Entrevistas:

SUSI OBIOL
Presidenta de la Associació de Comares de la Comunidad Valenciana (ACCV)

LORETO FRÍAS
Enfermera interna residente de Salud Mental, cursando la especialidad fuera de su ciudad

MARIBEL PASTOR
Presidenta de la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC)

ENFERMERÍA INTEGRAL

Nº 135 - SEPTIEMBRE 2023

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA

adquisiciones

BIBLIOTECA

VIOLENCIA DE GÉNERO
DENÚNCIALA

Enfermería
de la Comunidad
Valenciana

Atención a víctimas de malos tratos por violencia de género

Teléfono 016

servicios

HORARIO DE ATENCIÓN AL COLEGIADO

DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE JUNIO
Lunes a jueves: de 9 a 19:15 h (horario ininterrumpido)
Viernes: de 9 a 14 h
DEL 1 DE JULIO AL 15 DE SEPTIEMBRE
Lunes a viernes: de 9 a 14 h (horario ininterrumpido)

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

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

INFORMACIÓN GENERAL

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

WWW.ENFERVALENCIA.ORG

JUNTA DE GOBIERNO

PRESIDENTA: Laura Almudéver Campo
VICEPRESIDENTE: Juan José Tirado Darder
SECRETARIA: Alicia Ten Gil
TESORERO: David Caballero González
VOCAL I: Mª Isabel Castelló López
VOCAL II: Jesús Juan Ribes Romero
VOCAL III: Carmen Casal Angulo
VOCAL IV: José Vicente Carmona Simarro
VOCAL V: Mª 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 REDACCIÓN: Vicente Martínez Useros
COORD. ARTÍCULOS CIENTÍFICOS: José Vte Carmona Simarro
FOTOGRAFÍAS DE ENTREVISTAS: Alberto Martínez Vidal

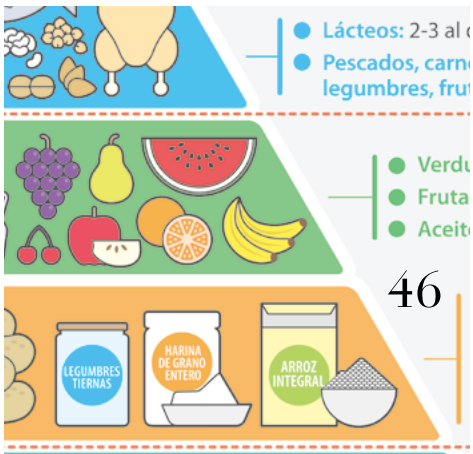
COMITÉ CIENTÍFICO

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
IMPRIME: Gràfiques Vimar, SL
ISSN: 0214-0128 Depósito Legal: V-2424-1985
Revista indexada en la base de datos CUIDEN.

SUMARIO



EDITORIAL

4 Prudencia ante las promesas

ACTUALIDAD

6 El COENV gana el juicio contra un falso enfermero por falsificación de documentos e intrusismo

7 Convenio de colaboración con la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana

8 Reconocer las especialidades en las contrataciones y que las bolsas de trabajo específicas sean efectivas

9 Invertir en enfermeras mejora el sistema sanitario

10 Cuando la formación enfermera se convierte en ayuda humanitaria

11 Nuevo servicio de consulta a las bases de datos 'Web of Science' y 'Scopus'

12 El Plan de Salud Mental cuenta con 445 enfermeras/os, colectivo profesional más numeroso

13 Raquel Soler y Nerea Valles, entre los ganadores de los II Premios de Investigación del CGE

ENFERJURÍDICA

14 Seguro Responsabilidad Civil

IN MEMORIAM

14 María Dolores Pérez Paz

ENTREVISTAS

16 SUSI OBIOL.
Presidenta de la Associació de Comares de la Comunidad Valenciana (ACCV)

18 LORETO FRÍAS.
Enfermera interna residente de Salud Mental, cursando la especialidad fuera de su ciudad

20 MARIBEL PASTOR.
Presidenta de la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC)

ASOCIACIÓN DE JUBILADOS

22 Cierre de actividades de la Asociación de Jubilados San Juan de Dios

ACTUALIDAD MATRONA

24 Futuro incierto en la sanidad valenciana ¿qué será ahora del devenir de las matronas?

ARTÍCULO DE OPINIÓN

26 ¿Te gustaría aprender sobre el quirófano de Oftalmología?

27 Una motivación conmovedora

28 De oca en oca, y tiro porque me toca

LA ENFERMERÍA EN EL CINE

29 El Paciente Inglés

DOCENCIA Y FORMACIÓN

30 Actividades formativas último trimestre de 2023

32 Cateterización, cuidado y mantenimiento de los accesos vasculares

JOURNAL NURSING VALENCIA (JNV)

34 Normas de publicación

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

36 Preservación de la fertilidad en la paciente oncológica

46 Dieta mediterránea como instrumento de fomento de hábitos de alimentación y estilos de vida saludable en niñ@s

54 Vacunación frente a Papilomavirus en chicos

62 Técnica y cuidados de enfermería en la inserción y mantenimiento del catéter Swan-Ganz ®

72 Uso del catéter venoso *Midline* para extracción de sangre y administración de hemoderivados en neonatos

PRUDENCIA ante las promesas

La Enfermería es el pilar en el que se sustenta el sistema de salud. Los problemas que asumen las enfermeras y enfermeros deben ser abordados de manera urgente y efectiva

Durante la campaña electoral, políticos de todos los espectros y colores escucharon atentamente a las enfermeras y enfermeros, prometiendo soluciones a sus principales problemas. Sin embargo, después de transcurrir 100 días desde el cierre de las urnas autonómicas y la configuración de los nuevos equipos de gobierno, nuestros sueños para lograr una situación profesional y laboral digna siguen sin materializarse.

Desde el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia queremos ser prudentes y otorgar un voto de confianza. Vamos a dar tiempo para que los nuevos gestores afronten los problemas de la Enfermería como uno de los grandes retos sanitarios y cumplan con los compromisos adquiridos como es debido. Para que nuestras necesidades no queden en papel mojado.

Estamos obligados a conceder una tregua para que los recién estrenados en el cargo (consellers, secretarios autonómicos y directores generales) entiendan que los problemas crónicos de las enfermeras/os necesitan ser abordados de manera urgente.

Debemos ser sensatos y recordarles que la falta de personal ha derivado en una mayor carga de trabajo y ha generado un ambiente laboral estresante y agotador para los profesionales

de Enfermería. La precariedad laboral, con salarios bajos y contratos temporales, hace que muchas enfermeras y enfermeros se vean obligadas a buscar oportunidades laborales en el extranjero o en otros sectores, lo que provoca una pérdida de talento.

Junto a estos problemas fundamentales, existen otras cuestiones que también deben ser abordadas, como lo es el problema de las enfermeras en los hospitales y centros privados, llegando al extremo en las residencias geriátricas, donde se enfrentan a desafíos únicos y necesitan un apoyo especializado para brindar la mejor atención posible a los residentes.

Otra contrariedad es el relevo generacional. Las futuras jubilaciones de los profesionales de Enfermería obligan a establecer un programa estructurado para el desarrollo de las especialidades que asegure las suficientes enfermeras y enfermeros capacitados para cubrir las vacantes que se producirán inexorablemente, si no se remedia el envejecimiento profesional.

La enfermera escolar, que sigue sin implantarse, supone una pieza crucial para garantizar la salud y el bienestar del alumnado y del personal docente. Es esencial que se establezca como obligatorio en todos los centros educativos. Muchos partidos políticos han hecho gala de llevar en su programa la instauración definitiva de esta figura en los colegios e institutos, así como el aumento de la ratio de enfermeras por pacientes, prometiendo miles de puestos de trabajo.

La modificación en el funcionamiento de la bolsa de empleo adaptándola al perfil profesional de las enfermeras y enfermeros, también es imprescindible para garantizar que los profesionales de la Enfermería puedan encontrar oportunidades laborales adecuadas, según su formación y experiencia previa. De igual modo se debe garantizar que el transporte sanitario y el soporte vital avanzado estén disponibles en todas las áreas y sean accesibles para todos los pacientes que requieran de una atención de calidad en situaciones de emergencias.

Es necesario abordar la situación de los profesionales ante las reversiones de las concesiones hospitalarias, para garantizar la estabilidad

laboral y la calidad de la atención sanitaria. Por último, y no por ello menos grave, es perentorio abordar el problema de las agresiones a las enfermeras, que son cada vez más frecuentes y que ponen en peligro la integridad física y emocional de las/os profesionales.

En conclusión, los políticos deben recordar que la Enfermería es el pilar en el que se sustenta el sistema de salud y que los problemas que asumen las enfermeras y enfermeros deben ser abordados de manera urgente y efectiva.

Señoras y señores gestores de la Conselleria de Sanitat tómense un tiempo. Les ofrecemos una muestra de confianza. Pero recuerden que, desde el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia volveremos ser reivindicativos e incisivos con su gestión, si en unos meses carecemos de resultados efectivos. Porque la Administración no puede seguir ignorando los desafíos a los que nos enfrentamos día a día y, en consecuencia, los nuevos altos cargos deben trabajar en colaboración con la Enfermería para mejorar la calidad de la atención sanitaria a la población.

Laura Almudéver Campo
Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

EL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE VALENCIA **gana el juicio** contra un falso enfermero por falsificación de documentos e intrusismo

Fachada del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia que ha ganado el juicio contra un falso enfermero.

El condenado "creó un perfil falso en las redes sociales y webs, atribuyéndose públicamente la cualidad de enfermero, creando una falsa imagen profesional por la cual le contrataron en diversas entidades", según expone la sentencia firme del Juzgado de lo Penal 4 de Valencia

Como acusación particular, el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia ha ganado el juicio contra un falso enfermero quien "creó un perfil falso en las redes sociales y webs, atribuyéndose públicamente la cualidad de enfermero, creando una falsa imagen profesional por la cual le contrataron en diversas entidades", según expone la sentencia firme que ha hecho pública el Juzgado de lo Penal 4 de Valencia.

La falsificación del título de Enfermero y la apropiación del número colegial en el COENV permitió al acusado trabajar en ocho centros residenciales y clínicos entre el 30 de septiembre de 2020 y el 13 de abril de 2021 –seis meses y medio— en los que mintió sobre su formación y su acreditación para formalizar los consiguientes contratos.

Resulta significativo, además, que el falso enfermero nunca fue alumno de ninguna universidad, no consta de alta en ningún colegio oficial de España y tampoco aparece como titular de ningún título universitario oficial, ni ha sido nunca miembro del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

La constatación de la falsedad de los documentos que aportó el procesado para ser contratado se evidencia en el propio certificado de colegiación que presentó de forma sistemática en los diferentes centros. Un certificado de colegiación que corresponde a otra enfermera. De igual forma, los certificados del Colegio Oficial de la Enfermería de Valencia acreditativos de que se hallaba al corriente de pagos en dicha corporación son inciertos "toda vez que fueron falsificados con la presunta firma de los responsables colegiales", según obra en el apartado de hechos probados del escrito de acusación que el condenado ha aceptado con conformidad.

Ante estos hechos, el fallo del juez considera al falso enfermero autor de dos delitos. Por un lado, un delito de intrusismo, previsto y penado en el art. 403.2 y, por otro, un delito de falsificación en documento público u oficial, previsto y penado en el art. 392 del CP, en relación, 390.1° 1,2 y 3 del CP.

En cuanto a la condena, por el intrusismo se ha impuesto la pena de 1 año de prisión y, por la falsedad, se establece otro año de prisión y la pena de 12 meses de multa a razón diaria de 6 euros, con un día de privación de libertad por cada dos cuotas de multa no satisfechas. También se impone el pago de costas procesales, con inclusión de las de la acusación particular.

INVERTIR en enfermeras mejora el sistema sanitario

La ratio valenciana precisa 14.000 enfermeras/os, ya que dispone de una cifra muy por debajo de la media española, según el informe elaborado por el Consejo General Enfermería

Enfermeras prestando sus servicios en un hospital.
Foto: Banc Imatges Infermeres. *Autores:* Ariadna Creus y Ángel García

Ante el aumento de las demoras de atención en la sanidad pública valenciana es preciso aumentar la financiación pública destinada a Sanidad para garantizar la seguridad asistencial de los pacientes y ciudadanía con una dotación adecuada y suficiente de enfermeras en todos los servicios de salud, acabar con las agresiones a los profesionales, incluir a las enfermeras en el Grupo A, sin subgrupos, y avanzar en el desarrollo e implantación de las especialidades de enfermería.

Un llamamiento que hace el Colegio de Enfermería de Valencia a los políticos para que sean conscientes de que la media del tiempo de demora para acudir a los hospitales ha crecido un mes si se toman de referencia los meses previos a la pandemia. Según el último informe del Ministerio de Sanidad, la espera media en Valencia para una consulta en Atención Especializada es de tres meses, frente a los dos meses de media que se esperaban a finales de 2019.

Según las mismas fuentes ministeriales, con 87 días de espera media, la Comunidad Valenciana sigue estando por encima de la media del resto de regiones de España. De igual forma que ocurre con los enfermos a los que se les da la cita con un plazo mayor a dos meses: un 49,9% cuando la media nacional está en el 41,1%.

Por ello, la presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia, Laura Almudéver, recuerda que es necesario aumentar la ratio de enfermera por pacientes: "El número de pacientes que tiene que atender cada enfermera o enfermero, tanto en los hospitales como en los centros de salud y centros sociosanitarios, duplica e, incluso, triplica las cifras recomendadas para poder garantizar la calidad y seguridad asistencial en todo momento".

"Los datos del Ministerio se traducen en que la Conselleria de Sanitat debería contratar más profesionales de Enfermería para garantizar la seguridad del paciente y una correcta asistencia sanitaria", reitera Almudéver.

"Aunque sólo sea para recuperar la atención previa a la pandemia, es imposible hacerlo sin contar con un número adecuado de enfermeras, pues invertir en estas profesionales es garantizar el bienestar y la salud de nuestra sociedad, siendo fundamental que las/os enfermeras/os participen de forma más activa en la toma de decisión en políticas de salud y en la gestión sanitaria de primer nivel", según Laura Almudéver, quien advierte de que el último informe de ratios de Enfermería en España, realizado por el Consejo General de Enfermería, arroja que España precisa más de 95.000 enfermeras para llegar a los cifras de nuestros países vecinos.

En concreto, la ratio valenciana precisa 14.000 enfermeras/os, ya que dispone de una cifra "muy por debajo de la media española, según el informe elaborado por el Consejo General Enfermería. Y por provincias, la de Valencia es la que tiene la ratio más alta, con 600; seguida por la de Castelló con 576; y la de Alicante, que registra el peor de los tres datos con 478", expone la presidenta del COENV.

La presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, Laura Almudéver.

Reconocer las ESPECIALIDADES en las CONTRATACIONES y que las bolsas de trabajo específicas sean efectivas

La distribución de los profesionales de Enfermería debe ajustarse, de forma adecuada, a la especialización y la experiencia de las/os candidatas/os en los distintos espacios sanitarios

Con el fin de sensibilizar a las administraciones (Ministerio y Conselleria de Sanidad) sobre la necesidad de reconocer las especialidades de Enfermería en todas sus contrataciones, el COENV ha iniciado una campaña para que se tenga en cuenta la formación especializada de sus profesionales y que las 'bolsas de trabajo específicas' sean efectivas y funcionen correctamente porque, en la realidad cotidiana, muchos de estos listados no son usados por los departamentos de salud cuando reclaman enfermeras/os para cubrir puestos de trabajo.

El Colegio de Enfermería de Valencia insiste en que los servicios de contratación deben adecuar cada puesto al perfil profesional de las/os profesionales de Enfermería y hacer uso de las bolsas de trabajo de cada especialidad, que refleja el ámbito laboral de formación que han recibido las/os Enfermeras/os Internas/os Residentes (EIR) durante dos años en distintas áreas, como Enfermería Familiar y Comunitaria, Geriátrica, Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Pediátrica, Salud Mental y Enfermería del Trabajo.

Se trata de "una reivindicación histórica del Colegio de Enfermería de Valencia, según su presidenta", Laura Almudéver, quien recuerda que, en el ámbito académico, "se han desarrollado especialidades enfermeras que no han tenido traslado al ámbito laboral, como ocurre con las/os enfermeras/os pediátricas/os".

La presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia insiste en que la distribución de los profesionales de Enfermería "debe ajustarse, de forma adecuada, a la especialización y la experiencia de las/os candidatas/os en los distintos espacios sanitarios, buscando optimizar la calidad de cuidados, con el fin de evitar la reducción de la asistencia de los pacientes y teniendo en cuenta el mayor grado de satisfacción laboral del personal".

En la actualidad, en la Comunidad Valenciana se producen desajustes entre los perfiles de las/os profesionales de Enfermería que se requieren y los que finalmente los ocupan. Un desorden que, desde el Colegio de Enfermería de Valencia, "llevamos denunciando desde hace más de una década y lo seguiremos haciendo por el bien de nuestros colegiados y de la ciudadanía, que son los receptores últimos de nuestros cuidados", según la presidenta del COENV, Laura Almudéver, quien reitera que las enfermeras y los enfermeros "tampoco pueden comprender como el hecho de renunciar a un puesto de trabajo que ellos no han elegido y para el que no se sienten formados ni seguros (asignado por azar), implique una penalización laboral en la bolsa de trabajo".

Existe una ausencia de criterios en la selección del personal de Enfermería y la única fórmula para repartir los puestos de la bolsa de trabajo de Sanidad se basa en el orden establecido según la puntuación obtenida, en la que solo se tiene en cuenta el tiempo trabajado, la nota de la última oposición y el certificado de conocimientos de la lengua valenciana.

La adjudicación de los puestos de las/os aspirantes se suele hacer sin tener en cuenta la experiencia o las prácticas asistenciales durante los estudios de Grado de Enfermería y se recrudece porque en ningún caso se ofrece formación para desempeñar las actividades concretas en los servicios especiales, que requieren una adaptación específica al entorno laboral, como son las unidades de críticos, quirófanos, urgencias, onco-hematologia, diálisis, etc...

Raquel Soler y Nerea Valles, entre los ganadores de los II Premios de Investigación del CGE

Un proyecto sobre el pinzamiento del cordón en prematuros y otro sobre el análisis de los factores de la obesidad desde la etapa prenatal hasta la adolescencia han sido los trabajos agraciados

Las enfermeras valencianas Raquel Soler y Nerea Valles.

Un proyecto sobre el pinzamiento del cordón en prematuros y el análisis de los factores de la obesidad desde la etapa prenatal hasta la adolescencia han sido los trabajos de dos enfermeras valencianas que han resultado agraciados. Unos galardones dotados con un total de 55.000€ repartidos en seis premios y a los que la presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (COENV), Laura Almudéver, felicita y da la enhorabuena en nombre de toda la Junta de Gobierno de la entidad colegial.

El certamen se convocó el pasado mes de mayo con el objetivo de "incentivar y motivar a los profesionales de Enfermería en la elaboración y desarrollo de proyectos de investigación, así como otorgar visibilidad y difusión a las aportaciones de la profesión enfermera a los resultados de salud".

Raquel Soler y Nerea Valles, ambas de Valencia, han sido las dos enfermeras agraciadas en la categoría Otros Ámbitos y Jóvenes Promesas respectivamente. Con la realización de unos proyectos que han destacado por su profesionalidad investigadora se han alzado con el premio que las sitúa como dos de las mejores enfermeras investigadoras a nivel nacional.

Durante el acto se han entregado un total de seis galardones divididos en dos líneas de actuación. Así, el primer bloque son subvenciones para la realización de proyectos de investigación orientados a conseguir beneficios e impacto en los resultados en salud relacionados con la práctica enfermera en: Ámbito Hospitalario, Ámbito Familiar y Comunitario, y otros ámbitos profesionales. A esto se suma un premio específico para fomentar la investigación entre los enfermeros más jóvenes, al que han podido optar aquellos proyectos cuyo investigador principal tenga menos de 35 años, y otro dedicado a la innovación enfermera. Cada uno de los premios está dotado con una subvención de 10.000€.

También se ha distinguido a la mejor tesis doctoral leída y defendida en los últimos cinco años. En este caso, la dotación económica es de 5.000€. A los premios, a los que inicialmente se presentaron 95 trabajos, optaban un total de 15 finalistas. Por cada categoría se han seleccionado dos finalistas, salvo en el ámbito hospitalario y en la mejor tesis doctoral, donde se han elegido tres y cuatro finalistas, respectivamente, para tener en cuenta el mayor número de trabajos presentados. A los premiados se les ha hecho entrega de un galardón creado especialmente para estos premios y un diploma acreditativo. Los finalistas también han recibido su correspondiente diploma.

La enfermera valenciana Rous M. Abarca junto a sus compañeros bomberos durante un curso de formación de primeros auxilios en una población de Senegal.

Cuando la FORMACIÓN ENFERMERA se convierte en AYUDA HUMANITARIA

Rous M. Abarca destaca: "Hemos dado clases de Primeros Auxilios en las asociaciones que carecían de recursos y en los barrios más desfavorecidos de Dakar y Ziguinchor"

"Resulta emocionante ver la satisfacción reflejada en los ojos de las personas que sufren todo tipo de carencias cuando reciben ayuda y formación", según Rous M. Abarca, una enfermera valenciana que ha estado de viaje de 10 días –del 26 de enero al 4 febrero–, acompañada por un grupo de bomberos de 'Bombers pel món', que ha recorrido diferentes zonas deprimidas de Senegal.

M. Abarca destaca: "Hemos dado clases de Primeros Auxilios y otras cuestiones de emergencias en las asociaciones que carecían de recursos y en los barrios más desfavorecidos de Dakar y Ziguinchor". Entre la citada formación se han realizado simulacros y se han impartido entre otras técnicas, métodos de RCP (reanimación cardiopulmonar), uso de extintores, inmovilización y movilización, hemorragias, BIEs (Boca de Incendio Equipada). Una formación que se ha realizado en colaboración con la ONG 'Open Arms' instalada allí.

La enfermera valenciana describe que su enlace en el terreno es "Papa Diegane, profesor de la universidad de Zinguichor y buen conocedor de las necesidades de su universidad. La universidad donde él trabaja se encuentra a dos horas de distancia del parque de bomberos más cercano". Explica además que hace no mucho tiempo, "hubo un incendio en esta universidad provocando grandes daños materiales y a partir de ese momento, Papa Diegane se propuso trabajar duro para dar solución a este problema. Tras ello, comenzó la maquinaria de la ONG Bombers pel Món y se puso en marcha para engranar la logística, formación, materiales y equipo humano necesarios para poder ayudar a Papa Diegane en su propósito".

"Nuestro objetivo ha sido ofrecer formación y acompañamiento a estas personas porque supone la mejor manera de apoyar los sistemas de salud pública en el continente africano. Buscamos fortalecer y promover una cobertura sanitaria universal fomentando la prevención en situaciones emergencia", según Rous M. Abarca.

"Dábamos formación en materia de primeros auxilios y nociones de primera actuación en tráficos. Manuel Ruiz era el encargado del proyecto y a mí me tocó del desarrollo de la formación, junto al propio Manuel y Juan Carlos".

Junto a Rous M. Abarca han participado varios miembros del Departamento de Bomberos, Prevención, Intervención, Extinción y Protección Civil del Ayuntamiento de València (DBPIEIPC): Teo Javaloyes, Juan Carlos Teruel, María Dolz y Javi Porta. De igual modo que dos bomberos forestales de la Generalitat: Manuel Ruiz y Pablo García.

Nuevo servicio de consulta a las **BASES DE DATOS** 'WEB OF SCIENCE' y 'SCOPUS'

Las enfermeras y enfermeros de Valencia que estén interesados podrán consultar estos dos sistemas, de forma completamente gratuita, que acumulan todo tipo de datos útiles para los protocolos de investigación

Para facilitar el desarrollo de la labor investigadora de las/os colegiadas/os, desde el Colegio de Enfermería de Valencia se ha habilitado un nuevo servicio gratuito para acceder a las bases de datos 'Web of Science' y 'Scopus'. Dos fuentes de conocimiento gestionadas por la Fundación Española para la Ciencia y Tecnología, F.S.P. (FECYT) que atesoran la mayoría de la producción científica tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

De este modo, las enfermeras y enfermeros de Valencia que estén interesados podrán consultar estos dos sistemas, de forma completamente gratuita, que acumulan todo tipo de datos útiles para los protocolos de investigación. En concreto, 'Web of Science (WoS)' se presenta como una base de datos multidisciplinar de referencias bibliográficas que proporciona acceso a las colecciones electrónicas de Clarivate Analytics (hasta 2017 Thomson Reuters, y antes ISI) y que permite la búsqueda conjunta en todas sus bases de datos.

De igual modo, 'Scopus' está concebida como una base de datos de referencias bibliográficas y citas de la empresa Elsevier, de literatura peer review (revisión por pares) y contenido web de calidad, con herramientas para el seguimiento análisis y visualización de la investigación. Se trata de un compendio científico que combina de una forma única una completa base de datos de citaciones y resúmenes seleccionados por expertos con datos enriquecidos y literatura académica vinculada de una amplia variedad de disciplinas.

Las bases de datos de acceso abierto son aquellas a las que puedes acceder a libros, documentos, artículos, capítulos, tesis, investigaciones y otros documentos, sin restricciones en formato electrónico. La Fundación Española para la Ciencia y Tecnología, F.S.P. (FECYT) gestiona las licencias de las dos principales bases de datos mundiales de referencias bibliográficas y citas de publicaciones periódicas.

Las instituciones con acceso a estas bases de datos, de contenido científico relevante para la investigación son las Universidades (públicas y privadas), Organismos Públicos de Investigación, Centros Tecnológicos, Parques Científicos, Servicios de Investigación Agraria, Servicios de Investigación Sanitaria y Administración Pública de I+D. Gracias a esta única gestión, todas estas instituciones obtienen inmejorables condiciones económicas, el acceso a una serie de servicios adecuados para instituciones e investigadores y la accesibilidad tecnológica necesaria para poder consultar la información.

WEB OF SCIENCE

Scopus

El Colegio de Enfermería de Valencia (COENV) ha habilitado un nuevo servicio para acceder a las bases de datos 'Web of Science' y 'Scopus'.

Portada del Plan Valenciano de Acción para la Salud Mental, Drogodependencias y Conductas Adictivas.

El Plan de SALUD MENTAL

CUENTA CON 445 ENFERMERAS/OS, colectivo profesional más numeroso

En la elaboración del plan ha participado activamente el COENV y ha integrado 27 recomendaciones y 305 propuestas de 148 agentes clave de la sociedad valenciana

El hasta hace poco comisionado de Presidencia de la Generalitat Valenciana para el Plan Valenciano de Acción para la Salud Mental, Drogodependencias y Conductas Adictivas, Rafael Tabarés, ha mostrado una gran sensibilidad con todo el colectivo de Enfermería al impulsar su presencia en la mayoría de las actuaciones que prevé el plan de acción para los próximos cuatro años (2023-2026).

Un plan que surge ante el incremento de la preocupación social e institucional por la mejora de los recursos y la atención de los problemas en la salud mental de la población, patologías como drogodependencias y otro tipo de conductas adictivas. "Su elaboración, en la que ha participado activamente el Colegio de Enfermería de Valencia", según explica la presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia, ha integrado 27 recomendaciones y 305 propuestas presentadas por 148 agentes clave (colegios profesionales, tejido asociativo, sociedades científicas, sindicatos, agentes económicos, órganos consultivos de la Generalitat Valenciana, universidades, departamentos y centros dependientes de Sanidad) que han dado como resultado las 8 acciones que integran el plan.

Laura Almudéver aplaude especialmente que en la mayoría de las acciones coordinadas por Rafael Tabarés "se haya contado con un nutrido número de enfermeras/os, constituyendo el colectivo profesional sanitario más numeroso con un total de 445 profesionales". En el caso de la acción "Atención y apoyo a las niñas/-os, adolescentes y jóvenes", durante los años de vigencia del plan, se prevé la incorporación de 42 enfermeras. De igual modo en la "Atención y apoyo a las personas con gran sufrimiento psíquico" se contará con 123 enfermeras. En la acción "Derecho a una atención personalizada, digna y segura, sin demoras, cercana y que garantice su continuidad" se prevé la incorporación de 194 enfermeras de salud mental, la acción "Atención y apoyo a las personas con drogodependencias y conductas adictivas mediante el refuerzo de la red local de unidades preventivas comunitarias de conductas adictivas" será nutrida por 85 enfermeras de salud mental y, por último, en la acción "Derecho a una información veraz y actualizada" habrá una enfermera.

El Plan de Acción ha sido elaborado con una metodología participativa y deliberativa de carácter "bottom-up" (de abajo-arriba) otorgando un papel protagonista a la ciudadanía. La convención ciudadana se ha diseñado siguiendo los principios de la teoría política de la democracia deliberativa, basada en el modelo de panel ciudadano que define la OCDE para impulsar los procesos deliberativos.

Se crearon dos comités para acompañar el proceso. El primero de ellos fue el comité de personas expertas, cuya finalidad era la de definir los temas y los expertos/as que formarían parte de la convención ciudadana y un comité de seguimiento, con el objetivo de velar por el buen funcionamiento del proceso deliberativo. Tras cuatro sesiones de trabajo, los 70 ciudadanos y ciudadanas participantes emitieron 27 recomendaciones para responder a la siguiente cuestión: ¿Cómo cree que debería abordarse la salud mental, las drogodependencias y las conductas adictivas en la Comunitat Valenciana?

Convenio de colaboración con la ACADEMIA de ENFERMERÍA de la Comunidad Valenciana

La presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (COENV), Laura Almudéver (derecha), y la presidenta de la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana (ACECV), Esperanza Ferrer.

Laura Almudéver y Esperanza Ferrer han rubricado un acuerdo para incrementar las actividades conjuntas con las que favorecer y potenciar todas las facetas de la profesión de Enfermería

Con el objetivo de estrechar la colaboración para incrementar las actividades conjuntas con las que favorecer y potenciar todas las facetas de la profesión de Enfermería, la presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (COENV), Laura Almudéver, y la presidenta de la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana (ACECV), Esperanza Ferrer, han rubricado un convenio.

El acuerdo, en el que también ha estado presente el secretario de la institución académica, Francisco Faus (ACECV), establece una serie acciones coordinadas para dar visibilidad y sensibilizar a las/os profesionales de Enfermería de la importancia de las dos entidades. Acciones en las que se cruzará información, formación, asesoramiento y/o asistencia, tal y como se recoge en el propio convenio: como el desarrollo de actividades formativas y/o de investigación, estrategias de desarrollo profesional o la participación de grupos de trabajo.

Una firma que formaliza la colaboración entre las dos entidades –que siempre ha sido una constante–, pero que ahora permitirá nuevas posibilidades y más fluidas para la puesta en marcha de proyectos y estudios académicos y formativos. El convenio se desarrollará mediante el establecimiento de acuerdos específicos sobre las diversas actividades o proyectos que en cada caso puedan realizarse entre el COENV y la AECV, en los que se concretarán los aspectos técnicos, jurídicos y económicos referentes a la actuación concreta que se pretenda realizar.

Para dar visibilidad a la actividad que realice la AECV, el COENV publicará en su revista cuatrimestral "Enfermería Integral" contenidos relacionados con la Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana y habilitará un acceso directo a la web de la AECV en la próxima remodelación del portal de internet del Colegio de Enfermería de Valencia. Junto a estas acciones el COENV y la AECV se comprometen –de forma recíproca– a divulgar la firma del presente convenio a través de sus medios de difusión.

La presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia ha manifestado que este acuerdo "permite aprovechar el potencial de las dos entidades y establecer sinergias que mejorarán los vínculos de trabajo y revertirán en la mejora de la profesión". Además, Laura Almudéver ha manifestado su inclinación por la actividad de la Academia de Enfermería de la Comunitat Valenciana cuya finalidad principal es la generación del conocimiento y su transferencia a la sociedad a través del estudio, investigación, difusión, promoción, progreso y desarrollo de la Enfermería como disciplina científica del campo de las Ciencias de la Salud, en cualquiera de sus ámbitos y especialidades, así como el impulso de la práctica enfermera en beneficio de las personas y de la sociedad.

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)

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.

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.

IN MEMORIAM

María Dolores Pérez Paz, colegiada del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, falleció a finales de 2022. Fue una gran persona que desprendía humanidad y que nos dejó tras sufrir una grave enfermedad incurable para la que no hubo tratamiento. A pesar de lo duro de sus últimos meses, María Dolores sobrellevó su enfermedad con enorme entereza y dignidad, convirtiéndose un ejemplo de vida para familiares y amigos.

En el terreno profesional, María Dolores dedicó toda su vida a la Enfermería, desarrollando su labor en Tenerife y en Valencia, donde finalmente se jubiló. Se puede afirmar que su función durante toda su vida fue la de cuidar y atender a los demás, por encima de lo que su obligación le imponía. Su dedicación e inspiración fueron las personas y, por encima de todo, la asistencia sanitaria.

La prueba es que mostraba una natural inclinación por ayudar a los demás y siempre se podía contar con ella. Su familia se ha puesto en contacto con el Colegio de Enfermería de Valencia, donde siempre estuvo colegiada, para informar de su muerte a las tantas personas que la mantuvieron amistad y lazos de cariño, tanto en su trabajo como en las diversas actividades colegiales en las que participaba, al no poder hacerlo personalmente por no conocerlas a todas.

Su familia quiere compartir la tristeza por la pérdida de María Dolores y están seguros de que todos aquellos que la trataron también lamentarán su ausencia.

Su familia, seres queridos y amigos nunca la olvidarán.

Conduce tranquilo con nuestro seguro de automóvil

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora

Confianza

PORQUE Somos Sanitarios

Seguro de Automóvil

Nuevas **coberturas y exclusivas ventajas** para ti y tu familia:

Cobertura completa para tu vehículo: sustitución, valoración, accidentes, lunas y más.

Elige el seguro que mejor se adapte a tus necesidades: terceros básico, ampliado, todo riesgo, premium y más.

A.M.A. VALENCIA
Pza. América, 6; esquina Avda. Navarro Reverter, 17 valencia@amaseguros.com

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

A.M.A. GRUPO | A.M.A. | Ama Vida | A.M.A. Fundación A.M.A. | AMARenting | A.M.A. YOGA-104

La Mutua de los Profesionales Sanitarios...y sus familiares.

Presidenta de la Associació de Comares de la Comunidad Valenciana (ACCV)

Susi Obiol

"Las **MATRONAS** deben estar presentes en la **educación sexual y reproductiva** como **agentes de salud** especializados en el sistema educativo"

La falta de matronas se ha convertido en un problema endémico en nuestra sociedad. ¿Como presidenta de la Associació de Comares de la CV (ACCV) puede describirnos con qué ratio de profesionales contamos y cuántas harían falta? ¿Cómo es la ratio de matronas por habitantes en otros países europeos?

La ratio de matronas actual en la CV es de 14,6 matronas por cada 100.000 habitantes, siendo la media en España de 18 matronas por cada 100.000 habitantes. Si nos comparamos con los actuales países miembros de la OCDE, estamos muy alejados de las 34 matronas por cada 100.000 habitantes. Atendiendo a estas cifras, el déficit de matronas ascendería a 1.617 sólo en la Comunidad Valenciana para cumplir los estándares establecidos. Por otro lado, hace poco se ha establecido el cupo máximo medio de Enfermería, situándolo en 1.500 cartillas, pero se vuelve a obviar las necesidades de las matronas sin establecer un cupo para las mismas. La OMS aconseja un cupo de 400 mujeres en edad fértil por matrona, una utopía que no ha sido avalada por los órganos gestores.

¿Por qué considera necesaria la creación de un grado específico de matrona que permita aumentar el número de estas profesionales en la sociedad?

Efectivamente. Considero que la migración del modelo EIR al modelo Grado Universitario permitiría una mayor inyección de matronas a medio plazo para poder cubrir las necesidades relacionadas con la vida sexual y reproductiva en los distintos ámbitos de actuación. La formación específica que recibimos las matronas avala nuestra competencia en estos campos. Ésta no es una idea novedosa ni descabellada, de hecho, es la fórmula de formación mayoritaria de los países de la UE.

Usted ante el conseller Miguel Mínguez explicó que este déficit lastra los programas de salud liderados por las matronas y por consiguiente imposibilita que asuman la cartera de servicios que desde la Sanidad Pública tienen asignadas como profesionales especialistas en la salud de la mujer. ¿Ponga algún ejemplo?

Así es, como he comentado antes, necesitamos matronas en todos los servicios relacionados con la vida sexual y reproductiva: en las plantas de maternidad, ginecología, consultas preconcepcionales,

de esterilidad, de atención a la lactancia materna y centros de salud sexual y reproductiva. Son plazas que actualmente están ocupadas por enfermeras generalistas cuando hay matronas especialistas que no tienen acceso profesional a las mismas. Por otra parte, en los paritorios las ratios no permiten una asistencia 'one to one', que es la necesaria para un acompañamiento continuo y el recomendado según los estándares internacionales. En los centros de atención primaria, las cargas asistenciales no permiten el desarrollo de programas de salud como el de climaterio, talleres de masaje infantil, de lactancia o atención al puerperio de manera generalizada. También consideramos que las matronas deben estar presenten en la educación sexual y reproductiva como agentes de salud especializados en el sistema educativo.

Háblenos de los diferentes grados de dificultad en su desarrollo competencial y estructural de las matronas dentro del sistema sanitario

Fundamentalmente hay tres factores que lo dificultan. Uno esencial es el problema que tenemos con el número de matronas formadas. Las ratios actuales no son capaces ni siquiera de cubrir la oferta actual ya que se prevé una jubilación masiva de matronas que coinciden con los años que no tuvimos formación matrona en España. Otro factor es que la ausencia de matronas en órganos gestores dificulta la comunicación y defensa de nuestras competencias. Invertir en liderazgo para poder incluirnos en la toma de decisiones de las políticas de salud es una de las recomendaciones de la OMS hacia los gobiernos. Y, por último, el hecho de que las plazas que por perfil profesional y competencias nos corresponden no se oferten a través de las bolsas de trabajo de matrona sino de enfermeras, hace que el acceso a los contratos sea precario y discontinuo, por lo cual muchas matronas optan por la estabilidad laboral como enfermeras, perdiendo así un número importante de matronas.

¿Explique cómo se mejoraría la sostenibilidad del sistema sanitario si se adecuaran ciertos puestos de trabajo al perfil de especialista de matrona?

Tal como avala la OMS, las matronas son agentes diana en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus familias. Invertir en matronas es invertir en salud, por lo cual es una de las mejores estrategias de Salud Pública en estos grupos poblacionales. Actualmente la misma OMS ha presentado informes que concluyen que destinar más recursos destinados a la formación y matronas evitaría dos tercios de las muertes maternas, natales y de la mortalidad general salvando 4,3 millones de vida al año. En España, donde las tasas de morbimortalidad materno infantiles son excelentes, mejoraríamos el grado de salud en la sociedad en general y la excelencia en la atención que se está ofreciendo a las mujeres y sus familias.

¿Detalle la falta de relevo generacional que, a corto y medio plazo va a sufrir el colectivo de matronas?

La entrada de España en 1986 en la CEE determinó la regulación de la formación de las especialidades sanitarias, entre ellas las de las matronas. Desde el año 1987 hasta el año 1994 se suspendió la formación de matronas en España y la formación EIR aunque, con un grado de calidad excelente, no puede garantizar el número de matronas necesarias para nuestro sistema sanitario en base a las necesidades que avalan nuestras competencias. Es un problema que llevamos denunciando desde hace ya años y que sigue su curso hacia nuestras peores inquietudes, sin que se ofrezcan soluciones efectivas desde las administraciones gestoras y sanitarias.

¿Echa de menos una representación efectiva de la figura de la matrona en los órganos gestores y consultores en los aspectos legislativos?

Ésta es una de nuestras reclamaciones históricas. Pensamos que aún, hoy en día, se desconoce el potencial que las matronas pueden ofrecer sobre la salud de las mujeres y sus familias. Necesitamos tener más voz y presencia para demostrar la necesidad de apostar por las matronas.

¿Cree perentorio el hecho de las mujeres empiecen a denunciar la violencia obstétrica y a reclamar una mejor atención?

Realmente lo que creo perentorio es que se reconozca, que se tome conciencia y que se establezcan los mecanismos y planes de actuación para su erradicación. Ello supone una mejora en la atención obstétrica y la garantía de los derechos de autonomía de las mujeres y sus familias sobre sus procesos sexuales y reproductivos. Comunidades como Cataluña y recientemente Euskadi, han incluido el término en su jurisprudencia.

¿Cuéntenos su opinión sobre la existencia de másteres en el extranjero, en este caso de la Universidad Thomas en colaboración con la catalana Blanquerna Ramón Llull -ambas privadas-, para formar matronas "esquivando" la vía establecida en España (EIR) para que una enfermera se convierta en especialista obstétrico-ginecológica?

Pienso que la única formación que puede sustituir a la actual vía EIR con las mismas garantías de calidad es la vía del Grado, tal como está ofertada en la mayoría de los países de la CEE. No veo el Máster como una alternativa de calidad a la actual. Por otro lado, la formación debe ser pública y accesible y regulada por el Ministerio de Universidades.

Loreto Frías

Loreto Frías, enfermera interna residente de Salud Mental, cursando la especialidad fuera de su ciudad

“Merecemos **MÁS PLAZAS** para que el examen EIR no sea una matanza, la población lo necesita”

“El EIR es la vía única para formarnos y especializarnos, para conocer en profundidad el área que elijamos”

¿Podría empezar contándonos por qué decidió formarse como enfermera EIR?

Quería especializarme y la única forma en España es la vía EIR, la cuál te permite durante dos años conocer, rotar y aprender de los dispositivos y el área de cada una de las especialidades.

¿El EIR es algo vocacional o requiere un proceso de reflexión? ¿Tenía en mente una segunda opción o lo tenía claro desde el principio?

La preparación del examen EIR exige mucha constancia, organización y sobre todo ganas. Es el examen más difícil de la Enfermería, son cuatro horas y media de examen. El EIR es el presente y el futuro que la profesión necesita y merece. Al principio especializarme para matrona, sin embargo, si no me alcanzaba la posición y tenía opción optar a otra especialidad tenía claro que quería remunerar el tiempo y dinero invertido en el estudio. Durante el tiempo de preparación trabajé, primero a tiempo parcial, posteriormente lo compaginé con una jornada a tiempo completo como enfermera generalista.

¿Cómo afrontaste la preparación del examen EIR?

La preparación del examen EIR fue dura y exigente, llegando el primer año a ser un poco obsesiva. Tenía claro que quería ser especialista y vivir la experiencia de ser residente de enfermería, el tiempo y la predisposición mental que tenía, hicieron posible que fuera modificando los errores que cometía y puliendo el estudio de manera más práctica.

¿Por qué decidió hacer su especialidad?

Una de mis profesoras de la academia me sirvió de inspiración, nos motivaba a elegir varias opciones y entre ellas prioricé la Salud Mental. Esa rama tan desconocida y necesaria en nuestro día a día me ilusionaba.

Cuando escogió el EIR, ¿dejó de lado otros proyectos?

Cuando obtuve plaza, tuve que renunciar al mejor contrato que tuve, el contrato Covid en la UCI del Hospital Arnau de Vilanova. Allí aprendí de compañeros excelentes y descubrí el mundo de los Críticos. Me apasionó. Tuve claro que, para avanzar, supone priorizar ciertas oportunidades.

¿Ha supuesto un descalabro marcharse de Valencia para el EIR a Madrid?

Cambiar de ciudad supuso un coste y un coche. El sueldo base como residente de Enfermería el primer año son 918 euros, con los cuales difícilmente puedes llegar a fin de mes estando independizada. Lo ahorrado durante la pandemia fue una tranquilidad y tenía la convicción de que en algún momento sería EIR. Desde el inicio de la residencia he estado haciendo el máximo de horas de guardias permitidas para llegar a fin de mes, lo cual suponen 45 horas extra y un total de 185 horas mensuales, tal y como establece el BOE para la F.S.E. como enfermera.

¿Recomendaría su experiencia EIR a los futuros estudiantes? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas?

Sí, sí y sí. Si volviera atrás, haría lo mismo, quizás puliendo algunos cambios y sabiendo que es un proceso de preparación que lejos de necesitar obsesión, precisa de adaptación continua a las circunstancias laborales y personales de cada uno. El EIR es la vía única para formarnos y especializarnos, para conocer en profundidad el área que elijamos. Las ventajas son muchas, pues te permite aprender de una manera única, no hay formación equiparable por la vía pública ni privada. Permite acceder a bolsas de trabajo específicas y a OPE de la propia especialidad. Personalmente en mi caso, ha sido y está siendo la mejor experiencia profesional y personal que he podido vivir. Conocer a amigos y a grandes referentes de la especialidad. Las desventajas se basan en la dificultad: Supone el examen más duro en la Enfermería y no es para una plaza fija, es para formación con escasa remuneración económica. Y aunque la vocación forma parte de la profesión, una remuneración justa es necesaria para vivir.

"Las enfermeras valemos mucho, pero no valemos por igual para todo"

¿Cómo ve la situación de las especialidades de enfermería en el panorama actual? ¿Cuáles son sus expectativas en este ámbito de la profesión enfermera?

Dependiendo de la especialidad hay unas oportunidades u otras, lo cual no me parece justo ni ético. En cada comunidad autónoma existen unas competencias y bolsas de trabajo distintas. Las enfermeras especialistas en pediatría tienen trabajo en Madrid y no en Valencia. Sin embargo, las enfermeras especialistas en comunitaria tienen bolsa específica en Valencia y no en Madrid. Mis expectativas al terminar son dedicarme al área de salud en la que me he especializado y nutrido durante estos dos años, lo haré donde exista esa opción y se adecúe a mis necesidades personales. La Salud Mental está cobrando la visibilidad que merece poco a poco, porque sin salud mental no hay salud y eso quizás permita que al terminar la residencia pueda trabajar como enfermera especialista en salud mental.

¿Es consciente de la falta de enfermeras en general y, especialmente, de la carencia de especialistas en particular?

Soy consciente del caos sanitario que existe y de la manera en la que eso repercute en los pacientes y en los profesionales. Las enfermeras valemos mucho, pero no valemos por igual para todo. Del mismo modo que un médico oftalmólogo no interviene una cesárea, un pediatra no trata a un paciente psicótico y un neurólogo no diagnostica una cirrosis hepática; una enfermera de atención primaria no tiene la formación especializada para trabajar en una UCI, ni una enfermera de geriatría en neonatos, ni una enfermera de salud mental en hemodiálisis.

¿Qué consejos daría a los futuros estudiantes?

Exprimid la formación, aprovechad el camino y sed aquello que queráis y os llene profesionalmente, pero en lo que decidáis especializaros sed los mejores. La profesión merece enfermeros especialistas que brinden cuidados de calidad y tengan la formación adecuada con relación al área en la que trabajan. Merecemos más plazas para que el examen EIR no sea una matanza, la población lo necesita.

Presidenta de la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC)

"El interés por la **Enfermería Dermatológica** SIGUE CRECIENDO en todos los NIVELES ASISTENCIALES de Enfermería"

"Es importante la educación del autocuidado, pero también la 'fotoprotección', prevenir el 'fotoenvejecimiento' y la prevención del cáncer"

Maribel Pastor

¿Cuáles son las principales funciones de la Enfermería Dermatología?
La Enfermería dermatológica es muy vasta, va desde las patologías como la psoriasis, las alergias cutáneas, el diagnóstico de la piel, la prevención de lesiones y el tratamiento de todas las lesiones cutáneas, ulceras y heridas.

¿Por qué tiende la población a pensar que los problemas dermatológicos afectan a lo estético más que a las patologías que conllevan?
La población en general sí se preocupa de la patología dermatológica, lo que pasa es que al ser en piel, que está expuesta a la visibilidad de la población, hay que pensar que vivimos en una sociedad en que lo importante son las apariencias y se preocupa por no tener imperfecciones.

A su juicio la Enfermería Dermatológica ¿está creciendo o, por el contrario, va perdiendo importancia?

En este último año hemos duplicado el número de socios de ANEDIDIC, por lo que podemos afirmar que el interés por la Enfermería Dermatológica sigue creciendo, en todos los niveles asistenciales de Enfermería.

Es una disciplina enfermera, ¿debería ser una especialidad?

Esta disciplina es una de las que más puede ayudar la Enfermería al usuario tanto desde la parte interna, como la externa, en ella hay muchos campos tanto a nivel preventivo como con la aplicación de tratamiento y técnicas. De hecho, desde ANEDIDIC, fomentamos el máster Universitario en Deterioro de la Integridad cutánea, úlceras, heridas y estomas de la Universidad Católica de Valencia. Un título oficial y necesario, tanto para Enfermería, como para la sociedad, con un elevado número de cuidados de la piel.

Uno de los objetivos de la Enfermería Dermatológica es fomentar la autoexploración en pacientes con antecedentes propios o familiares. ¿Qué aconsejan?

Ahí está la prevención de la que tanto hablamos. Es la educación para el paciente y el autocuidado, pero también la 'fotoprotección', prevenir el 'fotoenvejecimiento' y la prevención del cáncer, la exploración del cuerpo en pacientes con nevus, etc.

¿Cómo promueven la protección solar para evitar el deterioro de la integridad cutánea y la aparición el cáncer de piel o melanoma?

Se han impartido sesiones formativas a asociaciones de vecinos y tenemos un protocolo de formación en la prevención para la toma del sol y así concienciar del riesgo de padecer cáncer cutáneo al igual que la dermatoporosis en pacientes mayores.

Las enfermeras dermatológicas participan en el seguimiento de los tratamientos de úlceras, heridas quirúrgicas, lesiones crónicas postradiación, quemaduras, psoriasis, problemas con tratamientos biológicos, infección por papiloma virus (verrugas), mollusco contagioso frecuente en niños, o dermatitis de contacto… ¿Cómo se realiza el seguimiento de estas patologías?

El seguimiento de estas patologías se realiza como cualquier otra. En el momento que el paciente es citado se le explica si tiene que asumir unos autocuidados (administración de biológicos), si tiene que estar monitorizado según el biológico, se le explica cómo funciona este fármaco. A los pacientes con psoriasis le les expone cómo deben cuidar su piel con la hidratación, la alimentación y, si es con la aplicación de técnicas de cura tópica, se remiten a las agendas de Enfermería para su seguimiento.

"Se han impartido sesiones formativas a asociaciones de vecinos y tenemos un protocolo de formación en la prevención para la toma del sol y así concienciar del riesgo de padecer cáncer"

¿Considera que la evolución sistemática de la Dermatología impone la necesidad de dar más tiempo para investigar a las/os profesionales de Enfermería que se dedican a esta actividad?

Todas las profesiones sanitarias tienen el defecto del poco estímulo, –por falta de tiempo–, a la investigación ya que se basan en la parte asistencial. Por ello, el profesional debe de invertir tiempo de otras facetas de su vida, como la investigación. El deterioro de la integridad cutánea, aunque ha experimentado un gran crecimiento, todavía tiene un campo muy vasto para investigar y formar a las enfermeras.

¿Cuéntenos cómo nace y cuál es la trayectoria de la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC)?

Nace en el 2004 y debido a mantener y elevar el nivel de salud de los ciudadanos tanto a pacientes como a cuidadores con la educación de la salud. Por otra parte, por la necesidad de una formación continua de los profesionales, realizando conferencias a la población, en congresos, jornadas, cursos y simposios. ANEDIDIC también, intenta ayudar y participar con las administraciones públicas en asesoramiento si somos requeridos y en la evaluación o mejor de los indicadores de calidad asistencial. Algo que también aplicamos a las academias autonómicas de Enfermería.

Cierre de actividades de la *Asociación de Jubilados San Juan de Dios*

Las asociaciones de mayores desempeñan un papel fundamental promoviendo la participación y la acción social. Con esta premisa sigue desarrollando sus actividades la Asociación de Jubilados San Juan de Dios del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (COENV), desde donde se fomenta el envejecimiento activo para evitar el desarrollo de demencias y otras enfermedades.

La Asociación de Jubilados San Juan de Dios lucha, de forma permanente, contra la soledad de las personas de edad avanzada y el aislamiento social que ello supone. Por ello, los miembros tienen la posibilidad de relacionarse entre sí, así como con los voluntarios que participan en las actividades que se organizan. Un proceso continuo de actividades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida en todo momento. Entre estas actividades se hallan: Acciones formativas, como informática, inglés, fotografía; de ocio y tiempo libre (juegos de mesa, excursiones...); convenciones con otras asociaciones y, especialmente, actividades físicas: taichí y marcha nórdica, entre otras.

La Asociación de Jubilados San Juan de Dios del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (COENV) realizó, el pasado día 25 de mayo, el cierre del Curso de Taichi en el que participaron 60 jubiladas/os. Un broche de oro para esta actividad milenaria oriental que, en un principio se había programado en los jardines de Viveros, pero tuvo que trasladarse al salón de actos del COENV por amenaza de lluvias.

Es importante tener presente que practicar Taichí activa y ejercita la mente, disminuyendo el avance de demencias seniles, además del estrés y la depresión, también ayuda a prevenir el insomnio. Otro beneficio que tiene este ejercicio es la mejora en el equilibrio, el cual para las personas mayores es vital.

Tras finalizar la exhibición, con gran éxito de afluencia y participación, un nutrido grupo de miembros de la Asociación de Jubilados San Juan de Dios se desplazó hasta el restaurante "Todo Gigante".

Una comida-encuentro que terminó siendo un momento de convivencia y unión entre todos los participantes. El presidente de la Asociación de Jubilados San Juan de Dios, Francisco Soto Hernández, elogió la dedicación de todas/os sus asociadas/os: "Quiero agradecer a todos los que han participado en el acto de exhibición de Taichí, así como a cada uno de los miembros de mi junta por su colaboración y ayuda, sin ellos no sería posible llevar adelante el elenco de actividades que desarrollamos en el Colegio de Enfermería".

La marcha nórdica o *Nordic Walking* constituye otro de los pilares básicos de las actividades de la Asociación de Jubilados San Juan de Dios. Un ejercicio que consiste en caminar siguiendo una técnica concreta e incorporando un tipo específico de bastones. Se trata de una actividad física más efectiva que caminar sin palos, que se apta muy bien a los mayores y en la que la propia persona puede determinar el grado de esfuerzo que quiere realizar además de ser relajante, divertida y económica.

Las/os enfermeras/os jubilados también practican la marcha nórdica por diferentes zonas de Valencia. Incluso han recibido clases prácticas para perfeccionar esta actividad/deporte que desarrollan todos los años.

Por último, desde la Asociación de Jubilados San Juan de Dios del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (COENV) se programó un viaje a Bulgaria que resultó de lo más gratificante para todas las personas que recorrieron uno de los países más exóticos de Europa. Los jubilados más viajeros disfrutaron de un recorrido que transcurrió, entre otros lugares, Sofía, el Monasterio de Rila, Koprivshtitsa, Veliko Tarnovo y las callejuelas de Plovdiv.

En la imagen de izquierda a derecha: Ramón Aznar Górriz, Juana Valero Rustarazo, María Jesús Jaraba López, Manuel Cuevas Martínez, Nieves Ull Clari, Francisco Soto Hernández, Francisco Ortiz Cabezas, Jose Vicente Gómez Picazo, Francisco Mulet Falcó y María Luz Martínez Ons.

Futuro incierto en la sanidad valenciana, ¿qué será ahora del **devenir de las matronas**?

En el momento de este escrito la incertidumbre sobrevuela sobre nuestras cabezas, a raíz de los cambios que pueden ocurrir con el Gobierno de España tras las Elecciones Generales, previstas para el 23 de julio y que, a la publicación de este artículo la incógnita ya estará despejada.

Lo que sí es ya un hecho, es que el gobierno autonómico de la Comunidad Valenciana va a cambiar de gestores públicos, tras ganar PP y VOX las Elecciones Autonómicas.

Lo que sí puedo afirmar, a ciencia cierta, es que el trato de amabilidad y escucha que el anterior conseller, Miguel Mínguez, tuvo con el colectivo de matronas no será igual. Durante el poco tiempo que estuvo liderando la sanidad valenciana (un año aproximadamente) tengo que reconocerle que se portó como hacía años no se portaba nadie con nosotras: nos recibió dos veces, nos apoyó en lograr más plazas de residentes, nos animó a seguir por el camino iniciado hace unos años en la reivindicación de nuestras competencias y necesidades, pero sobre todo, supo comprender mejor que nadie, la importancia de que la asistencia a la salud sexual y reproductiva de las mujeres de nuestra comunidad fuera liderada por matronas. Siento muchísimo que se vaya, porque de todas las semillas plantadas durante su mandato, no podrán recoger los frutos. Pero desde aquí, vaya por delante mi compromiso y el todas las matronas de la Comunitat Valenciana, representadas desde el CECOVA, la ACCV y la UDM, de que seguiremos peleando con el Gobierno entrante para reclamar lo que es nuestro y el derecho a las mujeres valencianas de tener la mejor calidad posible en la asistencia a su salud sexual y reproductiva, donde haya mujeres debe haber matronas, no otras u otros profesionales que no tienen la competencia específica en este campo.

El camino es largo, pero más pronto que tarde, llegará el día que podamos ocupar todas las plazas de perfil especialista en la sanidad pública, desde las salas de maternidad, casas de partos, centros de salud sexual y reproductiva, etc. Sobre todo, si alguien, con un mínimo de visión económica, es capaz de ver que la inversión en matronas ayuda a la sostenibilidad del sistema sanitario en nuestra comunidad, a medio y largo plazo.

A propósito de esto, el pasado 24 de mayo se celebró la inauguración del curso de la 26ª Promoción de matronas (2023-2025) que ya empiezan con el calendario de antes de la pandemia y que ha visto aumentado el número de residentes que accede a la especialidad –52 este año–. Una excelente noticia que nos dan desde la UDM, porque tras mucho pelear, seguirá aumentando para el año próximo –71 residentes–, en previsión de la falta de

matronas suficientes que se pueda producir en los próximos 5 años por los motivos que todas y todos ya conocéis.

Enhorabuena a todos y todas los que ya habéis conseguido hacer realidad vuestro sueño. Ahora, solo queda que la 24ª promoción que acaba en julio pueda incorporarse a los puestos de trabajo que entre vacaciones, bajas, permisos y jubilaciones, han de cubrirse y no se vayan a otras comunidades.

Respecto a la **formación o actividades del último trimestre**, hay varias en marcha aún por concretar fechas pero os puedo adelantar:

- En octubre, del 26 al 28, el XXI Congreso Nacional de la FAME y II de la Asociación Balear de Comadronas en Palma de Mallorca con el lema *"Revolución, ciencia y profesión. Matronas mirando hacia el futuro"*. Más información: https://congresocomaresbaleares.com/
- Taller: "Aspectos jurídico-legales en la Lactancia Materna" el día 7 de noviembre, de 17h a 19h en la sede Colegial de Enfermería de Valencia. Organiza: Comisión de Humanización a la lactancia y nacimiento del CECOVA. Inscripciones gratuitas hasta completar aforo. Más información: se publicará en RRSS y la web del CECOVA y colegios profesionales de los 3 colegios provinciales.
- Curso de Reanimación en el Recién Nacido. Dirigido a matronas y enfermeras (incluido las EIR), acreditado por EVES, de 20 h de duración. Sede: Colegio de enfermería de Valencia. Plazas limitadas a 30. Inscripción y matrícula: 10€. Más información en la web www.enfervalencia.org

Para finalizar, espero que el regreso al trabajo tras unas merecidas vacaciones os haya proporcionado la energía suficiente para afrontar las inclemencias laborales y sigamos mejorando como colectivo.

PD: *Por necesidades de editar este artículo con mucha antelación, algunos otros temas los abordaré en la siguiente revista.*

¿Te gustaría aprender sobre el quirófano de Oftalmología?

Susana Almendros
Enfermera del Hospital de Llíria

Esta pregunta me la hizo mi compañera y amiga María José, enfermera con mucha experiencia en esta especialidad.

Yo ya conocía un poco algunas operaciones de párpados, pero las primeras operaciones de cataratas las hicieron mediante los planes de choque de reducción de listas de espera, los autoconciertos o también llamadas peonadas y por supuesto no me apunté ya que pensaba que yo no podría participar en algo tan difícil y distinto de las otras especialidades.

Mi perfil como enfermera de UCI tantos años me hacía sentirme muy alejada de la delicadeza del mundo de la oftalmología, como pasar de trabajar podando grandes setos a embellecer diminutos bonsáis, siguiendo el arte milenario cual señor Miyagi de 'Karate Kid'.

Mis primeros pasos en el quirófano fueron cinco años antes –mi primera vacante por fin–, en agosto de 2016. Parte de este período de aprendizaje como enfermera quirúrgica se vio paralizada por una serie de olas de Covid en las que se suspendieron muchas intervenciones, como bien sabréis, y nos reubicaron en otros servicios en el Hospital. En mi caso me presenté voluntariamente a UCI debido a mi experiencia previa.

Pues bien, ahora teníamos una nueva oportunidad en medio de este clima de incertidumbre. Poco antes de declararse el estado de alarma (unos meses antes) fui conocedora de que iban a abrir un quirófano nuevo en el Hospital de Llíria para Oftalmología.

En principio solo iba a operarse un día a la semana, pues era compartido con otras especialidades como quirófano de locales, más tarde surgieron rumores sobre el inicio de las obras de la construcción de un nuevo quirófano, el número 6, con la esperanza de tener parte quirúrgica de Oftalmología todos los días.

Entonces vino la pregunta de mi compi: ¿Te gustaría aprender? ¿Te gustaría venir conmigo al quirófano nuevo? ¿Yo? Pues igual os parezco contradictoria teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, pero no tardé ni medio minuto en contestarle, como en las películas románticas, ¿contigo? Por supuesto.

Pero después de reflexionar me asaltaron muchas dudas, sobre todo me planteaba como me iba a formar si en Llíria no se hacían operaciones de Oftalmología en ese momento... Bueno, pues ahí empezó el plan...

María José me hizo numerosos dibujos –increíble las capas que tiene un ojo, por cierto–. También me mostró imágenes de cataratas y la cirugía, las diferentes cánulas que al principio me parecían todas iguales, etc.

También me puso en contacto con las enfermeras de quirófano de Oftalmología de nuestro departamento del hospital Arnau de Vilanova, quienes me abrieron las puertas y me enseñaron muchísimo, junto con el resto del equipo incluyendo TCAEs, oftalmólogos, anestesistas, celadores y resto del equipo.

Siempre que podía me iba para allí, con el fin de formarme sobre cirugía de cataratas. La primera impresión que recibí fue como si fuera un robot gigante y aparatoso en un museo de figuritas de Lladró, todo tan pequeñito, tan delicado y sin ningún ruido. Con la máxima concentración e incluso con luz tenue, a veces.

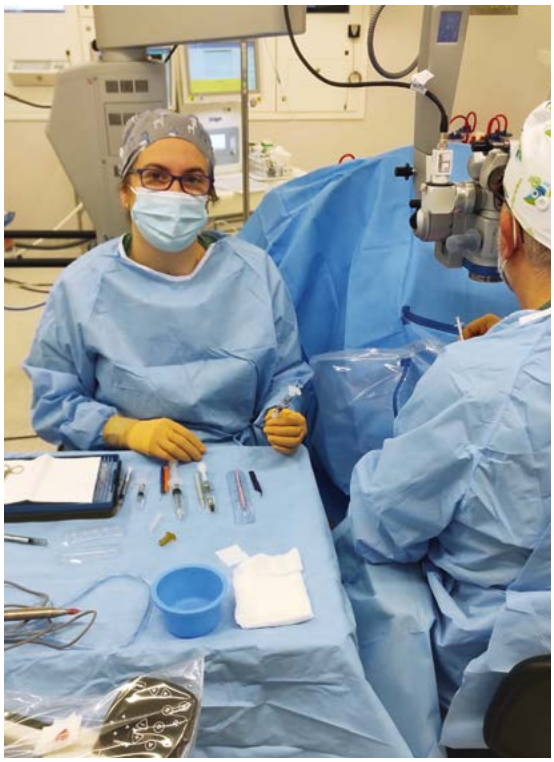
Simultáneamente empezaron las operaciones de cataratas en Llíria y, poco a poco, fui ganado seguridad y desprendiéndome del miedo a lavarme sola. Recuerdo la primera vez que instrumenté en una catarata, al terminar me di cuenta de que estaba un poco agarrotada por la tensión de no moverme mucho, darle un codazo a la oftalmóloga y liar una buena en el ojo del pobre paciente, o colocarme en el taburete y chafarle el pie, no sabía que a veces se quitan los zapatos para manejar mejor los pedales del microscopio y del FACO.

Fue transcurriendo el tiempo e iba todo muy bien, pero vino la segunda ola y otra vez tuvimos un parón, luego la tercera ola y de nuevo otro parón... Tras un tiempo retomamos la actividad, pero no funcionaba la cámara y no se veía el ojo en la pantalla. Circunstancia que nos obligó a instrumentar sin ver bien los pasos de la intervención. Luego nos pusieron una cámara nueva y teníamos casi todo preparado. Sin embargo, en ese momento, me dieron la baja por embarazo de riesgo y a continuación el permiso de maternidad.

Al reincorporarme me sentí otra vez muy descolgada, el quirófano ya llevaba en marcha casi un año, se operaba a más personas cada día, se habían vuelto a hacer peonadas, había más gente formada, también se hacían párpados y había una serie de cajas nuevas con instrumental que no conocía... Me costó otra vez ponerme al día, pero con el apoyo de las compañeras, médicos, en fin, del gran equipo, hoy en día sigo aprendiendo y puedo decir que empiezo a sentirme "enfermera de ojos".

Una motivación conmovedora

María José Torres Rodilla
Enfermera del Hospital de Llíria



En el mundo de la Oftalmología entré por casualidad... la Formación, experiencia laboral y relaciones interpersonales que he conseguido durante estos años son en cierta manera ya parte de mi vida.

Comencé en el mundo de la oftalmología en los quirófanos del Arnau de la mano de Carmina, enfermera ya jubilada. Siempre estaré agradecida a esta persona que hizo que comenzara a mí una motivación conmovedora hacia esta especialidad.

Indudablemente mi paso por la FOM (Fundación Oftalmológica del Mediterráneo) fue un antes y un después en todos los sentidos. Aquí aumenté mi experiencia laboral de forma exponencial, así como el hecho de conocer a personas que, a día de hoy, seguirían siendo mis amigos.

Cuando llegué al Hospital de Liria y conocí a Susana, me recordaba a esa enfermera que fui, que amaba mi trabajo y tenía muchas ganas de aprender. Ella llegó como si fuera un aire fresco.

Desde los inicios me encargué del montaje y buen funcionamiento del quirófano de Oftalmología... Susana estuvo siempre con muchas ganas de aprender, devolviéndome esa chispa de querer volver a fomentar en mí las ganas de escribir artículos, ir a congresos, realizar protocolos, hacer docencia hacia otros enfermeros en el hospital...

Estamos en una profesión en la que debemos de ayudarnos entre nosotros, fomentando además la buena relación laboral y el buen hacer hacia el paciente.

De oca en oca y tiro porque me toca

Marc Cebolla Cerdà. Enfermero y estudiante de Medicina

Recuerdo perfectamente este juego cuando era pequeño (y no tan pequeño). Fácil, sencillo y para toda la familia, y que decir de las divertidas tardes de verano jugando al mismo. Para aquellos no familiarizados con los juegos de mesa este juego consistía básicamente en intentar llegar a la meta lo más rápidamente posible, para ello, había distribuidas varias casillas en el tablero donde había una oca, la misma, te permitía avanzar varias casillas hasta la siguiente oca, y no solo esto, sino que además volvías a tirar.

Este juego refleja exactamente lo que está pasando en el ministerio de sanidad de nuestro país. Primero fue el gran Platón, se formó, y se marchó. Luego vino la abogada, se formó, y se marchó. Actualmente tenemos un farmacéutico, "parece" que vamos avanzando. Como siempre pasa en este jodido país, todo el mundo vale para todo, independientemente de tu formación y experiencia. La cruda realidad es que actualmente nuestro ministerio sirve de trampolín político hacía la cúspide partidista, como si del juego de la oca se tratase, luego llegan crisis sanitarias mundiales y nos preguntamos ¿Cómo es posible que esto le pueda pasar a un país como España? ¿Cómo es posible que tenga que esterilizar la mascarilla quirúrgica a diario porque no hay stock? ¿Cómo es posible semejante descontrol entre las comunidades autónomas? ¿Cómo es posible que se maquillen estadísticas con un afán partidista y de "buena gestión"? Y cientos y cientos de preguntas que están aún sin resolver. Y sí, querido lector, estas cosas pasan entre otras cosas por tener un politicucho de turno en lugar de un fuera de serie sanitario ocupando el ministerio de sanidad.

Aún estamos esperando la famosa auditoría objetiva e imparcial de la pandemia que Platón nos prometió a bombo y platillo en Setiembre del 2020 en el congreso de los diputados. Evidentemente no la llevó a cabo porque tenía más prisa para encabezar las elecciones catalanas, ídem de lo mismo pasó con la abogada, y mucho me temo, que el farmacéutico estará unos meses y luego se marchará, de oca en oca, esperemos que al menos edite los márgenes y el pie de página de la esperada auditoría.

Aún estamos esperando un plan de gestión futura para financiar nuestro sistema sanitario cada vez más deficitario. Aún estamos esperando las futuras medidas que se deberían tomar en cuanto a una población cada vez más envejecida. Aún estamos esperando una tarjeta sanitaria estatal. Es más que evidente que estos problemas de entre muchos otros no se tratan porque no interesan políticamente.

Yo no quiero un politicucho en el ministerio de sanidad que venga a pasar el rato, a llenarse los bolsillos a costa de las arcas públicas, a ver cuál es el siguiente "saltito" político, y cuando lo dé, que pase el siguiente y dale que dale la rueda de hámster infinita. Quiero un político que venga a dejarse la piel por sus ciudadanos, a currar como el que más. ¿Y porque lo quiero? ¡¡Porque nos lo merecemos!! Porque tenemos uno de los sistemas sanitarios mejores del mundo, porque tenemos unos profesionales sanitarios impresionantes a todos los niveles, y porque, y no menos importante, ¡¡¡nos lo merecemos!! entre otras cosas por el ahínco y pasión depositados en la pandemia del covid19, a pesar de los desmanes aristotélicos.

Este artículo lo escribo en busca de crítica y justicia, porque nuestros compañeros/as, aquellos que se dejaron la piel y muchos de ellos la vida ahora forman parte del olvido, difuminados al viento del share televisivo de la inflación, Ucrania, un niño nacido en Miami, si soy hombre, mujer o una planta. Ellos, se lo merecen, merecen el respeto de la verdad y la coherencia de nuestros políticos. En consecuencia, se lo dedico a todos y cada uno de ellos. Yo, no os olvido.

Y mientras buscan el próximo relevo del farmacéutico creo que la opción más acertada que puedo tomar es agachar la cabeza, asumir las cosas como son, soportar que tengamos como ministro de sanidad un filósofo, abogado, jardinero, fontanero. Y, por último, tragar y tragar atropellos intelectuales e irme a jugar una partida de parchís, a ver si, algún día, y sin disponer de ningún carnet político, hago un de oca en oca y acabo en el ministerio de sanidad, al menos yo, si soy enfermero, técnico de laboratorio, y futuro médico, salut!!

El Paciente Inglés

Ficha

AÑO: 1996

DURACIÓN: 162 min.

PAÍS: Reino Unido

DIRECCIÓN: Anthony Minghella

GUION: Anthony Minghella

NOVELA: Michael Ondaatje

MÚSICA: Gabriel Yared

FOTOGRAFÍA: John Seale

REPARTO: Ralph Fiennes, Kristin Scott Thomas, Juliette Binoche, Willem Dafoe, Naveen Andrews, Colin Firth, Julian Wadham, Kevin Whately, Clive Merrison, Nino Castelnuovo.

Con un elogio constante a la humanización de los cuidados, "El paciente inglés" detalla la empática relación ente una enfermera y su paciente. La película de 1996 está ambientada en dos tiempos diferentes –en la Toscana durante la Segunda Guerra Mundial y en el Egipto de entreguerras– y cuenta la vida de una persona gravemente enferma (gran quemado, quizá el 90% de su cuerpo) que es atendido por una enfermera en un monasterio abandonado.

El film fue dirigido por Anthony Minghella, quien basó su película en la novela del mismo título de Michael Ondaatje: poeta y escritor nacido en Ceilán, en la actualidad Sri Lanka y nacionalizado canadiense, quien además de haberse ganado uno de los premios más importantes de literatura por esta novela, colaboró con el director Anthony Minghella en la adaptación del libro para la gran pantalla. El papel del paciente inglés (el conde László Almásy) lo protagonizó el actor Rallph Fiennes, y el de enfermera (Hana) por Juliette Binoche.

El paciente es reacio a revelar información personal, y sólo a través de una serie de flashbacks se puede tener acceso a su pasado. Es posible que el Paciente Inglés sea la película de más flashbacks de la historia del cine.

La melancolía inunda muchas de sus escenas, con momentos de angustia, de dolor. Es una película también sobre la soledad en sus dos vertientes, la sensación de soledad y la soledad física. Los recuerdos son lo único que queda.

Es ahí, donde la mujer, como enfermera juega un papel vital: el acompañamiento, el cuidado en el plano tanto físico como psicológico. El cuidado desde un punto de vista antropológico se podría definir como una manera de paliar la vulnerabilidad humana (el conde es vulnerable). La citada vulnerabilidad humana se manifiesta en diferentes niveles: biológico, físico, social. Es vulnerable el recién nacido (podríamos decir que es la máxima expresión de vulnerabilidad) es vulnerable el anciano, y todos pasamos por etapas de vulnerabilidad cuando estamos enfermos. Ahí habrá siempre una enfermera para cuidarnos. La enfermera no quiere que muera el conde y lo cuida. EL conde se pregunta el por qué ella no quiere que muera.

También trata sobre la reconciliación con la vida pasada. Gracias a Hana el Conde Laszlo empieza a recordar. La muerte como una parte más de la vida, también es una forma de reconciliarse, como si la muerte predisponga a la reconciliación.

Por José Vicente Carmona · Vicente Useros

Último trimestre de 2023

ÁREA DE FORMACIÓN nº 1: Formación continua y continuada. *Gratuita*

Curso/Taller de **VENDAJES Y YESOS** — 8 HORAS

GRUPO 1: **Valencia, días 3 y 4 de octubre de 9.30 a 13.30 h**
GRUPO 2: **Valencia, días 30 y 31 de octubre de 16 a 20 h**
GRUPO 3: **Valencia, días 6 y 7 de noviembre de 16 a 20 h**
GRUPO 4: **Valencia, días 9 y 10 de noviembre de 9.30 a 13.30 h**
GRUPO 5: **Valencia, días 12 y 13 de diciembre de 9.30 a 13.30 h**

Curso de **VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO**

GRUPO 1: **Valencia, días 3 y 4 de octubre de 16 a 20 h**
GRUPO 2: **Valencia, días 13 y 16 de noviembre de 16 a 20 h**
GRUPO 3: **Valencia, días 4 y 5 de diciembre de 16 a 20 h**

8 HORAS. Solicitada acreditación

Curso/Taller de **INTERPRETACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMAS** — 8 HORAS

GRUPO 1: **Valencia, días 2 y 5 de octubre de 16 a 20 h**
GRUPO 2: **Valencia, días 23 y 25 de octubre de 16 a 20 h**
GRUPO 3: **Valencia, días 9 y 10 de noviembre de 16 a 20 h**
GRUPO 4: **Valencia, días 18 y 19 de diciembre de 16 a 20 h**

Curso de **INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER**

GRUPO 1: **Valencia, días 30 y 31 de octubre de 16 a 20 h**
GRUPO 2: **Valencia, días 7 y 8 de noviembre de 16 a 20 h**
GRUPO 3: **Valencia, días 20 y 21 de noviembre de 16 a 20 h**
GRUPO 4: **Valencia, días 12 y 13 de diciembre de 16 a 20 h**

8 HORAS. Solicitada acreditación

Curso de **CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE LOS ACCESOS VASCULARES PARA LA REDUCCIÓN DE LAS COMPLICACIONES**

GRUPO 1: **Valencia, días 16 y 17 de octubre de 16 a 20 h**
GRUPO 2: **Valencia, días 6 y 7 de noviembre de 16 a 20 h**
GRUPO 3: **Valencia, días 11 y 12 de diciembre de 16 a 20 h**

8 HORAS. Solicitada acreditación

Curso de **TÉCNICAS DE INSERCIÓN DE LOS ACCESOS VASCULARES ECOGUIADOS**

GRUPO 1: **Valencia, días 17 y 18 de octubre de 16 a 20 h**
GRUPO 2: **Valencia, días 14 y 15 de noviembre de 16 a 20 h**
GRUPO 3: **Valencia, días 11 y 14 de diciembre de 16 a 20 h**

8 HORAS. Solicitada acreditación

Curso de **COMPLICACIONES DEL ACCESO VASCULAR, CUÁLES SON, CÓMO RESOLVERLAS Y MEDIDAS DE CORRECCIÓN**

GRUPO 1: **Valencia, días 24 y 26 de octubre de 16 a 20 h**
GRUPO 2: **Valencia, días 21 y 23 de noviembre de 16 a 20 h**
GRUPO 3: **Valencia, días 19 y 21 de diciembre de 16 a 20 h**

8 HORAS. Solicitada acreditación

ÁREA DE FORMACIÓN nº 2: Formación continuada. *Gratuita*

Curso de **DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA AYUDA A TUS PACIENTES A DEJAR DE FUMAR**

GRUPO 1: **Valencia, días 19, 20, 26 y 27 de octubre de 16 a 20 h y análisis crítico de artículos.**

GRUPO 2: **Valencia, días 16, 24, 27 y 29 de noviembre de 16 a 20 h y análisis crítico de artículos.**

20 HORAS. Solicitada acreditación

Curso de **ACTUALIZACIÓN EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE**

GRUPO 1: **Valencia, días 17, 22, 23, 28 y 30 de noviembre de 16 a 20 h**

20 HORAS. Solicitada acreditación

ÁREA DE FORMACIÓN nº 3: Formación continua y continuada.

Curso de **ENFERMERÍA Y MEDICINA TRANSFUSIONAL Y TERAPIA CELULAR**

GRUPO 1: **Valencia, días 14 y 15 de noviembre de 16 a 20 h**

8 HORAS. Solicitada acreditación

Curso Básico de **ACTUALIZACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ADIESTRAMIENTO EN VACUNAS**

GRUPO 1: **Valencia, días 24 y 25 de octubre de 16 a 20 h**

GRUPO 2: **Valencia, días 14 y 15 de noviembre de 16 a 20 h**

GRUPO 3: **Valencia, días 21 y 22 de noviembre de 16 a 20 h**

8 HORAS. Solicitada acreditación

Curso de **REANIMACIÓN BÁSICA DEL RECIÉN NACIDO**

Dirgido a **Matronas/os y enfermeros/as.**

Matrícula **10€**

GRUPO 1: **Valencia, 6, 13, 20, 22 y 27 de noviembre de 16 a 20h**

20 HORAS. Solicitada acreditación

MATRÍCULA A PARTIR DEL DÍA 26 DE SEPTIEMBRE,

hasta que se completen los grupos, por orden de inscripción a través de la página web del colegio: en la oficina virtual

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.

Proyecto de formación entre EL COENV Y EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN INCATIV

Cateterización, cuidado y mantenimiento de los accesos vasculares

La cateterización y el cuidado y mantenimiento de los accesos vasculares forma parte de la actividad diaria de enfermería, y si tenemos en cuenta que el uso de catéteres centrales de acceso periférico (PICC), Medline, Minimidline y en general cualquier tipo de catéter está cada vez más extendido debido a la menor cantidad de complicaciones con respecto de los catéteres de acceso central (CVC), el uso de adelantos tecnológicos, como es el uso del ecógrafo, nos puede ayudar a una mejor atención del paciente en términos de seguridad y calidad.

Todos estos materiales, su uso, mantenimiento y resolución de complicaciones hacen de esta área de trabajo un reto para la enfermería de hoy en día. Así como el uso y manejo seguro de la ecografía en el acceso vascular.

Por ello, se nos plantea el reto desde el COENV de dar formación en este campo de actuación.

Bajo la coordinación y supervisión del grupo de investigación INCATIV Health Working Group y colaboradores, se plantea este proyecto de formación en accesos vasculares con el contenido de 3 cursos básicos independientes entre ellos, de 8h de duración cada uno, en formato taller que corresponderá al nivel básico.

La realización de estos 3 cursos permitirá, en una tercera fase, acceder al nivel medio de formación: que consistirá en curso de formación online de 50h (con taller presencial con clases reducidas) dirigido a enfermeros/as en unidades o servicios relacionados con la TIV.

Los cursos de 8h se realizarán primeramente en las instalaciones del COENV en Valencia, sin restricción de perfil de alumnado (piloto) a realizar en el último trimestre del año 2023. Posteriormente el COENV, se acercará al profesional, será una segunda fase donde se impartirán estos cursos en los propios hospitales.

Cuando se pueda extender a los Departamentos de Enfermería, (enero-febrero 2024) se podrá exigir un perfil profesional y podrá impartirse en las instalaciones de los hospitales y contar allí con otros colaboradores docentes de los propios equipos de investigación de INCATIV.

Curso 1: CUIDADOS Y MATENIMIENTO DE LOS ACCESOS VASCULARES PARA LA REDUCCIÓN DE LAS COMPLICACIONES. 8 HORAS

OBJETIVO GENERAL: Ofrecer los recursos necesarios apoyados en Guías Clínicas Especializadas, para la práctica de la enfermería en el ámbito del acceso vascular. Revisar los cuidados, mantenimiento y uso correcto de todo tipo de acceso vascular, mediante procedimientos seguros para el paciente, evitando así las complicaciones.

Curso 2: TÉCNICA DE INSERCIÓN DE LOS ACCESOS VASCULARES (ECOGUIADO). 8 HORAS

OBJETIVO GENERAL: Adiestrar a enfermeros/as el manejo de la ecografía en el acceso vascular. Esta actividad formativa incidirá en la mejora de la "gestión del patrimonio vascular del paciente" disminuyendo la morbimortalidad relacionada con los accesos vasculares y aumentando la calidad y seguridad del paciente.

Curso 3: COMPLICACIONES DE LOS ACCESOS VASCULARES. 8 HORAS

OBJETIVO GENERAL: Adiestrar a enfermeros/as en el manejo de las complicaciones relacionadas con los dispositivos del acceso vascular. Cómo se resuelven y cómo podemos resolver o evitar que aparezcan. Esta actividad formativa incidirá de nuevo, en la mejora de la "gestión del patrimonio vascular del paciente".

NO PIERDA TIEMPO EN IR A TRÁFICO

OFERTA ESPECIAL

PARA COLEGIADOS DEL *COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA*

IPMT
Instituto de Psicología y Medicina de Tráfico

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

IPMT
Instituto de Psicología y Medicina de Tráfico

DGT

25 000 VIDAS QUE SALVAR
Carta europea de la seguridad vial

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

JNV
JOURNAL NURSING VALENCIA

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/Desh).
- **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 objetivos.
- **Bibliografía.** Normas de Vancouver. Máximo 50 referencias bibliográficas.

Envío de manuscritos

Dándose de alta en la página web de la revista https://www.journursval.com/index.php/jnv

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

- El Comité Editorial evaluará la idoneidad de la investigación recibida.
- 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).
- Una vez aceptado el manuscrito, *Journal Nursing Valencia®* podrá realizar cambios editoriales de estilo y modificaciones de cara a facilitar la claridad del manuscrito.
- 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 deValencia. Publica trabajos originales, de revisión bibliográfica y desarrollo de casos clínicos, con el fin de contribuir a la producción y difusión del conocimiento enfermero.*

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

1. Todas las publicaciones tendrán que ser enviadas mediante correo electrónico a la siguiente dirección: registro@enfervalencia.org

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

3. Los manuscritos tendrán que ser originales, escritos en castellano, con una extensión máxima de 12 páginas, con tipografía Times New Roman, 12 puntos, a doble espacio y con márgenes laterales de 2 cm. El formato del archivo deberá ser en doc o docx.

4. En cuanto a la redacción de los originales, tendrán que estructurarse los siguientes apartados:

TÍTULO: 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.

PRESERVACIÓN de la FERTILIDAD en la paciente oncológica

RESUMEN

Hay ocasiones en que la capacidad de una mujer para ser madre se ve amenazada. La preservación de la fertilidad se refiere a las intervenciones médicas y/o quirúrgicas destinadas a proteger la fertilidad de estas pacientes. Estas se utilizan especialmente en mujeres con cáncer que van a requerir un tratamiento que podría provocar un fallo de la función ovárica debido al grado de gonadotoxicidad del mismo. La criopreservación embrionaria es, en la actualidad, la alternativa más probada y con mayores tasas de efectividad. Sin embargo, hay otros tratamientos que son todavía experimentales y su eficacia y fiabilidad aún no han sido bien determinadas. En muchas ocasiones, el futuro reproductor de los sujetos con cáncer se ve envuelto en una gran incertidumbre. Ello ha favorecido la creación de una especialidad emergente denominada oncofertilidad, impulsada por el aumento en perspectivas de vida que ofrecen los nuevos estilos de terapia oncológica. Pese a ello, hoy en día, sigue existiendo un importante grado de desinformación que es necesario cambiar con el fin de cumplir las expectativas de ser madres de las pacientes oncológicas.

AUTORES

Patricia González Sánchez
Enfermera.
Centro de Salud Moncada. Valencia.

Juan Cava Maldonado
Enfermero.
Centro de Salud Moncada. Valencia.

Daniela Carrió Mut
Enfermera.
Centro de Salud Burjasot. Valencia.

PALABRAS CLAVE

preservación
fertilidad
cáncer
gonadotoxicidad
futuro

1. INTRODUCCIÓN

El deterioro de la fertilidad como consecuencia del cáncer o por su tratamiento es una consideración relevante para muchas sobrevivientes de esta enfermedad. Tras lograr la curación de estas pacientes, el objetivo sería normalizar completamente sus vidas y ello incluiría conseguir sus deseos de descendencia. Por ello, para hablar de calidad de vida futura, hay que valorar en el presente conservar su fertilidad [1].

Se ha calculado que cerca de ciento veinticinco mil personas menores de 45 añosson diagnosticadas de cáncer anualmente (leucemia, linfoma y cáncer de mamá entre los más destacados) y la mitad recibirán un tratamiento que afectará a su fertilidad ya que extiende su efecto a células germinales [2]. Los avances en el diagnóstico, tratamiento y detención han disminuido las tasas globales de mortalidad atribuibles al cáncer en mujeres de 1,6% por año [3] [4].

Estas situaciones han desembocado en el desarrollo de una nueva especialidad médica denominada Oncofertilidad (término creado en 2006 por la doctora Teresa K. Woodruff de la Universidad Northestern de Chicago, Estados Unidos) con carácter multidisciplinario destinado a explorar el futuro reproductor de este tipo de pacientes ycon el objetivo de preservar su potencial reproductivo ante los tratamientos gonadotóxicos [2] [5].

¿Qué riesgo de infertilidad tiene un tratamiento oncológico?

En las mujeres, la fertilidad puede estar comprometida por cualquier tratamiento que disminuya el número de folículos primordiales, afecte el balance hormonal, interfiera con el funcionamiento de los ovarios, las trompas de Falopio, el útero o el cérvix. Los efectos de la quimioterapia dependen de qué fármaco y a qué dosis se esté utilizando y los de la radioterapia dependen de qué zona y a que dosis se irradie. Otros factores que modifican el riesgo de infertilidad son la propia enfermedad, la edad y el estado de fertilidad previo al tratamiento de la paciente [6] [7].

En el hombre, la infertilidad puede ser resultado de la patología en sí misma, como en el cáncer de testículo. La radioterapia o quimioterapia amenazan el número, la motilidad, la morfología y la integridad del ADN de los espermatozoides [8]. (Tabla 1)

Independiente del sexo	Hombres	Mujeres
Quimioterapia: - Fármaco - Dosis - Vía de administración	Tipo de cáncer: - Testículo - Linfomas	Tipo de cáncer
Radioterapia: -Dosis de radiación -Área del cuerpo	Problemas anatómicos (eyaculación retrograda)	Alteraciones anatómicas
Tipo de cáncer	Insuficiencia hormonal primaria o secundaria	Alteraciones vascularización
Edad Problemas previos de fertilidad	Efecto directo del tratamiento: - Daño o depleción de las células madre germinales (stem cell) - Disminución del esperma - Alteración de la motilidad, morfología de espermatozoides - Alteración integridad ADN espermatozoides	Efecto directo del tratamiento: - Disminución del nº de folículos primordiales - Alteración del ciclo hormonal - Alteración del funcionamiento de los ovarios, trompas de Falopio, útero o cérvix.

Tabla 1. Factores que influyen en el riesgo de padecer infertilidad en hombres y mujeres.*Tabla de elaboración propia.*

¿Cuáles son las técnicas que se utilizan para preservar la fertilidad?

En varones, la criopreservación de semen es la medida comprobada para la preservación de fertilidad [9]. En mujeres, las técnicas de eficacia y seguridad demostrada son las siguientes: ovariopexia, criopreservación embrionaria, congelación de ovocitos y cirugía conservadora. En cuanto a las técnicas experimentales contamos con protección germinal farmacológica, congelación de tejido ovárico para autotrasplante, supresión ovárica y maduración in vitro de unidades foliculares [10].

¿Cuáles son las pacientes a las que se podría plantear realizar las técnicas orientadas a preservar su fertilidad?

Aquellas cuya fertilidad pueda verse comprometida en un futuro y en las que exista una reserva folicular todavía adecuada y que su pronóstico vital sea aceptable. Este perfil describiría a mujeres menores de 35 años sin deseos de descendencia cumplidos y que vayan a iniciar algún tratamiento médico, radioterápico o quirúrgico con potencial gonadotoxicidadcon perspectivas de curación [10].

Los efectos de la ***QUIMIOTERAPIA*** dependen de **qué FÁRMACO** y qué **DOSIS** se utilice

2. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se han consultado diferentes bases de datos científicas, guías de práctica clínica y bibliotecas virtuales: Cuiden Plus, Medline plus, Scielo, Google Académico, Dialnet, Cochrane Library Plus y Pubmed.

3. OBJETIVOS

Conocer las medidas existentes para preservar la fertilidad en la paciente oncológica con el fin de satisfacer las necesidades de descendencia en un futuro.

Objetivos específicos:

- Conocer el grado de gonadotoxicidad de los tratamientos oncológicos.
- Exponer los beneficios y problemas de cada una de las técnicas para preservar la fertilidad.
- Conocer la importancia de incorporar la preservación de la fertilidad en el diagnóstico del cáncer, así como el papel que desempeña enfermería en cuanto a educación sanitaria.

4. DESARROLLO DEL TEMA

Gonadotoxicidad de los tratamientos oncológicos

Valoración del daño gonadal en la mujer

Lo que ocurre con los tratamientos oncológicos como la quimioterapia y la radioterapia es que ambos perjudican en el número total de ovocitos, cuyo efecto secundario frecuente es la infertilidad, la insuficiencia ovárica primaria y/o la menopausia anticipada. El efecto que causa puede ser por daño directo sobre los ovocitos primordiales, los folículos en desarrollo, las células de la granulosa, el estroma y/o por daño vascular [11].

La toxicidad gonadal en las mujeres ocasiona un fallo ovárico precoz (FOP) sufriendo las consecuencias de una pérdida hormonal prematura (osteoporosis, amenorrea...). El FOP

puede producir una amenorrea transitoria (ausencia de menstruación durante un periodo igual o superior a 6 meses) o una amenorrea permanente o menopausia [12].

Esta alteración en la función ovárica puede producirse en cualquier edad, pero el riesgo de FOP es cuatro veces mayor si se recibe quimioterapia en la adolescencia y se multiplica por 24 si la edad durante el tratamiento se sitúa entre los 21 y los 35 años [12].

La relevancia del daño va a depender de la reserva ovárica de la paciente previo al tratamiento, del tipo y la dosis de quimioterapia, o bien, de la dosis, el fraccionamiento y el campo irradiado en el caso de la radioterapia [5].

Acción de la quimioterapia sobre la gónada femenina

Los fármacos más frecuentes asociados con el daño gonadal son los agentes alquilantes como la ciclofosfamida (agente mejor estudiado) [10]. Estos pueden comportarse como mutágenos de los ovocitos preovulatorios, así como producir depleción folicular y ovocitaria [13]. Son extremadamente gonadotóxicos debido a que no son específicos del ciclo celular, pudiendo perjudicar de esta manera los folículos primordiales en reposo. En cambio, los agentes ciclo-específicos, como el metotrexto y el 5-fluorouracilo muestran pocos efectos tóxicos en la reserva ovárica. Otras moléculas como los antibióticos (adriamicina, epirubicina) y los derivados del platino son capaces de dañar la función gonadal en grados variables. En cuanto a los agentes más nuevos como las taxanos y los anticuerpos monoclonales existen pocos datos actualmente [10].

Por otro lado, la quimioterapia combinada se usa con más frecuencia que la de un solo fármaco, lo que da lugar a una gran dificultad para identificar la implicación al daño celular de cada uno [13] (Tabla 2).

Grado de riesgo	Tratamiento oncológico
Alto riesgo (>80%)	- Trasplante de células madre hematopoyéticas con ciclofosfamida/ irradiación corporal total o ciclofosfamida/busulfan - Radioterapia sobre ovarios - CMF, FEC, FAC x 6 ciclos en mujeres de 40 o más años *(terapia adyuvante de cáncer de mama)*
Riesgo intermedio	- CMF, FEC, FAC x 6 ciclos en mujeres de 30-39 años - AC x 4 ciclos en mujeres de 40 años o mayores
Riesgo bajo (<20%)	- Terapia ABVD - Terapia CHOP x 4-6 ciclos - Terapia AML - Terapia ALL - CMF, CEF, CAF x 6 ciclos en mujeres de menos de 30 años - AC x ciclos en mujeres menores de 40 años
Riesgo muy bajo o sin riesgo	-Vincristina -Metotrexato -Fluoracilo
Riesgo desconocido (algunos ejemplos)	- Taxanos, oxaliplatino, irinotecan, anticuerpos monoclonales inhibidores de la tirosin kinasa

Tabla 2. Riesgos de amenorrea permanente en mujeres sometidas a quimioterapia y radioterapia [7].

Acción de la radioterapia sobre la gónada femenina

La radioterapia pélvica o la irradiación corporal total pueden dañar el ovario reduciendo el número de folículos primordiales, produciendo infertilidad y menopausia precoz [13]. Las alteraciones hormonales suelen presentarse a las 4 u 8 semanas del tratamiento debido a la disminución del estradiol y aumento de LH y FSH.

El tiempo de exposición, la extensión, la edad de la paciente, el esquema de fraccionamiento y el tipo de radioterapia (abdominal, pélvica externa, intracavitaria) son importantes indicadores pronósticos del desarrollo de un fallo ovárico a consecuencia de dicha radioterapia [10].

Con respecto al tratamiento radioterápico en la infancia hay que añadir que puede aparecer fallo o detención de la pubertad espontánea en la adolescencia o infertilidad y/o menopausia precoz en la edad adulta [13].

	Técnicas disponibles	Técnicas experimentales
Preservación de fertilidad en mujeres	Criopreservación: -Embriones -Ovocitos	Administración de análogos de las hormonas gonadotropinas.
	Transposición ovárica	Criopreservación del tejido ovárico y maduración in vitro.
	Cirugía conservadora	Supresión ovárica con análogos GnRH

Tabla 3. Medidas existentes para preservar la fertilidad en la paciente oncológica. *Tabla de elaboración propia.*

Técnicas de preservación de la fertilidad en la paciente oncológica

Debido a el daño gonadal que se produce por los diferentes tratamientos oncológicos existen diferentes métodos para conservar la fertilidad en mujeres, la elección de unos u otros dependen de varios factores como el tipo de cáncer, la edad dela paciente, y si tiene pareja o no, siendo el tiempo disponible el componente más importante [12] (Tabla 3).

Técnicas disponibles con seguridad demostrada

Criopreservación de embriones

Según la Sociedad Americana de Oncología Clínica y el Comité de Ética de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva la criopreservación de embriones, en la actualidad, es la técnica más eficaz para preservar la fertilidad de la paciente si es posible retrasar el inicio del tratamiento [14].

Entendemos por criopreservación la capacidad de congelar y mantener células en estado viable, a temperaturas por debajo de cero grados centígrados (-140º a - 200º). Hoy en día, existen dos formas para conseguir la criopreservación: la congelación lenta convencional y la criopreservación rápida por vitrificación [12]. Utilizando la técnica de congelación lenta la tasa de eficacia de los embriones descongelados es de hasta un 75% y las tasas de embarazo por transferencia varían entre 20 y 30%. En cambio, la vitrificación se vincula con un 90% de éxito en la descongelación y las tasas de embarazo son superiores [14].

Con respecto a la técnica, consiste en inducir una hiperestimulación ovárica durante 8-12 días aproximadamente. Esto se consigue mediante la administración de gonadotropinas controlando el desarrollo del folículo con mediciones por ultrasonidos del tamaño y los niveles de estradiol sérico. Posteriormente, los ovocitos maduros son recogidos mediante aspiración transvaginal guiada por ecografía para realizar una fecundación in vitro convencional (FIV) o una microinyección espermática (ICSI). Una vez obtenidos los embriones, se congelan para su posterior utilización cuando la paciente lo desee y haya superado la enfermedad [12].

El problema de esta técnica, al igual que en otras, es el requerimiento de pareja o donante masculino, así como el tiempo necesario para la estimulación hormonal. Estas circunstancias hacen la mayoría de las situaciones inviable, además de exponer a la paciente a altas dosis de estrógenos que pueden ser deletéreos para algunas neoplasias dependientes de estrógenos [12]. Tampoco resulta una primera opción en niñas prepúberes o adolescentes. También hay que añadir que muchas veces existe un cuestionamiento ético-legal de criopreservación de embriones, sobre todo, si la paciente fallece [15].

Criopreservación de ovocitos

La criopreservación de ovocitos consiste en la recolección y congelación de ovocitos no fertilizados [12]. Es importante saber que dicha técnica dejó de considerarse experimental en 2013 y, actualmente, constituye una práctica habitual en reproducción asistida [15].

Como inconveniente nos encontramos que al igual que la criopreservación de embriones precisa tiempo para la estimulación ovárica con el fin de inducir el desarrollo folicular múltiple y la captación de ovocitos antes de

iniciar el tratamiento oncológico. Para conseguir un embarazo se necesita un número muy alto de ovocitos ya que la tasa de gestación por ovocito congelado está entre 3 y 4%. Esto supone que para conseguir una gestación se necesitan 25 ovocitos. A pesar de esto, hay que tener en cuenta que únicamente el 40% de los ovocitos sobrevive a la congelación y de estos solo el 20% evolucionan tras la descongelación [12].

En referencia a las ventajas, destaca que no se necesita pareja con proyecto parental y no se originan embriones por lo que se evitan los problemas ético-legales.

En cuanto a la eficacia, históricamente, la fecundación, la supervivencia y las tasas de embrazado eran bajas, y hasta los últimos años no ha mejorado significativamente [16]. Debido a la baja tasa de gestación la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva aconseja no ofrecerlo como técnica para preservar la fertilidad por las dudas sobre el posible daño sobre el material genético del ovocito en el proceso de descongelación-congelación [12]. Sin embargo, aunque existen pocos estudios, se ha publicado una revisión de más de 900 niños nacidos tras criopreservación ovocitaria, donde no se ha detectado anomalías congénitas comparándolos con niños nacidos espontáneamente [16].

Transposición ovárica (Ovariopexia)

La transposición ovárica es una técnica muy utilizada en pacientes que van a recibir radioterapia ya que consiste en alejar lo más posible los ovarios del campo a irradiar. Esto se logra reubicando el ovario fuera del lugar anatómico y haciendo una pexia en un sitio más seguro y menos expuesto a la radioterapia [15].

En cuanto al éxito de la técnica, es muy variable según las diferentes series analizadas, y varía entre un 16% y un 90% (una media de 50%). Este intervalo es tan amplio debido a que depende de múltiples factores, como el daño vascular producido, la edad de la paciente, la dosis total de radiación y su dispersión [10].

Una de sus principales ventajas es permitir el inicio de la radioterapia justo después de la intervención quirúrgica. En cuanto a las complicaciones observadas, las principales son: infarto de la trompa de Falopio, lesiones vasculares por la técnica quirúrgica con el posterior fallo ovárico y formación de quistes ováricos o adherencias [10].

Cirugía conservadora de órganos reproductivos

Esta técnica debe considerarse cuando sea posible en pacientes en edad reproductiva que van a ser intervenidos de cirugía abdominopélvica.

En cuanto a los estudios, se han publicado resultados beneficiosos en carcinoma in situ de cérvix mediante resección con asa de diatermia, tumores de endometrio estadio I con hormonoterapia con altas dosis de progestágenos, tumores invasivos de cérvix estadios IA (cuando las células cancerígenas solo se encuentran dentro del cérvix) a IIA (cuando las células cancerígenas se han diseminado al útero o trompas de Falopio) con traquelectomía radical con linfadenectomía pélvica, y cáncer de ovario mediante ooforectomia, tumorectomía o anexectomía. Con respecto a las complicaciones, las más frecuentes son los partos prematuros, abortos tardíos o recidivas precoces [12].

Técnicas experimentales

Criopreservación de tejido ovárico

Está técnica, aunque es aún experimental, es de primera opción en pacientes sin tiempo para la estimulación ovárica y que no sea posible posponer el tratamiento oncológico [17].

La criopreservación de tejido ovárico consiste en conseguir quirúrgicamente el tejido ovárico, obteniendo múltiples biopsias del ovario, o a través de cortes parciales de corteza ovárica o de una oforectomía (extirpación de ovario). El lugar del trasplante en el cuerpo de la paciente puede ser en su lugar habitual (ortotópico) o bien en tejido subcutáneo (heretótopico) [15].

Algunos ejemplos de tumores considerados de alto riesgo son leucemia, cáncer de mama avanzada, neuroblastoma, linfoma de Burkitt

(asociado o no a VEB) y portadores de genes BRCA (BRCA1 y BRCA2) en los cuales estaría contraindicada esta opción. En cambio, puede ser una alternativa en cirugías de patología recurrente de tumores benignos de ovario o endometriosis [15].

Maduración in vitro de ovocitos

En la maduración in vitro de ovocitos destaca como ventaja el poder evitar la estimulación ovárica en pacientes con alto riesgo de hiperestimulación o en aquellas que no es aconsejable. Actualmente, es una técnica utilizada en casos de síndrome de ovario poliquístico (SOP) con elevado riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica (SHEO).

Por el contrario, como inconveniente resalta el grado de dificultad para obtener un número adecuado de ovocitos maduros, así como las posibilidades de deterioro durante el proceso de maduración [17].

Supresión ovárica

La supresión ovárica se produce mediante la administración de los análogos de GnRh (tanto agonistas como antagonistas) que producen la interrupción del eje hipofiso-gonadal con la posterior inhibición en la secreción de FSH, LH y esteroides sexuales. Con ello, el ciclo ovárico se suprime estimulando una menopausia médica temporal. Esta acción sería el resultado de un efecto hipogonadatrófico que produciría disminución de folículos primordiales y supresión de la vascularización inducida por el hipoestregenismo lo que supondría una menor llegada de los quimioterápicos al tejido ovárico.

Actualmente, es un tema a debate con resultados contradictorios publicados recientemente, por lo que se debe considerar una técnica aun experimental [12].

Protección hormonal con análogos de la GnRH

Según varios estudios, los ovarios prepuberales tienen menor riesgo de citotoxicidad que los folículos en desarrollo. Con el propósito de imitar dicho estado, algunos investigadores lo han intentado usando análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (aGnRH) durante el tratamiento con quimioterapia, con el objetivo de proteger la función ovárica [14].

En cuanto a los estudios, en el Hospital Clinic de Barcelona se realizó un protocolo de prevención de fallo ovárico en pacientes con Linforma de Hodgkin. Unas 30 mujeres utilizaron una inyección mensual de aGnRH desde antes de iniciar la quimioterapia hasta finalizar la misma y en el grupo control fueron 27 mujeres de edades comparables que se trataron con esquemas parecidos de quimioterapia, pero sin el uso de aGnRH. De las mujeres tratadas con análogos, 27 recuperaron sus ciclos menstruales (90%), en comparación a 8 del grupo control [14].

A pesar de estas publicaciones, la eficacia de esta técnica es controversial debido a que no existen suficientes estudios prospectivos y randomizados con un número considerable de pacientes que lo verifiquen [10] (Gráfico 1).

5. EDUCACIÓN SANITARIA: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Tal y como se ha expuesto, un importante porcentaje de mujeres son diagnosticadas de cáncer antes de los 40 años. Muchas veces, estas mujeres no se habían planteado su maternidad suponiendo que eso sería un aspecto para tratar en el futuro.

Un estudio informa que sólo el 48% de las mujeres jóvenes supervivientes de cáncer son advertidas sobre los riesgos de la fertilidad y sólo el 14% son informadas sobre las técnicas de preservación de la fertilidad [18]. Otros estudios indican que la experiencia de superar un proceso oncológico aumenta hasta en un 30 % el deseo de tener hijos biológicos posteriormente [19]. Una de las funciones de enfermería en el proceso neoplásico es adoptar estrategias motivadoras para este tipo de pacientes. Por ello, el momento ideal para proporcionar la información es antes de iniciar el tratamiento oncológico ya que en la mayoría de las mujeres jóvenes proponer un tratamiento de preservación de la fertilidad se convierte en una motivación más para luchar contra la enfermedad.

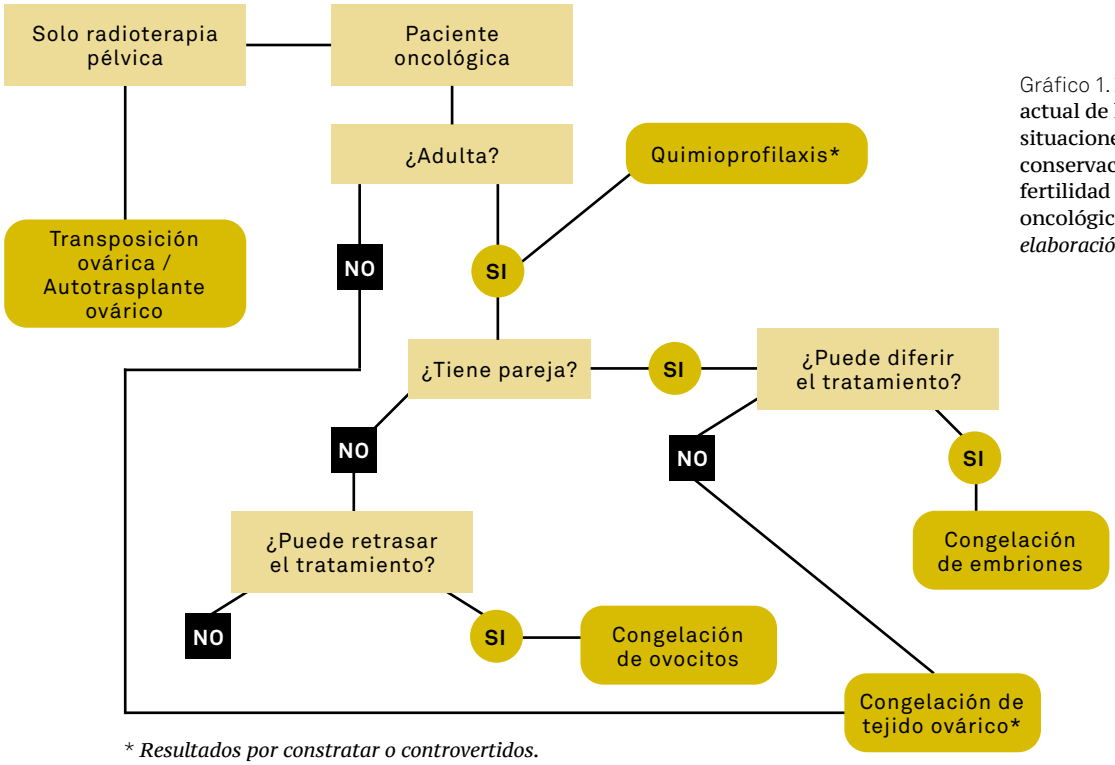


Gráfico 1. **Esquema actual de las diferentes situaciones para la conservación de la fertilidad en la paciente oncológica.** *Gráfico de elaboración propia.*

** Resultados por constratar o controvertidos.*

Debido a ello, la Guía ASCO sobre conservación de la fertilidad destaca la necesidad de la derivación temprana a especialistas en reproducción que informe de forma rápida, correcta y adecuada a todos los pacientes que lo necesiten, considerando la preservación de la fertilidad tan pronto como sea posible [18]. También expone la importancia de que no sólo los oncólogos se tienen que hacer cargo de la problemática, sino que otros médicos, enfermeras y psicólogos desempeñan un papel vital en el enfoque interdisciplinario de la preservación de la fertilidad.

En las primeras consultas, la labor de enfermería aparte de realizar una entrevista de cribado inicial se centra en calmar la incertidumbre y los temores. En la etapa diagnóstica, las enfermeras del equipo de fertilidad explican y enseñan a los pacientes como colaborar durante la realización de los distintos estudios, e incluso, sobre los cuidados previos y posteriores de cada caso. Por otra parte, es importante que las enfermeras del equipo logren detectar si la paciente carece de información adecuada. Por ello, es fundamental la relación de confianza que se establece entre enfermera- paciente. Gracias a esto y a las mejoras en el conocimiento se reduce el estrés de las pacientes lo que aumenta la calidad de decisión y elección informada.

Por último, la principal demanda en preservación de la fertilidad es que lo veamos como un todo y que trabajemos en la difícil tarea de conseguir que las distintas especialidades médicas recompongan su única realidad sanitaria. Por ello, en el momento actual, debemos entender la preservación de la fertilidad como un ítem de obligado cumplimiento, que debe incluirse en el protocolo del estudio de una paciente joven diagnosticada de cáncer.

6. CONCLUSIONES

1. La preservación de la fertilidad en pacientes oncológicas supone una mejoría de su calidad de vida una vez superada la enfermedad, ya que representa un problema de salud cuyo abordaje es posible hoy en día.

2. Valorar el riesgo de daño gonadal individual de una paciente se basa fundamentalmente en dos factores: el grado de toxicidad del tratamiento y la edad de la paciente.

3. Tras la valoración de la paciente hemos de considerar la mejor opción terapéutica como aquella de mejor eficacia demostrada y con el mínimo riesgo. Hoy en día, la técnica más eficaz es la criopreservación embrionaria.

4. Es necesario un correcto asesoramiento a los pacientes antes de iniciar el tratamiento oncológico por parte del equipo oncológico y ginecológico permitiendo el desarrollo de protocolos que faciliten el acceso de los servicios disponibles.

5. Siempre hay que dar información detallada y real sin crear falsas expectativas.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. **Patrizio P, Butts S, Caplan A.** Ovarian tissue preservation and future fertility: emerging technologies and ethical consideration. JNCI Monographs [Internet]. 2005 [citado 2 Feb 2018]; 34: 107-10. Disponible en: https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgi023
2. **Mondragón, J. R. S., Steta, P. G., Almanza, R., Álvarez-Valero, R.** Oncofertilidad. ANALES MEDICOS [Internet]. 2010 [citado 5 Feb 2018]; 55(1): 33-37. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc101f.pdf
3. **Siegel RL, Millek KD, Jemal A.** Cancer statistics. CA Cancer J Clin [Internet]. 2016 [citado 7 Feb 2018]; 66 (1): 7-30. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26742998?dopt=Abstract
4. **Donnez J, Dolmans MM.** Fertility preservation in women. Nat Rev Endocrinol [Internet]. 2013 [citado 7 Feb 2018]; 9 (12): 735-49. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24166000?dopt=Abstract
5. **Sáez, V.** Oncofertilidad. Contacto Científico [Internet]. 2016 [citado 2 Feb 2018]; 5(6). Disponible en: http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/324
6. **Bermejo B, Navarro B, Lluch A.** Cáncer y fertilidad. Arbor [Internet]. 2015 [citado 6 Feb 2018]; 191 (773). Disponible en: http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/viewArticle/2042/2546#S2
7. **Camus, I. A.** Preservación de la fertilidad en la mujer. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2010 [citado 6 Feb 2018]; 21(3): 440-449. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705563
8. **Lombardi EP, Sícaro LV.** Preservación de la fertilidad. SAEGRE [Internet]. 2008 [citado 7 Feb 2018]; 15: 44-55. Disponible en: http://www.saegre.org.ar/revista/numeros/2008/n2/6.pdf
9. **Garrido-Colino, C., Lassaletta, A., Vazquez, M. Á., Echevarria, A., Gutierrez, I., Andión, M., Berlanga, P.** Situación de la preservación de fertilidad en pacientes con cáncer en nuestro medio: grado de conocimiento, información e implicación de los profesionales. An Pediatric [Internet] 2017 [citado 5 Feb 2018]; 87 (1): 3-8. Disponible en: http://www.analesdepediatria.org/es/situacionpreservacion-fertilidad-pacientes con/articulo/S1695403316301886/

10. **Gris-Martínez JM, Callejo-Olmos J.** Técnicas de preservación de la fertilidad. Guías de Práctica Clínica SEF-SEGO [Internet]. 2013 [citado 5 Feb 2018]; 1-26.
Disponible en: http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/guiasPracticaClinicas/guia27.pdf

11. **Scarella A, Diaz-Garcia C, Herraiz S, Kliemchen J.** Preservación de la fertilidad en la paciente oncológica. Medwave [Internet]. 2017 [citado 6 Feb 2018]; 17 (9).
Disponible en: http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/7090.actver=sindise

12. **Blasco A, Caballero C, Olmo P, Iraola A, Camps C.** Toxicidad gonadal en pacientes con cáncer [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). 2013 [citado 20 Feb 2018]; 27-35. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOG RAFICO_SEOM_LARGOS_SUPERVIVIENTES_I.pdf

13. **Matorras R, Hernández J.** Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboración de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción. Preservación de la fertilidad en la paciente oncológica. Adalia [Internet]. 2007 [citado 20 Feb 2018]; X (36): 449-66. Disponible en: http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/pacienteOncologica.pdf

14. **Camus I A.** Preservación de la fertilidad en la mujer. Med Clin Condes [Internet]. 2010 [citado 6 Marzo 2018]; 21(3): 440-49.
Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705563

15. **Pesce R, Marconi M, Vélez C, Marconi G, Glujovsky D, Baronio M.** Preservación de la fertilidad. Almer [Internet]. 2017 [citado 6 Marzo 2018]; 32: 32-39.
Disponible en: http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2017/numero_2/almer.pdf

16. **Zafra JA, Ballesteros RA, Olmos Callejo J, Xaudaró Fábregas R, Hernández Lluch A, Soler Marqués L.** Documento de recomendaciones para la preservación de la fertilidad en pacientes con cáncer de mama. Sociedad Española de Fertilidad (SEF). 2014 [citado 13 Marzo 2018]; 1-40. Disponible en: http://www.sefertilidad.net/index.php?seccion=grupos&subSeccion=preservacion

17. **Vico I, Fontes J, Martínes L.** Prevención de la esterilidad en la mujer oncológica. Actualización Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2010 [citado 14 Marzo 2018]; 1-15.
Disponible en: https://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2010_reprod_04_prevencion_de_la_esterilidad_en_mujer_oncologica_jfontes.pdf.

18. **De Pedro M, Otero B, Martín B.** Preservación de la fertilidad y cáncer de mama: Revisión. Ecancer [Internet]. 2014 [citado 5 Abril 208]; 1-29. Disponible en:
https://ecancer.org/journal/9/pdf/503-es-fertility-preservation-and-breastcancer-a review.php

19. **Bermejo B, Almonacid V, Lluch A.** Aproximación clínica de la toma de decisiones sobre fertilidad en pacientes de cáncer de mama. Dialnet [Internet]. 2010 [citado 5 Abril 2008]; 7(2-3): 287-297. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/25772

DIETA MEDITERRÁNEA como instrumento de fomento de hábitos de alimentación y estilos de vida saludable en niñ@s

AUTORES

Isabel María Espinosa Cueva
Especialista en Medicina Interna,
Máster en Nutrición y Salud.
Gerente Médico de SANULAC ®
Nutrición Ecuador.

Cintia Ferri Llin
Unidad de Radiodiagnóstico en
el Hospital General Universitario
de Elda. Alicante

Amparo Pardo Cerdán
Enfermera, supervisora de medicina interna
y unidad de lesión medular.
Hospital la Fe de Valencia. Valencia.

Héctor Mena Medina
Enfermero de AP, centro de salud
de Carlet, Valencia.

Amaya Ayerbe Zurutuza
Dietista nutricionista. Ataun. Gipuzkoa.

PALABRAS CLAVE

alimentación saludable
hábitos de alimentación
dieta mediterránea
vida saludable

RESUMEN

Nuestra propuesta se basa en ofrecer un programa integral y multidisciplinar, que pretende fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física en la infancia a través de su adhesión a la Dieta Mediterránea como uno de los modelos dietéticos más saludables [1].

La propuesta elaborada por el Departamento de Salud y Enfermería comunitaria junto con otros gremios de la salud será puesta en marcha como proyecto piloto en el departamento de la Rivera en la Comunidad Valenciana ante la preocupante situación que muestran los estudios realizados a nivel de comunidad; de incremento de la prevalencia de la obesidad, hábitos alimentarios no adecuados y elevado sedentarismo de las ni@s de 6 años.

De esta forma, el proyecto, pretende realizar una labor didáctica de lo que es una alimentación y vida saludable como herramienta de prevención en el caso de sobrepeso y obesidad infantil.

El programa estará dirigido a niñ@s de entre 6 y 12 años, pero abarcará tanto su entorno familiar como escolar porque entendemos que sobre todo la familia, pero también la escuela juega un papel fundamental en la adquisición de hábitos alimentarios y hábitos de vida saludables.

INTRODUCCIÓN

La Dieta Mediterránea es uno de los modelos dietéticos más saludables para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad [2] y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas [3]. Además, ha sido realizado a partir de los objetivos trazados para la estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad del Ministerio de Sanidad Español para la prevención de la obesidad infantil) y de nuestra propia experiencia.

Los programas de promoción de la salud basados en modelos conductuales han mostrado ser eficientes y respaldan el argumento de que la familia y el ambiente son cruciales para el desarrollo de preferencias alimentarias y gustativas, patrones de consumo de alimentos, preferencias de actividad, etc. Por ello, a través del empoderamiento de la comunidad a distintos niveles de actuación, proporcionando la formación, confianza y flexibilidad necesarias para promover un cambio hacia la adopción de comportamientos saludables.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La justificación de la necesidad de la implantación de un Proyecto para la promoción de la Dieta Mediterránea surge como solución al problema de la obesidad infantil, un importante problema de salud pública [4,5,6]. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que, en 2016, más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso o eran obesos. Cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia y una cuarta parte vivían en África [7].

En España, la obesidad ha aumentado del 7,4% al 17,0% en los últimos 25 años. Actualmente un 23% de la sociedad adulta española es obesa y un 38% sufre sobrepeso. En niños y adolescentes el porcentaje sería de 25% (sobrepeso) y 15% (obesos). Es decir, "de cada 10 niños y adolescentes de 2 a 17 años, 2 tienen sobrepeso y 1 obesidad [8]".

En la región de Levante, correspondiente a la Comunidad Valenciana y Murcia, la prevalencia fue del 25,2% para el sobrepeso y del 15% para la obesidad.

En la Comunidad Valenciana disponemos de datos provenientes de los exámenes de salud escolar realizados a los alumnos de 1º de Educación Primaria. Según el análisis de los mismos, la prevalencia de obesidad en los niños y niñas de 6 años en la Comunidad Valenciana se ha ido incrementando en los últimos años, y esta tendencia resulta estadísticamente significativa ($p<0,05$) en el caso de las niñas.

En cuanto a los factores asociados a la obesidad al analizar la dieta de la población infantil, según datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001, podemos destacar ciertas observaciones en el consumo de algunos grupos de alimentos; un 13,3% de los niñ@s no toman pescado semanalmente, un 42,3% de la población infantil consume verduras menos de tres veces por semana y un 61,2% no consume fruta diariamente. Así mismo, un 18,1% de los niñ@s declaran un consumo diario de chucherías.

El estudio desprende los siguientes resultados relacionados con el sedentarismo: El porcentaje de niñ@s mayores de 5 años que hace ejercicio físico varias veces por semana es sólo del 14,7 %.

Lo practica de forma regular varias veces al mes el 33,6%, de forma ocasional el 38,7% y otro 8,7% no hace ningún ejercicio [9].

Se define sobrepeso y obesidad en personas entre 2 y 20 años de la siguiente manera [2]:

- Sobrepeso: Cuando el índice de masa corporal es mayor al percentil 85 y menor del percentil 95 por edad y sexo.
- Obesidad: Cuando el índice de masa corporal es mayor al percentil 95 por edad y sexo.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Apnea Obstructiva del Sueño y Enfermedad del Hígado Graso No Alcohólico principalmente [2].

Algunos científicos la consideran como la epidemia del siglo XXI y la población infantil, etapa de la vida crucial para el desarrollo de buenos

hábitos de vida deber de estar en el punto de mira para evitar las complicaciones derivadas de los malos hábitos. A través de la Dieta Mediterránea pretendemos fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física.

La prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad infantil debe ser multidisciplinaria, es decir, debe incluir modificaciones en el estilo de vida incluyendo cambios en la dieta dirigida a disminuir la ingesta calórica total, incremento de la actividad física y disminución del sedentarismo, tres aspectos cruciales para el control del peso de los niños que debe ser apoyado por su núcleo familiar [2].

En cuanto a la farmacoterapia esta puede tener un papel importante en el tratamiento de la obesidad pediátrica, pero aún la evidencia es escasa. Y en cuanto a la cirugía bariátrica es eficaz para lograr la pérdida de peso y mejorar las comorbilidades en adolescentes con obesidad severa [2].

Por lo tanto, la mejor forma de atacar el sobrepeso y la obesidad infantil es a través de su prevención. Para prevenir el sobrepeso y obesidad infantil se requieren acciones coordinadas entre el gobierno, industria, organizaciones comunitarias, escuelas, familias y profesionales de la salud, cada uno con acciones definidas. Los profesionales de la salud tienen continuas oportunidades de concientizar a los niños, jóvenes y sus padres sobre la gravedad de la epidemia de obesidad y la importancia de prevenirla. Es de gran importancia que aprovechen cada contacto para promover estilos de vida saludables que permitan la formación de hábitos de alimentación correcta y actividad física regular [10].

ÁMBITO DE APLICACIÓN

El proyecto va dirigido a la población infantil de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años del municipio de Alzira, perteneciente al Departamento de la Ribera, Valencia.

El departamento de Ribera, Alzira, Valencia, abarca 82 municipios aglutinados en 41 centros de salud, repartidos en 5 centros sanitarios integrados, 8 centros de salud y 28 consultorios auxiliares con un total de 245.855 habitantes, 76 centros escolares de atención primaria.

La propuesta ha sido desarrollada desde el departamento de Salud Pública y Enfermería Comunitaria junto con el departamento de Pediatría y Endocrinología en el departamento de Ribera Alzira Valencia de la Comunidad Valenciana dentro del marco de proyecto piloto. El programa has sido desarrollado por un equipo multidisciplinar formado por pediatras, endocrinólog@s, enferma@s, nutricionistas educadores y psicológ@s.

FINALIDAD DEL PROYECTO

La finalidad del proyecto es diagnosticar y conocer los hábitos de consumo y grado de actividad física de los niñ@s de entre 6 y 12 años en el Departamento de la Ribera a través de su adhesión a la Dieta Mediterránea.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General

El programa se propone introducir cambios en aquellos estilos de vida, hábitos alimentarios y factores que contribuyen a la ganancia de peso. De esta forma, contempla objetivos específicos para los padres y/o familiares, para los niñ@s y para la comunidad escolar.

Objetivos Específicos

- Crear hábitos que lleven a una alimentación saludable.
- Crear sentido crítico ante la publicidad sobre la alimentación.
- Valorar nuestra cultura alimentaria tradicional como fuente de salud y bienestar.
- Promover la adquisición de conocimientos para que permitan al alumnado analizar las ventajas que conlleva tener una alimentación sana.
- Dar a conocer la dieta mediterránea.
- Dotar a los alumnos de los conocimientos adecuados para confeccionar una dieta equilibrada.
- Potenciar la conciencia sobre las ventajas del ejercicio físico en la vida saludable.
- Promover el gusto por realizar ejercicios físicos como actividades de juego y ocio.

- Evitar el consumo excesivo de golosinas.
- Promover experiencias donde se prueban distintos tipos de alimentos
- Mejorar los hábitos alimentarios de la comunidad y, como consecuencia, su estado de salud y bienestar, reforzando interacciones entre los citados agentes.
- Traslación del conocimiento obtenido incorporándose al Plan de Salud Local.
- Monitorización de resultados a medio-largo plazo.

INTERVENCIÓN

Evaluación del Estado de Salud:

Valoración de percentiles de peso para la altura e índice de masa corporal para cada niño, para conocer estado nutricional general. Las mediciones serán llevadas a cabo por el equipo de salud de zona (pediatra y enfermera), donde se realizará el seguimiento desde el inicio, semestralmente y al final del proyecto.

Valoración Nutricional y Estilo de Vida:

Mediante la aplicación de los test KidMed y Krece Plus. Realizados por un nutricionista al inicio, semestralmente y al final del proyecto (Figura 1).

El test Krece plus valora la actividad física, clasifica el estilo de vida basándose en la media diaria de horas que ven la televisión o juegan con videojuegos y las horas de deporte extraescolar por semana. Según la puntuación del test, el estilo de vida del niño se clasifica como malo, regular y bueno [11] (Figura 2).

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

Los profesores fueron instruidos por un nutricionista para dar charlas a padres y niños sobre pautas de alimentación saludables (basadas en la dieta mediterránea) y alimentos menos saludables, junto a errores comunes. Se apoyarán con la pirámide Alimenticia de

Test KIDMED		
Test de calidad de la Dieta Mediterránea (Test KIDMED)		
	SI	NO
1. Toma una fruta o zumo de fruta todos los días.		
2. Toma una segunda fruta todos los días		
3. Tomas verduras frescas, crudas, en ensaladas o cocinadas regularmente una vez al día		
4. Toma pescado fresco con regularidad (por lo menos 2 o 3 v/semana)		
5. Acude una vez o más a la semana a un centro fast-food (ej. Hamburguesería)		
6. Le gustan las legumbres y las toma más de una vez a la semana		
7. Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o mas a la semana)		
8. Desayuna un cereal o derivado (pan, tostadas, etc.)		
9. Toma frutos secos con regularidad (por lo menos 2 o 3 veces a la semana)		
10. Utiliza aceite de oliva en casa		
11. No desayuna		
12. Desayuna un lácteo (leche o yogur, etc.)		
13. Desayuna bollería industrial		
14. Toma 2 yogures y/o 40 g de queso cada día		
15. Toma cada día dulces y golosinas		

Figura 1. KIDMED – Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. Fuente: Serra et al., 2004.

Test de actividad física
Krece Plus

- ¿Cuántas horas ves la televisió o juegas con videojuegos diariamente de promedio?
  - ☐ 0 horas ..... 5 PUNTOS.
  - ☐ 1 horas ..... 4 PUNTOS.
  - ☐ 2 horas ..... 3 PUNTOS.
  - ☐ 3 horas ..... 2 PUNTOS.
  - ☐ 4 horas ..... 1 PUNTOS.
  - ☐ +5 horas ..... 0 PUNTOS.
- ¿Cuántas horas dedicas a actividades deportivas extraescolares semanalmente?
  - ☐ 0 horas ..... 0 PUNTOS.
  - ☐ 1 horas ..... 1 PUNTOS.
  - ☐ 2 horas ..... 2 PUNTOS.
  - ☐ 3 horas ..... 3 PUNTOS.
  - ☐ 4 horas ..... 4 PUNTOS.
  - ☐ +5 horas ..... 5 PUNTOS.

Peso (en Kg): ..... Talla (en cm): .....
Peso (en Kg) y altura (cms) del padre: .....
y de la madre: .....
Pon un color a la Salud: .....
Pon un color a la Solidaridad: .....

Figura 2. Test de Actividad física Krece Plus [12]
Fuente: Serra-Majem, Aranceta, Ribas, Sangil, & Pérez, 2003.

la Dieta Mediterránea (Figura 3), algunos de los aspectos más importantes que cabe destacar:

- Los hijos aprenden e imitan los comportamientos que ven en casa (dar ejemplo)
- Importancia del desayuno, evita picar entre horas y aumenta el rendimiento físico, la concentración y memoria.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, y disminuir bollos, chucherías y alimentos precocinados
- Incluir lácteos, cereales y frutas en desayuno y merienda
- Cumplir con las 5 comidas principales del día
- Pautar el tiempo de las comidas y mantener un ambiente relajado durante las mismas
- A la hora de comer no se juega, hay que evitar las distracciones
- No premiar ni castigar con la comida
- Implicar a los niños en la compra, preparación de la comida, poner la mesa...

EDUCACIÓN SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

Los profesores junto a un atleta de la comarca darán pautas para fomentar la actividad física durante el día y evitar el sedentarismo [14].

- El niño no debe estar sentado mucho tiempo
- Debe subir las escaleras en lugar de usar el ascensor
- Llevarle caminando al colegio o bien que camine algún tramo
- Enseñarle a usar el transporte público
- Disminuir al máximo el transporte motorizado
- Máximo tiempo de televisión, ordenador, etc.: 2 h/días
- Programa actividades al aire libre para el fin de semana: bicicleta y caminar
- Programa actividad física extra 3-4 veces por semana, después del colegio.
- Reforzar la actividad física mediante la compañía de la familia
- Jugar con el niño durante el día para que no se habitúe a la televisión

ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS

Se realizarán en cada centro educativo de la población a implantar dicho proyecto, por clases y adaptando los contenidos a las edades de los niñ@s. El profesor, junto con un nutricionista y enfermera, llevarán a cabo las siguientes actividades:

Centradas en la Alimentación

A. El día de la fruta, un día a la semana elegirán entre todos que fruta llevar para almorzar.

B. Actividad del semáforo: saber distinguir alimentos de consumo preferente (verde), de consumo moderado (amarillo) y de consumo bajo (rojo).

C. Taller de cocina saludable: destinados a desarrollar o mejorar habilidades culinarias elaborando platos de comida saludable, con recetas fáciles de poner en práctica y de bajo costo. Se realizará un día al mes con la colaboración de un chef [15,16].

Figura 3. **Fuente: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)** [13]

D. Taller de compra inteligente: visita a un supermercado y lectura del etiquetado, aprendiendo a distinguir ingredientes no saludables

E. El juego de la pirámide nutricional, un día a la semana jugarán a colocar los alimentos en la pirámide, con el fin de conocer cuáles son de consumo diario, semanal y ocasional, así como también deberán aprender las nuevas recomendaciones de estilo de vida saludable de la SENC como: mantener una buena hidratación, practicar ejercicio físico, conocer técnicas culinarias saludables, moderación en el tamaño de las raciones o comprar, cocinar y reciclar de manera saludable y sostenible.

Centradas en la Actividad Física

A. Actividades artísticas: taller de baile, teatro o musical, se realizarán un día al mes con la colaboración de voluntarios del ayuntamiento y será expuesto al público.

B. Encuentros deportivos entre colegios (fútbol, baloncesto, voleibol, atletismo..)

C. Excursiones al aire libre (conociendo las rutas de la comarca) con la colaboración de padres, una vez al mes.

D. Excursión fin de curso: campamento de verano o granja escuela, con el fin de estar en contacto con la naturaleza y realizar actividades al aire libre. Colaboración local de voluntariado y padres.

RESULTADOS ESPERADOS

Tras las intervenciones planteadas se espera que haya un aumento en el porcentaje de niñ@s y familias que se hayan adherido a la dieta mediterránea y mejorar así sus hábitos alimentarios, al mismo tiempo se espera que haya una disminución del sedentarismo e incremento de actividades físicas ordinarias como de ocio.

DIFUSIÓN DEL PROYECTO

El estudio y los resultados serán publicados en formato digital. Además, se realizará un video que se difundirá a través de diferentes páginas web, así mismo se difundirá a los distintos departamentos de Valencia tanto a nivel de centros sanitarios como a nivel de centros escolares. Se presentará el proyecto en diferentes congresos nutrición, así como en congresos de pediatría y endocrinología. Por otra

Concepto gasto	Coste estimado (€)
Contratación educadores nutricionistas	25.000
Redacción y publicación del proyecto en formato digital	15.000
Difusión en charlas y congresos	6.000
Elaboración e impresión de trípticos	6000
Coste total del proyecto	52.000

Tabla 1

parte, se realizan trípticos de divulgación y concienciación de la importancia de la dieta mediterránea, como vía de adquisición de hábitos alimentarios y de vida saludables.

En cuanto a la población, el vehículo para trasladar ese conocimiento a la población, entendemos que son los planes locales de salud, con la visión de pasar de un enfoque de intervenciones puntuales a estrategias de medio y largo plazo, para la promoción de una alimentación saludable teniendo en cuenta los determinantes sociales, dinamizando el conocimiento a través de las relaciones que establece, el sector salud, con los otros sectores.

El plan local de salud, que se pilota en el departamento de salud de la Ribera a través de su línea Estratégica de Prevención y Promoción de la salud del S.N.S, aporta sostenibilidad y traslación de conocimiento al proyecto de investigación, dado que el objetivo general es fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones y convirtiendo al departamento de salud de la ribera junto con sus municipios en una ciudad europea saludable, en sus ámbitos de empoderamiento, retos de salud pública, sistema sanitario centrado en la persona y comunidad resiliente con entorno saludable.

CRONOGRAMA

- Septiembre 2019:
  - Valoración antropométrica de los niñ@s, Test de valoración de hábitos alimentarios y actividad física.
  - Charlas de formación a padres y profesores + Clase interactiva para la educación de la Dieta Mediterránea mediante "El juego de la Pirámide" + Valoración antropométrica de los niñ@s.
- Octubre 2019: Inicia actividad "El día de la fruta", se implanta 1 almuerzo saludable, compuesto por fruta todos los miércoles, cada semana hasta finalizar el curso.
- Noviembre 2019: Inicia actividad "Taller culinario" + preparación de "El Musical de Navidad".
- Diciembre 2019: Representación de "El Musical de Navidad".
- Enero 2020: Inicia actividad "Excursiones al aire libre"
- Febrero 2020: "Taller de compa inteligente"
- Marzo 2020: "Actividad del Semáforo"
- Abril 2020: "Taller de pintura al aire libre".
- Mayo 2020: "Encuentro deportivo" + preparación del "Baile de Fin de Curso".
- Junio 2020: "Baile de Fin de Curso" + "Granja Escuela"
- Febrero 2021: valoración de resultados. Valoración antropométrica y valoración adherencia a dieta mediterránea y actividad física.
- Marzo-Junio 2021: Redacción proyecto y resultados y difusión.

FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

Presupuesto estimado del proyecto es de 52.000 €

La mayor parte del gasto del presupuesto irá destinado para la labor didáctica en los centros escolares para lo que se contará con dos educadoras nutricionistas.

Nuestra intervención es un proyecto pionero e integrado de carácter estratégico, importante dimensión y largo alcance, en el que empresas e instituciones científicas sellan una alianza para rentabilizar sinergias y transferir el conocimiento a la sociedad con el fin de demostrar el efecto saludable de determinados alimentos autóctonos que forman parte de la Dieta Mediterránea.

El proyecto estará financiado en su totalidad por el Departamento de Sanidad y el consorcio de Ayuntamientos de la Ribera. Colaboran en la financiación el Departamento de Educación y las Asociaciones de desarrollo Rural de la Ribera (Tabla 1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe sobre la salud en el mundo, 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. OMS. Ginebra, 2002.
2. Prevalencia de obesidad en España: Estudio SEEDO 2000. Med Clin (Barcelona) 2003; 120:608-12.
3. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Agencia española de seguridad alimentaria. Estrategia NAOS, 2005.
4. **Kumar, S. y Kelly, A.** (2017). Review of childhood obesity: from epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. Mayo Clinic Proceedings, Vol. (2), 251-265.
5. **Lozano Albalate, L.** Proyecto educativo para potenciar la alimentación sana en alumnos de educación infantil (PEPAS). Universidad de la Rioja 2015.
6. **Salinas, J., González, C.G., Fretes, G. y Montenegro, E.** (2014). Bases teóricas y metodológicas para un programa de educación en alimentación saludable en escuelas. Rev Chil Nutr Vol. 41, Nº4.
7. **Organización Mundial de la Salud** (2019). Sobrepeso y obesidad infantil. Recuperado de: https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/ (último acceso 18/06/2019).
8. **Instituto Nacional de Estadística**. Disponible en: www.ine.es [último acceso 20/06/2019). Valores de las variables: masa corporal (Peso normal, Sobrepeso, Obesidad, ...) nivel de educación (Total, Nivel (0-2): preescolar, primaria y secundaria de 1ª etapa, Nivel (5-8): primer y segundo ciclo de educación superior y doctorado, ...) periodo (2014, 2009, 2011-2012, ...). INE.2017.
9. **Generalitat Valenciana - Conselleria de Sanitat** (2004). Actuaciones de prevención y control del sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia en la Comunidad Valenciana. Recuperado http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2678-2004.pdf
10. **Hernández, S.** (2011). Prevención de la obesidad infantil. Gaceta Médica de México, Vol. (1), 46-50.
11. **Serra-Majem, L., Aranceta, J., Ribas, L., Sangil, M., & Pérez, C.** (2003). El cribado del riesgo nutricional en pediatría. Validación del test rápido Krece Plus y resultados en la población española. *Estudio enKid. Crecimiento y desarrollo. Barcelona: Masson,* 45-55.
12. **Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C., & Aranceta, J.** (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. Public health nutrition, 7(7), 931-935.
13. **Dapcich, V., Salvador Castell, G., Ribas Barba, L., Pérez Rodrigo, C., Aranceta Batrinal, J., Serra Majem, Ll.** (2004). Sociedad Española de Nutrición Comunitaria: Guía de la Alimentación Saludable. Recuperado de: file:///C:/Users/HP/Downloads/guia_alimentacion_saludable_SENC.pdf
14. **Lama, R.A., Alonso, A., Gil-Campos, M., Leis, R., Martínez, V., Moráis, A., Moreno, JM., Pedrón, M.C.** y Comité de Nutrición de la AEP. (2006). Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. Asociación Española de Pediatría.
15. **Nelson, S., Corbin, M. y Nickols-Richardson, S.** (2013). A Call for Culinary Skills Education in Childhood Obesity-Prevention Interventions: Current Status and Peer Influences. J Am Diet Assoc; 113:1031-36
16. **Hartmann, C., Dohle, S. y Siegrist, M.** (2013). Importance of cooking skills for balanced food choices. Appetite; 65:125–31.

VACUNACIÓN
frente a Papilomavirus en chicos

RESUMEN

Introducción. El virus del papiloma humano (VPH) es un virus de transmisión sexual. El VPH de bajo riesgo puede causar verrugas en o alrededor de los genitales, el ano, la boca o la garganta. El VPH de alto riesgo puede causar varios tipos de cáncer como: ano, cuello uterino, pene, boca, garganta, entre otros. A partir del 1/10/22 se introduce en el calendario vacunal de la Comunitat Valenciana la vacuna frente a VPH gratuita para los niños de 12 años o nacidos en el 2010, hasta ahora solo se inyectaba en niñas.

Objetivo: Describir la evidencia científica disponible en relación con la eficacia, seguridad y recomendaciones de uso de vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) en niños y no solo en niñas.

Métodos: Realización de una revisión bibliográfica acerca de la vacuna del VPH en niños.

Resultados: Los principales factores de riesgo para la infección por VPH son tener un gran número de parejas sexuales, la edad joven en la actividad sexual y el tabaquismo. En los hombres, la infección por VPH se asocia con tumores en el ano, el pene, la cavidad oral y la orofaringe y estas son las principales razones para vacunar adolescentes varones.

Conclusión: La evidencia es clara, incorporar esta vacuna en varones aporta beneficios tanto a mujeres como a hombres.

AUTORES

Miriam Escrig Collado
Enfermera de salud pública.
Dirección General de
Salud Pública y adicciones.

Alicia Ten Gil
Enfermera de inspección -
Dirección General de Investigación
y alta Inspección Sanitaria.

Alexis Ruiz Moya
Universidad de Valencia.

Raul Satorres Luna
Universidad de Valencia.

PALABRAS CLAVE

niños
papiloma humano
vacuna
VPH
hombre
cáncer

INTRODUCCIÓN

El auge de las enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias sanitarias, económicas y sociales, sitúan a estas enfermedades como uno de los problemas más importantes de salud pública. A causa de las comorbilidades asociadas, el VPH es considerada unas de las enfermedades transmisibles más graves, estando presente en un 5% de todos los cánceres a nivel mundial (1)

A consideración del instituto nacional de cáncer (NIH) EL VPH se define como "Tipo de virus que causa la formación de tejido anormal (por ejemplo, verrugas) y otros cambios en las células" (NCI). Dicha patología supone un problema para el sistema sanitario ya que existe una cierta evidencia de que los niños/niñas que tienen relaciones sexuales sin protección pueden desarrollar este virus. (2)

La Comunitat Valenciana comenzó a administrar la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) a niños a partir del 1 de octubre, inoculando dos dosis con 6-12 meses de separación a una población de más de 28.000 niños. El conseller de Sanidad, Miguel Mínguez, ha anunciado ya la fecha del inicio de vacunación para niños en la autonomía, una de las "primeras que, además de las niñas de 12 años, también vacunará a los niños frente al papiloma", ha destacado. (2)

La vacuna que se distribuye en la Comunitat es la que incorpora nueve serotipos y ofrece protección frente a los tumores más frecuentes relacionados con este virus, además de las verrugas genitales. Se trata de una medida que busca "garantizar y extender" la protección frente a la infección del VPH tanto en niños como en niñas. La infección por el VPH se puede complicar en un 20% de casos, según informó la Conselleria de Sanidad. (2)

Los primeros en recibirla serán los niños nacidos en 2010: en primer término, quienes nacieron en enero de 2010, luego febrero de 2010, marzo de 2010 y así sucesivamente. (2)

Según Sanidad, la vacuna es la forma más eficaz de prevenir la infección contra el virus del papiloma humano, un virus con el que la mayoría de las personas sexualmente tendrá contacto a lo largo de su vida. La principal vía de transmisión del papiloma es sexual. El sexo oral y el contacto piel con piel de la zona genital también son vías de contagio. (2)

Una vez que se contrae, el virus puede permanecer latente durante muchos años sin causar ningún síntoma. En la mayoría de los casos, el sistema inmunitario lo elimina, pero hay un porcentaje de población que será portadora del virus sin saberlo y, si no adopta las medidas adecuadas, lo propagará. Se estima que la infección es autolimitada en la mayoría de las ocasiones, pero en torno al 20% de los casos progresa a estadios de cáncer de cuello uterino. (2)

El consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana añadió que la extensión de la vacunación también a los chicos "se basa en evidencias y recomendaciones" de sociedades científicas y organismos internacionales que abogan por esta medida para "contribuir a reducir la infección por el virus del papiloma humano y, de este modo, disminuir la incidencia de tumores relacionados con él, en especial el cáncer de cuello de útero en las mujeres, pero también otros tumores menos prevalentes en los varones".(2)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica. Los filtros utilizados en las búsquedas avanzadas son "artículos de revista", "5 años de antigüedad" y "disponibles a texto completo". Del mismo modo, se usaron los criterios de exclusión "artículos de pago" y artículos cuya población diana no fuese pediátrica, así como aquellos que no se adecuaban a la temática seleccionada. Por último, los artículos seleccionados siguen unos criterios de inclusión, los cuales son: estudios por el título y el contenido del resumen, atendiendo a los resultados del artículo, así como, de la discusión.

A continuación, se muestra una tabla en la que se relacionan las palabras claves utilizadas, la fecha de búsqueda, así como las diferentes bases de datos utilizadas (Figura 1).

A parte de estos artículos se ha utilizado diferentes páginas webs y artículos como anexos para contrastar la información

Tema: ¿Por qué debemos vacunar a los chicos contra el vph/papilomavirus?			
Palabras claves	Filtros	Resultados	Utilizados
1. ((hpv) AND (vaccine)) AND (boys)	Pubmed (2018-2022), niño:6-12 años, niño preescolar:2-5 años. Inglés y español	83 resultados	Se seleccionó 10 artículos de los cuales solo 3 se usarán para su revisión
2. vacuna AND niños AND VPH	Dialnet (2018-2022), texto completo, inglés y español	32 resultados	Se seleccionó 10 artículos de los cuales solo 2 se usarán para su revisión
3. vacuna AND niños AND VPH	Cuiden (todas las fechas), texto completo, cualquier idioma	2 resultados	Solo 1 se usará para su revisión
4. vaccine AND hpv AND child	Scielo (2018-2022), texto completo gratis, cualquier idioma	2 resultados	Solo 1 se usará para su revisión

Figura 1. Tesauros y resultados. *Elaboración propia.*

RESULTADOS

A partir de la revisión bibliográfica realizada sobre la eficacia y seguridad de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) se exploran sus vicisitudes en los campos ginecológico, ético y bioético. Se muestran y comentan alternativas viables para su detección y tratamiento precoz. (3)

Los VPH son virus de ADN de la familia Papillomaviridae y se encuentran entre los virus de transmisión sexual más comunes en todo el mundo. Casi todas las personas sexualmente activas se infectan con el VPH, principalmente durante los primeros contactos sexuales. La mayoría de las infecciones por VPH ya no son detectables dentro de los 2 años, solo en aproximadamente el 10% de los afectados la infección persiste por más tiempo y puede conducir al desarrollo de lesiones precancerosas (1)

El inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana, el número de compañeros sexuales, así como el número de compañeros sexuales de la pareja o parejas que se hayan tenido, el tabaquismo, la utilización de preservativos, la prostitución, el consumo de drogas, la falta de medidas de prevención y la no circuncisión son considerados factores de riesgos ambientales para el desarrollo de la infección. (4)(5)

Los virus del papiloma humano (VPH) pueden causar tumores tanto benignos como malignos. Hasta la fecha se han descubierto más de 200 tipos de VPH, de los cuales 12 están clasificados actualmente como de alto riesgo de cáncer de cuello uterino. Los tipos de VPH que afectan el tracto anogenital se transmiten sexualmente. Desde 2006, las vacunas profilácticas contra el VPH están disponibles y deben administrarse antes del primer contacto sexual (1) para así reducir el riesgo de cánceres relacionados con el VPH en los hombres, en particular el cáncer orofaríngeo y el cáncer anal en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (6)(7)

Además del cáncer de cuello uterino, los VPH causan otros cánceres anogenitales, como el cáncer de vulva, vagina y ano, pero también el cáncer de orofaringe (o cáncer de cabeza y cuello). Los tipos de VPH 16 y 18 también se encuentran en estos sitios. Los tipos de VPH 6 y 11 están asociados con verrugas genitales; otros tipos de VPH pueden causar verrugas cutáneas inofensivas. Las vacunas contra el VPH son seguras y muy eficaces si se administran antes de la exposición al VPH, la segunda dosis debe administrarse de seis a 12 meses después de la primera dosis. (1)(8)

Las revisiones sistemáticas y los metaanálisis han demostrado que la vacunación contra el VPH previene eficazmente la infección por VPH, pero también las lesiones precancerosas del tracto anogenital y las verrugas genitales. Los datos de vacunación recientes también demuestran reducciones en la incidencia de cáncer de cuello uterino. Las tasas de aceptación de la vacunación contra el VPH varían en todo el mundo según el programa y la aceptación. En comparación con otros países europeos, Alemania tiene una tasa de aceptación baja. (1)(9)

Según varios estudios realizados acerca de los niños que se vacunaban se llegó a la conclusión de que los padres no están bien comunicados de cuándo deben vacunar a sus hijos ni porque, ni siquiera las dosis que tienen puestas. (10) (11)

Actualmente se conoce un estudio llamado PAPM (Proceso de Adopción de Precauciones) realizado en Inglaterra y Gales, el cual proporciona un marco útil para explorar la etapa en la que se encuentran los padres en el proceso de aceptar (o decidir no aceptar) la vacuna contra el VPH para sus hijos (6) (Figura 2).

Se puede considerar que los padres se encuentran en una de seis etapas: 1-Sin conocimiento de la vacuna, 2-No comprometidos con la decisión de vacunar, 3-Indecisos sobre la vacunación, 4-Decididos a no vacunar, 5-Decidió vacunar y 6-Ha vacunado. (6)(12)

En relación con el comportamiento de vacunación anterior, el 55 % de los participantes había oído hablar del VPH y de estos, el 92 % de los participantes informó que nunca había rechazado una vacuna para ninguno de sus hijos, alrededor de la mitad dijo que la toma de decisiones sobre la vacuna se hizo en conjunto con su pareja, y poco menos del 40 % informó ser el principal responsable de la toma de decisiones sobre la vacuna. para su(s) hijo(s). En general, el 62% dijo que permitiría vacunar a su hijo, el 28% estaba indeciso y el 10% dijo que no. (6)

Además de estos estudios; según un estudio realizado en Piauí (Brasil) la información sobre los motivos de la no vacunación de los niños mencionados en los resultados de esta investigación mostró que los motivos más prevalentes fueron el hecho de no estar enfermos para vacunarse (20,50%), lo cual no les gusta (19,87%) y miedo (14,83%). (2)(8)

En la actualidad existen tres tipos de vacunas disponibles autorizadas y comercializadas por distintos laboratorios que protegen de los genotipos más prevalentes, causantes de entre el 70 y el 90% de las lesiones premalignas y malignas del cuello de útero, entre otro amplio número de lesiones secundarias a la infección: (4)

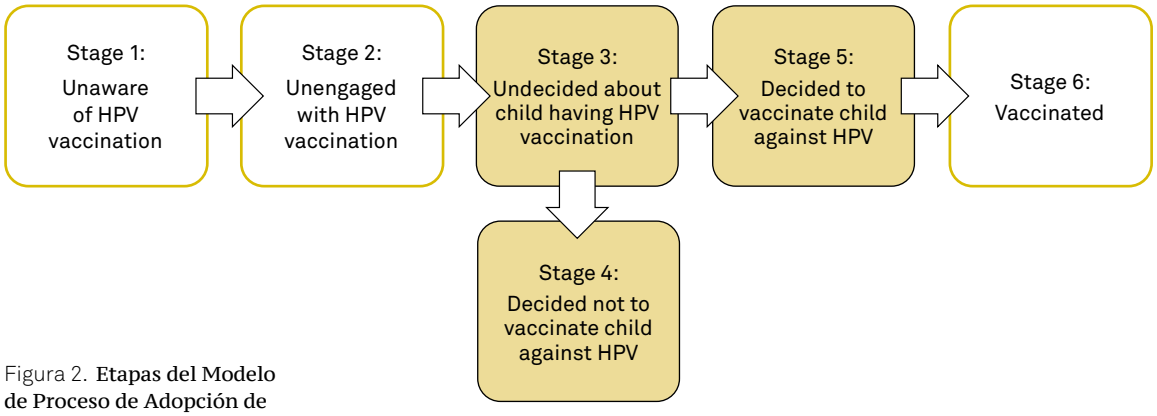


Figura 2. Etapas del Modelo de Proceso de Adopción de Precauciones (PAPM) para la aceptación de la vacunación contra el VPH. *Elaboración propia.*

Causa para vacunar	Explicación razonada
1. Fracción importante de casos en el varon de patologia oncológica relacionada con el VPH	En nuestro medio, de todos los casos de patología oncológica relacionada con el VPH, una cuarta parte corresponde al varón
2. Cancer de cabeza y cuello y cancer anal en aumento sobre todo en varones	La incidencia del cáncer de cabeza y cuello y del cáncer anal está aumentando de forma progresiva sobre todo en el varón. El cáncer de cabeza y cuello es mucho más frecuente en el varón. El cáncer anal es tan frecuente en el varón como en la mujer
3. Cancer de cabeza y cuello relacionado con el VPH	La implicación del VPH en el cáncer de cabeza y cuello, calculada clásicamente en un 20- 30 % de los casos, parece que es mayor de lo que se pensaba, implicando a toda la vía respiratoria
4. No hay cribado de las otras patologías oncologicas relacionadas con VPH	No existen medidas alternativas de cribado del cáncer relacionado con VPH en varones (pene, anal, cabeza y cuello) como por el contrario ocurre con el cáncer de cérvix en mujeres
5. Impacto en las verrugas genitales en el varón	La carga de enfermedad no oncológica en el varón también es considerable, ya que la mitad de los casos de verrugas genitales se dan en el varón
6. La inmunidad de grupo generada con la vacunación solo de chicas es incompletta para el varón	La vacunación sistemática frente al VPH solo de las chicas genera una imunidad de grupo parcial en los chicos, debido a varias razones: - Existe un promedio de un 20-25 % de chicas no vacunadas en nuestro medio y que son potenciales transmisoras del VPH a los chicos heterosexuales - Hay paises que no tienen incluida la vacunación frente al VPH en las chicas. Dada la alta movilidad e interacción intersexual de los jóvenes actualmente, es muy probable el contacto con chicas extranjeras no vacunadas - El efecto de inmunidad de grupo observado en algunos países (como Australia) no se ha podido observar en países europeos que han estudiado este efecto. Se especula que la alta movidad de los jovenes en Europa dificulta o imposibilita este beneficio potencial - Los hombres que tienen sexo con hombres no pueden beneficiarse de la inmunidad de grupo que se puede generar vacunando solo a las chicas
7. Mejora la inmunidad de grupo en la mujer	Dado que, por distintas razones, hay chicas que no están vacunadas, aquellas con prácticas heterosexuales pueden estar protegidas de forma indirecta con la vacunación del varón
8. Ayuda a la erradicación global de la infección por el VPH	Vacunando no solo a chicas sino también a chicos se colaborará en el objetivo diana de erradicar la infección por o VPH en humanos. Los chicos son además los mayores transmisores del virus a nivel mundial
9. Igualdad-equidad sexual	Si la vacuna protega frente al cáncer relacionado con el VPH en ambos sexos, es ético incluir a ambos sexos en las recomendaciones
10. Autorización para el empleo de las vacunas VPH en el varón y experiencia en otros países	Actualmente, las 2 vacunas frente al VPH disponibles están autorizadas para su uso en varones desde los 9 aóos de edad, aunque con VPH-2 hay muy poca experiencia Hay 45 países que tienen incluida la vacunación sistemática frente al VPH en varones, como EE.UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Argentina, Brasil, Chile, Panamá, Uruguay, Israel, Alemania, Austria, Bélgica, Croacia, República Checa, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, Finlandia, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, Liechtenstein, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Serbia, Suecia, Suiza y Reino Unido

Figura 3. Diez razones para recomendar la vacunación frente al VPH en adolescentes varones. (8)

- Vacuna Tetravalente: Frente a los genotipos 6, 11, 16 y 18. (Gardasil®). Brinda una protección promedio de ocho años
- Vacuna Bivalente: Frente a los genotipos 16 y 18. (Cervarix®).
- Vacuna Nonavalente: Frente a los genotipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58. (Gardasil 9®). (4)

Con relación a las evidencias encontradas respecto a por qué debemos vacunar a los chicos frente al VPH, se han obtenido muchos resultados favorables, entre ellos se pueden destacar que:

- La vacunación mixta aumenta un 31% la inmunidad de grupo y por tanto a largo plazo también disminuye el cáncer cervical asociado al VPH.
- La vacunación sólo de chicos conduce a un aumento de 14,6 años de vida ajustados por calidad (IC 95%; 11,9-17,7).
- La vacuna previene la infección anogenital y el desarrollo de lesiones genitales externas relacionadas con el VPH en hombres de entre 16 y 26 años. (14)

DISCUSIÓN

El por qué hay que vacunar a los niños frente al VPH ha sido discutido por varios estudios de investigación. En base a la información obtenida, la evidencia es clara, en muchos aspectos incorporar esta vacuna en varones aporta beneficios tanto a mujeres como a hombres.

A continuación, se muestra esta tabla donde se recogen las razones para vacunar a los adolescentes varones (Figura 3).

Las vacunas recomendadas para la vacunación del VPH en niños son las siguientes, aunque la VPH-9 es la única que se administra en la Comunitat Valenciana:

La vacunas VPH-4 y VPH-2 (intramuscular) está indicada a partir de los 9 años para la prevención de:

- Lesiones genitales precancerosas (cervicales, bulbares y vaginales) y cáncer cervical relacionadas causalmente con ciertos tipos oncogénicos del VPH.
- Lesiones anales precancerosas relacionadas causalmente con VPH 16 y 18 y la prevención de neoplasia anal intraepitelial de cualquier grado causada por VPH 6, 11, 16 y 18 en ambos sexos de 9 a 26 años.
- Verrugas genitales externas (condilomas acuminados) relacionadas causalmente con tipos específicos del VPH en ambos sexos de 9 a 26 años.

La vacuna VPH-9 (intramuscular) está indicada para la inmunización activa de individuos de ambos sexos a partir de los 9 años frente a las siguientes enfermedades por VPH, pero en la Comunitat Valenciana por el momento solo se vacunará a niños de 12 años o nacidos en 2010 (Foto 3):

- Lesiones precancerosas y cánceres que afectan al cuello de útero, vulva, vagina y ano causados por los tipos del VPH de la vacuna y Verrugas genitales

Cervarix	Gardasil	Gardasil 9
Personas de 9 a 14 años inclusive: - Dos dosis: 0 y 6 meses	Personas de 9 a 13 años inclusive: Puede administrarse siguiendo una pauta de 2 dosis: - Dos dosis: 0 y 6 meses	Personas de 9 a 14 años inclusive: - Dos dosis: 0 y 6 meses
Personas de 15 años en adelante: - Tres dosis: 0, 1 y 6 meses	Personas de 14 años en adelante: - Tres dosis: 0, 2 y 6 meses	Personas de 15 años en adelante: - Tres dosis: 0, 2 y 6 meses

Foto 3. Pautas de las vacunas del VPH según edad de administración de la 1.ª dosis. (8)

Los efectos adversos más frecuentes son la reactogenicidad local (específicamente el dolor local) y el dolor muscular generalizado, generalmente leves y bien tolerados. Algunos pacientes presentan cefalea, y raramente fiebre.

Nuestros hallazgos sugieren una amplia aceptabilidad de la vacunación contra el VPH para niños en, pocos padres afirman que no vacunarían a sus hijos. Sin embargo, el conocimiento sobre el VPH y la vacuna, y en particular sobre los planes para vacunar a los niños, sigue siendo bajo y una proporción significativa de padres de niños y niñas dijeron que necesitaban más información para tomar la decisión. Las campañas de concienciación pública y el suministro de información que aborde las preguntas y preocupaciones clave de los padres de los niños a los que se les ofrece la vacuna serán importantes para garantizar una buena cobertura de la vacuna contra el VPH en niños.

En base al número amplio de estudios que enfocan la importancia del rol del profesional sanitario en la toma de decisiones, al documento de consenso de las sociedades científicas españolas y a la importancia y necesidad de mejora de los niveles de información y conocimiento sobre la repercusión del VPH, en especial en varones, se considera importante un aumento de la información dada por los profesionales sanitarios a los progenitores de no solo las niñas, sino también los niños que acuden a las revisiones sanitarias programadas en la edad pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Osmani, Vanesa, and Stefanie J. Klug.** "[HPV Vaccination and the Prevention of Genital Warts and Precancerous Lesions-Current Evidence and Evaluation]." *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, vol. 64, no. 5, 1 May 2021, pp. 590–599. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33851224/
2. **J. L. Obrador** (2022). La Comunitat Valenciana empezará a vacunar del virus del papiloma a niños el 1 de octubre. *Comunidad valenciana, 20 minutos*

   https://www.20minutos.es/noticia/5060064/0/la-comunitat-valenciana-empezara-a-vacunar-del-virus-del-papiloma-a-ninos-el-1-de-octubre/
3. **Autor desconocido** "Vacuna contra el VPH." *PubMed*, Organization of Teratology Information Specialists (OTIS), 1994, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35951791/. Consultado el 17 Octubre de 2022. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35951791/
4. **Espínola, Rosa Ángela Pazos, et al.** "VPH En Niños. La Importancia de Una Vacunación Universal." *Revista Sanitaria de Investigación*, vol. 2, no. 12 (Diciembre), 2021, p. 263.

   https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8277615
5. **CDC español.** "La Prevención Del Cáncer Empieza En La Niñez." *Centers for Disease Control and Prevention*, 27 June 2022.

   www.cdc.gov/spanish/cancer/dcpc/resources/features/cancerninos/index.html#print
6. **Waller, Jo, et al.** "Decision-Making about HPV Vaccination in Parents of Boys and Girls: A Population-Based Survey in England and Wales." *Vaccine*, vol. 38, no. 5, Jan. 2020, pp. 1040–1047. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31787415/

7. **Walhart, Tara.** "Padres, Adolescentes, Niños Y La Vacuna Contra El Virus Del Papiloma Humano: Una Revisión." *International Nursing Review En Español: Revista Oficial Del Consejo Internacional de Enfermeras*, vol. 59, no. 3, 2012, pp. 339–346,.

https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4119614

8. **Loiola, Brenda Moreira, et al.** "Situação Vacinal de Adolescentes Escolares Contra O HPV E Fatores Associados." *Saúde Coletiva (Barueri)*, vol. 10, no. 59, 9 Dec. 2020, pp. 4106–4115,. revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1053, 10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4106-4115

9. **EMA.** "FICHA TÉCNICA GARDASIL 9 SUSPENSION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA." *Cima.aemps.es*. Consultado el 16 de enero de 2020.

https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/1151007002/FT_1151007002.pdf

10. **Berenson, Abbey B., et al.** "Lograr altas tasas de finalización de la vacuna contra el VPH en una población de clínicas pediátricas". *Vacunas humanas e inmunoterapia*, vol. 15, núm. 7 y 8, 23 de octubre de 2018, págs. 1562–1569.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30299220/

11. **Martínez-Lavín, Manuel.** "Síndrome Postvacunal VPH. ¿Un Espejismo Clínico, O Un Nuevo Modelo Trágico de Fibromialgia?" *Reumatología Clínica*, vol. 14, no. 4, July 2018, pp. 211–214, 10.1016/j.reuma.2018.01. 014.. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29548896/

12. **Jairo Echeverry-Raad, Carlos A, et al.** "HPV vaccine: gynecological, ethical and bioethical conceptual elements" *Revista Universidad Panamericana,* vol.7 no. 2, 2021,pp.106-116.

https://www.researchgate.net/profile/Gilberto-Gamboa-Bernal/publication/357067760_Vacuna_del_VPH_elementos_conceptuales_ginecolgicos_ticos_y_bioticos/links/61d86459b8305f7c4b2a6c74/Vacuna-del-VPH-elementos-conceptuales-

13. **Herrero, Lidia López, et al.** "¿Educación y Vacunación? Papilomavirus En Hombres." *Revista Sanitaria de Investigación*, vol. 3, no. 1, 2022, p. 15.

https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?código=8298406

14. **Silva, Vanessa Filipa Guedes, et al.** "Vacinação Contra O Papiloma Vírus Humano No Género Masculino Em Idade Pediátrica: Qual a Evidência?" *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, vol. 35, no. 5, 1 Sept. 2019, pp. 382–91. http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732019000500005&lang=pt

TÉCNICA y CUIDADOS de ENFERMERÍA

en la inserción y mantenimiento del catéter Swan-Ganz ®

RESUMEN

Introducción. Desde sus inicios en el siglo pasado, el cateterismo de arteria pulmonar (CAP) ha ido evolucionando hasta ser una técnica de evaluación hemodinámica invasiva que puede realizarse en la cama del paciente a través de un catéter Swan-Ganz ® (SG); este procedimiento ha mantenido un curso intermitente en cuanto a su uso; no obstante, actualmente ha demostrado relevancia en escenarios específicos. El CAP es un sistema de monitorización invasiva muy utilizado en unidades de intensivos cardiovasculares para el manejo del paciente en Shock cardiogénico.

Objetivos. En este articulo buscamos hacer una descripción de la técnica del CAP, así como el manejo para enfermería, con el objetivo de elaborar dos check list, uno para la inserción del catéter y otro para los cuidados de mantenimiento del mismo que nos facilite la estandarización de los cuidados de enfermería del paciente portador de este dispositivo.

Material y métodos. Hemos explicado cuales son las indicaciones, complicaciones, contraindicaciones y otros aspectos necesarios para tener un amplio conocimiento de este catéter, así como los cuidados que tiene que llevar a cabo enfermería tanto en el procedimiento de inserción, como en el mantenimiento y retirada de este.

AUTORAS

Pilar Bruyel Pérez
Enfermera Unidad Coronaria.
Consorcio Hospital General de Valencia.

Celia Solaz Ródenas
Enfermera Unidad Coronaria.
Consorcio Hospital General de Valencia.

PALABRAS CLAVE

catéter Swan-Ganz
monitorización hemodinámica
enfermería de cuidados críticos cardiovasculares
shock cardiogénico
gasto cardíaco

Conclusiones. La monitorización de los parámetros hemodinámicos resulta fundamental para enfocar el tratamiento de los pacientes críticos y enfermería desempeña un papel de importancia en la vigilancia y detección precoz de ondas anómalas y parámetros fuera de rango que nos pongan sobre aviso de posibles complicaciones.

INTRODUCCIÓN

En las Unidades de cuidados críticos cardiovasculares se atienden pacientes con patologías que comprometen la estabilidad hemodinámica, requiriendo múltiples sistemas de monitorización y tratamiento, que progresivamente con el avance de la ciencia son más complejos y aportan más información sobre el estado del paciente (1).

El personal de enfermería es el que trabaja a pie de cama con el paciente crítico. Es por eso por lo que las enfermeras que desarrollan su práctica asistencial en unidades de cuidados críticos, y más concretamente las que atienden a pacientes cardiológicos, necesitan una formación específica que les permita adquirir las competencias y habilidades necesarias para dar respuesta a las necesidades del paciente crítico de manera eficiente y segura. (2)

Destaca la relevancia de que las enfermeras que trabajan en la unidad de críticos conozcan y asuman las competencias específicas de cuidados cardiológicos agudos descritas por la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC), basándose en el Core Curriculum de la Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions (ACNAP). (2)

Entre estas competencias, señalamos la que está relacionada con el tema que nos interesa (Figura 1).

Es por esto, por lo que se hace de vital importancia abogar por la acreditación y perfil profesional del equipo asistencial de estas unidades cada vez más especializadas y complejas, promoviendo como requisito la acreditación de la formación cualificada especializada en cuidados críticos cardiovasculares. (2)

Uno de los parámetros utilizado en estas unidades para valorar la situación hemodinámica de los pacientes críticos cardiovasculares es el Gasto Cardíaco (GC). El Gasto cardiaco es considerado un evaluador de la función cardiaca global, además proporciona información sobre la causa del shock y el fallo multiorgánico por lo que representa un parámetro fundamental en la evaluación hemodinámica del paciente crítico. (3)

Existen diferentes sistemas por los que puede monitorizarse el GC. La modalidad de monitorización y su invasividad depende del entorno en el que se aplique, las terapias a las que esté sometido el enfermo, su comorbilidad, la complejidad quirúrgica y situación postquirúrgica del enfermo. Sin embargo, el GC obtenido por termodilución con el Catéter en la Arteria Pulmonar es considerado el "gold standard" desde su introducción en 1970. Así, se permite monitorizar la función cardiovascular del paciente crítico y valorar la respuesta al tratamiento. (3)

El objetivo primario de este artículo es describir la técnica de monitorización invasiva mediante CAP y los cuidados de enfermería relacionados con el mismo.

El objetivo secundario es la elaboración de dos ckeck-list, uno para la inserción del catéter, así como para la calibración inicial y otro check-list sobre los cuidados de enfermería para el mantenimiento del catéter por turno.

La finalidad de estos es la de trabajar todos con el mismo criterio y rigor científico, así como para disminuir la variabilidad en el día a día de nuestra práctica con este sistema de monitorización.

CONOCIMIENTO Y GESTIÓN DE CUIDADOS AL PACIENTE CRÍTICO:

cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, disfunción multiorgánica, post operatorio de cirugía cardiaca, post intervencionismo estructural, cuidados post resucitación, taponamiento cardiaco, estados metabólicos anormales, identificación y tratamiento de arritmias, soporte vital avanzado (SVA), implantación y manejo de MCP transitorio, monitorización hemodinámica invasiva, manejo de la vía aérea, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, manejo de asistencias mecánicas cardiocirculatorias y de técnicas de sustitución renal continua. (2)

Figura 1. Competencias de enfermería en cuidados críticos cardiológicos. Fuente: Rubio Martin S et al, 2022.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del catéter

El catéter estándar para adultos es del calibre 7 French y mide 110 cm de longitud. Se introduce por un acceso central (vena yugular interna, subclavia o femoral), mediante un introductor (calibre 8 French) que se inserta mediante la técnica modificada de Seldinger.

El modelo básico, consta de cuatro luces separadas:

Luz distal: (color amarillo) Termina en la punta del catéter y queda alojada en la arteria pulmonar (AP). Sirve para medir la presión de arteria pulmonar (PAP) y la presión de enclavamiento pulmonar (PCP); permite además extraer sangre para el análisis de los gases venosos mixtos.

Luz proximal: (color azul) Situada a 30 cm de la punta, queda ubicada en la aurícula derecha y se puede utilizar como una vía central: administración de sueros y fármacos, recogida de muestras de sangre para analítica y gases, medición de la presión venosa central (PVC) e inyección de bolos de suero frío para la determinación del GC por termodilución.

Luz: (color rojo) que comunica con un balón situado en el extremo distal del catéter (a dos cm); su inflado provoca el enclavamiento del mismo y mide la PCP. Esta provisto de una jeringa para el inflado del balón y una válvula de apertura y cierre.

Cable del termistor: (color amarillo) que consiste en un cable metálico conectado a un sensor de temperatura situado cerca del extremo distal del catéter; mide la variación de temperatura para la determinación del GC y monitoriza la temperatura central. En su extremo externo presenta una conexión que le permite adaptarse a un cable que va al monitor.

Existen diversas variantes del CAP: pediátricos, con una luz adicional para infundir líquidos, con una luz para introducir un electrocatéter de estimulación cardíaca temporal, con haces de fibra óptica para monitorización de la saturación venosa mixta (SvO2), con un sistema para medición continua del GC y otros que permiten calcular el volumen del ventrículo derecho y su fracción de eyección. (4). En nuestra unidad, empleamos un catéter de Swan Ganz que permite la medición continua del GC y de la SvO2, junto con la consola Hemosphere de Edwards (Figura 2).

Preparación del paciente

Antes de comenzar debemos informarle en un lenguaje comprensible de lo que se va a realizar, aclarando dudas o errores de comprensión sobre la explicación del médico, que debe informarle de la necesidad del uso del catéter para tratar adecuadamente su enfermedad y el mínimo riesgo que supone. Explicaremos que las molestias que sentirá serán escasas gracias a la anestesia local, cómo puede él colaborar para facilitarnos la colocación del dispositivo y que puede comunicarnos cualquier malestar o problema durante la misma. Tal vez requiera la administración de un ansiolítico, aunque una información sencilla y veraz suele resultar mucho más efectiva para obtener la colaboración del paciente.

Monitorización del ECG, tensión arterial y saturación de O2 del paciente.

Situar al paciente en decúbito supino en posición de semi-fowler (elevación de cabecera de cama unos 30º). (5)

Lugares de inserción

Se introduce por vena yugular interna, subclavia o femoral (aunque la localización más frecuente es la yugular interna derecha), a través de un introductor de calibre 8 Fr. (5).

Si el paciente lo tolera, colocar en Trendelemburg para mejorar el relleno venoso y prevenir la embolia gaseosa. Girar la cabeza hacia el lado contrario (las venas quedan mejor fijadas). (3)

Indicaciones

Se utiliza para monitorizar la función cardiovascular en pacientes en estado crítico y valorar la respuesta al tratamiento médico. Con los datos derivados de las mediciones pueden evaluarse las funciones ventriculares izquierda y derecha y lograr un diagnóstico diferencial del shock y de los edemas pulmonares cardiogénicos y no cardiogénicos.

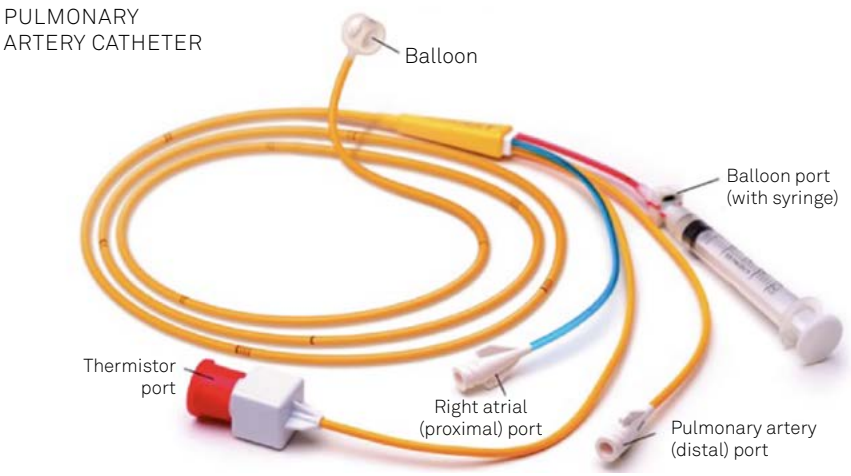


Figura 2. **Catéter de Swan-Ganz ®. Fuente: Carrasco Rueda, JM et al.**

Contraindicaciones

Absolutas: **Prótesis mecánica valvular tricuspídea o pulmonar, masa intracavitaria en ventrículo derecho, endocarditis derecha.**

Relativas: **Presencia de marcapaso endocárdico, prótesis biológica valvular tricuspídea o pulmonar, Sindrome de distress respiratorio secundario a sepsis pulmonar, bloqueo completo de rama izquierda del haz de His, arritmias significativas, infección de zona de punción. (1)**

No se debe insertar en pacientes con infarto agudo de miocardio sin evidencia de complicaciones respiratorias o cardíacas.

Técnica de inserción

La introducción del catéter debe ser realizada por personal experto y bajo las normas del protocolo de Bacteriemia Zero.

En concreto, el protocolo de Bacteriemia ZERO indica que en el caso del catéter Swan-ganz debe utilizarse una funda estéril, que se colocará en el momento de la inserción del catéter, para su protección y posteriores movilizaciones. (6)

Antes de comenzar con este procedimiento, es importante fijar el transductor de presiones, calibrándolo a cero y dejándolo listo para la conexión al catéter. Antes de insertar el catéter, debe probarse la integridad del balón; debe ser hinchado sólo con aire (de 0,7 a 1,5 cc), porque el empleo de líquido en lugar de aire lo hace más rígido pudiendo dañar la estructura de la vasculatura pulmonar. Una vez probado, se debe dejar salir el aire pasivamente, sin aspirar, ya que la presión negativa puede introducirlo dentro del catéter, dañándolo. (7)

1. El médico canaliza la vena cava superior, vía subclavia, yugular interna o yugular externa con el catéter introductor, utilizando la técnica modificada de Seldinger. El paciente debe contener la respiración en el momento de la punción. En el caso de ventilación mecánica, se desconecta durante unos instantes para reducir el riesgo de punción pleural accidental. (8)

2. El personal de enfermería conecta las llaves de 3 pasos al catéter proximal y distal del SG, y purga ambos cuidadosamente.

3. Para guiar la colocación del catéter es necesaria la conexión del extremo distal del catéter al monitor de presiones para, observando la variación de las mismas, saber en qué punto del recorrido nos encontramos en cada momento.

4. El médico comienza la introducción del SG. Es el momento de colocar alrededor de este un manguito de plástico que lo mantendrá estéril para futuras manipulaciones (introducción o retirada parcial). (8)

5. Cuando se ha llegado a la Aurícula Derecha (AD), se inflará el balón con aire para poder atravesar la válvula tricúspidea (VT) y entrar en el ventrículo derecho (VD). Este avance del catéter es de aproximadamente 40 cm del área antecubital derecho y 50 cm si es del antebrazo izquierdo; si la vía utilizada es por Seldinger, puede necesitarse introducir al catéter de SG unos centímetros más, todo ello dependiendo

de las características del paciente. Entonces, se infla el balón y se avanza bajo control permanente del electrocardiograma y de las presiones, a través de la AD, VD, y AP hasta que se obtiene presión capilar pulmonar (PCP) o de enclavamiento. (5)

Se puede ayudar al procedimiento, lateralizando al paciente ligeramente sobre su lado derecho o diciéndole que respire profundamente. Si la inserción es dificultosa, puede ser necesario retirarlo parcialmente y reintentar la misma; durante esta maniobra se debe desinflar el balón, para recolocarlo nuevamente. Una vez que se considera que el catéter está en posición, se lo protege en su longitud con la cobertura para tal fin.

También, se puede confirmar que el catéter se encuentra realmente en la posición "wedge" (enclavamiento), demostrando que la sangre aspirada desde la punta del catéter tiene una saturación de oxígeno del 95% o mayor. Si la presión capilar se está midiendo desde una AP grande, será probablemente necesario retirar unos 5 a 15 ml de sangre de la AP, antes de tomar la muestra para medir la saturación de oxígeno equivalente a la sangre del capilar pulmonar. Esta sangre viene del "espacio muerto" situado en la AP. (7)

6. Control radiológico con placa de tórax tras su inserción.

7. Durante la progresión del SG, vigilar posibles alteraciones del ritmo. La enfermera irá registrando las posibles arritmias que se presenten y las presiones en las distintas cavidades.

8. Una vez comprobada la correcta colocación del SG, la enfermera deshinchará el balón.

9. El médico fija con sutura el catéter a la piel para evitar posibles desplazamientos.

10. La enfermera vuelve a desinfectar la zona de inserción tras limpiarla cuidadosamente y la cubre con un apósito estéril.

Utilidades

- Monitorización de PVC, de presión de arteria pulmonar (PAP) y de enclavamiento de la arteria pulmonar (PCP).
- Medición del GC mediante termodilución.
- Cálculo o monitorización continua de la SvO2 (de arteria pulmonar).
- Cálculo de valores hemodinámicos avanzados a partir de valores de presiones y del GC.
- Medición de la temperatura central.
- Extracción de muestras sanguíneas.
- Electroestimulación cardiaca secuencial, en el caso de que lleve un electrocatéter incorporado.
- Administración de los fármacos vasoactivos (inotrópicos, antiarrítmicos) por una vía central cuya ubicación se conoce de manera exacta. Dicha infusión debe realizarse por el lumen destinado exclusivamente a infusión (proximal o medio según el tipo de catéter), de modo que no se produzcan interferencias con las mediciones, ni emboladas o paros en la administración del fármaco. (8) En nuestra unidad utilizamos un introductor con dos luces por donde podemos infundir fármacos sin interferir así con la monitorización del SG.

Retirada

Podemos retirar sólo el catéter de SG y dejar el introductor para uso como un catéter venoso central, en cuyo caso el procedimiento para su retirada es el siguiente:

1. Consultar en la historia clínica del enfermo la aparición de arritmias durante la introducción del catéter.
2. Cerrar los sistemas de lavado.
3. Comenzar a extraer el catéter lentamente vigilando la aparición de arritmias en el monitor. Hay que asegurarse de que el balón está completamente deshinchado al retirar.
4. Poner tapón al introductor por la luz de entrada donde se encontraba el catéter de SG.

Si además del catéter se retirase también el introductor sería de la siguiente manera:

Seguir los pasos 1, 2 y 3.

4. Retirar el apósito y las suturas.
5. Colocar al paciente en posición de Trendelemburg, para evitar la embolia gaseosa por entrada de aire, y pedir al paciente que realice una inspiración profunda y aguante el aire unos segundos.
6. Comprimir localmente el punto de punción hasta cortar la hemorragia.
7. Realizar cultivo de la punta del catéter si hay signos de infección, o siempre que el protocolo del centro lo requiera.
8. Curar con un antiséptico y apósito estéril. (7)(8)

Material necesario	SI	NO
Material estéril para la inserción de vías venosas centrales: paños fenestrados y sin fenestrar, batas, guantes estériles, gasas, gorros, mascarillas. Es posible que el facultativo precise de una mesa de mayo para preparar el material fuera del paciente.		
Antiséptico, seda, agujas de carga e IM para infiltrar el anestésico, anestésico local y jeringas (de todo ello disponibles en el carro de técnicas).		
Llave de tres para bifucar la arteria canalizada (para el monitor central y para el monitor HemoSphere)		
Catéter de Swan-Ganz. (Comprobar que esté la funda)		
Introductor de 8 Fr.		
Kit de monitorización de presiones: 2 presurizadores, cable de conexión al monitor, suero salino (heparinizado o no según protocolo del hospital, en el nuestro no se hepariniza) y sistema de monitorización de presiones (se necesitará uno para la arteria (que se bifurca para monitorizarlo centralmente y otro para el monitor HemoSphere), otro para PVC (LÍNEA AZUL) y otro para PAP (LÍNEA AMARILLA).		
Monitor de gasto cardiaco (según hospitales. En el nuestro es el monitor avanzado HemoSphere, de Edwards).		
Carro de paradas y desfibrilador comprobado		
Regleta para la introducción de los transductores de presión.		
RX Tórax control tras su inserción.		

Figura 3. Check-list material de inserción. Fuente: *elaboración propia*.

Complicaciones

- Hemotórax/ Neumotórax: estaría relacionado con la inserción del catéter.
- Infección del catéter/tromboflebitis y sepsis: Evitar la permanencia del catéter más allá de lo que se estime estrictamente necesario, según estado clínico del paciente y utilidad del dispositivo (en el caso del SG no más de 72 horas).
- Salida del catéter por tracción mecánica.
- Trombosis y necrosis del tejido local. Para evitarlo debemos asegurar un flujo constante por la luz proximal.
- Rotura de la arteria pulmonar. Se produce por un inflado excesivo del balón porque el catéter esté muy introducido.
- Rotura del balón de medición PCP: se produce por inflado excesivo del balón o permanencia del catéter mucho tiempo. Debemos sospecharla cuando encontremos poca resistencia al hinchar el balón, no se amortigüe la curva de PAP o aparezca sangre en el catéter del balón.
- Infarto pulmonar: está provocado por la persistencia del balón hinchado o por la migración de la punta debido a que con el tiempo el catéter se reblandece y alarga pudiendo progresar a ramas más finas de la arteria pulmonar.
- Anudamiento del catéter.
- Microembolia: se evita con la perfusión continua de SF o solución heparinizada (según protocolo de cada centro).
- Endocarditis, daño valvular.
- Arritmias. (2) (4)(5)(8)

RESULTADOS

El primer resultado será la descripción del catéter SG. El CAP es un catéter dirigido por flujo con punta de balón que permite un acceso rápido a la circulación venosa central, al corazón derecho y a la AP. (1). En el apartado "Material y métodos" se hace una descripción detallada de las partes y funcionalidad del catéter descrito.

El segundo resultado ha sido la elaboración de dos check-list.

1. Check-list con el material necesario para la implantación del catéter que facilita el trabajo y disminuye la variabilidad aumentando así la seguridad del paciente (Figura 3).

Check list mantenimiento catéter Swan-Ganz	M/T	T/N
1. Longitud catéter		
2. Transductores a la altura AD		
3. Permeabilidad luz distal y proximal		
4. Calibración (puesta a cero de los transductores)		
5. Jeringa en posición y deshinchada		
6. Bacteriemia Zero (apósito limpio, punto inserción, funda colocada...)		
7. Morfología ondas Valores: PVC PAP PCP o PoAP GC IC SvO2		
8. Presión inflado presurizador y sistema cerrado		
9. Presencia curva Arteria Pulmonar		
10. Cambio sistemas y transductores c/72h		

Figura 4. Check-list mantenimiento Swan- Ganz.
Fuente: *elaboración propia.*

2. Check list de fácil uso y visualización para utilizar en cada turno y comprobar el adecuado mantenimiento del catéter, lo que permite estandarizar los cuidados y anticiparse a las posibles complicaciones (Figura 4).

Y ahora la explicación detallada de cada uno de los puntos del check list:

1. Longitud del catéter insertado. Controlar que no se ha movido el catéter a través de las marcas que hay en el catéter. Las marcas del catéter se encuentran cada 10 cms y aparecen indicadas por un delgado anillo negro.

   Distancia a la unión vena cava a la AD es de 15 a 20 cm desde Yugular interna.

   Distancia a la AP ubicación de 40 a 55cm desde Yugular interna. (9)

2. Los transductores de presión deben de estar a la altura de la AD, en la línea media axilar 4ºespacio intercostal.

3. Permeabilidad luz distal y luz proximal.

   Evitar la perfusión de soluciones hipertónicas y fármacos por la luz distal para no lesionar la arteria pulmonar. (4)

   Asegurar permeabilidad luz distal mediante el uso de un presurizador a un flujo constante de 3ml/h. (3)

   Si precisa, infundir sueros y medicación solamente por la luz proximal (color azul).

   Evitar administrar drogas vasoactivas por la luz proximal, para no realizar administraciones en forma de bolo durante la medición del GC por termodilución. (3)

   Emplear la luz distal (color amarillo) solo para la toma de muestras.

4. Calibración: consiste en la puesta a cero de los transductores de presión, el monitor central y el monitor del GC.

5. Jeringa colocada en posición y deshinchada.

   No inflar el balón más de 1,5ml, o si se encuentra excesiva resistencia, o si hay presencia de sangre en la jeringa. Asegurarse siempre que éste queda desinflado. (3)

6. Comprobar que se cumplen las normas establecidas en el protocolo "Bacteriemia Zero": apósito transparente limpio, visualización y vigilancia del punto de inserción, minimizar entradas... Manipulación mínima y técnica estéril.

   Debe utilizarse una funda estéril, que se colocará en el momento de la inserción del catéter, para su protección y posteriores movilizaciones. Minimizar el número de manipulaciones y entradas al sistema de monitorización depresiones y equipo transductor. (6)

7. Comprobar los valores numéricos del monitor y que la morfología de las ondas es la correcta para dar validez a los valores.

8. Comprobar la correcta presión de inflado del presurizador, mantener el sistema cerrado y sin acodar y utilizar soluciones heparinizadas de mantenimiento según protocolo del hospital. (7)

9. El catéter es de polivinilo y se dilata con el calor, pudiendo enclavarse por sí solo en la AP y provocar un infarto pulmonar. Si desaparece la curva avisar al médico de guardia. (5)

10. Cambio de sistemas y transductores cada 72 h.

Interpretación de las presiones y de las curvas

Hay que ir anotando las presiones obtenidas al paso del catéter por las cavidades cardiacas. (5)

Es imprescindible conocer la morfología de las ondas para saber dónde se encuentra situada la luz distal del catéter. (5)

Puede haber variaciones de la morfología de las curvas y estas pueden deberse a:

- cambios en el estado del paciente.
- artefactos.
- amortiguación (burbujas de aire, coágulos en el extremo distal del catéter, acodaduras, enclavamiento del catéter).
- Variación de la posición del catéter o del paciente. (8)

Se deben de recoger las presiones pulmonares siempre al final de la espiración. (8)

La primera curva de presión que aparece en el monitor es la PVC que es cuando la punta del catéter está en la AD.

El trazado de presión de la AD presenta diferentes curvas de presión (secuencia A-X-V-Y) (Figura 5). La PVC manifiesta el estado volémico del paciente y su relación directa con el VD, se puede interpretar como las presiones de llenado del lado derecho del corazón. (1)

La presión en el VD posee una onda sinusoidal de rápido ascenso y descenso. (1) (Figura 5). Su aumento indica insuficiencia mitral, insuficiencia cardiaca congestiva, hipoxemia o insuficiencia ventricular izquierda. (8)

La PAP presenta un rápido ascenso y lento descenso con una muesca dicrota, que representa el cierre de la válvula pulmonar (Figura 5) (1) Valora la presión venosa en los pulmones y la presión media de llenado de aurícula y ventrículo izquierdos. (8)

La PCP, o Presión de oclusión de la arteria pulmonar (PoAP) o de enclavamiento, es la presión que se mide en la AP después de enclavar con el inflado del balón hasta ocluir la luz arterial. Se registrará la cifra media más baja al final de la espiración. (4) La presión es similar a la de la AI, ya que no existen válvulas entre ambas cavidades. Nos da idea de la efectividad del corazón izquierdo en cuanto a bomba. (3) En pacientes con ventilación mecánica con presión positiva al final de la espiración (PEEP) >10 cmH2O se produce un aumento significativo de la presión alveolar provocando una sobreestimación de la PCP. (9)

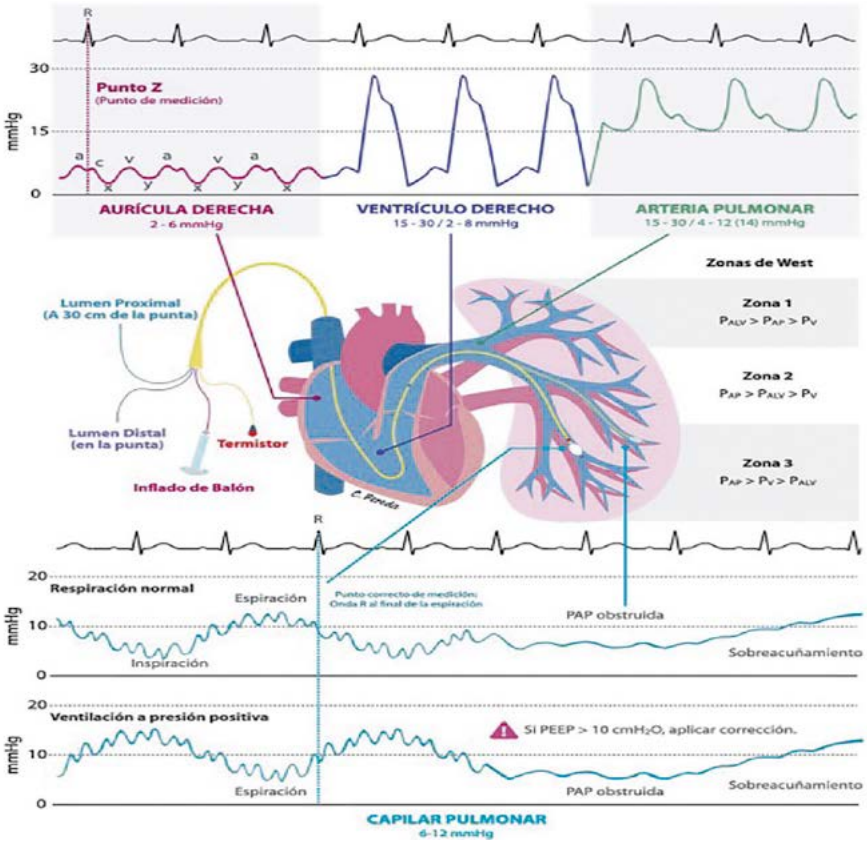


Figura 5. Monitoreo hemodinámico por catéter arterial pulmonar Swan-Ganz. Fuente: Carrasco Rueda, JM et al.

Parametros	Valores normales	Significado
Presión Venosa Central (PVC)	2-6mmHg	Su ⬆ indica insuficiencia del ventrículo derecho, insuficiencia del ventrículo izquierdo, sobrecarga de volumen o embolia gaseosa. (10)
Presión Arteria Pulmonar (PAP)	PAPs 15-30 mmHg PAPd 8-15 mmHg PAPm 14-16 mmHg	PAPs alta asociada a una frecuencia cardiaca elevada es indicativo de disfunción ventricular derecha y alta incidencia de eventos cardiacos. La medición de la presión arterial pulmonar media (PAPm) es relevante en el diagnóstico y manejo de Hipertensión pulmonar. (1)
Presión Capilar Pulmonar (PCP)	6-12 mmHg	Su ⬆ indica insuficiencia ventricular izquierda, insuficiencia mitral, sobrecarga de líquidos. Su ⬇ indica reducción de la presión en ventrículo izquierdo al final de la diástole y del gasto cardiaco, o hipovolemia. (3)
Gasto Cardíaco (GC)	4-8 L/min	GC< 4 L/min indica escenario de bajo gasto cardíaco. (1)
Índice Cardíaco (IC)	2.5-4 L/min/m2	IC < 2,2 criterio diagnóstico de shock cardiogénico. (1)
Saturación Venosa Mixta (SvO2)	60-80%	SvO2 < 60 % es un indicador de hipoperfusión, acidosis láctica y mal pronóstico. (1)

Tabla 1. Variables hemodinámicas. Parámetros normales y alterados o patológicos. Fuente: *elaboración propia.*

Con el inflado excesivo del balón, se observa una elevación de la forma de la onda, es el sobreinflado (1) o sobreacuñamiento (Figura 5).

Cuando hay un enclavamiento espontáneo del catéter, el trazado es del tipo de enclavamiento con el balón deshinchado. (1)

DISCUSIÓN

El catéter de SG permite obtener datos hemodinámicos de la PVC, del ventrículo derecho (PVD), de la PAP, la PCP y permite medir también el GC, extraer muestras de sangre para analítica y gases venosos mixtos y medir la temperatura central. El objetivo es valorar la adecuada perfusión y oxigenación tisular. (4) La técnica de termodilución que calcula el gasto cardiaco (GC) mide la variabilidad de temperatura sanguínea de la AP y la de la solución salina inyectada por AD que produce un cambio de resistencia y voltaje generando una curva de tiempo-temperatura a partir de la cual se estima el GC mediante la ecuación de Stewart-Hamilton. Si el área bajo la curva es pequeña, la temperatura se equilibra rápidamente con la temperatura corporal ambiental lo que indica un GC alto, y si el área bajo la curva es grande implica un GC bajo. (1)

Esto hace posible realizar una evaluación y clasificación hemodinámica adecuada, realizar pruebas específicas (p. ej. prueba de vasorreactividad), que ayudan a definir el diagnóstico, la conducta terapéutica, monitorizar la respuesta al tratamiento, la evaluación previa a terapias avanzadas (p. ej. el trasplante cardiaco o dispositivos de asistencia circulatoria mecánica), y el pronóstico en los pacientes. (1)

Las ventajas que ofrece el CAP es que está muy validado, nos da información sobre el GC que es considerado un evaluador de la función cardíaca global. Esto hace que se esté retomando protagonismo en el área cardiovascular. En cuanto a sus desventajas: es un método invasivo y presenta más complicaciones que otros sistemas de monitorización menos invasivas. (2)

La enfermera/o de Cuidados Intensivos Coronarios tiene un papel fundamental en los procedimientos de implantación y retirada del dispositivo, así como en la valoración, atención y evaluación de los pacientes portadores. (10)

CONCLUSIONES

El CAP por SG fue considerado un método revolucionario en su momento; sin embargo, en años subsiguientes, con el avance de técnicas diagnósticas y terapéuticas, tuvo un declive en su uso. En la última década su utilidad volvió a tener protagonismo como monitoreo invasivo hemodinámico en pacientes con fallo cardiaco, asociado a una disminución de la mortalidad y un aumento de la estancia hos-

pitalaria. Asimismo, su uso ha tomado relevancia en pacientes con choque cardiogénico (CC) hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. (1)

Para poder interpretar los datos obtenidos mediante las mediciones de presiones es necesario un conocimiento profundo de la fisiología del aparato cardiocirculatorio. Una adecuada información al paciente, una correcta asistencia en la colocación y unos expertos cuidados en el mantenimiento del SG garantizan que este cumpla eficazmente con su función, a la vez que reducen al mínimo los riesgos. (9)

El papel de enfermería resulta entonces fundamental en la implantación y manejo de la monitorización invasiva, y concretamente del tema que tratamos, del catéter de SG, tener un conocimiento del mismo, de la posible aparición de complicaciones, la detección anómala de ondas y valores fuera de rango ofrece seguridad al paciente y calidad de los cuidados críticos cardiológicos.

Además, el uso de los check- list da continuidad a los cuidados de enfermería, asegura la transferencia de una información objetiva, clara y no sujeta a interpretaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Carrasco Rueda, JM; Gabino González, GA "et al".** Monitoreo hemodinámico invasivo por por catéter de arteria pulmonar Swan-Ganz: conceptos y utilidad. Archivos Peruanos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. 2021;2(3): p175-186.
2. **M R, S; P O, S "et al".** La unidad de cuidados críticos Cardiovasculares. Tema 1 y tema 2. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Manual de Enfermería en Cuidados críticos cardiovasculares. Octubre 2022. p18-23;26,29,30, 32.
3. **Pérez Ortega, S; Hervás Durán, V.** Monitorización cardiovascular invasiva. Tema 7. Asociación Española de Enfermería en cardiología. Manual de Enfermería en Cuidados críticos cardiovasculares. Octubre 2022. P 107-110.
4. **Alvarez Gonzalez MJ, Arkáute Estrada I "et al".** Monitorización de la arteria pulmonar Catéter de Swan Ganz. Guía de práctica Clínica de cuidados Críticos de Enfermería. Hospital de Txagorretxu .2004; p153-161.
5. **González Cabeza V, Torregrosa García MJ.** Monitorización del Gasto cardiaco y arteria pulmonar mediante el catéter Swan Ganz En Navarro Arnedo, JM, Perales Pastor, R. Guía práctica de enfermería en el paciente crítico. 2º Edición. Hospital General Universitario de Alicante; 2012. p60-70.
6. **Bacteriemia ZERO.** Protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres vasculares (Actualización Diciembre 2021 -Versión 2.0) Bacteriemia Zero, 2ª edición, 2021. Publicado por el Ministerio de Sanidad. La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades coronarias (SEEIUC) han coordinado con otras Sociedades científicas la actualización del Protocolo del Proyecto "Bacteriemia Zero" en España.
7. **Aina Lauga, Alfredo D'Ortencio.** Monitoreo de las presiones de la arteria pulmonar catéter de swan-ganz. Parte II. Insuficiencia Cardíaca. 2007. Vol 2.
8. **Delgado Deza, S; Romeo Cambra, P; Marcos Blasco, L.** Papel de enfermería en el manejo del catéter Swan-ganz en UCI. RSI. 2021.
9. **W T McGee; C Y; J A F.** Guía rápida de cuidados cardiorrespiratorios. Ed 4º. Edwards Lifesciences. 2018.
10. **Casado Dones, MJ; Casado Dones, MR.** Papel de enfermería en el manejo del catéter de Swan-Ganz. Enfermería Intensiva. Julio 2008. Vol 19, número 03.

USO DEL CATÉTER VENOSO *Midline* para extracción de sangre y administración de hemoderivados en NEONATOS

AUTORES

Dra. Carmen Neri Fernández Pombo
Enfermera Unidad de Neonatología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Elena Gesto Laguela
Enfermera Especialista en Pediatría
Unidad Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)

Diana Flórez Rodríguez
Enfermera Especialista Pediatría
Unidad Neonatología, CHUAC.

Laura García Velo
Enfermera Unidad Neonatología, CHUAC.

Beatriz Iglesias García
Enfermera Unidad Neonatología, CHUAC.

María Martínez Alfonso
Enfermera Especialista Pediatría
Unidad Neonatología, CHUAC.

Dolores Eiriz Barbeito
Enfermera Especialista Pediatría. Supervisora de Enfermería Unidad Neonatología, CHUAC.

Dr. Alejandro Ávila Álvarez
Médico Especialista en Pediatría. Neonatólogo.
Unidad de Neonatología del CHUAC.

PALABRAS CLAVE

recién nacido
catéter venoso midline
extracción de sangre
hemoderivados

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La durabilidad del catéter venoso periférico de línea media permite reducir el número de punciones asociadas a la prescripción de tratamiento endovenoso en los pacientes neonatales, lo que supone una notable mejoría en su evolución clínica y su neurodesarrollo. Este tipo de catéter podría ser usado para la extracción de sangre y la administración de hemoderivados lo que además conllevaría una reducción en el número de venopunciones realizadas en esta población. El objetivo de este estudio fue demostrar si su uso con esta finalidad es seguro en neonatos no viéndose incrementadas las complicaciones asociadas a este catéter. MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo con una muestra de 68 catéteres. 43 de ellos fueron utilizados de forma convencional mientras que 25 catéteres fueron empleados además para la extracción de sangre y/o administración de hemoderivados. RESULTADOS: Los resultados de la Regresión de Cox mostraron que la utilización del catéter con estas nuevas indicaciones no se asocia con una mayor tasa de eventos adversos (HR 0,564, 95IC 0,233 – 1,366, p = 0,205). CONCLUSIONES: Se puede concluir que el uso del catéter venoso periférico de línea media en neonatos podría ser factible para extraer sangre y administrar hemoderivados.

TITLE: Use of the Midline venous catheter for blood collection and administration of blood products in neonates

ABSTRACT: INTRODUCTION: The durability of the midline peripheral venous catheter allows reducing the number of punctures associated with the prescription of intravenous treatment in neonatal patients, which represents a notable improvement in their clinical evolution and neurodevelopment. This type of catheter could be used to extract blood and administer blood products, which would also lead to a reduction in the number of venipunctures performed in this population. The objective of this study was to demonstrate whether its use for this purpose is safe in neonates, with no increased complications associated with this catheter. MATERIAL AND METHODS: A retrospective cohort study was carried out with a sample of 68 catheters. 43 of them were used conventionally while 25 catheters were also used for blood extraction and/or administration of blood products. RESULTS: The Cox Regression results showed that the use of the catheter with these new indications is not associated with a higher rate of adverse events (HR 0.564, 95CI 0.233 – 1.366, p = 0.205). CONCLUSIONS: It can be concluded that the use of the midline peripheral venous catheter in neonates could be feasible to draw blood and administer blood products.

KEY WORDS: newborn, Midline venous catheter, blood collection and blood products.

INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos que requieren ingreso hospitalario, especialmente aquellos que necesitan ingreso en cuidados intensivos, son sometidos a múltiples procedimientos invasivos. Entre ellos, la canalización de vías intravasculares constituye el procedimiento más habitual. A pesar de ser una técnica rutinaria en las unidades neonatales, no está exenta de riesgos. Por un lado, su canalización conlleva con frecuencia episodios de dolor, disconfort, e inestabilidad cardiorrespiratoria (1-6) y, por otro lado, las complicaciones como extravasación, obstrucción, o infección son relativamente habituales.

Es conocido que la frecuencia y gravedad de estas complicaciones varía con las características del catéter utilizado y la técnica de inserción (7-10). En la actualidad, en las unidades neonatales se usan principalmente cuatro tipo de accesos vasculares venosos: los catéteres venosos centrales de inserción central (CVCC), los catéteres venosos centrales de inserción periférica (CVCP, también conocidos como epicutáneos o *silásticos*), los catéteres venosos periféricos cortos (CVPC, comúnmente denominados vías periféricas) y, más recientemente, los catéteres venosos periféricos de línea media (CVPLM o midline).

Los usos de los accesos vasculares son múltiples, desde la medición de presiones intravasculares hasta la extracción de sangre o la administración de medicación intravenosa. Para esta última indicación, en líneas generales, se suele elegir un catéter de inserción periférica como primera opción al ser los que sufren menos complicaciones (4, 11-16). Sin embargo, en población neonatal, estas vías presentan una durabilidad aproximada entre 27 y 49 horas (3, 5, 6), lo cual es inferior en muchas ocasiones a la duración del tratamiento prescrito. Esto conlleva que, ante una prescripción de 7 días, por ejemplo, el número de punciones para asegurar el tratamiento podría ascender a cuatro, siempre y cuando la técnica sea exitosa en la primera punción.

La aparición de los CVPLM ha aportado mejorías sustanciales en este campo al incrementarse la durabilidad de estos dispositivos periféricos en hasta 29 días (3, 12, 14, 17). Esta durabilidad, podría posicionar a este catéter como la primera elección en neonatología para algunas indicaciones. Sin embargo, y a pesar de las ventajas teóricas que este catéter proporciona, principalmente en la estabilidad clínica ante la reducción de las punciones y la reducción de las complicaciones asociadas, la evidencia disponible sobre el CVPLM en población neonatal hasta el momento es escasa, requiriéndose más estudios que avalen estos beneficios y que evalúen indicaciones y usos más allá de los convencionales. En el caso concreto del uso de CVPLM para administrar

hemoderivados o como vía de extracción de sangre, existen dudas de la conveniencia de usar estos catéteres por la posibilidad teórica de que ello conlleve mayor tasa de algunas complicaciones, aunque no existen datos que lo avalen.

Por tanto, planteamos analizar su uso para extracción de sangre y administración de hemoderivados esperando encontrar que los CVPLM empleados para su uso convencional y para la extracción de sangre y administración de hemoderivados presentaran igual o inferior incidencia de eventos adversos que aquellos neonatos con un CVPLM con un manejo convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el 11 de marzo de 2019 hasta el 14 de febrero de 2021 se realizó un registro prospectivo de todos los CVPLM canalizados en una unidad de neonatología nivel III-C del sistema público español. No hubo limitaciones por edad gestacional ni por patología. El CVPLM utilizado fue el *Seldipur Smartmidline®* de poliuretano de la marca comercial *Vygon®*, introducido tras la canalización de un CVPC de 24 gauges mediante la técnica convencional de *Seldinger*. Se utilizaron catéteres de 6 y 8 centímetros de longitud.

Se dividieron los catéteres insertados en dos grupos en función de su uso: aquellos que se utilizaron de acuerdo a las indicaciones convencionales descritas en la Ficha Técnica del CVPLM constituyeron el grupo no expuesto o control, y aquellos que se utilizaron, además de para estas mismas indicaciones, para la extracción de sangre y la administración de hemoderivados, constituyeron el grupo expuesto. Se obtuvo la aprobación del Comité Autonómico de Ética e Investigación de Galicia (CAEIG), Código de Registro: 2021/070.

Nuestros resultados podrían conllevar ***CAMBIOS*** en la **práctica clínica** y potenciales ***beneficios*** para los RECIÉN NACIDOS

VARIABLES

Se registraron variables demográficas y basales (diagnóstico al ingreso, sexo, peso, edad gestacional y días de vida al ingreso y en el momento de la inserción), variables de la canalización venosa (indicación, centímetros de longitud del catéter, lugar anatómico, lugar de inserción en la unidad) y de resultado (complicaciones, días de duración, motivo de retirada, edad gestacional en la retirada). La variable resultado principal fue una variable combinada de eventos adversos: obstrucción, infección o sospecha de infección, flebitis, extravasación, fuga pericatéter y éxitus por cualquier causa

Las variables a estudio se recogieron en el cuaderno de recogida de datos creado para facilitar la monitorización de los catéteres. La recogida de datos se realizó por parte del equipo de enfermeras que pertenecen al Grupo de trabajo de Accesos Venosos y Bacteriemia Zero de la Unidad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, indicando frecuencia (n) y porcentaje (%) para las variables cualitativas y media (X) ± desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas. Para evaluar la repercusión de las variables cualitativas en los grupos a estudio se utilizó el test Chi-cuadrado de *Pearson* donde no se aceptó una frecuencia de casillas

	Expuestos N 25	No Expuestos N 43	*p*
Sexo – Varón	48 (12)	53,5 (23)	0,662
EG al ingreso (semana + día)	29,6 ± 4,6	33,9 ± 5,6	0,003*
DDV al ingreso (días)	0,8 ± 3,1	2,3 ± 5,5	0,243
Diagnóstico al ingreso			
Prematuridad	76 (19)	41,8 (18)	0,001**
Sepsis/Sospecha de sepsis	0	37,2 (16)	
Cardiopatía congénita	12 (3)	0	
Cirugía no cardíaca	0	4,7 (2)	
Problemas respiratorios	0	9,3 (4)	
Otros diagnósticos	12 (3)	7 (3)	

Resultados expresados en % (n) para variables cualitativas y en X ± DE (desviación estándar). EG: edad gestacional; DDV: días de vida. * valor estadísticamente significativo. ** valor estadísticamente significativo, pero más del 20% de las casillas presentan recuentos de casillas de menos del 5% por lo que el resultado del chi-cuadrado podría no ser válido.

Tabla 1. Perfil basal de los neonatos al ingreso en ambos grupos a estudio.

inferior de 5 del 20%. Para la comparación de medias en variables cuantitativas, se utilizó la prueba t de *Student* para muestras independientes y con distribución normal. Se realizó una Regresión multivariante de COX utilizando como objetivo el combinado de eventos adversos (obstrucción, infección o sospecha de infección, flebitis, extravasación, fuga pericatéter y éxitus por cualquier causa) teniendo en cuenta el tiempo hasta la retirada del catéter en días e introduciendo como covariables de ajuste las siguientes: peso en el momento de la inserción, sexo, lugar de inserción del catéter y exposición sí o no (extracción de sangre y administración de hemoderivados), para objetivar si esta última constituía una variable independiente que se asociara al evento. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$ y se estableció un intervalo de confianza del 95%.

Todos los análisis se realizaron con el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 24.0.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron en la unidad un total de 1031 pacientes, en los cuales se insertaron 74 catéteres de línea media. De estos 74 catéteres, se excluyeron del análisis a un total de 6 por no incluir en el cuaderno de recogida de datos la variable centímetros de catéter insertado y no poder corroborar la correcta colocación de la punta. La muestra final analizada fue de 68 catéteres (62 neonatos), 43 de ellos (41 neonatos) se utilizaron de acuerdo a las indicaciones convencionales descritas en la Ficha Técnica del CVPLM (grupo no expuesto) y 25 de ellos (22 neonatos) de ellos se utilizaron, además de para estas mismas indicaciones, para la extracción de sangre y la administración de hemoderivados (grupo expuesto).

En la tabla 1 se muestra el perfil basal de los 68 catéteres analizados. No se encontraron diferencias significativas entre el grupo control

	Expuestos N 25	No Expuestos N 43	*p*
Peso en la inserción (gramos)	1464,8 ± 834,5	2421,4 ± 1038,2	<0,001*
EG en la inserción (semana + día)	31,4 ± 4,2	31,7 ± 11,5	0,886
DDV en la inserción (días)	12,1 ± 10,1	9,6 ± 13,4	0,423
Días totales de ingreso en la inserción	11,52 ± 10,3	7,9 ± 13,5	0,261
Número total indicaciones	1,2 ± 0,5	1,1 ±0,3	0,561
Tipos de indicaciones (un neonato puede tener más de una indicación de inserción del catéter)			
Tratamiento venoso ⩾ 6 días	84 (21)	86 (37)	0,412
Nutrición Parenteral Periférica	12 (3)	14 (6)	
Malos accesos venosos	4 (1)	0	
Centímetros catéter			
6 centímetros	28 (7)	53,5 (23)	0,041*
8 centímetros	72 (18)	46,5 (20)	
Lugar de la Unidad en la inserción			
Unidad de Cuidados Intensivos	84 (21)	60,5 (26)	0,043*
Cuidados Intermedios/Boxes	16 (4)	39,5 (17)	
Lugar anatómico de la inserción			
Cabeza/Miembros Superiores	60 (15)	88,4 (38)	0,007*
Miembros inferiores	40 (10)	11,6 (5)	
Retirada del catéter			
Duración del catéter (días)	11,9 ± 7,8	6,5 ± 5,2	0,001*
EG en la retirada (semana + día)	33,1 ± 4,2	32,7 ± 11,7	0,853
Motivo de la retirada del catéter			
Obstrucción	4 (1)	2,3 (1)	0,102
Flebitis	16 (4)	7 (3)	
Infección o sospecha de infección	4 (1)	0	
Extravasación	16 (4)	16,3 (7)	
Fuga pericatéter	20 (5)	4,7 (2)	
Exitus por cualquier causa	0	2,3 (1)	
Salida accidental	4 (1)	4,7 (2)	
Rotura del catéter	4 (1)	0	
Sangrado en el punto de inserción	0	0	
Fin de tratamiento	28 (7)	62,8 (27)	
Tiempo máximo de duración	4 (1)	0	
Combinado de eventos adversos			
Obstrucción, infección o sospecha de infección, flebitis, extravasación, fuga pericatéter y exitus por cualquier causa	60 (15)	32,6 (14)	0,027*

Resultados expresados en % (n) para variables cualitativas y en X ± DE (desviación estándar). EG: edad gestacional; DDV: días de vida. * valor estadísticamente significativo.

Tabla 2. **Resultados del uso del CVPLM para las indicaciones descritas en el estudio en ambos grupos analizados.**

	HR	IC95% Inferior	IC95% Superior	*p*
Peso momento de inserción	1,000	0,999	1,000	0,566
Sexo del recién nacido	0,751	0,350	1,610	0,462
Lugar anatómico de inserción	2,931	1,203	7,141	0,018*
Grupo expuesto vs. no expuesto	0,564	0,233	1,366	0,205

HR: Hazard ratio. IC: intervalo de confianza. * valor estadísticamente significativo.

Tabla 3. Regresión de Cox utilizando como objetivo el combinado de eventos adversos para el análisis de las covariables de ajuste peso, sexo, lugar de inserción del catéter y exposición si o no.

y el expuesto para el sexo y los días de vida al ingreso. Sin embargo, sí se observaron diferencias con respecto a la edad gestacional al ingreso mostrando el grupo expuesto significativamente menor edad gestacional con respecto al grupo no expuesto (29,6 ± 4,6 vs. 33,9 ± 5,6, p = 0,003). En ambos grupos, el diagnóstico predominante fue el de prematuridad (Tabla 1).

En la tabla 2, se describen las características de los neonatos en el momento de inserción del CVPLM, así como, las características propias de la inserción y retirada del catéter. Con respecto a las características de en el momento de inserción, los neonatos del grupo expuesto presentaron menos peso con respecto al grupo no expuesto (1464,8 gramos ± 834,5 vs. 2421,4 gramos ± 1038,2, p = 0,000).

La indicación más frecuente de inserción del CVPLM fue el tratamiento intravenoso de más de 6 días. En el grupo expuesto, la inserción del catéter se produjo significativamente con mayor frecuencia en la Unidad de Cuidados Intensivos (p = 0,043). El catéter de 8 cm fue utilizado significativamente con mayor asiduidad en el grupo expuesto frente al no expuesto (72% vs. 46,5%, p = 0,041), así mismo, este grupo presentó significativamente mayor número de catéteres insertados en miembros inferiores con respecto al grupo no expuesto (40% vs. 11,6%. p = 0,007). Con respecto a la duración total de días de inserción del catéter, el grupo expuesto presentó significativamente mayor duración (11,9 ± 7,8 vs. 6,5 ± 5,2, p = 0,001).

La incidencia en el combinado de eventos adversos que guardan relación con la inserción del catéter, fue significativamente mayor en el grupo expuesto frente al grupo no expuesto (60% vs. 32,6%, p = 0,027) (Tabla 2). Sin embargo, el análisis de la Regresión de Cox, determinó que la utilización del catéter para la extracción de sangre y administración de hemoderivados no se asocia con una mayor tasa de eventos adversos, como tampoco lo hacen el sexo y el peso en el momento de la inserción (Tabla 3).

En contraposición, la inserción anatómica del catéter en miembros inferiores sí se asoció al desarrollo de eventos adversos relacionados directamente con la inserción del catéter frente a su inserción en miembros superiores/cabeza (HR 2,931, IC95: 1,203 – 7,141, p = 0,018) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio mostraron que los neonatos incluidos en el grupo expuesto presentaron menor peso en el momento de la inserción con respecto al grupo no expuesto. Esta diferencia significativa descrita en el peso de los grupos analizados, podría explicar la mayor tasa de eventos adversos encontrada en el grupo expuesto frente al no expuesto. Sin embargo, los resultados del análisis multivariado, mostraron que tanto el peso en el momento de la inserción como el sexo del recién nacido, no influían en la inci-

dencia de eventos adversos y que ésta no era significativamente diferente entre los grupos a estudio.

Nuestros resultados, parecen indicar que, en nuestra muestra, el uso del CVPLM para la extracción de sangre y administración de hemoderivados no se asocia con mayor incidencia de eventos adversos con respecto a su uso convencional cuando se ajusta por variables confusoras.

Nuestro trabajo es pionero en el estudio de este catéter para las indicaciones de extracción de sangre y administración de hemoderivados, y nuestros resultados podrían conllevar cambios en la práctica clínica y potenciales beneficios para los recién nacidos al limitar el número de pinchazos y las complicaciones asociadas a los catéteres.

Hasta donde llegamos a conocer, la literatura únicamente describe un trabajo llevado a cabo por Wyckoff en 1999 donde se indica que el CVPLM de poliuretano usado en su muestra se utilizó de forma rutinaria con estas indicaciones (3). Comparando nuestro estudio con el de Wyckoff, encontramos que la durabilidad del catéter en ambos estudios fue similar, 10 días en la muestra de Wyckoff y 11,9 días en nuestro trabajo. Otros estudios que utilizaron este tipo de catéteres, aunque no con estas indicaciones, han publicado una durabilidad de entre 6,3 y 10 días, datos acordes con los días de duración del grupo no expuesto de nuestra muestra que son 6,5 días (3, 12, 14, 17). El 49% de los catéteres insertados en el estudio de Wyckoff permanecieron hasta el final de la terapia por la cual habían sido canalizados, en el grupo expuesto de nuestro estudio la permanencia hasta el fin de la terapia fue del 32% y del 62,8% en el grupo no expuesto. El 17% de los catéteres retirados en el estudio de Wyckoff estuvo relacionado con la obstrucción del catéter y el 34% con la fuga pericatéter. En nuestro estudio se describieron cifras para el grupo expuesto del 4% y del 20% y en el grupo no expuesto del 2,3% y del 4,7%, respectivamente (3). Leick-Rude en la revisión realizada en 2006, describió una tasa de obstrucción entre el 9 y el 50% dependiendo de la zona de inserción y Chenoweth et al publicó en 2018, una incidencia del 3,5% en su muestra (11, 18).

La inserción del CVPLM se puede realizar en miembros inferiores (vena poplítea y safena), miembros superiores (cefálica, basílica o braquial) y en cabeza (temporal superficial o auricular posterior) posicionándose la punta del catéter en una vena de mayor calibre fuera de la cavidad torácica o abdominal (ingle, axila o yugular) lo que se relaciona con menores complicaciones frente al CVPC (1, 18). La ubicación de la punta del catéter en una vena de mayor calibre podría implicar una nueva ventaja en el uso de los CVPLM que no ha sido descrita hasta el momento. En nuestro estudio se muestra un hallazgo importante con respecto al lugar de la inserción del CVPLM. Nuestros datos muestran que la localización del catéter en miembros inferiores se asoció significativamente a un mayor número de eventos adversos independientemente de la indicación de uso de este tipo de catéter. Nuestros resultados, son los primeros que se han descrito en la literatura para el uso del CVPLM en población neonatal. Este hallazgo, invita a modificar los protocolos de implantación de este tipo de catéteres en Unidades Neonatales para evitar complicaciones asociadas, priorizando la inserción del CVPLM en miembros superiores o cabeza.

En población neonatal, existen estudios que analizaron las complicaciones asociadas al lugar de inserción de los CVCP sin poder discernirse cual presenta mayor seguridad (19-23). En población adulta, la inserción de vías centrales en miembros inferiores (acceso femoral) presenta un mayor número de complicaciones debido al tipo de microbiota presente en el pliegue inguinal y a un mayor riesgo de trombosis, sin embargo, algunos autores como Pariente et al. no describen diferencias con respecto al lugar de inserción del catéter (24, 25).

La evidencia actual respalda la elección de los CVCP como vía de acceso venoso en población neonatal, debido a su menor tasa de complicaciones en comparación con los CVCC (7-10, 20). Con respecto a los CVPLM, la evidencia descrita hasta el momento carece de solidez frente a su uso en esta población, a pesar de haberse demostrado, que su utilización puede presentar grandes beneficios, tanto en la reducción de complicaciones asociadas al uso

de CVPC como en la disminución del estrés que sufren los neonatos en estas intervenciones (12, 14, 17, 18, 26, 27).

Para lograr un uso universal del CVPLM, se precisa un consenso sobre el nombre estándar a utilizar para este tipo de catéteres, así como, para la técnica de inserción más adecuada en población neonatal (28). Además, se requiere del desarrollo de ensayos clínicos aleatorizados que aporten mayor evidencia en lo que respecta a la utilización y manejo de este tipo de dispositivos, su implicación en la reducción de días de estancia hospitalaria, el coste asociado a su uso, el tiempo que invierte enfermería en la inserción y mantenimiento de estos catéteres y en la reducción del estrés neonatal asociado a las punciones venosas.

Nuestro estudio presenta varias limitaciones de acuerdo a las esperables en un estudio de cohortes. Las enfermeras de nuestra unidad decidieron a qué neonatos se les insertaba el CVPLM, así como, a cuáles se les iba a realizar extracciones de sangre y/o administración de hemoderivados. Se pudo producir también un sesgo de información al poder presentar los CVPLM que pertenecían al grupo expuesto, mejor atención en los cuidados ofrecidos que los CVPLM de los neonatos no expuestos. Adicionalmente, es posible que existan covariables que influyan en la tasa de eventos adversos y que no hubieran sido recogidas y ajustadas en nuestra muestra.

En conclusión, el uso de CVPLM para indicaciones más allá de las convencionales, como para administrar hemoderivados o extraer sangre, es factible y según nuestros resultados puede realizarse sin una mayor tasa de eventos adversos. Son necesarios más estudios que continúen definiendo el papel de los CVPLM en el contexto de los cuidados neonatales

BIBLIOGRAFÍA

1. **Ramasethu J.** Complications of vascular catheters in the neonatal intensive care unit. Clin Perinatol. 2008;35(1):199-222, x.
2. **Cong X, Wu J, Vittner D, Xu W, Hussain N, Galvin S, et al.** The impact of cumulative pain/stress on neurobehavioral development of preterm infants in the NICU. Early human development. 2017; 108:9-16.
3. **Wyckoff MM.** Midline Catheter Use in the Premature and Full-Term Infant. Journal of Vascular Access Devices. 1999;4(3):26-9.
4. **Franck LS, Hummel D, Connell K, Quinn D, Montgomery J.** The safety and efficacy of peripheral intravenous catheters in ill neonates. Neonatal network: NN. 2001;20(5):33-8.
5. **Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al.** Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. JAMA. 2008;300(1):60-70.
6. **Avila-Alvarez A, Carbajal R, Courtois E, Pertega-Diaz S, Anand KJ, Muniz-Garcia J, et al.** [Clinical assessment of pain in Spanish Neonatal Intensive Care Units]. An Pediatr (Barc). 2016;85(4):181-8.
7. **Shimizu Y, Hatachi T, Takeshita J, Inata Y, Kyogoku M, Aoki Y, et al.** Occurrence and Risk Factors for Unplanned Catheter Removal in a PICU: Central Venous Catheters Versus Peripherally Inserted Central Venous Catheters. Pediatr Crit Care Med. 2020;21(9): e635-e42.
8. **Pikwer A, Akeson J, Lindgren S.** Complications associated with peripheral or central routes for central venous cannulation. Anaesthesia. 2012;67(1):65-71.
9. **Ferreira J, Camargos PAM, Rosado V, Mourao PHO, Romanelli RMC.** Risk factors for central venous catheter-related bloodstream infection in neonates. Am J Infect Control. 2020;48(9):1102-3.

10. **Colacchio K, Deng Y, Northrup V, Bizzarro MJ.** Complications associated with central and non-central venous catheters in a neonatal intensive care unit. J Perinatol. 2012;32(12):941-6.
11. **Leick-Rude MK, Haney B.** Midline catheter use in the intensive care nursery. Neonatal network: NN. 2006;25(3):189-99.
12. **Dawson D.** Midline Catheters in Neonatal Patients: Evaluating A Change in Practice. Journal of Vascular Access Devices. 2002;7(2):17-9.
13. **Griffiths V.** Midline catheters: indications, complications and maintenance. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987). 2007;22(11):48-57; quiz 8.
14. **Moran MA.** Introducing the midline catheter as a new intravenous access device in neonates. Neonatal intensive care: the journal of perinatology-neonatology. 1992;5(3):36-42.
15. **Adams DZ, Little A, Vinsant C, Khandelwal S.** The Midline Catheter: A Clinical Review. J Emerg Med. 2016;51(3):252-8.
16. **Xu T, Kingsley L, DiNucci S, Messer G, Jeong JH, Morgan B, et al.** Safety and utilization of peripherally inserted central catheters versus midline catheters at a large academic medical center. Am J Infect Control. 2016;44(12):1458-61.
17. **Romesberg TL.** Evaluating the Evidence for Midline Catheter Use in the Newborn Intensive Care Unit. J Infus Nurs. 2015;38(6):420-9.
18. **Chenoweth KB, Guo JW, Chan B.** The Extended Dwell Peripheral Intravenous Catheter Is an Alternative Method of NICU Intravenous Access. Adv Neonatal Care. 2018;18(4):295-301.
19. **Hoang V, Sills J, Chandler M, Busalani E, Clifton-Koeppel R, Modanlou HD.** Percutaneously inserted central catheter for total parenteral nutrition in neonates: complications rates related to upper versus lower extremity insertion. Pediatrics. 2008;121(5): e1152-9.
20. **Panagiotounakou P, Antonogeorgos G, Gounari E, Papadakis S, Labadaridis J, Gounaris AK.** Peripherally inserted central venous catheters: frequency of complications in premature newborn depends on the insertion site. J Perinatol. 2014;34(6):461-3.
21. **Wrightson DD.** Peripherally inserted central catheter complications in neonates with upper versus lower extremity insertion sites. Adv Neonatal Care. 2013;13(3):198-204.
22. **Elmekkawi A, Maulidi H, Mak W, Aziz A, Lee KS.** Outcomes of upper extremity versus lower extremity placed peripherally inserted central catheters in a medical-surgical neonatal intensive care unit1. J Neonatal Perinatal Med. 2019;12(1):57-63.
23. **Kisa P, Ting J, Callejas A, Osiovich H, Butterworth SA.** Major thrombotic complications with lower limb PICCs in surgical neonates. J Pediatr Surg. 2015;50(5):786-9.
24. **Parienti JJ, Thirion M, Megarbane B, Souweine B, Ouchikhe A, Polito A, et al.** Femoral vs jugular venous catheterization and risk of nosocomial events in adults requiring acute renal replacement therapy: a randomized controlled trial. JAMA. 2008;299(20):2413-22.
25. **Merrer J, De Jonghe B, Golliot F, Lefrant JY, Raffy B, Barre E, et al.** Complications of femoral and subclavian venous catheterization in critically ill patients: a randomized controlled trial. JAMA. 2001;286(6):700-7.
26. **Anderson NR.** Midline catheters: the middle ground of intravenous therapy administration. J Infus Nurs. 2004;27(5):313-21.
27. **Lesser E, Chhabra R, Brion LP, Suresh BR.** Use of midline catheters in low-birth-weight infants. J Perinatol. 1996;16(3 Pt 1):205-7.
28. **Qin KR, Nataraja RM, Pacilli M.** Long peripheral catheters: Is it time to address the confusion? J Vasc Access. 2019;20(5):457-60.

Sabadell
Professional

Colegio Oficial de
Enfermería de Valencia

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 31/12/2023 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

PUBLICIDAD

sabadellprofesional.com

900 500 170

Código QR Linktree
lleva a todos los
enlaces de las redes
sociales del COENV

enfervalencia@enfervalencia.org

@enfermeria_valencia_colegio

@enfervalencia

Colegio Enfermería de Valencia

Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

Colegio Oficial
de Enfermería
de Valencia

WWW.ENFERVALENCIA.ORG