tabla de desarrollo "Haizea-Levante".</p>  | <p>Consejos de alimentación, prevención de riesgos... (no sabemos concretamente los incluidos en la Cartilla).</p>   | <p>Se aprovechará la visita postnatal que se realiza para la captación y apertura de la historia de salud, promover la lactancia materna, ofrecer consejos de salud (principalmente, postura para dormir para la prevención del SMLS, evitar tabaquismo pasivo...) y valorar la necesidad de una visita domiciliar por enfermería a familias de alto riesgo.</p>   |

Fuente: *Elaboración propia*

|                   |   |  |   |  |  |
|-------------------|---|--|---|--|--|
| <b>Galicia</b>    | Calendario de vacunación del 2017 de 2 meses hasta los 14 años. | Calendario de inicio en la alimentación.   | Permite anotar los valores de las medidas, pero no incluye gráficas de percentiles.                                 | No.  | Reacciones adversas y contraindicaciones. Crecimiento de 0 a 2 años. Crecimiento de 2 a 15 años.   |
| <b>Madrid</b>     | Calendario de vacunación del 2018 desde 2 meses hasta 14 años.  | Periodo de lactancia materna, edad a la que empieza a tomar alimentos sólidos (verduras, fruta, carne...) Intolerancias/ alergias.               | De 0 a 2 años curvas de la OMS.<br>De 2 a 18 años curvas de Hernández 1998.   | Curas del neonato y primeros meses. Vínculo y desarrollo. Alimentación. Actividad física. Higiene. Sueño. Actividades preventivas.   | Calendario de desarrollo infantil → seguimiento de indicadores del desarrollo. Salud bucodental. Prevención de accidentes en la infancia. Revisiones de salud. Consultas de salud.                               |
| <b>Murcia</b>     | Calendario de vacunación del 2020 Desde 2 meses hasta 14 años.  | Incluida dentro de los consejos de salud. Explica cómo y cuándo se tienen que introducir los alimentos sólidos en la dieta de los/ las niños/as. | De 0 a 2 años curvas de la OMS.<br>De 2 a 18 años curvas de Hernández 1998. Seguimiento del crecimiento del niño/a. | Curas e higiene. Ropas adecuadas. Cuidados del ombligo. Cuidado de las uñas. Cuidado e higiene de los oídos. Cuidado de los ojos. Cuidado de los dientes. Protección de la exposición al tabaco y consumo de alcohol. Habitación. Paseos. Higiene y curas de los 13 meses a los 5 años. Higiene y curas entre los 6 y los 14 años. Alimentación saludable en la infancia y adolescencia. Ejercicio físico. | Prevención de accidentes. Calendario del desarrollo del/la niño/a de 0 a 18 meses. Hitos de lenguaje-audición. Promoción del desarrollo. Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia. Revisiones de salud. |
| <b>País Vasco</b> | Calendario de vacunación del 2020 desde 2 meses hasta 16 años.  | Alimentación en el 1er año de vida (tabla para indicar la edad en la que se inicia la alimentación complementaria).                              | Curvas de crecimiento de Orbeagoza de 0-2 años y de 2-18 años.  | No.  | Incidencias de especial interés. Desarrollo infantil.  |

búsqueda de información utilizado, se ha considerado que las variables comunes de los documentos que se tendrían que trabajar serían: número de páginas, datos personales, pruebas metabólicas, criba de la hipoacusia, exámenes de salud, vacunas, alimentación, somatometría, consejos de interés y otros.

El número de páginas es de las variables más importantes y visuales en sí. La Cartilla tiene que estar en un formato lo más cómodo posible para llevarla a cada visita sanitaria, y tiene que conservarse de manera práctica siempre al mismo lugar y en buen estado. No obstante, aunque el mundo está informatizándose cada vez más, es una manera de que los progenitores tengan a mano los datos y los consejos más importantes para la salud de su hijo/a. El número de páginas es bastante variable en las 12 comunidades que se han llevado a estudio (de mínima 13 páginas y máxima 71). Murcia sería la comunidad con más páginas de Cartilla (71 páginas). Se consideraría que el número óptimo de páginas que deberían tener estos documentos de salud tendrían que permanecer en el intervalo de 55-60 páginas. Cogiendo como referencia la CS de la Comunidad Valenciana se puede observar cómo dentro de esas 60 páginas la información se encuentra perfectamente equilibrada, y el que puede llegar a hacerla un poco más extensa sería la parte de consejos de interés y atenciones al niño/a. También sería de interés nombrar la de Andalucía (50 páginas). En esta se ve una estructuración clara y precisa de los distintos apartados por edad y también que se ha dado peso de importancia a consejos de alimentación y vacunas para padres y madres y lugares webs donde encontrar información fiable.

En cambio, cartillas como la de Aragón (20 páginas) o la de Galicia (13 páginas), hacen entrever una falta de información tanto a corto como largo plazo que podría derivar en más visitas en los centros de salud y consultas que podrían ser perfectamente modificables.

En referencia a las pruebas metabólicas y de hipoacusia que se encuentra a las cartillas, sería de importancia que todas estas llevaran una breve explicación del funcionamiento de estas para la tranqui-

lidad de los progenitores. Este criterio no se cumple en las 12 comunidades, pero se puede decir que en gran parte sí que se incluye algún tipo de explicación breve. Esto no se cumple en Aragón, Galicia, Murcia ni en el País Vasco.

En relación con los datos personales, se plasman aquellos aspectos más importantes para hacer una ficha completa sobre la información del niño/a. Este apartado permite registrar las características más importantes sobre el recién nacido y poder consultarlas a lo largo de la vida del niño/a tanto por los padres como por los profesionales sanitarios, facilitando así la correcta asistencia en salud. Los apartados básicos con los cuales constan todas las Cartillas de Salud Infantil en las diferentes Comunidades Autónomas son los datos personales, datos familiares, datos del parto y periodo neonatal, alergias y enfermedades. Hay que destacar algunas comunidades como Andalucía, la Comunidad Valenciana, Murcia o Madrid que contienen los apartados de datos personales más completos y precisos en comparación al resto de España. En cambio, otras comunidades autonómicas como la comunidad de Galicia o la comunidad de Aragón presentan los datos personales de forma menos detallada y completa que el resto de los territorios. Además, hay que destacar que la comunidad de Extremadura presenta la ausencia de cualquier apartado que esté dedicado para esta información del niño/a.

Las visitas de los exámenes de salud a realizar en cada visita a la consulta se encuentran de manera general muy completas (tanto en forma de recomendación como en obligación) en las 12 CCAA de las que se dispone de la Cartilla. No es en casos concretos como Aragón, Galicia, Madrid y Murcia que no se encuentra ningún tipo de visita especificada por edad. Esto puede llegar a suponer un problema a corto plazo en la hora de recordar fechas exactas acordadas el día que se fue a consulta; y a largo plazo, como problema de salud del niño/a por falta de detección temprana. Es decir, una problemática parecida con lo que pasaría en la criba de metabopatías e hipoacusia, ya explicada anteriormente.

En el apartado de vacunas, la mayoría de las comunidades siguen la estructura de columnas para tipos de vacuna, fecha

de administración e imagen adjunta de las vacunas sistemáticas del año que sea vigente. Se destacaría en la Comunidad Valenciana y Cataluña para ser las más completas, puesto que llegan a incluir la posibilidad de apuntar en la propia Cartilla de qué lote se trata, la firma o sello del enfermero/a que ha administrado la vacuna y observaciones. Además, en la Comunidad Valenciana se añade la opción de apuntar los resultados de la prueba de la tuberculina y de las inmunoglobulinas y otros productos biológicos.

Respecto a la alimentación, todas las Cartillas de Salud Infantil incluyen un apartado, tanto para indicar la edad de inicio de la alimentación complementaria, como para indicar cuándo y cómo se tiene que introducir, excepto Cataluña. Destacan principalmente Andalucía, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Murcia por contener más información sobre la alimentación complementaria dado que, a los progenitores se les indica el momento y la forma más adecuada de introducir los alimentos sólidos en la dieta de sus hijos/as. A diferencia del resto de las Comunidades Autónomas, donde tan solo se muestra una mesa en la que tienen que apuntar a qué edad (meses) empieza el/la niño/a comer un determinado tipo de alimento o la información no queda completa adecuadamente.

Mediante la Somatometría se extrae las diferentes medidas de las dimensiones del cuerpo de los niños. Con estas técnicas de medida, se permite realizar a lo largo de la vida del niño/a un seguimiento del desarrollo anatómico a través de un examen físico básico. Todas las comunidades autónomas incluyen en este apartado las medidas básicas de talla, peso, IMC y perímetro cefálico dividido en grupos de edad. También incluyen gráficas donde se muestran los percentiles de los valores obtenidos de forma visual. Las comunidades que no siguen el patrón de estas medidas tan detalladas son Galicia y Cataluña, además de no presentar gráficas de percentiles como el resto de los territorios.

Los consejos de interés son unos recursos que pueden aparecer o no en el contenido de la Cartilla de Salud Infantil. Intentan describir con un lenguaje sencillo los aspectos básicos clasificados según edad

de alimentación, higiene, curas generales, prevención de accidentes, promoción del desarrollo y la importancia de la vacunación entre otras. Una vez escritos en la Cartilla, llegan a ser unos consejos muy próximos y útiles para los cuidadores del neonato/neonata. Hoy en día se tiene a un solo clic información abundante de esta tipología, pero no todo el mundo tiene acceso a esta ni conoce la fiabilidad de las fuentes. Como ejemplo claro, en la Cartilla de Salud Infantil de Aragón no se dispone de consejos de interés. En las comunidades donde más se detalla la información por grupos de edades sería Castilla-y-León, C. Valenciana y Murcia, poniendo énfasis en el periodo de edad escolar.

Además, se añadió una columna con el título "otros" para poder llegar a ver de manera más visual la cantidad de información o aspectos extra que disponían algunas de las cartillas que hemos estado trabajando. Por ejemplo, en Andalucía y la Comunidad Valenciana nos encontraríamos referenciadas las leyes de los niños. En las otras cartillas veríamos como puntos comunes los teléfonos de interés, mesas para indicar problemas o enfermedades de los niños, qué hacer en caso de enfermedad, etc. Castilla-y-León, Cataluña y la C. Valenciana serían las comunidades con más información de este tipo y más espacios para anotaciones futuras.

El número de páginas es directamente proporcional al grado de especificidad y de información de relevancia que se da. La unificación de las cartillas de salud (al igual que el calendario vacunal) sería lo más apropiado dado que tener 12 cartillas diferentes conduce a que la información proporcionada a padres y madres sea desigual y tengan que buscar la información a Internet o tener que pedir en cada examen de salud información a pediatras o a enfermería (salvo que en las comunidades donde la Cartilla es más corta se les proporcione otro tipo de documentación donde la información se encuentre más extensa).

Finalmente, hay que destacar los territorios de la Comunidad Valenciana y de Andalucía, los cuales incluyen los apartados más completos y precisos en relación en las características comparadas a los resultados; y considerar cogerlas como modelo nacional. Además, Galicia y el

País Vasco cuentan con Cartillas de Salud Infantil poco complejas y con poca especificación en los datos y pruebas que se incluyen en estas, por lo tanto, se puede indicar que son los territorios que contienen más carencias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de Salud y Familias. Documento de Salud Infantil [Internet]. 3a Edición. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias; 2019 [consulta 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/salud-bebe/paginas/documento-salud-infantil.html>
2. Dirección General de Salud Pública, Departamento de Salud. Documento de Salud Infantil [Internet]. 1a Edición. Zaragoza: Dirección General de Salud Pública, Departamento de Salud; 2019 [consulta 18 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/Documento\\_Salud\\_Infantil\\_2019\\_web.pdf/d06e4a13-b089-7d1f-652b-9bde-456b5ccc?t=1561465302955](https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/Documento_Salud_Infantil_2019_web.pdf/d06e4a13-b089-7d1f-652b-9bde-456b5ccc?t=1561465302955)
3. Servicio Canario de Salud. Cartilla de Salud Infantil [Internet]. 1a Edición. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud; 2018 [consulta 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=49d23fe3-29f6-11e9-acfe-cba652c0f26c&idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117>
4. Consejería de Sanidad. Cartilla de Salud Infantil [Internet]. 1a Edición. Toledo: Dirección General de Salud Pública y Consumo, Consejería de Sanidad; 2016 [consulta 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/content/cartilla-de-salud-infantil>
5. Consejería de Sanidad. Documento de Salud Infantil [Internet]. 1a Edición. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública; 2011 [consulta 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-infantil/documento-salud-infantil>
6. Agència de Salut Pública de Catalunya. Carnet de Salut [Internet]. 22a Edición. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Agència de Salut Pública de Catalunya; 2019 [consulta 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1199.2>
7. Conselleria de Sanitat. Cartilla de Salut Infantil. 1a Edició. València: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2021.
8. Consejería de Sanidad y Consumo. Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura [Internet]. 1a Edición. Badajoz: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo, Servicio Extremeño de Salud; 2007 [consulta 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://spapex.es/legislacion-y-documentacion-de-interes/programa-de-salud-infantil-y-del-adolescente-de-extremadura>
9. Conselleria de Sanidade. Cartilla de Saúde Infantil [Internet]. 1a Edició. A Coruña: Xunta de Galicia, Conselleria de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública; 2016 [consulta 18 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/4143/Cartilla\\_infantil\\_17\\_GA\\_ES.pdf](https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/4143/Cartilla_infantil_17_GA_ES.pdf)
10. Consejería de Sanidad. Documento de Salud Infantil [Internet]. 1a Edición. Madrid: Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública; 2019 [consulta 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/1354606979093>
11. Consejería de Salud. Documento de Salud Infantil, Programa de Atención al Niño y al Adolescente (P.A.N.A.) [Internet]. 1a Edición. Murcia: Consejería de Salud, Dirección General de Salud Pública y Adicciones; 2020 [consulta 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/455961-LOTE.4.completo.libro.documento.de.salud.infantil.173-2020.pdf>
12. Osasun Saila. Haurraren Osasun Kartilla [Internet]. 8a Edición. Donostia-San Sebastián: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2019 [consulta 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/salud-en-la-infancia-/web01-a3infan/es/>

# Agresión al profesional sociosanitario: estudio observacional descriptivo

## AUTORA

- ANA RONCALÉS ESPESO  
*Enfermera especialista obstétrico-ginecológica. Máster Universitario en nutrición y salud. Matrona en el Centro de Salud Ponferrada II. ORCID 0000-0002-9601-0689*
- DANIELA CARRIÓ MUT  
*Enfermera Interna Residente del Dpto Arnau de Vilanova. Centro de Salud Burjassot I. ORCID 0000-0002-2239-160X*

## PALABRAS CLAVE

> VIOLENCIA LABORAL > AGRESIÓN > ATENCIÓN A LA SALUD



## RESUMEN

Las agresiones en el ámbito sociosanitario son un problema creciente en la sociedad actual que pueden ocasionar problemas que afecten tanto a la esfera psíquica o física, además de que pueda conllevar consecuencias a nivel laboral y/o personal. A pesar de esto en muchas ocasiones hasta los propios profesionales normalizan este tipo de conductas y no se percatan de la gravedad que puede suponer. Por ello, con el fin de comprobar de manera estadística, este estudio incluye qué porcentaje de la muestra de profesionales estudiada ha sufrido una situación de agresión, qué características presentaba y en qué proporción se ha comunicado.

## INTRODUCCIÓN

La violencia es un conjunto de reacciones que han acompañado siempre al ser humano. Ésta se ha visto plasmada en varias ocasiones a través

de la historia. Actualmente, podemos ver formas de violencia de distinta índole, es decir, formas que han existido siempre, como las torturas, el abuso sexual, el abuso físico...pero al mismo tiempo que la sociedad evoluciona se van desarrollando y aprendiendo variantes más sofisticadas (violencia verbal, psíquica, acoso...).(1) La Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios, por el estrecho contacto que mantienen con usuarios/pacientes, tienen un mayor riesgo de sufrir este tipo de agresiones por parte de los ciudadanos. Además, define violencia laboral como “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante la cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”. (2) (3) Los últimos años se ha producido un incremento de la violencia hacia los profesionales sociosanitarios sin precedentes. Fue a partir de los años 80 cuando se dio a conocer este fenómeno, aumentando en los 90 y

alcanzando proporciones preocupantes en el siglo XXI. Por ello, no ha habido registro de agresiones al personal sociosanitario hasta hace poco.(4) Además, estos dos últimos años el SARS-CoV-2 (COVID-19) no se ha convertido sólo un problema médico sanitario, este virus también ha agravado la situación social hasta exaltar la violencia, producto del odio y la exclusión dentro de las instituciones sociosanitarias por parte del paciente o los familiares, hacia a aquellos trabajadores que han estado y están en las primeras líneas de defensa contra el avance de la infección.(5)

Además, según el estudio de Rubén Blanco (6), hoy en día, aunque existe una abundancia de instrumentos para registrar estos sucesos y que sirvan en un futuro para prevenir otros, estos presentan escasa confianza. Algunos de ellos no siguen los pasos pertinentes para su validación, y el escaso uso que ha hecho de los instrumentos ya validados se acompañan de una escasa aportación teórica o metodológica al estudio de la violencia en el entorno sanitario.

## MEODOLOGÍA

Diseño del estudio: estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Durante el mes de enero del 2022 se creó un cuestionario online que fue enviado a los participantes. En él reflejaban su experiencia acerca de las agresiones en el personal sociosanitario. La finalidad principal es conseguir el objetivo propuesto, averiguar la incidencia de este fenómeno, así como las características y consecuencias que supusieron a los participantes.

Criterios de inclusión y exclusión de los participantes: el estudio integraba a población sociosanitaria de España, inclusive residentes y estudiantes de prácticas mayores de 16 años. Toda aquella persona que no cumplía alguno de estos requisitos era excluida en el proceso de recogida de datos.

Características de la población a estudiar

**Población de estudio:** profesionales de podología, trabajo y educación social, medicina, enfermería, nutrición, psicología, TCAE, farmacia, y sus respectivos estudiantes de prácticas y residentes.

**Metodología experimental aplicada:** la obtención de los datos se realizó utilizando un cuestionario estructurado de diseño propio, realizado desde la plataforma Google Forms. Este está formado por 14 preguntas cerradas, repartidas en dos partes, una de ellas de 5

preguntas sobre datos personales y generales, y la otra con 9 preguntas focalizadas en la última experiencia de agresión vivida por el participante.

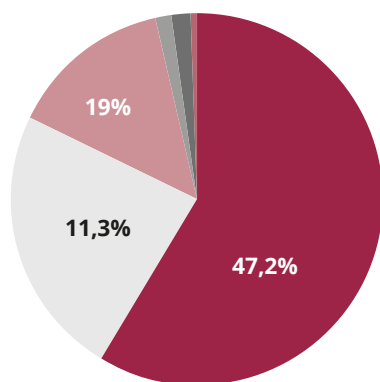
**Tipo de muestreo:** Muestra de tipo no probabilístico, incluyendo los resultados de las encuestas rellenas por la población que participó en el estudio. El tamaño muestral es de n=248 participantes.

**Duración del estudio:** Se realizó entre el 1 de enero y el 13 de setiembre del 2022, periodo en el que los participantes rellenan la encuesta diseñada por las investigadoras y posteriormente los datos fueron recogidos y analizados para realizar el artículo.

**Aspectos éticos:** En todo momento, la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustó a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y el Real Decreto 1720/2007 que establece el reglamento de desarrollo de la ley.

## RESULTADOS

**Gráfica 1. Estadísticos Descriptivos para "Profesión"**



Fuente: Elaboración propia.

En relación con el género, se puede evidenciar que hubo mayor participación de la población femenina, n=171, respecto a la masculina, n=77.

En lo referido a la variable edad, observamos que entre 16 y 30 años n=118, entre 31 y 45 n=61, entre 46-60 n=53, y mayores de 60 años n=16.

En cuanto a las profesiones de los participantes nos encontramos ante una distribución bastante heterogénea:

Los profesionales de enfermería han sido casi la mitad de los participantes, ocupando un 47,2% de la muestra, seguido de los médicos (19%). Mientras los profesionales menos representados son los farmacéuticos (1,2%), psicólogos (1,2%) y educadores sociales (0,4%).

De todos estos participantes, 172 participantes (69,35%) contestaron que en algún momento habían sufrido agresión durante el ejercicio de su profesión, mientras que los 76 restantes (30,65%) lo negaron, finalizando para estos últimos el cuestionario en esa pregunta.

Del 69% que afirmaron haber vivido esa experiencia, n=34 refirió haberla sufrido 1 vez; n=43, 2 veces; n=25, 3 veces; y n=70, 4 o más veces.

Respecto a las últimas vivencias de cada uno de los participantes que rellenan el cuestionario se ha conseguido establecer las características más frecuentes de las agresiones.

En el caso del perfil del agresor las respuestas han estado muy igualadas, siendo el paciente/usuario el responsable en un porcentaje de 52,9% (n=91), y el familiar/acompañante de 47,1% (n=81). En cambio, en lo referido al sexo del agresor hay una notable diferencia, puesto que en el 77,32% de los casos (n=133) fueron hombres, mientras que solo un 22,67% (n=39) fueron mujeres. Lo mismo pasa con el tipo de agresión sufrida por los participantes, el 80,23% (n=138) se caracterizó por ser agresiones verbales, a diferencia de una minoría caracterizada por agresiones físicas, solo el 19,76% (n=34).

En la siguiente gráfica se muestra en qué niveles asistenciales ocurre más este hecho y en cuales prevalece menos:

Se puede observar que fueron en los servicios de Urgencias y Consultas, con un 38,4% y un 30,2% respectivamente los que tienen una mayor incidencia de agresiones. En cambio, los servicios Especiales como REA, UCI... y las residencias se caracterizan por un 1,7% y un 2,9% respectivamente.

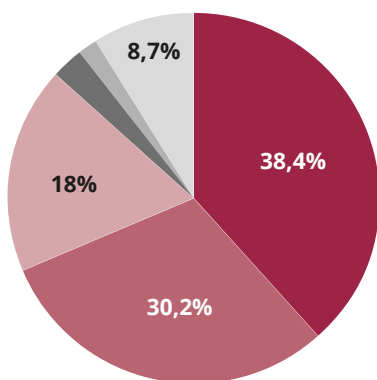
A la pregunta de si había alguien delante en

**Tabla 1. Estadísticos Descriptivos para "Género"**

| CASOS   | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------|------------|------------|
| HOMBRES | 77         | 31'05%     |
| MUJERES | 171        | 68'95%     |
| TOTAL   | 248        | 100%       |

Fuente: Elaboración propia

**Gráfica 2. Diagrama de sectores para "Servicios según incidencia de agresiones"**



Fuente: Elaboración propia.

el momento de la agresión la mayor parte de participantes (n=140) respondieron que sí, n=95 afirmando que se encontraban junto con algún compañero del servicio, mientras que n=45 aseguraban estar con un acompañante del agresor.

Por otro lado, el 33'14% (n=57) sí que notificaron estos hechos, al contrario que el 66'86% restante (n=115) que no lo dieron a conocer.

En cuanto a las consecuencias que podemos encontrar en los profesionales agredidos; del total de 172 se hallaron los resultados expuestos en la siguiente **tabla**:

**Tabla 2. Estadísticos Descriptivos para "Consecuencias"**

| CONSECUENCIAS | SI            | NO             |
|---------------|---------------|----------------|
| LABORALES     | n=16 (9'3%)   | n=156 (90'69%) |
| PERSONALES    | n=62 (36'04%) | n=108 (62'79%) |

Fuente: Elaboración propia

## DISCUSIÓN

Se puede afirmar que todos los estudios coinciden en que las agresiones hacia profesionales sanitarios y sociosanitarios son un problema prevalente hoy en día, existiendo un alto riesgo de violencia laboral en la profesión sanitaria.

No es raro que más de la mitad de los participantes sean mujeres, ya que, como se ha visto desde hace tiempo, las profesiones enfocadas al ámbito social y de la salud están integradas en su mayoría por este género. Cierto es que la encuesta al ser enviada por las mismas investigadoras a personas conocidas se observa un mayor número de participantes dedicados a la enfermería, además de ser el rango entre 16 y 30 años más repetido entre los encuestados.

Siguiendo las mismas líneas de resultados de artículos disponibles sobre agresiones en

el personal sociosanitario hasta la fecha, los obtenidos en este estudio también muestran la gran incidencia de estos hechos, excluyendo sólo a 76 personas de las 248 que cumplimentaron el cuestionario por referir no haber sufrido alguna agresión durante su ejercicio profesional. Además, acorde a esto último, la mayoría de los participantes han confesado que les ha pasado más de una vez, siendo la respuesta más seleccionada "4 veces o más". Sobre las características más prevalentes de las agresiones vividas por los encuestados, el sexo masculino como perfil del agresor más repetido, mientras que el perfil de víctima, como bien se refleja en el estudio de "Violencia en el ámbito sanitario: características, factores de riesgos y prevención", 3 de cada 4 episodios de violencia la persona agredida es una mujer (7).

Esto mismo ocurre con la variable del tipo de agresión que se da con más frecuencia en este ámbito, la verbal, lo que coincide con otros estudios recabados hasta la fecha (8-9), en los que se concluye que las agresiones verbales fueron las que más se produjeron, en un 71% y en un 82'98% respectivamente, aunque no se puede menospreciar la existencia de altos porcentajes de agresiones físicas y psicológicas sufridas. Además, hay que destacar que los porcentajes de estas últimas variables analizadas presentaban diferencias notables entre

ellos. Todo lo contrario, pasa con el responsable de la agresión, ya que ambas opciones han quedado muy igualadas, siendo el paciente/usuario el agresor en el 52'9% de los casos, mientras que el familiar/acompañante en el 47'1% de estos, lo que resulta ser un dato curioso debido a que, siendo el paciente el principal receptor de los cuidados y tratamientos, la familia en casi la mitad de las situaciones es la responsable de la agresión al profesional. Esto último difiere de los resultados obtenidos anteriormente por otros autores (3), quienes señalaron que en el 75% de las investigaciones el paciente fue el principal agresor, en comparación con el 25% restante en las que fueron otra persona.

No es nada sorprendente que los servicios donde más situaciones agresivas se han

desarrollado según las experiencias descritas por los participantes son aquellos que actúan como "primer filtro" de la asistencia, como, por ejemplo, una consulta de Atención Primaria, o en el servicio de Urgencias de un hospital. Este resultado ya se obtuvo en otro estudio (10), el cual afirmaba que son en las consultas de A.P. donde más agresiones se produjeron en el año 2018, abarcando el 34%, seguidas de los servicios de hospitalización (19%), urgencias (16%) y admisión (15%) las unidades de salud mental y psiquiatría (14%).

Otro asunto para tener en cuenta son los datos obtenidos sobre la cantidad de encuestados que han negado haber notificado una agresión, solo 57 de 172 personas lo comunicaron, lo que dificulta aún más la detección y prevención de estos hechos. Asimismo, este punto concuerda si lo comparamos con una revisión bibliográfica en la que los 12 estudios que se analizaron sí se puso denuncia o no, todos ellos obtuvieron resultados por encima del 70% sobre que los profesionales no denunciaban estas situaciones (8).

Y es que, esto nos hace ver que los mismos profesionales quitamos importancia a esto y normalizamos un acto que no debería darse, ya que, como también muestran las respuestas de los participantes de nuestro estudio, en un 9'3% de ellos genera consecuencias laborales y a un 36'04% les termina afectando a nivel personal. Al comparar las puntuaciones medias de la escala de satisfacción según los niveles de exposición a violencia total, física y no física, se observó una diferencia significativa en las puntuaciones de satisfacción total, extrínseca e intrínseca: el personal con baja exposición a violencia tenía un nivel de satisfacción mayor que el personal con alta exposición (11). Por todas las consecuencias que acarrearán estas situaciones, además de la necesidad de sensibilización de los pacientes y usuarios, está clara la importancia de la existencia de protocolos de prevención y actuación ante ellas. El 86,98 % de 147 del personal de un centro social encuestado manifestaron la necesidad de formación, para el manejo de situaciones de agresividad que se producen. Asimismo, el 72,7 % del personal, manifestó que no disponían de una salida segura y rápida, por la que se pueda abandonar o pedir ayuda (12).

## CONCLUSIONES

No hay nada que pueda justificar una agresión al personal sociosanitario, siendo importante destacar que estos trabajadores no son

responsables de las deficiencias del sistema sanitario, las cuales abarcan la principal razón que puede tensar el entorno e influir en el ánimo de una persona que decide agredir a un profesional de la salud. Las listas de espera, las demoras para ser atendido, la falta de recursos, tanto materiales como de personal, etc., son responsabilidad directa y exclusiva de la Administración Sanitaria. Por tanto, si un ciudadano está descontento con alguna situación como las expuestas anteriormente, no es contra el profesional con quién ha de dirigir su disconformidad en forma de agresión, sino hacerlo de forma pacífica por las vías establecidas normativamente, como son las reclamaciones administrativas y otros procedimientos más firmes, si lo consideran oportuno, pero nunca contra el profesional.

Como bien pone de manifiesto la revisión sistemática de Jon Alberdi Canillas y otros autores (13), existen tres pilares principales en cuanto a este tema tratado; el primero que es un problema ampliamente estudiado a nivel mundial, el cual es imprescindible abordar, proponiendo, como posibles medidas, la ayuda mutua entre compañeros y la instrucción del personal ante estas situaciones hostiles. Por otra parte, también es necesario un sistema de notificación de las agresiones más eficaz. Estos dos aspectos son meramente preventivos, pero para aquellos profesionales que sufran alguna de las patologías psicológicas ya mencionadas a lo largo de esta revisión, es necesario un seguimiento y un apoyo psicológico para afrontar y superar el problema. (6)

De esta forma, y ante el continuo crecimiento de las agresiones a este tipo de personal, se debería realizar un análisis riguroso de las posibles causas que generan cada agresión, aunque existan limitaciones como bien reflejan los resultados de una revisión bibliográfica sobre la violencia en el entorno sanitario, puesto que es la abundancia de instrumentos de medición utilizados en el estudio de la violencia en el campo de la salud que no han seguido los pasos pertinentes para su validación, y el escaso uso que se ha hecho de los instrumentos ya validados lo que dificulta esta toma de medidas (14). Asimismo, una vez se consiga establecer el origen de este problema se conseguirá una prevención real y disminuir la incidencia en todo servicio dedicado al ámbito social y sanitario. (6)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez PC, González LMR, Castellano

SV, Buitrago DV. Estudio de las agresiones recibidas por el personal de enfermería y de las vivencias al respecto en los Servicios de Urgencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid en un trimestre. Nure investig [Internet]. 2007 [citado el 16 de julio de 2022];(26):6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7787949>

2. Cascos Fernández M. Agresiones al personal sanitario [Internet]. Redacción médica. 2017 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/opinion/tu-tambien-tienes-opinion/agresiones-al-personal-sanitario-3319>
3. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática [Internet]. SciELO. 2019 [citado 16 febrero 2022]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272019000100103](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100103)
4. Altemir M, Artega A. Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario [Internet]. ScienceDirect. 2018 [citado 16 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862117301444>
5. Cuauero JCA. Coronavirus SARS-COV-2. La pandemia de la estigmatización y la violencia contra el personal médico: una mirada legal. Gaceta internacional de ciencias forenses [Internet]. 2021 [citado el 16 de julio de 2022];(39):3-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7859520>
6. Ruben B.Escribano. La investigación de la violencia en el entorno sanitario: el problema del método. [Internet]. Nure I. 2018 [citado 18 febrero 2022]; 19 (116): 6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8310496>
7. Ribes EPO, Lázaro IB, Embid SG. Violencia en el ámbito sanitario: Características, factores de riesgos y prevención. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021 [citado el 16 de julio de 2022];2(9):88. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8080998>
8. María Isabel S.V., María Teresa F.R, Pedro José S.D, Fernando U.P. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España. Revisión sistemática [Internet]. Rev. Esp Salud Pública. 2019.[citado 16 julio 2022] Vol. 93. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/>

[recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL93/REVISIONES/RS93C\\_201910097.pdf](https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista_cdrom/VOL93/REVISIONES/RS93C_201910097.pdf)

9. Gálvez Hernando GM. La reclamación como herramienta de violencia ocupacional: un estudio de la agresión verbal expresada en formularios de reclamación en un hospital general [Internet]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2017 [citado el 16 de julio de 2022]; Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=153001>
10. Santiago F.R.L., León A.B.T. Recomendaciones técnicas para la prevención de agresiones al personal sanitario. [Internet]. 2021.[citado 16 julio 2022]. Disponible en: [https://www.comcantabria.es/wp-content/uploads/2021/11/MANUAL-AGRESIONES-22-02-2021\\_w.pdf](https://www.comcantabria.es/wp-content/uploads/2021/11/MANUAL-AGRESIONES-22-02-2021_w.pdf)
11. I. Galián Muñoz, P. Llor Zaragoza, J.A. Ruiz Hernández, J.A. Jiménez Barbero. Exposición a violencia de los usuarios y satisfacción laboral en el personal de enfermería de los hospitales públicos de la Región de Murcia.[Internet].2018 Anales Sis San Navarra [citado 16 julio 2018] vol.41 no.2. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272018000200181](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272018000200181)
12. María de la Victoria Cobos Medina. La agresión no es inherente en el personal de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios [Internet]. 2019 Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, [citado 16 julio 2018] N°. 62, págs. 124-156 2021. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7639715>
13. Alberdi Canillas J, García Gómez P, Suarez Caballero BJ. Impacto psicosocial en personal sanitario víctima de agresiones por parte de la ciudadanía: una revisión sistemática. Med Segur Trab (Madr) [Internet]. 2020 [citado el 16 de julio de 2022];66(259):100-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7823940>
14. Julián Manuel Domínguez Fernández. Estrés laboral por acoso moral en el trabajo y síndrome de burn-out y su relación con el autoconcepto, la adaptación de conducta y la personalidad en trabajadores de atención a la salud. [Internet]. 2010 [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=63755>

Esta PROpuesta es para ti, de PROfesional  
a PROfesional.

# Te abonamos el 10% de la cuota de colegiado hasta 50 euros

Si eres miembro del **Colegio Oficial de Enfermería de Valencia** te abonamos el 10 % de tu cuota de colegiado o asociado, con un máximo de 50 euros por cuenta.

La bonificación se realizará un único año para cuotas domiciliadas durante los 12 primeros meses, contando como primer mes el de la apertura de la cuenta. El pago se realizará en cuenta el mes siguiente de los 12 primeros meses.

Esta oferta es válida hasta el 30/06/2023 para nuevos clientes con la cuota domiciliada en una cuenta de la gama Sabadell PRO.

Contacta con nosotros e identifícate como miembro de tu colectivo y un gestor especializado te explicará con detalle las ventajas que tenemos para PROfesionales como tú.

**Te estamos esperando**



