



# Enfermería Integral

www.enfervalencia.org

nº 95 Septiembre 2011



## COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA. VALENCIA

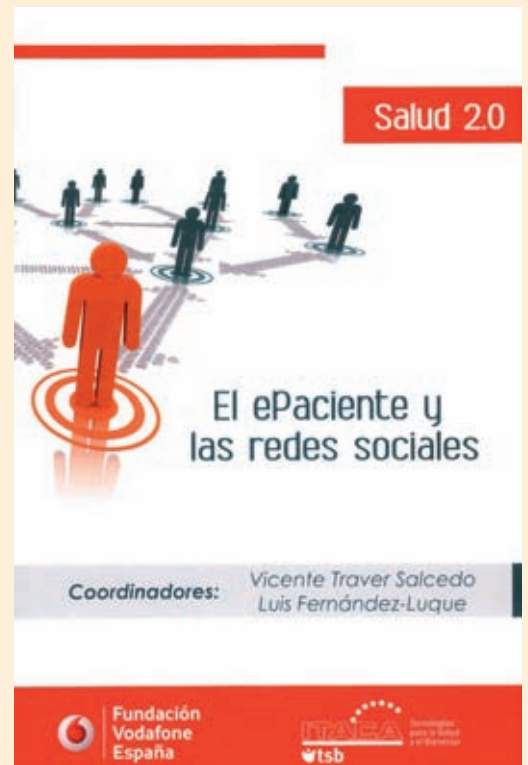
### Actualidad

- Luis Rosado, nuevo Conseller de Sanidad.
- III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013.
- Tres hospitales de la Comunitat Valenciana se incorporan al proyecto INCATIV.

### Entrevista

- Dña. Amparo Carbonell Miret.  
Directora de Enfermería del Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent.

# Adquisiciones Biblioteca



VIOLENCIA DE GÉNERO  
**DENÚNCIALA**



Enfermería  
de la Comunidad  
Valenciana

Atención a víctimas de malos tratos por violencia de género

**Teléfono 016**

# sumario

## editorial

- 3 ¿Por qué siempre nos preguntamos cuales son nuestras funciones como profesión?

## actualidad

- 5 Antes del copago se debe abogar por la educación sanitaria para sostener el sistema.  
VII Congreso Nacional de Atención Sociosanitaria.
- 6 Luis Rosado, nuevo conseller de Sanidad.
- 8 III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013.  
Información sobre protección de datos personales.  
Promoción DUE Hospital General de Valencia 1983 - 1986 (25 años).
- 9 III Congreso Nacional de la Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia.  
Menos del 40% de bebés se benefician de lactancia materna.
- 10 8º Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica.
- 11 HOMENAJE DE LA ENFERMERÍA VALENCIANA  
A D. MANUEL CERVERA (ex conseller de sanitat)  
con la presencia del nuevo conseller D. Luis Rosado.
- 12 El Hospital Doctor Moliner, premiado por su compromiso en defensa de la vida.  
Sanitat designa los nuevos equipos directivos de los Departamentos de Salud de la Comunitat.
- 13 Luis Rosado se compromete a establecer la figura del responsable de Cuidados dentro de su equipo directivo.
- 14 El Ministerio de Sanidad presenta una guía sobre los medicamentos sin prescripción.  
Los alumnos del Máster Universitario en Especialización en Cuidados en Enfermería celebran su acto de imposición de becas.
- 16 La Fundación A.M.A. promueve un premio científico sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud.  
Guías de recomendaciones clínicas para el tratamiento de las adicciones.
- 17 Tres hospitales de la Comunidad Valenciana se incorporan al Proyecto de Investigación INCATIV.  
Promoción due 84/87 Hospital Clínico (Valencia).
- 18 El Departamento Valencia-Arnau de Vilanova- Llíria elabora un protocolo para la prevención del pie diabético.  
La Comunitat Valenciana necesita 2.280 enfermeras más para alcanzar la media española.

## actualidadmatrona

- 19 ¿Preparadas? ¿Listas?....Pues comenzamos un nuevo curso.

## asociacióndejubilados

- 20 IV Convención de Jubilados de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- 21 Tras finalizar el verano, vuelven los cursos...
- 22 La crisis, el paro y los problemas.  
Convocatoria Asamblea General Ordinaria.

## unapuntessobre

- 23 Aportación de la Formación de Formadores en Lactancia Materna.

## entrevista

- 27 Dña. Amparo Carbonell Miret  
Directora de Enfermería del Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent  
*"La ética profesional y la moral de cada persona son imprescindibles para trabajar como enfermera/o"*

## enferjurídica

- 31 Seguro de responsabilidad civil

## docenciayformación

## cursoseycongresos

## artículoscientíficos

- 3 Abandono prematuro de la lactancia materna en la sala de maternidad del Consorcio Hospital Universitario de Valencia (2010).
- 9 Valoración y manejo del dolor en neonatos.
- 13 Acogida con Clasificación de Riesgo en Urgencia y Emergencia  
Conocimiento de los enfermeros.
- 22 Monitorización de parámetros indicadores de volemia.
- 31 Cuidados de enfermería tras la embolización cerebral.
- 35 Protocolo de intubación endotraqueal en recién nacido.
- 38 Utilización y cuidados del gas argón en la endoscopia digestiva.
- 42 La sexualidad en pacientes con ostomias  
digestivas y urinarias.

## Junta de Gobierno

### **PRESIDENTE**

Juan José Tirado Darder

### **VICEPRESIDENTE**

Vicente Caballero Hervás

### **SECRETARIO**

Alejandro Sapiña Pérez

### **TESORERO**

Antonio Núñez Hernández

### **VOCAL I**

Jesús Juan Ribes Romero

### **VOCAL II**

Andrés Valero García

### **VOCAL III**

Juan Fabra Benet

### **VOCAL IV**

María Isabel Castelló López

### **VOCAL V**

Julio Tomás Heredia Lloret

### **VOCAL VI**

Alicia Ten Gil

### **VOCAL VII**

Benjamín Illana Montoya

### **PRESIDENTE DE HONOR**

Francisco Mulet Falcó

## Equipo de Redacción

### **DIRECTOR**

Juan José Tirado Darder

### **SUBDIRECTOR**

Jesús Juan Ribes Romero

### **COORDINADOR**

Juan Fabra Benet

### **REDACTORA**

Laura Almudéver Campo

### **COMITÉ CIENTÍFICO**

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

### **PORTADA**

Pepe Lahuerta

### **CONTRAPORTADA**

Juan José Tirado Darder

### **EDITA:**

Colegio Oficial de Enfermería de Valencia  
Avd. Blasco Ibáñez, 64, entresuelo - 46021 Valencia

Teléfono 96 393 70 15 Fax 96 393 04 28

coenfermeria@la-red.com

**IMPRIME:** Temps Impresores

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

## Horario de Atención al Colegiado

DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE JUNIO  
de lunes a jueves horario ininterrumpido de 9 a 19:15 h  
viernes: de 9 a 14 h

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

## Asesoría Jurídica

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

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

AGOSTO

martes de 10 a 13 h

## Asesoría Fiscal

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

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

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

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

## Información General

### **Publicaciones**

Revista Enfermería Integral / Boletines Informativos

### **Tablón de Anuncios**

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

### **Biblioteca**

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

### **Ayudas económicas**

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

### **Cursos**

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

### **Seguro de responsabilidad civil**

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

## ¿Por qué siempre nos preguntamos cuales son nuestras funciones como profesión?

Hemos de tener en cuenta que el concepto de profesión está habitualmente asociado en el colectivo social, a un título que es obtenido a través de estudios superiores, esto corresponde a un grupo especial de ocupaciones, donde el carácter moral es distintivo junto a una respetable reputación pública, y se demanda honradez de quienes la profesan basándose fundamentalmente en una relación de confianza.

Con el tiempo algunas ocupaciones fueron reconocidas como profesiones, determinado en gran parte por el nacimiento de organizaciones, corporaciones o gremios cuya actividad dominaba un área determinada del mercado, y que se relacionaba directamente con la división y especialización laboral.

Las profesiones Sanitarias son ocupaciones que requieren de un conocimiento específico y especializado, con una capacitación educativa de alto nivel Universitario, que tienen y mantienen un control sobre su propio trabajo, con una organización propia, capacidad de autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la sociedad, obligación de actualizarse y con elevadas normas éticas, recogidas en los códigos deontológicos.

Las profesiones Sanitarias son ocupaciones que requieren de un conocimiento específico y especializado, con una capacitación educativa de alto nivel Universitario, que tienen y mantienen un control sobre su propio trabajo, con una organización propia, capacidad de autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la sociedad, obligación de actualizarse y con elevadas normas éticas, recogidas en los códigos deontológicos. No existe duda interpretativa, que a partir de la titulación de Diplomado UNIVERSITARIO en Enfermería, que ya no ostentamos la condición de auxiliar o Ayudante Técnico Sanitario, y por tanto hemos de recordar que **una Profesión Sanitaria tiene plena autonomía técnica y científica**, esto significa que no SE ESTÁ supeditado a nada ni a nadie; no existe "jerarquía" funcional; podrá existir "organización" en la prestación de los servicios, cuando ello se produzca en un entorno empresarial. Según esto, como Profesión Sanitaria sólo nos limita el derecho de las personas a las que atendemos:



usuarios y consumidores; derechos que, por otra parte, son Fundamentales, además de estar regulados por diversas leyes. Un ejemplo de lo que comento es el artículo 25 del Magno Texto, que dice: *"nadie puede ser condenado o sancionado por acciones u omisiones que en el momento de producirse no constituyan delito, falta o sanción administrativa, según la legislación vigente en aquel momento"*. POR LO TANTO, ¿Qué Ley "prohíbe" a un Enfermero ejercer su Profesión Sanitaria?

Podría poner muchos más ejemplos legislativos pero entiendo que solo con esto deberíamos asumir que no tenemos límites, siempre que nuestra formación y preparación proteja con conocimiento la realización de nuestras acciones en materia de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud de la población, de ahí la importancia de que nuestros planes de estudios se unifiquen y se adecuen a la realidad laboral y al reto del desarrollo venidero con la necesaria unión de criterios de las facultades de Enfermería y el amplio mercado laboral que hemos de cubrir, cosa de la que ya hablaremos. Ahora que ya hemos terminado las vacaciones sigamos trabajando para conseguir nuestros objetivos.

Ahora que ya hemos terminado las vacaciones sigamos trabajando para conseguir nuestros objetivos.

## Per què sempre ens preguntem quines són les nostres funcions com a professió?

Hem de tenir en compte que el concepte de professió està habitualment associat en el col·lectiu social, a un títol que és obtingut a través d'estudis superiors, això correspon a un grup especial d'ocupacions, on el caràcter moral és distintiu al costat d'una respectable reputació pública, i es demanda honradesa dels qui la professen basant-se fonamentalment en una relació de confiança.

Amb el temps algunes ocupacions van ser reconegudes com a professions, determinat en gran part pel naixement d'organitzacions, corporacions o gremis l'activitat dels quals dominava un àrea determinada del mercat, i que es relacionava directament amb la divisió i especialització laboral.

Les professions Sanitàries són ocupacions que requereixen d'un coneixement específic i especialitzat, amb una capacitat educativa d'alt nivell Universitari, que tenen i mantenen un control sobre el seu propi treball, amb una organització pròpia, capacitat d'autorregulació, altruisme, esperit de servei a la societat, obligació d'actualitzar-se i amb elevades normes ètiques, recollides en els codis deontològics.

Les professions Sanitàries són ocupacions que requereixen d'un coneixement específic i especialitzat, amb una capacitat educativa d'alt nivell Universitari, que tenen i mantenen un control sobre el seu propi treball, amb una organització pròpia, capacitat d'autorregulació, altruisme, esperit de servei a la societat, obligació d'actualitzar-se i amb elevades normes ètiques, recollides en els codis deontològics. No existeix dubte interpretatiu, que a partir de la titulació de Diplomada UNIVERSITARIA en Infermeria, que ja no ostentem la condició d'auxiliar o Ajudant Tècnic Sanitari, i per tant hem de recordar que **una Profesió Sanitària té plena autonomia tècnica i científica**, això significa que no S'ESTÀ supeditat a res ni a ningú; no existeix "jerarquia" funcional; podrà existir "organització"

Ara que ja hem acabat les vacances seguim treballant per aconseguir els nostres objectius.



en la prestació dels serveis, quan això es produeixca en un entorn empresarial. Segons això, com a Profesió Sanitària només ens limita el dret de les persones a les quals atenem: usuaris i consumidors; drets que, d'altra banda, són Fonamentals, a més d'estar regulats per diverses lleis. Un exemple del que comente és l'article 25 del Magne Text, que diu: **"ningú pot ser condemnat o sancionat per accions o omissions que en el moment de produir-se no constitueixen delictes, falta o sanció administrativa, segons la legislació vigent en aquell moment"**. PER TANT, Quina llei "prohibeix" a un Infermer exercir la seva Profesió Sanitària?

Podria posar molts més exemples legislatius però entenc que solament amb això hauríem d'assumir que no tenim límits, sempre que la nostra formació i preparació protegeixca amb coneixement la realització de les nostres accions en matèria de promoció, manteniment i recuperació de la salut de la població, d'ací la importància que els nostres plans d'estudis s'unifiquen i s'adeqüen a la realitat laboral i al repte del desenvolupament esdevenidor amb la necessària unió de criteris de les facultats d'Infermeria i l'ampli mercat laboral que hem de cobrir, cosa de la qual ja parlarem. Ara que ja hem acabat les vacances seguim treballant per aconseguir els nostres objectius.

## Antes del copago se debe abogar por la educación sanitaria para sostener el sistema

El copago sanitario podría ser una solución ante la insostenibilidad del sistema pero..., siempre, tras agotar todas las vías posibles. Lo considero una medida desesperada, que puede poner en jaque la economía a muchos valencianos si se aplica. De ahí que, ante la situación actual de la Sanidad de la Comunidad Valenciana, sea el momento de cambiar radicalmente el modelo y no mantenerlo con los cuidados paliativos que supondría el copago.

Un cambio que ha de empezar por la mentalidad de políticos, gestores, personal sanitario y facultativo. Antes del copago se debe abogar por una educación sanitaria, como pilar para garantizar la sostenibilidad del sistema. Se debe acabar con esta sanidad medicalizada en la que todo se soluciona con fármacos, que luego con el copago la sociedad pagará dos veces: con sus impuestos y luego con una cuota en el proceso clínico y durante el tratamiento farmacológico.

La solución viene de la mano de primar la prevención y los cuidados para frenar el gasto presente y futuro. Es imposible mantener el sistema en similares circunstancias dado el progresivo envejecimiento de la población. El futuro pasa por la asistencia pero siempre que no sea medicalizada.

Es decir, debemos emprender la búsqueda de una educación sanitaria para no convertir el sistema en un cubo con un agujero en el fondo en el que, por mucha agua que echemos, nunca se va a llenar.

Una metáfora que se puede completar con el copago como premio a la ineficacia de aquellos que hecho el agujero en el cubo (sistema). Por ejemplo, en la atención de los mayores, en lugar de ofrecer atención, la dependencia está medicalizada e inducida al fármaco y descuida la independencia y la autonomía del paciente para que no genere gasto. No se controla el ratio de enfermeros para la atención y eso genera que los profesionales marchen a otros países.

Estamos hablando de la educación y de la prevención, pero también de la promoción. Si bajamos al terreno de los pagos es porque hemos tirado la toalla.

Juan José Tirado, presidente del Colegio de Enfermeros de Valencia.

Publicado en el EL MUNDO (EDICIÓN DE VALENCIA)

Fecha: 18/07/2011

## VII Congreso Nacional de Atención Sociosanitaria

Los próximos días 26, 27 y 28 de octubre, la ciudad de Vitoria acogerá en el Palacio de Congresos Europa, el VII Congreso Nacional de Atención Sociosanitaria.

La atención sociosanitaria reúne un conjunto heterogéneo de disciplinas profesionales, recursos institucionales y programas asistenciales y sociales que sólo adquieren sentido en la persona del ciudadano que recibe esta atención.

El VII Congreso Nacional de Atención Sociosanitaria recoge el encargo y el reto de mostrar cuales pueden ser los diferentes itinerarios de la integralidad sociosanitaria, escuchando a todas las voces, y también el deber de transmitir un mensaje y un compromiso hacia el futuro. El programa que se ha preparado es de gran interés para la enfermería, pues se van a analizar las principales líneas estratégicas de la Atención Sociosanitaria. A continuación les mostramos algunos de los talleres y mesas de experto que se van a realizar:

### Talleres

- Cuidarse para cuidar: apoyo a las personas cuidadoras.
- Intervención en duelo en contextos sociosanitarios.
- Seguridad en la atención sociosanitaria.
- Racionalizar el uso de las sujeciones: de la teoría a la práctica.
- Productos de apoyo y adaptación de la vivienda, teleasistencia.
- Abordajes no farmacológicos de las alteraciones conductuales del anciano.
- Manejo domiciliario del paciente adulto con alteración en el SNC: Plan de actuación.

- Abordaje del daño cerebral traumático, rehabilitación y apoyo social.
- Musicoterapia: La música como cuidadora de las emociones.
- Valoración de la dependencia. El reto de la utilización eficiente de recursos.
- Disfagia orofaríngea: de la fisiología al tratamiento.
- Taller de Protocolo de sedación paliativa.
- Taller de GESTIÓN DE CASOS: Un modelo de atención personalizada en el ámbito socio sanitario.
- Taller de Deshabitación tabáquica.
- Taller de cronicidad: ¿Enfermos o enfermedades crónicas?

### Mesas de expertos

- Ley de dependencia: Análisis de su desarrollo, sostenibilidad y perspectivas futuras
  - Sistemas de información desde la Coordinación
  - Domicilio receptor del cuidado
  - Retos profesionales ante la atención sociosanitaria
  - La tecnología en la atención socio-sanitaria
  - Prevención de la dependencia
  - Nuevos perfiles, nuevas competencias profesionales ante el reto de la cronicidad
  - La voz de las personas
- Si queréis obtener más información, podéis acceder a la siguiente web: <http://www.atencionsociosanitaria.com/2011/www/>



## Luis Rosado, nuevo conseller de Sanidad

Durante el acto de toma de posesión de su nuevo cargo, el conseller de Sanitat, Luis Rosado, ha destacado que "nuestro equipo va a trabajar codo con codo para mantener el listón bien alto en todos los sentidos: conseguir que la sanidad valenciana siga siendo un referente en nuestro país y fuera de él, y que contribuya a mantener la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud".

Luis Rosado ha destacado como la principal tarea de su departamento "transportar los logros obtenidos al futuro y hacerlo con la implicación de los profesionales y la corresponsabilidad de los ciudadanos".

Así, ha expresado su deseo de "trabajar estrechamente con todos los sectores implicados: Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Sindicatos, Asociaciones de Pacientes y profesionales sanitarios, manteniendo un diálogo abierto y un consenso permanente y contribuir, con ello, a su participación más activa en el proceso de toma de decisiones, con el fin último de mejorar la calidad de la asistencia dispensada a todos los ciudadanos de la Comunitat".

Rosado ha resaltado que los miembros de su equipo han sido elegidos por "atesorar conocimiento, por sus resultados, y por su capacidad de trabajo ejemplar". Por ello, ha continuado el conseller, tienen por delante un reto especial, porque, parafraseando a Corneille, "al vencer sin obstáculos, se conquista sin gloria".

En su discurso, Rosado se ha propuesto como reto para esta legislatura consolidar los logros obtenidos, y para ello

ha indicado que "es el momento de que pongamos en marcha nuestra imaginación y sobre todo nuestro trabajo al servicio de todos".

Rosado ha esbozado algunas de las líneas de trabajo de esta legislatura tales como reforzar la relación con los proveedores sanitarios, implicar al profesional sanitario y "lograr ser más ligeros, ágiles, y rápidos en la toma de decisiones".

Y para lograrlo ha indicado que "la acción de trabajo que vamos a desarrollar en los próximos cuatro años es continuar los aspectos de la legislatura anterior, a la que se van a añadir los ingredientes que permitan que este tesoro, el tesoro de la sostenibilidad sea trasladado al futuro".

"Tenemos una sanidad equilibrada, sólida, vertebrada, con un modelo de gestión propio, consolidado y reconocida nacional e internacionalmente, además se ha conseguido una situación de paz social, y hemos construido un hospital cada año y un centro de salud cada mes", ha destacado el nuevo titular de Sanitat.

Con este análisis de situación, Rosado ha subrayado que "mi obligación es que estos logros sean trasladados al futuro, y la única clave para poder llevar a cabo este trabajo es con ilusión".

Rosado ha agradecido al President de la Generalitat, Francisco Camps, la confianza depositada en él, y a Manuel Cervera, que hace cuatro años confiara en él, y ha destacado la labor de sus predecesores en el cargo.

El conseller de Sanitat ha destacado la trayectoria de los nuevos miembros directivos de su departamento, que han jurado o prometido sus cargos: el subsecretario, Alexandre Catalá Bas, la secretaria autonómica de la Agencia Valenciana de Salud, María Manuela García Reboll, y los directores generales de Recursos Humanos de la Sanidad, Francisco Soriano Cano, de Ordenación y Asistencia Sanitaria, Guillermo Ferrán Martínez, y de Evaluación, Calidad y Atención al Paciente, Ignacio Ferrer Cervera.

Asimismo, también lo han hecho los miembros del equipo directivo que repiten en el cargo: el director general de Recursos Económicos, Eloy Jiménez Cantos, el director general de Investigación y Salud Pública, Manuel Escolano Puig, y el director general de Farmacia y Productos Sanitarios, José Eduardo Clérigues Belloch.

**Alexandre Catalá Bas** es licenciado y doctor en Derecho por la Universitat de València, licenciado en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universitat Miguel Hernández (UMH) de Elx, y profesor de Derecho Constitucional en ambas universidades. En la anterior legislatura, ha ocupado el cargo de subsecretario, primero en la Conselleria de Inmigración y Ciudadanía y, más tarde en la conselleria de Solidaridad y Ciudadanía.

Por su parte, **María Manuela García Reboll** es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universitat de València y máster en gestión y dirección de empresas de la Cámara de Comercio de Valencia. García ha trabajado como especia-





lista en aparato digestivo en los hospitales Vall d'Hebron de Barcelona y Figueres de Girona entre 1989 y 1997, año en el que comenzó a trabajar en el hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva, centro sanitario en el que ha desempeñado el cargo de subdirectora médica de 2003 a 2005. Desde ese año hasta la actualidad ha sido gerente del departamento de salud Xàtiva/Ontinyent habiendo obtenido los mejores resultados de la Comunitat Valenciana en los acuerdos de gestión del último año.

El nuevo director general de Recursos Humanos de la Sanidad, **Francisco Soriano Cano**, es licenciado en Derecho por la UNED y en Ciencias Políticas y de la Administración por la UMH, máster en Dirección Estratégica y Gestión Hospitalaria de la UMH y máster en Humanización de la Sanidad, Recursos Humanos y Marketing de la EVES. Soriano ha ocupado los cargos de director económico en los hospitales de Elda y San Juan, y de director de Atención Primaria de los departamentos de Alicante-San Juan y Marina Baixa. Los últimos ocho años ha estado al frente de la dirección económica del departamento de salud de Alicante-Hospital General.

En cuanto al director general de Ordenación y Asistencia Sanitaria, **Guillermo Ferrán Martínez**, es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universitat de València, y especialista en Medicina Interna. Entre los años 1982 y 1990 ha trabajado en el centro de salud de Vall d'Uxó, del que fue coordinador los dos últimos años. Entre 1994 y 1996, Ferrán ha trabajado en el hospital Gran Vía como jefe del servicio de Urgencias y ocupó el mismo cargo en el hospital

General de Castellón entre 1996 y 2003. En este mismo centro sanitario ha desempeñado el cargo de director médico entre 2003 y 2007 y ha sido gerente del departamento de salud de Castellón los últimos cuatro años.

Por su parte, el director general de Evaluación, Calidad y Atención al Paciente, **Ignacio Ferrer Cervera**, es licenciado en Derecho por la Universitat de Valencia y máster en

Tenemos una sanidad equilibrada, sólida, vertebrada, con un modelo de gestión propio, consolidado y reconocida nacional e internacionalmente, además se ha conseguido una situación de paz social, y hemos construido un hospital cada año y un centro de salud cada mes"

Humanización de la Atención Sanitaria de la EVES-CEU San Pablo. Ferrer ha desempeñado el cargo de Secretario del Plan Autonómico de Drogodependencias en los años 1999 y 2000, Secretario del Consejo de Administración de la Agencia Valenciana de Salud entre 2005 y 2007 y director del gabinete del conseller de Sanidad desde 2007 hasta la actualidad.

## III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013

El DOCV núm. 6545 de 17.06.2011 publica:

*ACUERDO de 20 de mayo de 2011, del Consell, por el que se aprueba el III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013.*

El III Plan de Salud es el documento que recoge los objetivos de salud y las prioridades en política sanitaria para los próximos años, tomando como base, entre otros criterios: el diagnóstico de salud de los valencianos, la evaluación del Plan de Salud 2005-2009, la recién terminada Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana 2010, así como la experiencia acumulada en estos nueve años con los dos Planes de Salud anteriores: 2001-2004 y 2005-2009.

Por ello, y siendo conscientes de la importancia que en la planificación sanitaria tiene la opinión de la ciudadanía, este nuevo Plan introduce, como elemento innovador, la realización de doce foros de participación y comunicación

ciudadana. Este tercer Plan se desarrolla sobre la base de seis apuestas estratégicas que van a impregnar el Plan 2010-2013 como valores fundamentales, que marcarán las políticas sanitarias y que apuestan por el fomento de la participación, información, comunicación; garantía de sostenibilidad; protección, promoción de la salud y prevención de la enfermedad; atención a la cronicidad; aplicación de las nuevas tecnologías en la salud y equidad en salud.

Asimismo, estará disponible en formato electrónico para su consulta pública en las siguientes direcciones:



<http://www.san.gva.es/cas/ciud/homeciud.html>  
<http://www.san.gva.es/cas/prof/homeprof.html>  
<http://www.san.gva.es/cas/inst/homeinst.html>

## Información sobre protección de datos personales

Les informamos que los datos que poseemos de ustedes se encuentran recogidos en los ficheros del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia para la gestión del Colegio-Colegiado y el envío de nuestra revista y de información sobre el Colegio, actividades formativas y de interés sobre el sector y por cualquier medio de comunicación, incluidos medios electrónicos, para lo cual nos manifiesta su consentimiento expreso salvo que en el plazo de un mes no nos haga llegar su oposición al respecto. Así mismo, sus datos han de ser permanentemente actualizados para lo cual nos ha de hacer llegar las modificaciones. Además, se incluirán en los listados del Grupo Profesional, salvo que nos manifieste su negativa.

Estos datos podrán ser cedidos al Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana para el envío de su revista informativa y entidades bancarias para el abono de los



recibos, además de otras cesiones previstas en la Ley pudiendo cederse a Hospitales y Centros Sanitarios para comprobar el requisito obligatorio de colegiación y a las Administraciones Públicas que nos lo requirieran.

Puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos referentes a su persona, incluidos en nuestra base de datos, dirigiendo solicitud firmada y por escrito ante el Responsable del fichero Colegio Oficial de Enfermería de Valencia en la siguiente dirección: Avenida Blasco Ibañez, 64, 46021, Valencia.

## Promoción DUE Hospital General de Valencia 1983 - 1986 (25 años)

Compañeros, queremos celebrar el 25 aniversario de nuestra promoción 1983-1986. Los interesados llamad a alguno de los siguientes compañeros para así poder organizar algún evento.

- José Vicente Cardona - Tel. 669 44 85 37
- Elena Sales Molió - Tel. 661 26 14 44
- Lola Sánchez Roldán - Tel. 649 25 43 82

## III Congreso Nacional de la Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia

Este encuentro tendrá lugar en el seno del III Congreso Nacional de la Federación Empresarial de Asistencia a la Dependencia (FED) que se celebrará en Valencia entre el 20 y el 22 de octubre.

El presidente de AERTE (Asociación empresarial de servicios a personas en situación de dependencia C.V.) y coordinador del comité científico del encuentro, Alberto Giménez, ha explicado que el objetivo del congreso es “desarrollar un modelo flexible y compatible con las peculiaridades de cada país”.

Giménez ha explicado que en el encuentro se presentarán avances de modelos socio-sanitarios internacionales como el alemán, el belga y el holandés, así como “las peculiaridades del modelo estadounidense”.

Los ponentes compararán los sistemas vigentes en sus países de origen con el modelo español, con el objetivo de realizar un análisis imparcial del modelo actual para determinar los aspectos que requieren una revisión.

El presidente de AERTE ha señalado que este evento “pretende aportar soluciones prácticas y realistas que permitan la sostenibilidad del sistema actual, pero también su extensión a todos aquellos ciudadanos que prevé la actual Ley, sin renunciar a ningún tipo o grado”, y para ello ha considerado necesario que se aborden las cuestiones económicas relacionadas con la dependencia.

Asimismo, ha reclamado la necesidad de aplicar medidas “que permitan mejorar la calidad de vida de los depen-

dientes y paralelamente, reactivar la economía gracias a los notables retornos económicos y socio-laborales de su correcta implantación”.

### ¿Qué es AERTE?

Entidad sin ánimo de lucro fundada en el año 1988, es una asociación empresarial que engloba casi a la totalidad del sector privado que opera en la Comunidad Valenciana, aglutinando a empresas que gestionan centros y servicios asistenciales.

El sector se caracteriza por estar en expansión, afectado por procesos de innovación técnica con fuertes presiones competitivas, con el claro objetivo de incrementar la calidad del servicio ofrecido, que se traduce en mejorar la calidad de vida de todas las personas atendidas.

#### Objetivos:

- Promover el asociacionismo empresarial en el sector.
  - Velar y divulgar un modelo asistencial profesional y de calidad.
  - Estimular la formación continua de todo el personal de las empresas incluyendo el personal directivo y de gestión.
  - Actuar como interlocutor cualificado ante las administraciones públicas y otros agentes del sector.
  - Representar y defender los intereses de los asociados
- Todo ello en aras a conseguir un sector sólido y capaz de ofrecer cada vez mayor bienestar a las personas dependientes, mejorando su calidad de vida.

## Menos del 40% de bebés se benefician de lactancia materna

### Semana Mundial de la Lactancia Materna

Menos del 40 por ciento de los niños menores de seis meses son alimentados sólo con lactancia materna en todo el mundo, según destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS), con motivo de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, que se celebró del 1 al 7 de agosto en 170 países.

El objetivo de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2011 consiste, precisamente, en concienciar, sobre todo a los más jóvenes, sobre el importante papel que juega la comunicación en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. Así, se anima a compartir conocimientos y experiencia sobre esta práctica.

Para la subdirectora general de Salud Familiar, de la Mujer e Infantil de la OMS, Flavia Bustreo, la OMS se suma a la Alianza Mundial de Acción en favor de la Lactancia Materna y a otras organizaciones para celebrar la Semana Mundial de la Lactancia Materna porque se trata de “la

intervención más efectiva para reducir la mortalidad de los menores de cinco años”.

“Prácticas óptimas de alimentación, entre las que se incluyen la iniciación temprana y alimentación exclusiva a través de lactancia materna y su mantenimiento --complementado con alimentos apropiados y seguros-- podría reducir la mortalidad infantil en una quinta parte”, asevera, recordando que la lactancia materna además “ayuda a la madre e hijo a establecer una relación cercana y de cariño”.

Para la representante de la OMS, esta década ofrece una “oportunidad sin precedentes” para mejorar la salud de las mujeres y los niños. En 2010, la Secretaría General de Naciones Unidas lanzó la Estrategia Global de Salud para Mujeres y Niños, cuyo objetivo es salvar la vida de 16 millones de mujeres y niños menores de cinco años en los 49 países de ingresos más bajos para el año 2015.

## 8º Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica

La Asociación Española de Enfermería Quirúrgica celebrará los próximos 16, 17 y 18 de noviembre en Gijón, su 8º Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica, bajo el lema "Instrumentando el futuro".

Se ha confeccionado un programa de interés para la enfermería quirúrgica actual, en el que acompañarán diferentes ponentes de reconocido prestigio.

A través de la página web y las redes sociales iréis teniendo información detallada y actualizada de los preparativos y novedades del congreso.

Las diferentes áreas temáticas que se van a abordar son las siguientes:

### 1 - Formación. ¿Cómo aprendemos las enfermeras quirúrgicas?

Desde que somos alumnos, las enfermeras quirúrgicas vamos adquiriendo nuevas competencias y habilidades para desarrollar nuestro trabajo con excelencia. Temas tan en boga como la gestión del talento, la gestión por competencias o sistemas de aprendizaje por simulación, dan la medida de la importancia de la formación en nuestra actividad.

### 2 - Investigación ¿qué investigamos las enfermeras quirúrgicas?

A qué temas enfocamos las enfermeras quirúrgicas nuestra investigación, qué dificultades encontramos para investigar, qué resultados podemos ofrecer. ¿Aplicamos la evidencia científica en nuestro trabajo?, ¿Cómo? Es también interesante saber si somos consumidores de la producción científica en general, y cómo accedemos a ella.

### 3 - Metodología. ¿Cómo cuidamos las enfermeras quirúrgicas?

El actual desarrollo de herramientas metodológicas para la mejor aplicación y gestión de nuestros cuidados, unido además de nuevos sistemas informáticos que facilitan su uso, ha hecho cambiar realmente la sistemática de trabajo de la enfermería, y la enfermería quirúrgica no es una excepción. NICs, NOCs, NANDA, PNDSS, no son ya términos ajenos a nuestra realidad diaria.

### 4 - Seguridad. ¿Son seguros nuestros cuidados?

Aunque ya hace más de una década que la seguridad es un tema clave, desde el 2008 en el que la OMS lanzó el proyecto "Cirugía segura salva vidas", conseguir un proceso quirúrgico más seguro se ha convertido en un reto continuo en las organizaciones en las que trabajamos, y por ende son cada día más habituales en nuestro trabajo iniciativas encaminadas a alcanzar ese objetivo.

### 5 - Gestión. ¿Cómo se organizan nuestros servicios?

No es fácil saber cuáles son las claves para que las cosas funcionen bien, para que el sistema nos ayude a hacer mejor nuestro trabajo, qué herramientas utilizamos para alcanzar los objetivos propuestos, (CMA, Gestión de la calidad,

gestión clínica, liderazgo, participación...), qué combinación consigue que trabajemos en un "servicio magnético".

### 6- Innovación y tecnología. ¿Qué novedades aportamos a nuestros cuidados?

Cada día aparecen novedades en nuestra práctica clínica, unas dependen de la aparición de nuevas tecnologías aplicadas a los tratamientos, otras sin embargo, de nuestra propia capacidad para mejorar los cuidados. Compartir estas novedades y más aun si están evaluadas contribuyen a que todos mejoremos.

### 7 - Historia. ¿Cómo ha avanzado nuestra profesión?

Aunque no lo parezca, ni la cirugía, ni la enfermería quirúrgica, ni la forma en la que los pacientes se enfrentan al paso por el quirófano han sido tal y como hoy los reconocemos. Descubrir el pasado de nuestra profesión puede ayudarnos a crecer mucho en el futuro.

### 8 - Libre. ¿Hay aun más que aportar?

Seguro que sí, el interés de todos los que participamos de este congreso puede aumentar con comunicaciones que si bien no encajan en las anteriores áreas temáticas supongan una mejora evidente en el que es nuestro objetivo principal: "Cuidar al paciente quirúrgico".



## HOMENAJE DE LA ENFERMERÍA VALENCIANA A D. MANUEL CERVERA (ex conseller de sanitat) con la presencia del nuevo conseller D. Luis Rosado

El Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana (CECOVA) y los colegios profesionales de Enfermería de Valencia, Castellón y Alicante celebraron el pasado día 20 de julio en el Hotel Westin de Valencia un acto simbólico de inicio de la VIII legislatura, la cual estuvo marcada por el homenaje al ex conseller de Sanidad Manuel Cervera, que recibió una placa en agradecimiento al apoyo prestado a la profesión enfermera durante los siete años en diversos cargos de responsabilidad en la Conselleria de Sanidad.

El acto promovido por la Organización Colegial de Enfermería de la Comunitat Valenciana, que se celebró por primera vez, consistió en una comida que contó con la presencia del conseller de Sanidad, Luis Rosado, el ex conseller Manuel Cervera; el presidente del CECOVA, José Antonio Ávila; los presidentes de los colegios de Enfermería de Valencia, Castellón y Alicante, Juan José Tirado, Francisco Pareja y Belén Payá, respectivamente, así como un centenar de representantes de los Departamentos de Salud, las direcciones de Enfermería, las Unidades Docentes de Enfermería, la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, asociaciones y sociedades científicas de Enfermería y el sindicato de Enfermería SATSE.

Según el nuevo conseller, Luis Rosado, "se potenciará la figura del profesional de Enfermería dentro de los planes estratégicos de esta legislatura en ámbitos clave de los equipos de Atención Primaria y la atención a pacientes con enfermedades crónicas".

En los próximos años los profesionales de Enfermería incrementarán su papel en el seno del equipo de Atención Primaria, que se encarga de la formación e información del paciente, de la atención domiciliaria y ambulatoria programada y urgente y de la elaboración de un plan de cuidados de forma programada con la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

A lo largo de la legislatura, la Conselleria prevé extender al resto de departamentos de Salud de la red asistencial autonómica las figuras del enfermero gestor de casos y del enfermero de enlace entre Atención Especializada y Primaria, que actualmente ya funcionan en cinco departamentos (General de Castellón, General de Alicante, Elche, Requena y La Fe).

La función de la enfermera gestora de casos es la de encargarse del seguimiento del paciente, de la resolución de dudas y de la coordinación de todos los recursos asistenciales. En concreto, la enfermera gestora de casos hace el seguimiento telefónico diario de los pacientes, cumplimenta la hoja de seguimiento con la información proporcionada por el paciente, al que se le suministra un



kit con dispositivos para la toma de constantes y su transmisión vía teléfono móvil o por Internet.

Con este acto, el CECOVA quiso agradecer a Manuel Cervera todo el apoyo prestado al colectivo de Enfermería durante el tiempo que estuvo vinculado a la Conselleria de Sanidad desde el 27 de junio de 2003 al frente de la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente; posteriormente al frente de la Secretaría Autonómica de Sanidad y luego como director gerente de la Agencia Valenciana de Salud y, finalmente, como conseller desde el 29 de junio de 2007.



## El Hospital Doctor Moliner, premiado por su compromiso en defensa de la vida

La Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Doctor Moliner, perteneciente al Servicio de Medicina Interna de este centro, ha sido premiada por su "compromiso en defensa de la vida". La Universidad CEU-Cardenal Herrera ha otorgado esta distinción al hospital de Serra como reconocimiento a su labor diaria en el cuidado de pacientes que requieren de atención paliativa.

El acto de entrega de este premio, celebrado en el Palacio de Colomina de Valencia, se ha enmarcado dentro de la clausura de la III Edición de CEU con la Vida, que ha contado previamente con una mesa de trabajo con medios de comunicación y asociaciones que defienden el Derecho a la Vida.

El premio ha sido recogido por Carlos Ibáñez, Director de Enfermería del Hospital Doctor Moliner, que ha manifestado el honor que representa para el hospital la valoración de la actividad que cada día lleva a cabo el equipo de profesionales de la Unidad de Cuidados Paliativos. A su vez, la doctora Victoria Espinar, facultativa responsable de la Unidad, ha dado las gracias en nombre de todo el hospital y en particular de la Unidad de Cuidados Paliativos por el reconocimiento otorgado.



Por otra parte, la doctora María Rosa Roca, jefe clínico del Servicio de Medicina Interna del Hospital Doctor Moliner, ha resaltado "la inmensa labor del Equipo Multidisciplinar de la Unidad de Cuidados Paliativos. Tanto la doctora Victoria Espinar -responsable de esta Unidad y presidenta del Comité de Bioética del Hospital- como el doctor Miguel Fombuena, están a plena dedicación en la Unidad desde hace años, tanto en su vertiente asistencial como en la docencia y en la investigación, junto con la plantilla de enfermería, muy preparada para este cometido".

## Sanitat designa los nuevos equipos directivos de los Departamentos de Salud de la Comunitat

El conseller de Sanitat, Luis Rosado, ha designado a los nuevos equipos directivos de los Departamentos de Salud de la Comunitat. En concreto, se produce el relevo en 8 gerencias de departamentos de salud.

### Castelló

En la provincia de Castellón, se ha designado a Pascual Herrero Sales como Director Territorial, en sustitución de Elvira Bosch que pasa a ocupar la Gerencia del Departamento de Salud de Castellón.

Otro nombramiento en este Departamento ha sido el de Beatriz Sofía Sánchez-Peral Sánchez como directora de Atención Primaria.

En el Departamento de Salud de la Plana, el conseller ha nombrado a Desamparados Casanova Monroig, Directora Económica del Hospital de Vila-real y a Florencio Edo Tena Director de Gestión Administrativa de Atención Primaria del hospital.

### Valencia

En cuanto a la provincia de Valencia, en el departamento Valencia-Clinico-Malvarrosa, Alfonso Paya Rubio, hasta ahora

gerente del departamento de Requena, pasa a ocupar la Subdirección Médica.

Dentro de este mismo departamento se han producido otros cambios: Carmen López Almazán pasa a ser la nueva subdirectora médica del hospital y Rosa Ana Espinosa Urbina, Directora de Atención Primaria.

En el departamento Valencia-Arnau de Vilanova-Liria, el conseller de Sanitat ha nombrado a Pedro Rollán García como subdirector médico, a Salvador Algarra Eugenio, como sudirector económico y a Francisco Javier Iñigo Dies, como director de gestión administrativa de Atención Primaria.

Al departamento de Salud Valencia-La Fe, se incorpora como subdirectora económica del hospital Universitario y Politécnico La Fe, Amparo Fuertes Vidal, hasta ahora directora económica del hospital de Xàtiva.

El Departamento de Salud de Requena estará dirigido por María Luisa Reynoso Rodríguez. Por su parte, Vicente Rosales Esteban será el nuevo director económico del centro.

El departamento de salud de Xàtiva-Ontinyent estará dirigido por Julián García del Caño en sustitución de Nela García Reboll, quien ocupaba la gerencia del Departamento hasta su nombramiento como secretaria autonómica.

Otros cambios producidos en el departamento Xàtiva-Ontinyent son: Gerardo Ferrer Mas será el nuevo subdirector médico del hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva y María Luisa Martínez Faura, la nueva directora económica.

El Servicio de Emergencia Sanitaria de Valencia tendrá como director de gestión administrativa a José Antonio Sánchez Baeza.

## Alicante

En la provincia de Alicante se han producido cambios en los equipos directivos de seis departamentos de salud. En el Departamento de Salud de Alicante-Hospital General, el conseller ha designado como nuevo gerente a Juan Antonio Marques Espí y como directora económica a Marta Jesús Marín Ferreiro.

En el Departamento de Alicante-Sant Joan d'Alacant, Antonio Roberto Muñoz Lagos ostentará la Gerencia, y José Cano Pascual, la dirección económica.

Joaquín Virgilio López Moreno, será el nuevo gerente del departamento de Salud de Elche-Hospital General, Francisco Agulló Roca asumirá la dirección médica y Cristina Martínez Rodríguez la dirección de Atención Primaria.

El hospital Virgen de los Lirios de Alcoi tendrá como nuevo director médico a Alfonso Serrano Carricondo y como director de Atención Primaria José Luis Prats Rodríguez.

El Departamento de Salud de Elda será dirigido por Sofía Clar Gimeno.

Para el Departamento de Salud de Orihuela, el conseller de Sanitat ha nombrado a Carlos Alberto Arenas Díez gerente del departamento y a Virtudes Rocamora Ruiz, directora económica.

Además, dentro del organigrama de la propia conselleria de Sanitat, Luis Rosado ha nombrado a Rafael Peset Pérez Director de Asistencia Sanitaria de Zona y a Enrique Salvador Ballester, Jefe de Área de Coordinación y Planificación, adscrito a la Gerencia de la Agencia Valenciana de Salud (AVS).

## Luis Rosado se compromete a establecer la figura del responsable de Cuidados dentro de su equipo directivo

El conseller de Sanidad, Luis Rosado, se ha comprometido con los colegios profesionales de Enfermería de la Comunitat Valenciana a establecer la nueva figura del Responsable de Cuidados dentro de su equipo directivo, una figura que será clave para el papel que va a desempeñar el colectivo Enfermería durante la próxima legislatura dentro del nuevo modelo asistencial que va a tener la atención a los pacientes crónicos como uno de los retos principales. La consecución de la creación de esta figura supone la materialización de una vieja aspiración de la profesión enfermera en la Comunidad Valenciana.

En este sentido, la Conselleria de Sanidad va a potenciar la figura del profesional de Enfermería dentro de los planes estratégicos de esta legislatura y prevé extender al resto de departamentos de Salud de la red asistencial valenciana las figuras del enfermero gestor de casos y del enfermero de enlace entre Atención Especializada y Primaria, que actualmente ya funcionan en cinco departamentos (General de Castellón, General de Alicante, Elche, Requena y La Fe).

### Responsable de Cuidados

La nueva figura del Responsable de Cuidados va a tener una dependencia directa del propio conseller de Sanidad en el organigrama de la Conselleria de Sanidad, su ámbito de actuación será de carácter autónomo y entre sus

competencias figurará la de llevar a cabo acciones estratégicas de cuidados de implantación autonómica. Entre sus funciones se incluirá también la de asesorar a la Conselleria de Sanidad sobre las necesidades logísticas, técnicas, formativas y científicas para la mejora de los resultados de salud y la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios así como el bienestar de los profesionales sanitarios del ámbito de los cuidados.

Estos compromisos fueron acordados durante la reunión que mantuvieron ayer con el conseller de Sanidad, Luis Rosado, el presidente del CECOVA, José Antonio Ávila; los presidentes de los Colegios de Enfermería de Valencia, Castellón y Alicante, Juan José Tirado, Francisco Pareja y Belén Payá, respectivamente; y el presidente honorario del Colegio de Enfermería de Valencia, Francisco Mulet, que dialogaron sobre las diferentes necesidades profesionales del colectivo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

Los cuatro presidentes de las organizaciones colegiales de Enfermería realizaron una valoración muy positiva del establecimiento de esta nueva figura ya que es la primera vez en la historia de la Conselleria de Sanidad que se implanta y recordaron que, con ello, la Organización Colegial Autonómica de Enfermería consigue hacer realidad una vieja aspiración de la profesión enfermera en la Comunidad Valenciana.

## El Ministerio de Sanidad presenta una guía sobre los medicamentos sin prescripción



El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Asociación para el Autocuidado de la Salud (Anefp) presentó el pasado mes de julio la *Guía del Sistema Nacional de Salud para la publicidad de medicamentos de uso humano dirigida al público*. Se trata de un documento de referencia que quiere servir para aclarar y sistematizar los principios, requisitos, limitaciones y demás condiciones en las que puede realizarse publicidad de medicamentos dirigida al público.

La guía, que ha sido presentada por el director general de Farmacia y Productos Sanitarios, Alfonso Jiménez; la directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Belén Crespo, y el director de Anefp, Rafael García Gutiérrez, tiene como finalidad última proporcionar al ciudadano una información veraz sobre los medicamentos sin prescripción, servir para impulsar la automedicación responsable y fomentar el uso adecuado de este tipo de medicamentos.

Además, la guía será una herramienta de trabajo para la industria farmacéutica y la propia Administración sanitaria, de cara a favorecer las actuaciones en la solicitud y autorización de la publicidad de este tipo de medicamentos y

para aplicar de forma consensuada la normativa vigente en materia de publicidad. De hecho, está previsto que la guía vaya actualizándose en función de las novedades legislativas que se produzcan. La guía consta de dos partes diferenciadas. Por un lado, una parte dedicada a informar sobre la publicidad de medicamentos dirigida al público. La segunda parte de la guía recoge un código de buenas prácticas sobre la publicidad de medicamentos dirigida al público.

De este modo, los objetivos fundamentales del documento que se ha presentado son:

- Lograr una publicidad de medicamentos dirigida al público de calidad.
- Transmitir una información adecuada y comprensible para los ciudadanos de los medicamentos sin prescripción, con el fin de que los utilicen de forma racional y responsable.
- Establecer unos criterios de actuación únicos de todos los órganos implicados.
- Actualizar las actuaciones en esta materia en función de las nuevas normativas.
- Ser una herramienta básica que favorezca las actuaciones de todos los órganos implicados.
- Establecer un código de buenas prácticas en materia de publicidad.

## Los alumnos del Máster Universitario en Especialización en Cuidados en Enfermería celebran su acto de imposición de becas

Los estudiantes de la segunda promoción del Máster Universitario en Especialización en Cuidados en Enfermería de la Universidad CEU Cardenal Herrera han celebrado su acto de imposición de becas. En este acto, celebrado en el Aula Magna del Edificio Luis Campos Górriz, el padrino de la promoción Manuel Marín, director gerente del Hospital Universitario de la Ribera, ha dado a los alumnos algunas claves para incorporarse al mundo profesional. En su discurso Marín les ha animado

a ser valientes en esta nueva etapa porque "sin miedo el éxito está garantizado". Asimismo el director del Hospital de la Ribera ha remarcado la importancia de la profesión sanitaria y su valía en la sociedad.

En este sentido Marín ha afirmado que estos

alumnos cuentan con "una formación que es la mejor arma para luchar por una vida más sana, más justa y más equitativa".

En el acto de graduación del Máster Universitario en Especialización en Cuidados en Enfermería también ha intervenido la decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Alicia López. En sus palabras a los alumnos de este posgrado la decana les ha felicitado por haber alcanzado este título tras "un año de mucho trabajo". Alicia López también ha agradecido la labor que durante este curso han realizado el claustro de profesores y a las familias "por la confianza que han depositado en el CEU para que sus hijos se formen como especialistas en el ámbito de la Enfermería".

Al acto también ha asistido el vicerrector adjunto al Rector para Ordenación Académica y Profesorado, Francisco Bosch; la coordinadora del Máster, Tina Gisbert; el presidente del Colegio de Enfermería de Valencia, Juan José Tirado, y personal sanitario y administrativo del Hospital de la Ribera.



FUNDACIÓN A.M.A. CONVOCA

# XIII PREMIOS CIENTÍFICOS


TEMA

**Sostenibilidad del Sistema Nacional de salud: Visión del Profesional Sanitario**

1<sup>er</sup> Premio de 18.000 €  
2<sup>o</sup> Premio, Accesit de 6.000 €

FECHA LÍMITE DE PRESENTACIÓN  
15 de Diciembre de 2011

MÁS INFORMACIÓN EN EL:

 COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE VALENCIA

C/ Pío y Peyrolón, 59  
Tel.: 96.363 70 15 - Fax: 96.363 04 26  
E-mail: coenfermeria@ia-red.com



Fundación A.M.A.

INFORMACIÓN

[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

## La Fundación A.M.A. promueve un premio científico sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud

La Fundación A.M.A. convoca su XIII premios de investigación científica, centrado en esta edición sobre la situación, las potencialidades y el futuro del Sistema Nacional de Salud español, que este año celebra su vigésimo quinto aniversario.

La Fundación fue constituida el año pasado por A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora, la mutua de los profesionales sanitarios, e intenta consolidarse como una de las fundaciones nacionales de referencia en el ámbito de la investigación y la formación sanitaria y del seguro asistencial. Con ese objetivo, ha recogido y ampliado los premios científicos que convocaba la propia mutua, y que habían completado doce ediciones.

De hecho, el Premio de Investigación Científica será una de las iniciativas centrales de la Fundación para 2011. El patronato recibirá, de mutualistas y colegiados profesionales sanitarios, estudios originales sobre ese asunto hasta el 15 de diciembre próximo, y en el primer trimestre de 2012 fallará un primer premio de 18.000 euros y un accésit de 6000 euros.

Las bases y condiciones de participación pueden consultarse tanto en la web corporativa, [www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com),



Fundación A.M.A.

así como en la revista *A.M.A. en Marcha* del mes de Julio. El jurado de los premios estará compuesto por Eudald Bonet, presidente de la Fundación, y distintas personalidades tanto de Colegios Profesionales como de las Reales Academias y Consejos de los Colegios Médicos de Medicina, Farmacia y Veterinaria.

Los premios científicos de A.M.A. intentan impulsar la reflexión metodológica y multidisciplinar sobre la Sanidad y el seguro asistencial en la sociedad española del siglo XXI, desde una perspectiva creativa, eficiente y comprometida con las necesidades de las personas y los profesionales sanitarios.

Hace unas semanas, la Fundación A.M.A. aprobó también la entrega de distintas ayudas a los Colegios Oficiales de Odontología, Veterinaria, Enfermería, Farmacia y Logopedia de Murcia para ayudar a los damnificados por el terremoto en la ciudad de Lorca. La mutua había entregado previamente otra ayuda para los damnificados lorquinos al Colegio Oficial de Médicos de Murcia.

Asimismo, la Fundación tiene en marcha este año la concesión de becas de ayuda a 75 estudiantes de los cursos preparatorios para médicos, farmacéuticos y enfermeros internos residentes, así como diferentes ayudas formativas para profesionales sanitarios y ayudas sociales para instituciones externas. Además, promoverá un Aula Taller específica sobre Derecho Sanitario, dentro del Congreso Nacional que organiza la Asociación Española de Derecho Sanitario.

## Guías de recomendaciones clínicas para el tratamiento de las adicciones

La Conselleria de Sanitat, a través de la dirección general de Drogodependencias, ha diseñado las nuevas **Guías de recomendaciones clínicas en adicciones**, dirigidas a profesionales del ámbito de las drogodependencias con el fin de facilitar su práctica asistencial diaria.

Las Guías de Recomendaciones Clínicas que se han publicado son: Proceso de asistencia en las Unidades de Conductas Adictivas; Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en los problemas relacionados con el alcohol; Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en los problemas relacionados con la cocaína; Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en los problemas relacionados con opiáceos; Protocolos de actuación psicológica en los trastornos derivados por el consumo de alcohol y drogas.

Según ha señalado Luis Rosado "estas guías de recomendaciones van a permitir responder a aquellas preguntas específicas que se plantean los profesionales de las UCAS

durante el proceso de toma de decisiones en su práctica clínica". La finalidad es mejorar la eficacia y eficiencia en la atención de pacientes. Por ello, se implantará un sistema de indicadores de evaluación para mejorar la calidad asistencial.

En este sentido, Rosado ha indicado que "durante el año pasado las UCAS de nuestra Comunitat atendieron a más de 14.000 pacientes drogodependientes que solicitaron tratamiento a causa de una adicción o trastorno adictivo. Además, la adicción al alcohol, seguido de la adicción a la cocaína, continúa siendo el principal motivo por el que una persona acude a una UCA solicitando ayuda profesional".

En concreto, el 31% de los casos admitidos a tratamiento en las UCAS durante el año 2010 fue debido a la adicción al Alcohol, seguido de la adicción a la cocaína (21%), al tabaco (17%), a la heroína (12%), al cannabis (10%), a la ludopatía (5%), a las benzodiacepinas (1%), a los estimulantes (1%) y otras (2%).

## Tres hospitales de la Comunidad Valenciana se incorporan al Proyecto de Investigación INCATIV

El Departamento de Salud de Torrevieja ha iniciado recientemente su participación en el Proyecto INCATIV (Indicadores de Calidad en la Terapia Intravenosa), estudio de investigación en materia de calidad y de seguridad asistencial que nace en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

El Estudio INCATIV se desarrolla en colaboración con la Dirección General de Calidad Asistencial de la Consellería de Sanitat, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), la Sociedad de Medicina Preventiva y Salud Pública y un grupo de profesionales con vocación investigadora y docente pertenecientes a los centros sanitarios que participan en el proyecto.

Desde su puesta en marcha, el Hospital de Torrevieja se ha caracterizado por desarrollar una política de calidad y seguridad en la atención al paciente. Así, el pasado mes de julio, varios profesionales dependientes de la Dirección de Enfermería realizaron la formación preliminar para desarrollar el estudio en el centro torrevejense, junto a otros compañeros de otros centros sanitarios como el Hospital de Vinalopó y el Hospital Dr. Moliner, que también se han adherido al proyecto, siendo finalmente quince los hospitales de la Comunidad Valenciana que participarán en esta investigación.

La actividad formativa, llevada a cabo por el investigador principal del proyecto, D. Jose Luis Micó, Supervisor de Enfermería Preventiva-Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, y realizada en el Hospital de Vinalopó el pasado día 13 de julio, tuvo como objetivo principal formar a los nuevos investigadores en la necesidad de fomentar la calidad de los cuidados en todas aquellas cuestiones relacionadas con el abordaje y tratamiento intravenoso, con el fin de que todos los profesionales adquiriesen nuevas y útiles herramientas para obtener mejoras en la implementación de protocolos, minimizando los efectos adversos, tasas de infecciones nosocomiales, etc.

La formación se centro en cuanto a los criterios de las diferentes variables en la recogida de datos a los observa-

dores de campo (homologación de observadores) y formación a los enfermeros formadores en terapia intravenosa de cada uno de los distintos hospitales que formaran a sus compañeros. Todo esto reportará una mejora de la calidad en la terapia IV y una disminución de los efectos adversos derivados de la misma.

Los **Hospitales** que actualmente participan en este Proyecto son:

- General de Castellón
- La Plana- Castellón
- Francesc de Borja - Gandia
- Lluís Alcanyis- Xativa
- Casa de Salud-Valencia
- Arnau de Vilanova-Valencia
- Clínico - Valencia
- La Ribera - Alcira
- Malva Rosa-Valencia
- Dr. Moliner-Serra
- General - Elda
- Verje dels LLiris - Alcoy
- General Universitario - Elx
- Vinalopo - Elx
- Torrevieja



## Promoción DUE 84/87 Hospital Clínico (Valencia)

El próximo año 2012 cumpliremos 25 años en esta profesión y queremos celebrarlo, viéndonos todos de nuevo.

Podéis contactar con los organizadores del evento a través de:

**Correo electrónico:** enfermeria8487@gmail.com

**Blog:** enfermeria8487.blogspot.com

**Facebook:** Enfermeria Hospital Clínico

Pasad los datos a los compañeros/as que tengáis cerca.  
**¡ÁNIMO, SERÁ DIVERTIDO!**

## El Departamento Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria elabora un protocolo para la prevención del pie diabético

El Departamento de Salud Valencia- Arnau de Vilanova-Lliria ha realizado un protocolo para la prevención de amputaciones en los casos de pie diabético.

El objetivo del programa es ayudar en la prevención del pie diabético, evitando tener que realizar la amputación del miembro, ya que, según fuentes científicas, se trata de una enfermedad evitable en la que la prevención y la información al paciente son herramientas indispensables y en la que cerca del 50% podría evitarse.



Por ello, el departamento ha establecido una estrategia de triple actuación que contempla la instauración de un protocolo, la formación y la consideración del mismo como objetivo prioritario sujeto a la productividad para evitar las amputaciones de pie causadas por diabetes.

Junto con la realización y difusión del programa el departamento ha adquirido material para realizar las revisiones en todas las zonas básicas de salud y se han programado cursos y talleres formativos para los profesionales.

“Durante el 2011 ha sido posible aumentar las revisiones realizadas en atención primaria hasta un 20%. Nuestro objetivo es llegar en un futuro a coberturas mucho más amplias y poder ofrecer la revisión preventiva a los 20.000 pacientes diabéticos del Departamento”, señala Francisco Díaz, Director de Enfermería de Atención Primaria del Departamento.

En la Comunitat Valenciana más de 45.000 personas padecen diabetes. Según los expertos, 8.000 de estas personas podrían sufrir complicaciones en los pies que podrían derivar en una amputación.

La amputación de la pierna es la consecuencia más grave de las úlceras de los pies de los diabéticos. Se trata, sin embargo, de una consecuencia evitable si se detecta precozmente, se realiza un programa de prevención y se aplican las nuevas estrategias terapéuticas.

## La Comunitat Valenciana necesita 2.280 enfermeras más para alcanzar la media española

El Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana (CECOVA) y los colegios de Enfermería de Valencia, Castellón y Alicante aseguran que en el sistema sanitario valenciano faltan un total de 2.280 profesionales de Enfermería para alcanzar la media española de enfermeras por habitante.

El presidente del CECOVA, José Antonio Ávila, ha subrayado que la Comunitat se encuentra a la cola de España en la cifra de enfermeros “con apenas 463 profesionales por cada 100.000 habitantes” lo que supone que “un enfermero valenciano atiende al doble de pacientes que un enfermero de Navarra con 913 profesionales por cada 100.000 habitantes”. Por su parte, la media nacional se sitúa en 531 enfermeros por cada 100.000 habitantes, mientras que la media europea es de 808.

Además, según el “déficit” de profesionales de Enfermería en la sanidad de la Comunitat Valenciana “se agravará con la implantación del Plan Bolonia y el Grado de Enfermería ya que en el año 2012 solamente se graduarán entre 25 y 30 alumnos de Enfermería debido a la adaptación de los planes de estudio”.

Por otro lado, ha instado al Gobierno valenciano a aplicar la Ley 8/2008, de Derechos de Salud del Niño y el Adolescente, que exige a los centros de Educación Especial de la Comunitat Valenciana la puesta en funcionamiento de un servicio propio de Enfermería escolar. Asimismo, Ávila ha exigido que todos los colegios cuenten con un enfermero, pues, a su juicio, “si se invierte en los más pequeños se invierte en un país con un futuro más sano”.

En esta línea, el responsable del CECOVA resaltó que “a pesar de que la Conselleria de Sanidad está dando pasos muy lentos y dubitativos” para dotar de servicios de Enfermería a los centros de Educación Especial, como establece la Ley 8/2008 de Derechos de Salud del Niño y el Adolescente, numerosos ayuntamientos “apuestan por extender este servicio para asegurar el bienestar sanitario de sus escolares”. Así, recordó que numerosos ayuntamientos como Mutxamel, La Vila Joiosa, Carlet o Benicàssim, entre otros, han suscrito convenios para que sus escolares tengan la asistencia sanitaria adecuada.

Por otra parte, el presidente del CECOVA pidió a la Conselleria de Sanidad que traslade a una ley específica los protocolos de riesgo biológico y “siga el camino marcado por Madrid, Castilla-La Mancha, Baleares, Galicia y Navarra para garantizar la seguridad de los profesionales sanitarios frente a posibles infecciones”.

Respecto a la Ley de Dependencia, el presidente del CECOVA solicitó a la Conselleria de Bienestar Social la inclusión de profesionales de Enfermería en los equipos de valoración de las personas dependientes porque, según recordó, la responsabilidad de los cuidados “es competencia exclusiva de las enfermeras que no sólo deben realizar los planes de cuidados sino encargarse de la supervisión de éstos y de las tareas que realizan otros profesionales como son las auxiliares”.

## ¿Preparadas? ¿Listas?....

### Pues comenzamos un nuevo curso

Bueno, ¿qué tal las vacaciones? Sé que algunas aún estaréis disfrutando de ellas pero la mayoría puede que ya estéis incorporadas. Sea como sea, espero y deseo os hayan servido para relajarnos un poco del ajetreado primer semestre del año y con la "puesta a punto" para lo que nos depara este otoño-invierno, nunca se sabe.

De hecho, en el momento de este escrito (mediados de agosto), no sabemos si saldrá el examen para el acceso a las otras especialidades, de momento el año pasado nos libramos, pero éste...no lo sé. Ya sabéis cómo está el tema, y para las que no lo sepan, pues...está complicado porque ya han surgido algunos conflictos en algunas Comunidades donde si comenzaron la formación de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Pero, este tema a estas alturas ya lo conoceréis casi todas y como hace ya un año que lo comenté...aunque claro, por vuestra respuesta imagino que no os interesaba mucho, luego no digáis que no sabíais nada, y que desde el colegio no se hizo nada. El colegio, y en concreto, esta vocal que os escribe, representa a un colectivo cuando tiene voz y algo que decir, pero si el colectivo permanece mudo...pues...qué le vamos a hacer.

En fin, quiero confiar en que este otoño sea tranquilo y las que estáis preparando el examen (se prevé que sea para mediados de 2012) para oposiciones no tengáis con qué distraeros, no sabemos si serán las últimas y hay que darlo todo y sacar la plaza.

Mientras tanto, quiero informaros de la nueva programación en la formación para el último trimestre, que aunque muchas ya la hayáis realizado, aún hay compañeras que se quedaron sin plaza. Por cierto, sabed que ahora se penalizará cuando alguien renuncié sin avisar, no sé, parece, por desgracia, que si no hay algún tipo de penalización, no hay concienciación de solidaridad con otras compañeras, las que no pueden acceder y al final, quedan plazas libres.

#### OCTUBRE

- Curso *"Control de Bienestar Fetal"* (3ª edición). Con acreditación EVES de 20 horas. Días 17, 19, 24, 26 y 31. Horario: de 16h a 20h. Lugar: aulas del colegio de enfermería. Plazas limitadas. Dirigido a matronas y EIR matronas. Matrícula 20 euros. Más información: teléfono 963 937 015 Secretaría (formación) del colegio, en horario de oficinas o página web del colegio: [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org)
- *I Congreso de la Asociación Castellano Leonesa (en colaboración con la FAME)* del 20 al 21 de octubre, en Burgos. Más información: [www.federacion-matronas.org](http://www.federacion-matronas.org)
- *VI Jornadas de la Sociedad Valenciana de Contracepción y Salud Reproductiva*, que tendrán lugar los días 20 y 21 de Octubre de 2011. Más información: <http://www.sec.es/congresos/autonomicos/valencia2011/index.php>

#### NOVIEMBRE

- Curso *"Reanimación del Recién nacido"* (9ª edición). Con acreditación EVES de 20h. Días 8, 10,15, 17 y 22.



I CONGRESO  
ASOCIACIÓN CASTELLANO LEONESA  
DE MATRONAS  
CONJUNTAMENTE CON FAME DE ÁMBITO NACIONAL  
20, 21 Y 22 DE OCTUBRE 2011 BURGOS



Horario: de 16h a 20 h. Lugar: aulas del colegio de enfermería. Plazas limitadas. Matrícula 60 euros. Dirigido a matronas, EIR matronas y enfermeras. Más información: teléfono 963 937 015. Secretaría (formación) del colegio, en horario de oficinas o página web del colegio [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org)

- *I Jornada de Matronas del Hospital General de Castellón*, día 18 de noviembre. Organizado por la Associació de Comares de la CV. Más información: [www.matronas-cv.org](http://www.matronas-cv.org)

#### DICIEMBRE

- Curso de *"Suturas y Anudados para matronas"* (3ª edición). Se harán dos grupos de formación, uno de mañana y otro de tarde. Primer grupo: día 12 de diciembre de 16h a 20h30. Segundo grupo: día 13 de diciembre de 9h30 a 14h. Plazas limitadas (10 por grupo). Matrícula 20 euros. Más información: teléfono 963 937 015. Secretaría (formación) del colegio, en horario de oficinas o página web del colegio [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org)

Bien, espero que después de todas estas actividades anunciadas, os motiven lo suficiente para realizarlas, las que no las hayáis hecho, y a sugerir otras, siempre estoy dispuesta y abierta a nuevas sugerencias y ya os adelanto que para el próximo año habrán cosas nuevas.

¿Preparadas, listas? Pues adelante, nos esperan en nuestros puestos de trabajo con la energía renovada y dispuestas a dar lo mejor de nosotras.

# asociación de jubilados

## IV Convención de Jubilados de Enfermería de la Comunidad Valenciana



Llegada de las Asociaciones de Jubilados de Castellón Valencia y Alicante el día 12 de Mayo de 2011. Recogida de credenciales y obsequios.

En la siguiente foto apertura de la IV Convención, vemos de izquierda a derecha, Doña Belén Estevan, Ilustre presidenta de la Asociación de Jubilados de Alicante. Doña Pilar Alayeto, Ilustre presidenta de la Asociación de Jubilados de Castellón, anfitriona de la IV Convención. Ilustrísimo Sr. Alcalde de Peñíscola D. Andrés Martínez Castellá. Ilustre Miembro del Consejo del CECOVA y Presidente del Ilustre Colegio de Enfermería de Castellón. Y por ultimo quien os escribe Francisco Soto, Presidente de la Asociación de Jubilados de Valencia.



Durante la Convención, que estuvo bien estructurada y organizada en tiempo y forma, tanto las conferencias como los talleres fueron interesantísimos, lo más importante en mi opinión es que estos días de convivencia, hemos podido estar juntos, charlar y conocernos un poco más.

Dentro de la Convención nos gustó mucho la excursión al castillo del Papa Luna, en Peñíscola, bonita ciudad, la visita fue guiada por personas conocedoras del lugar y su historia, excelente idea de sus organizadores.



Vista del salón de actos donde se celebraron la mayoría de actos de la IV Convención de Peñíscola, como se puede observar en la foto hubo una muy buena asistencia. La siguiente foto corresponde al Acto de clausura de la IV Convención de Jubilados de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Cierra los Actos el Ilustre Secretario del Consejo de CECOVA y Presidente del Ilustre Colegio de Enfermería de Valencia D. Juan José Tirado Darder, le acompañan en el acto Doña Pilar Alayeto, Ilustre presidenta de la Asociación de Jubilados de Castellón y quien os escribe Francisco Soto Hernández, presidente de la Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería de Valencia "San Juan de Dios".



Estimados Compañeros/as, esta Asociación sin vuestra presencia y apoyo no es nada, por tanto os esperamos en los locales de la Asociación de Jubilados, sito en el Ilustre Colegio de Enfermería de Valencia, todos los lunes de 17 a 19 horas, desde Octubre hasta principios de Junio que comienzan las vacaciones de verano.

Un fuerte abrazo a todos.

**Francisco Soto Hernández**  
Presidente de la Asociación de Jubilados de Enfermería

## Tras finalizar el verano, vuelven los cursos...



Autor de la fotografía: Francisco Soto Hernández

## LOTERÍA NAVIDAD

COMO TODOS LOS AÑOS, EL COLEGIO DE ENFERMERÍA HA ENCARGADO LOTERÍA PARA NAVIDAD, EL NÚMERO DE ESTE AÑO ES EL

# 19.416

LAS PARTICIPACIONES, ESTARÁN A DISPOSICIÓN DE LOS SRES. COLEGIADOS EN LAS OFICINAS DEL COLEGIO, A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE, COMO ES NORMA, NUESTRA LOTERÍA NO LLEVA RECARGO.

La Junta de Gobierno

Como cada año después del verano comenzamos el trabajo, en este caso nuestro, jubilados, es una labor no remunerada, agradable y sin más obligaciones que las que nosotros queramos tener, pero sí, con responsabilidad y deseo de hacer algo por los demás.

Desde primeros de Octubre, vamos a comenzar, como el año anterior hicimos, la práctica de Tai Chi, que como tantas veces hemos dicho, aumenta el equilibrio y evita las caídas. Los entrenamientos en los juegos de Bolos, Golf y Tenis para la fiesta de San Juan de Dios. Otra actividad que va a comenzar a primeros de Octubre es un curso de informática básica adaptado para mayores, aprenderán el manejo de los ordenadores correo electrónico e Internet, para que participen todos los jubilados que quieran hacerlo, como ya se ha hecho otros años tienen preferencia los que no hayan hecho otros cursos de informática, la inscripción en el colegio.

Otra actividad que actualmente estamos haciendo, son viajes de un solo día, en este caso hemos hecho una excursión a Cofrentes, ruta fluvial, es bonita y divertida, pasar un día juntos comer y visitar sitios interesantes es parte de nuestro ocio.

Otra actividad que vamos a comenzar para este año, será un taller de fotografía, donde vamos a ver los puntos a tener en cuenta para hacer fotografías de una calidad aceptable, aunque se hagan con una "cámara de la nivea", bueno, es decir, hemos visto fotos muy malas hechas con cámaras muy caras y viceversa, utilizando una buena técnica las fotos se pueden ver. El taller de fotografía se hará al acabar el curso de informática, el día 13 de Diciembre de 2011, lo haremos en el salón de acto si es posible para que asistan todos los jubilados honoríficos que lo deseen.

## La crisis, el paro y los problemas

El pasado día 13 de julio de este año 2011, fui testigo, en un autobús urbano de Valencia, de una agresión verbal, con palabras muy fuertes, insultos, vejaciones y palabras malsonantes voz en grito.

La víctima un hombre mayor entre 80 y 90 años, el agresor un hombre de unos 40 años, una mala bestia, posiblemente hijo o yerno de la víctima. Por la hora, las 12 del mediodía, y por los lamentos del afectado, posiblemente sin empleo y mantenido por el abuelo con su pensión.

Lo triste es que nadie en aquel autobús movió ni un solo músculo, aquel acto de malos tratos parecía no importarle

a nadie. Yo le llamé la atención pidiéndole respeto hacia esta persona, evidentemente me contestó de mala forma, acto seguido tomé mi teléfono para llamar al 092, en ese mismo instante paraba el autobús y se apearon los dos pasajeros.

Queridos amigos no permitáis que nadie, nadie, os humille ni os someta a malos tratos, ni siquiera por omisión o abandono, denunciadlo. Y si nuestra Asociación de Jubilados os puede ayudar en algo, no dudéis en llamar al teléfono del Colegio de Enfermería.

Francisco Soto.

## Convocatoria Asamblea General Ordinaria

Conforme a lo previsto en los estatutos de la Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería de Valencia "San Juan de Dios", la Junta de Gobierno de la Asociación acuerda:

Convocar asamblea general ordinaria el día 26 de Octubre de 2011 a las 11:30 horas en primera convocatoria y a las 12 horas en segunda convocatoria, en el salón de actos del Colegio Oficial de enfermería de Valencia, con el siguiente orden del día:

Primer punto. -Informe del presidente sobre las gestiones y actividades en la asociación de Jubilados.

Segundo punto. -Informe de las actividades desde Octubre a Junio. Prejubilados respecto a la asociación. Cambios y nombramientos si los hubiera.

Tercer punto ruegos y preguntas.

Lo que se comunica a los efectos oportunos.

Valencia, 30 de junio de 2011

V.º B.º

EL PRESIDENTE

D. FRANCISCO SOTO HERNANDEZ

LA SECRETARIA

DÑA. MªANTONIA MOSCARDÓ JARQUE

# Aportación de la Formación de Formadores en Lactancia Materna



Los Alumnos del curso de lactancia materna, en su último día de clase presentaron unos trabajos al resto de los compañeros y profesores que por su valor no pueden quedarse guardados, y por ello deseamos compartirlos con todos vosotros, felicidades a todos.

**Maite Eres y Marisa Vercher**, durante el curso visitaron el banco de leche del hospital la Fe, compartiendo la experiencia con todos nosotros presentándonos un video donde vimos las instalaciones, de así como el proceso que sigue la leche donada, destinada principalmente para bebés prematuros a los que proporciona una importante protección, evitándoles enfermedades importantes.

Solo cabe felicitar a todas las madres que altruistamente ayudan a proteger la salud de un ser tan vulnerable.

**Ana García** presento un trabajo sobre el labio leporino bilateral completo, en la lactancia materna basado en un caso real. Vimos como es posible amamantar pese a la inexistencia de ayuda que la madre encontró por parte de los profesionales que la atendieron. Como su deseo de amamantar hizo que buscara la información y ayuda necesaria que le permitiera amamantar a su bebé incluso después de la intervención quirúrgica.

**Elisa Ruiz** como especialista en enfermería del trabajo, nos presento un caso del que aprendimos alumnos/as y profesoras. El caso de una madre que acude a la consulta de enfermería de pediatría para que le ayudemos a retirar la lactancia materna, debe incorporarse a trabajar como soldadora y cree que esto puede afectar a la calidad de su leche y perjudicar al bebé. Elisa nos hace reflexionar que como profesionales, no podemos conocer todos los riesgos reales o potenciales para la lactancia materna. Pero si como profesionales, debemos de saber qué hacer en estos casos. Dirigir a esa madre trabajadora al servicio de prevención donde determinaran de la existencia de riesgo o no para la lactancia. Debemos de informarle de la existencia de la prestación de riesgo por lactancia.

## PRESENTACIÓN POR RIESGO DURANTE LA LACTANCIA

La trabajadora comunica POR ESCRITO a la empresa su situación de trabajadora en periodo de Lactancia

La empresa devuelve a la trabajadora una copia firmada de esa comunicación y otra pasa al Servicio de Prevención.

El médico del Trabajo del Servicio de Prevención devuelve la copia firmada a la empresa y la enfermera cita a la trabajadora a reconocimiento médico informándole de qué se va a hacer

El médico del trabajo, revisa la Evaluación de Riesgos de la empresa y los protocolos de vigilancia de la Salud.

Hace un reconocimiento (entrevista) a la trabajadora, consensuando la información que tiene con la que le da la trabajadora sobre las condiciones de su puesto de trabajo



### 1. Informamos de sus derechos:

1.1 Derecho a pasar un reconocimiento médico con el médico del trabajo de su servicio de prevención

1.2 En caso de que exista riesgo tiene derecho a cambiar de puesto de trabajo, siempre que exista otro disponible o derecho a la Prestación de riesgo por Lactancia (9 meses. 100% sueldo)

### 2. Resolución por parte del Servicio de Prevención:

El humo de soldadura contiene **Plomo**, los límites recogidos en la ER superan los permitidos. En relación a la exposición durante la lactancia materna, decir que el Plomo es una de las sustancias "prohibidas" según la directiva 92/85/CEE por lo que se emite un **APTO CON LIMITACIONES**, no exposición a humo de soldadura. La empresa emite declaración de no existencia de otro puesto disponible y se remite a mutua donde determinan que la trabajadora pase a cobrar la **PRESTACIÓN DE RIESGO POR LACTANCIA**

Gracias a la información, la trabajadora podrá continuar con la lactancia materna al menos hasta que el bebé cumpla 9 meses, percibiendo la totalidad de su sueldo sin que por ello corra peligro su puesto de trabajo (la prestación no



supone ningún coste para la empresa). Cuando la madre vuelva a trabajar el niño enfermará menos con lo que ella se ausentará menos de su puesto de trabajo. Gracias Elisa.

**M<sup>a</sup> José Alandes y Laura Martínez**, nos hablan del papel del padre en la lactancia materna, empiezan con unas palabras de Ruth Lawrence, *“La lactancia materna es el regalo más precioso que una madre puede dar a su hijo. En la enfermedad o la desnutrición,*

*este regalo puede salvar la vida, en la pobreza puede ser el único regalo”*. El papel del padre es muy importante durante la gestación. Debe a la vez que la madre ser consciente del valor tan grande que tiene la LM. La madre necesitara de su apoyo emocional sobre todo durante las primeras tomas, además de preservar el descanso, la intimidad y el vínculo madre-hijo. En verdad amamantar es lo único que sólo la madre puede hacer, el padre puede sentirse desplazado, pero es importante que sepa que el bebé tiene otras necesidades muy importantes en las que debe de participar. Puede mecerle, abrazarle, consolarle, bañarle, cambiarle el pañal, todo hará crear un vínculo padre-hijo y conforme el bebé crezca, se amplía el apego y la necesidad que siente hacia el padre. *La experiencia de ser padre es única y un hecho de suma importancia en la vida de cualquier persona” “ Ser padre es, pues, todo un reto para el hombre moderno, pero tiene sus compensaciones”*.

**Rosa Rubio**, nos presenta un caso verídico que justifica la necesidad de formación de muchos profesionales sanitarios en cuanto a la lactancia. Se trata de una madre primípara de 31 años que tiene muy claro que la lactancia natural es lo mejor para el desarrollo de su futuro bebé, por lo que decide prepararse y asistir a clases de educación maternal. No resultándole muy provechosas, ya que no profundizan demasiado en el tema. Sabía lo importante que era el ponerse el bebé al pecho nada más nacer, pero tuvo que esperar 2-3 horas, ya que se lo llevarán a neonatos. Aunque en la planta la enfer-

mera le recomienda ponerla inmediatamente al pecho, también le deja un biberón de glucosado, que por supuesto no se lo da. Nadie le explica como ponerlo al pecho, nadie observa una toma, y aunque ella siente que el bebé succiona, tiene a la vez mucho dolor en los pezones. Los consejos que recibe es que se lo ponga al pecho cuando el bebé le pida (que suele ser cada 2-3 horas), que le ofrezca los dos pechos, 15 minutos de cada pecho. Pero el segundo pecho no se lo puede dar porque el bebé casi siempre se duerme antes. Todos estos consejos no muy acertados por supuesto son los que recibe nuestra mamá.



El dolor en el pecho continua, a los pocos días aparecen heridas sangrantes que intensifican el dolor, la madre esta hecha polvo, pero el bebé esta perfecto. La mamá no pide ayuda, piensa que es algo normal en las madres que amamantan, decide darle solo de un pecho, el izquierdo, mientras tanto se hidrata el otro pecho para que se cure. Mientras se extrae leche del pecho que el bebé no toma. Cuando el pecho derecho se ha curado hace lo mismo con el pecho izquierdo, así consigue curar las grietas

### ¿Cuál ha sido el problema de esta madre?

Que la puesta al pecho no era la correcta, una mala posición que hacía que el bebé no se cogiera bien, haciendo grietas a la madre, con el tiempo y al ser el bebé más maduro, se corrige la posición instintivamente. Si esta madre hubiera conocido los recursos existentes en cuanto a lactancia materna, seguramente esto no le habría pasado. Gracias a que la madre tenía muy claro lo importante que es la lactancia materna, siguió. Por mucho menos se pierden muchas LM. Es necesario dar el apoyo y la información adecuada.

**Ángel Padilla**, nos cuenta la película “bebés”, que junto a un grupo de alumnos del curso asistieron a un pase especial, para madres lactantes. Este documental cuenta los primeros meses de vida de 4 bebés de culturas totalmente distintas, de Namibia, Japón, Estados Unidos y Mongolia, pero con un común denominador, crianza y atención infantil.



**Maribel Ballester y Nuria Beltran**, nos hablan de un grupo de madres que han dado el pecho o que están lactando, del pueblo de Faura, que han creado una asociación de soporte a la lactancia materna, “MARETES” Este grupo de mujeres de Faura se reúnen para promocionar la lactancia materna. Cuentan con el apoyo y la colaboración del ayuntamiento y el centro de salud de Faura. Su objetivo es ofrecer información y apoyo a todas las mujeres interesadas en la lactancia materna, con el fin de contribuir a restablecer la cultura de la lactancia.

**Estefanía Claveris**, nos cuenta la experiencia de una madre primípara de 27 años, que da a luz a su bebé a los 7 meses de gestación. Esta madre manifiesta su deseo de amamantar, y como en otras ocasiones los profesionales sanitarios sin experiencia al respecto, dificultan un acto tan natural. El bebé tras el parto fue ingesado en



la ICI neonatal, donde permaneció durante una semana. Impidiendo a la madre dar el pecho. Alegando las siguientes razones: Estar convaleciente de una intervención, horarios de visitas, y no tener leche suficiente para poder alimentarlo.

**Alegamos:** La atención al niño prematuro está cambiando, la práctica de la Humanización y de la Neonatología, centrada en la familia, se ha ido convirtiendo en una herramienta más y debe ser conocida por los profesionales sanitarios, ejemplo de dichos cambios son la lactancia materna en niños prematuros, los cuidados canguro y el contacto piel con piel, y las unidades neonatales abiertas sin restricción de horarios. Los derechos de los niños prematuros deben de ser respetados y estos derechos están avalados por diversas declaraciones universales

Continuando con el caso que nos presento Estefanía. A la semana y 2 días de dar a luz, fueron dados de alta. Ya en casa la madre comenzó con su propósito, darle a su bebé la mejor medicina. Tras ponerse múltiples veces al bebé al pecho, y no sin conste de grietas (deberían haberle enseñado y observado la toma), por fin consiguió su objetivo. En estos momentos el bebé tiene 7 meses, compagina la lactancia materna con la alimentación complementaria, aunque la madre se incorpore a su puesto de trabajo hace 3 meses, no ha perdido lo más valioso, "el oro líquido", con que su madre lo alimenta.

**Reflexión:** muchas madres tienen muy claro su deseo de amamantar, están muy informadas y han tomado una decisión que mantienen pese a los problemas que puedan surgir. ¿Y los profesionales?, ¿no podríamos hacer nada al respecto?, ¿para poder ayudar a estas madres? ¿No es profesional, que haya madres con más conocimientos en lactancia que los propios sanitarios? No podemos negar las evidencias científicas, en pro a creencias erróneas arraigadas, debemos de estar preparados e informados, es parte de nuestra labor profesional, nuestras creencias y experiencias personales carecen de valor científico, no pueden ser utilizadas como dogmas, no podemos permitir que estén por encima de la evidencia. Afortunadamente cada vez es mayor el número de equipos sanitarios multidisciplinares que reconocen los riesgos de no amamantar.

**Noemí Pérez,** cuenta el caso de Anna, que nació el 11/3/2001 a las 37 semanas de gestación, debido a un desprendimiento de placenta. Peso al nacer 1185 gr

**Primeras actuaciones:** intubación, canalización, sondajes, NPT+ ATP+Konakion+transfusiones, surfactante por EMH y controles ecográficos.

**La evolución:** Disminución requerimientos respiratorios, tto displasia pulmonar, extubación definitiva 5/04 peso 1240 gr. BIPAP y CPAP intermitente, inicio de alimentación definitiva 7/04 (siempre LM). El 14 de abril retirada de NPT+ATP+cateter epicutaneo. El 14/05 retirada de ventolin+atrovent

**Evolución de la lactancia materna:** GCC a 0,5 ml/h según tolerancia, GCI en 2h 24/4, GCI en 1h 2/5. Alimentación

cada 3 horas, Inicio de succión 5/5 peso 1700 gr. Pasa a cuna térmica 12/5 Peso 1800 gr

**Ventajas de la LM para Anna:** Comienza a transitar, > las defensas, activación de los factores de coagulación, disminuye el riesgo de intolerancia y enterocolitis necrotizante. Disminuye el riesgo de NPT evitando complicaciones hepatobiliares. Con aporte enteral completo retirada de NPT, ATB y vías centrales por lo que disminuye el riesgo de infección por bacteria y hongos. Protección frente a futuras enfermedades.

**Ventajas para la madre:** mejora la recuperación, establecimiento del vinculo, reconocimiento del bebé como propio (muy importante en el caos de prematuros), Sentirse útil, ya que participa activamente en la recuperación, disminución de la ansiedad y el estrés.

Además de las ventajas económicas, también para la administración ya que disminuye la estancia hospitalaria y la morbilidad.

**M<sup>a</sup> Carmen Canales y Cristina Grau,** nos presentan un caso interesante que puede sucedernos a cualquiera de nosotros en nuestra actividad diaria.

**"Interrupción de la lactancia materna a un gemelar":** Madre de 35 años, que asiste a urgencias del hospital, aquejándose de malestar, acude acompañada de su marido y sus 3 hijas una de 14 años y dos gemelas de 15 días, tras valoración se ingresa con pauta antibiótica, por infección de origen indeterminado. La madre pregunta si puede seguir amamantando, el profesional que le atiende en planta, le responde con un "No" rotundo, explicándole que al tomar ATB, estos pasan a través de la LM, siendo perjudicial para los bebés.

En el cambio de turno, se le comunica al nuevo equipo lo sucedido, una de las enfermeras que pertenece al grupo de apoyo a la LM, se dirige a la historia de la paciente, para ver el tto que está recibiendo, e informa a sus compañeros que, la paciente no tiene porque suprimir la LM, ya que no existe incompatibilidad con el tto. A partir de ese momento, se procede a ingresar a los gemelos junto con la madre, permitiendo la continuidad de la LM

#### Causas de la presentación del problema:

- Falta de formación por parte de los profesionales.
- Confiar en mitos y leyendas indocumentadas.
- Falta de información verídica procedente de profesionales hacia las gestantes.



## ¿Cómo solucionar el problema?:

- Asegurándose que el personal sanitario esté cualificado.

Cualquier profesional sanitario con unos conocimientos básicos en farmacología y la utilización de buenas guías, puede asesorar a mujeres que lactan, y que deben tomar remedios para algún procedimiento o alguna enfermedad.

Nosotros presentamos una herramienta que puede ser útil.  
<http://www.e-lactancia.org/espanol/inicio.asp>

Además de otras muchas presentaciones no menos interesantes como la de **Ana Tarazona y M<sup>o</sup> José Romero** que nos relatan la experiencia de una madre con grietas y como continuo la lactancia materna incluso con un nuevo embarazo.

**María Tomas** nos presenta una monografía estructurada sobre el problema de las grietas, diferenciándonos esas grietas que se producen por problemas mecánicos (posturas, chupetes, tetinas, frenillo, etc) de las que son por aumento de la flora microbiana.

**Mar casa y Elena Forcano**, Presentan el caso de gemelas, que empezó con LM y por un déficit de información y el apoyo necesario recurrieron a la lactancia mixta, se establecen horarios rígidos de lactancia, se introduce tempranamente la alimentación complementaria, todo ello por falta de educación sanitaria en LM.

**Sonia Climent y Beatriz Boscó** nos cuentan el caso de una madre que acude al C.S, para informarse de que cantidad de leche artificial que debe dar a su bebé, ya que le duele mucho al amamantar, y no cree que se deba sufrir tanto para dar el pecho. La persona que la atiende, le dice que ha hecho bien en acudir, que ya que esta, podría observar cómo le da el pecho. Observando que hay un mal agarre.

- La madre esta inclinada hacia delante y con los hombros tensos.
- El niño también tiene una postura forzada ya que tuerce el cuello hacia la madre y el resto del cuerpo no.
- No se observa contacto visual entre ambos.
- Abre poco la boca.



Se coloca al bebé de forma correcta, se le da tto para las grietas.

La madre más relajada se convence de que su problema tiene solución y decide continuar con la LM. En este caso podemos ver la importancia de hacer una buena consejería en LM.

**Rosa Jimenez y Mireia Bajet**, nos hablan de lactancia materna en el puerperio inmediato en cesárea. Lo exponen con diagnósticos de enfermería, marcándose los objetivos (NOC) y las intervenciones (NIC) relacionadas con el caso



**Rubén Rubio**, nos habla de las ventajas de la lactancia materna, tanto para el bebé, como para la madre y la sociedad.



Gracias a todos los Alumnos de parte de los profesores del curso.

Cualquier profesional sanitario con unos conocimientos básicos en farmacología y la utilización de buenas guías, puede asesorar a mujeres que lactan, y que deben tomar remedios para algún procedimiento o alguna enfermedad.

## Dña. Amparo Carbonell Miret

### Directora de Enfermería del Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent



## “La ética profesional y la moral de cada persona son imprescindibles para trabajar como enfermera/o”

Profesional comprometida y trabajadora incansable, así es nuestra entrevistada Dña. Amparo Carbonell Miret, Directora de Enfermería del Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent.

El estudio y la formación han sido una constante a lo largo de su trayectoria vital, marcada en gran parte, por la actividad asistencial en el área quirúrgica, un mundo que le apasiona. Desde 2004 dedicada de lleno a la gestión sanitaria, Amparo Carbonell, posee una dilatada experiencia en la gestión y el liderazgo de equipos. Involucrada en la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería y en el bienestar de los profesionales, afronta con ilusión y madurez los cambios e innovaciones de la atención sanitaria. Sin duda alguna, a través de estas líneas podréis conocer su curtiada trayectoria profesional así como sus inquietudes y futuros retos.

#### -¿Por qué decidió estudiar enfermería?

Empecé a estudiar enfermería por casualidad, y la verdad es que desde el primer momento me atrajeron mucho los estudios y me entusiasmó el contacto con los pacientes. Aunque entré con algún miedo, he de decir que desde el principio me encantó la carrera y me impactó muchísimo.

#### -¿Cree que se equivocó en la elección?

En absoluto, siempre he disfrutado de mi profesión y continúo disfrutando ahora con la gestión.

#### -¿Dónde realizó los estudios?

Estudié enfermería en la Clínica Virgen del Consuelo, desde el año 1976 a 1979, año que obtuve la titulación de ATS.

Posteriormente, hice el curso para obtener el título de DUE, en los años 1981-82, formando parte de la primera promoción de la convalidación. En esa época no había prácticamente enfermeras tituladas, todo eran auxiliares de enfermería y por tanto, durante las prácticas, las estudiantes de ATS hacíamos de todo.

#### -¿Cómo fueron sus inicios laborales?

Empecé trabajando como enfermera eventual en Atención Primaria en Sagunto y luego continué en el Hospital La Fe de Valencia. Allí estuve durante casi seis años y trabajé en el quirófano de urgencias, puertas de urgencias y la Unidad de Cuidados Intensivos (en este último servicio, durante casi tres años). Posteriormente trabajé ocho meses en el Hospital Dr.

## He disfrutado de mi profesión y continúo disfrutando ahora con la gestión

Peset, concretamente en la sala de hospitalización de las especialidades de Otorrinolaringología y Oftalmología.

En junio de 1984 obtuve plaza en el Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva, me incorporé en el área quirúrgica compartiendo los quirófanos de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, y Urología. Tuve la suerte de vivir la experiencia inolvidable de abrir un hospital, concretamente las puertas del hospital de Xàtiva se abrieron el día 13 de agosto de 1984.

### -Dentro de la Enfermería, ¿qué área le atrae más?

Sin duda alguna, el área quirúrgica y la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria donde he desarrollado toda la actividad asistencial en el Hospital Lluís Alcanyís. El área quirúrgica es muy bonita, aprendes muchísimas cosas. Yo animo a los estudiantes a que hagan sus prácticas en quirófano, pues hay muy pocos estudiantes que cuando terminan la carrera de Enfermería están bien formados en esta área.

### -Si no hubiera sido enfermera, ¿qué le hubiera gustado ser?

Hoy en día me hubiera dedicado a la docencia, cosa que antes no me atraía en absoluto y ahora que he podido comprobarlo, me resulta muy gratificante.

He impartido docencia durante 2 cursos académicos en la Universidad Católica de Alzira, concretamente me dedicaba a las prácticas de médico-quirúrgica: talleres de vendajes, suturas, lavado quirúrgico... Ha sido una experiencia muy bonita y enriquecedora.

### -Supongo que a lo largo de su carrera profesional habrá estado trabajando en diferentes hospitales y centros de salud, ¿de cuál guarda mejor recuerdo?

De cada lugar por los que he pasado guardo muy buenos recuerdos. En el Hospital La Fe, sobre todo de la UCI y quirófano de urgencias, donde tuve la suerte de trabajar con unos excelentes profesionales. Posteriormente en el Hospital Dr. Peset estuve en la sala de oftalmología y ORL, también fue una experiencia muy gratificante a todos los niveles. Y como no, en el Lluís Alcanyís he pasado parte de mi vida, son muchos los recuerdos que a una le vienen en mente.

### -A lo largo de su experiencia profesional, ¿con qué dificultades se ha encontrado?

Creo que apostar por la innovación es lo que acarrea mayores dificultades. Recuerdo cuando lideramos la experiencia piloto como el denominado triaje de enfermería, nosotros (el Hospital de Xàtiva) fuimos pilotos junto con el hospital de Alcoy. La sensación de estar convencida del proyecto y, sentir que en primera instancia, el personal de enfermería se resistía al cambio. Siempre es el cambio hacia lo nuevo. Las innovaciones, como las tecnologías de la información cuestan implantarlas, sobre todo cuando las historias clínicas todavía eran de papel y por tanto, se introdujo el alta hospitalaria informatizada, esto supuso pasar de trabajar en papel a la digitalización.

No obstante la Enfermería siempre ha sabido adaptarse y responder a los cambios sacando lo mejor de cada uno de ellos.

Otra de las épocas complicadas fue durante la OPE extraordinaria del 2007 también fue una dificultad que subsanamos sin necesidad de cancelar ninguna actividad asistencial ni quirúrgica, cambiando el 45% de la plantilla de enfermería. La verdad es que fue un hecho muy importante, pues se produjo el cambio de 211 enfermeras en el hospital, incluso llegué a cambiar a 14 enfermeras de UCI. Tuve que reforzar muchos servicios para que no se quedaran solos pero todos se adaptaron muy bien.

Esta experiencia fue todo un reto para el equipo de la Dirección de Enfermería del Hospital, contando siempre con el apoyo de la Gerencia y el resto del cuadro directivo.

### -¿En alguna ocasión ha estado a punto de abandonar alguno de los cargos que ha ostentado?

Por mi parte no, siempre me he involucrado con mucha ilusión y ganas de realizar cambios para mejorar la asistencia, seguridad y los cuidados que proporciona la enfermería a los pacientes que son nuestros clientes diariamente.

Es muy importante poder contar con un buen equipo y el equipo con el que yo trabajo es muy bueno, por lo que afortunadamente los malos momentos son escasos.

### -¿Qué valor o aspecto considera imprescindible para trabajar como enfermera?

La ética profesional y la moral de cada persona.

### -En general, ¿qué cualidades considera que debe tener un buen profesional enfermero?

Un buen profesional enfermero debe de reunir muchas cualidades, entre las que destaco:

- Planificar y prestar cuidados.
- Saber trabajar en equipo y escuchar a todos los componentes del mismo, desde el celador hasta el médico.
- Ser creativo y continuar su formación.
- Tener un comportamiento ético.

### -¿En qué momento de su carrera profesional surgió su inquietud por la Gestión - Dirección?

Un día trabajando de enfermera de quirófano me llaman para ofrecerme que asuma la gestión del Centro de Especialidades de Xàtiva, y la verdad es que nunca me lo había planteado. Querían que entrara alguien que empezara de cero y que hiciera un cambio radical. Y pensé: ¿Por qué no?... En realidad, aunque yo no había estado anteriormente trabajando en la gestión, sí que había estado asumiendo alguna función cuando mi supervisora de quirófano tenía algún compromiso.

Desde que conozco el ámbito de la gestión siempre he pensado que sería bueno que más profesionales de enfermería conocieran y tuvieran la oportunidad de trabajar en



la gestión. Creo que te cambia un poco el chip porque los enfermeros somos muy críticos con nuestros supervisores; pero cuando tu estás en un cargo de responsabilidad, cambia tu modo de ver las cosas y entiendes más al supervisor y a la dirección.

El supervisor es compañero pero a la vez tiene que estar con la Dirección al igual que yo, como directora, tengo que estar en consonancia con la Conselleria; pues la Conselleria marca unos objetivos y acuerdos que tengo que intentar cumplir y hacer que todos cumplan. Habrá cosas que me gusten más y otras menos, pero yo tengo que hacer que se cumplan. Sería muy bueno para la enfermería que pudieran conocer más la función de supervisor.

La Dirección de Enfermería fue posterior, en el año 2004, y también fue otro reto que asumí conjuntamente con la Directora Médica. La verdad es que han sido unos años de mucho trabajo pero con mucha satisfacción personal y muy buen trabajo en equipo con la subdirección, dirección Médica y la dirección Económica, que siempre han apoyado a la enfermería.

#### -¿Cómo es un día normal en su trabajo?

Desde que empecé en este cargo, llego pronto al hospital, sobre las 7:45 aproximadamente. Tengo contacto con los supervisores generales y así sé lo que ha pasado por la tarde y por la noche: índice de camas y de ocupación, cómo están las urgencias, si ha habido alguna incidencia... Preveamos las bajas, nos reunimos con los adjuntos y toda la información se la comunico a la gerencia. Así empieza mi mañana. Luego veo la agenda que tengo programada, que puedo tener desde una mesa de contratación a una reunión con la junta de personal o reunión con los supervisores, es decir, que puedo estar toda la mañana de reunión en reunión.

Además, me suelo quedar muchos días en el hospital por la tarde, que es cuando el hospital está más tranquilo pues no tienes tantos imprevistos y así puedo realizar las gestiones pendientes.

#### -¿Cuáles fueron los objetivos que se marcó al desempeñar el cargo de Directora de Enfermería?

El objetivo primordial era formar un equipo de Dirección de Enfermería y trabajar con ellos para que se cumplan las diferentes líneas de trabajo:

- Mejorar la calidad de los cuidados, adecuándolos a las necesidades individuales de cada paciente.
- Continuar con el proceso de estandarización e información de procedimientos, protocolos, planes de cuidados.
- Mejorar y garantizar la continuidad de los cuidados después del alta del paciente (incluyendo el alta de enfermería que implantamos), favoreciendo la relación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Cuidar tanto a los pacientes internos como a los externos del departamento.
- Garantizar y mejorar la formación específica de los diferentes alumnos de enfermería en su proceso de formación.

Asimismo, uno de los objetivos principales de la dirección de Enfermería es favorecer el bienestar de sus profesionales como un elemento positivo y activador de la calidad en los cuidados de las enfermeras.

Todos los profesionales de enfermería tienen que conocer y respetar los derechos de nuestros usuarios, derecho a la intimidad y confidencialidad y el respeto a la dignidad humana.

Uno de los objetivos principales de la Dirección de Enfermería es favorecer el bienestar de sus profesionales como un elemento positivo y activador de la calidad en los cuidados de las/os enfermeras/os

El papel que tenemos que desempeñar las enfermeras en la atención a pacientes pluripatológicos y con enfermedades crónicas es importantísimo. Las enfermeras estamos preparadas y dispuestas a afrontar este reto y pasaremos a ser las protagonistas de esta atención

**-Como Directora de Enfermería, ¿cree que el personal de enfermería debería tener mayor formación y especialización en las distintas áreas de Enfermería?**

Si, creo que es imprescindible, sobre todo en los servicios como UCI, Quirófano, Diálisis o Urgencias.

**-¿Cuáles son los principales líneas estratégicas de su dirección y a qué aspectos ha otorgado mayor prioridad?**

Las líneas estratégicas de la dirección de Enfermería están basadas en los siguientes aspectos:

- Implantar todas las medidas de seguridad y calidad asistencial tanto para los pacientes como para los profesionales.
- Planificar, gestionar y mejorar los recursos humanos.
- Implantar la utilización de los sistemas de información en todas las unidades de enfermería.
- Implicar a todos los profesionales de enfermería en la formación continuada.
- Difusión de información y comunicación a los profesionales de enfermería.
- Difundir con claridad los acuerdos de gestión a todos los profesionales de enfermería.
- Fomentar el dialogo entre las personas y la dirección.

**-¿Cuáles son sus funciones como Directora de Enfermería?**

- Planificar, organizar, dirigir, supervisar, coordinar y evaluar el funcionamiento de las actividades de enfermería.
- Promocionar y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras desarrolladas por el personal de enfermería.
- Planificar la Formación y Promoción del personal de enfermería adscrito a la dirección de enfermería.
- Coordinar las actividades docentes y de investigación de la dirección de enfermería.
- La gestión de los recursos humanos y materiales relacionados con la dirección de enfermería.
- El establecimiento de los mecanismos necesarios para asegurar la continuidad de la atención en cuidados de enfermería.
- Definir, pactar y evaluar los acuerdos de gestión de los profesionales de enfermería.
- El ejercicio de las demás competencias que me son atribuidas por disposición legal.

**-¿Cuál es su valoración a lo largo de todos estos años desde su nombramiento como directora?**

Me ha resultado apasionante. El objetivo de estos años es que el personal de enfermería está cada día mas implicado en mejorar la calidad de los cuidados y procesos que realizan diariamente en la atención de sus pacientes y se sientan integrados totalmente con la comunicación fluida en la asistencia hospitalaria.

**-¿Cómo ve la enfermería en la actualidad?**

El futuro de la sanidad pasa fundamentalmente por hacer que nuestro sistema sea sostenible. Hay que poner en marcha nuevos modelos. La atención de pacientes pluripatológicos y con enfermedades crónicas es el reto que ahora tenemos que afrontar, tanto en la sanidad como en la enfermería.

El papel que tenemos que desempeñar las enfermeras en esta atención es importantísimo y creo que pasaremos a ser las protagonistas de esta atención porque estamos preparadas y dispuestas a afrontar este reto. Las enfermeras gestoras de casos serán una figura muy importante en la asistencia a los pacientes, junto con las enfermeras de enlace.

En nuestro hospital vamos a implantar la enfermería de enlace, que son las enfermeras que ayudaran a cualquier persona que se le dé el alta en el hospital que no requiera ingreso en la UHD, pero que sí que necesita de un profesional para la realización de sus cuidados.

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

Animarlos a continuar creciendo como profesión. La actividad científica está abierta a todos los que quieran aportar novedades en lo que a la profesión se refiere. Toda aportación que haga posible el enriquecimiento del conocimiento de la Enfermería, sobre todo en aquellos aspectos que aporten novedades científicas o sociales a la profesión.

Creo que es fundamental avanzar siempre mirando al futuro e implicándose en la mejora continua de la calidad asistencial y continuar ampliando con formación y protocolos las competencias profesionales. No hay que tener miedo, hay que ir hacia delante.

Por último, me gustaría agradecer al equipo de la dirección de Enfermería del Hospital Lluís Alcanyís la colaboración durante estos años de trayectoria, y a mi anterior equipo directivo del hospital, transmitirles que siempre han estado apoyando las decisiones de Enfermería. Muchas gracias a todos.



## Seguro de responsabilidad civil

Los profesionales de enfermería de la Comunidad Valenciana cuentan de forma gratuita con un seguro de responsabilidad civil por el mero hecho de estar colegiado.

El Colegio de Enfermería de Valencia, a través del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), tiene concertado con la entidad ZURICH ESPAÑA S.A., contrato de seguro de Responsabilidad Civil Profesional con una garantía máxima por siniestro de Tres Millones Y Medio de Euros (3.500.000) hasta el límite máximo de Veintiún millones de Euros (22.000.000) Euros por anualidad de seguro.

### Coberturas

- La **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; además, quedan cubiertos los métodos alternativos o complementarios de: acupuntura, auriculoterapia, osteopatía, reiki, yoga, técnicas de relajación, cromoterapia, iridología, fitoterapia, reflexología podal, naturopatía, homeopatía, flores de Bach, quiromasaje, magnetoterapia, kinesiología, terapia craneoesacral, mesoterapia y realización de piercing.
- Queda cubierta también la **Inhabilitación**, contemplándose el abono mensual al asegurado, en caso de inhabilitación para el ejercicio de su profesión decretado en sentencia firme en procedimiento penal, y derivado de un siniestro cubierto por esta póliza, una cantidad equivalente a sus ingresos medios con referencia los últimos doce meses con el límite máximo de 2.000 euros/mes y por un periodo máximo de 18 meses.
- En cuanto a Defensa Jurídica, se proporcionará y designará a los letrados y procurados que defiendan y representen al asegurado, SINDO por cuenta del asegurador los honorarios de dichos profesionales.

- La póliza garantiza igualmente la imposición de **Fianzas** judiciales al asegurado.
- El ámbito de actuación del seguro cubre en todo el territorio nacional español, la Unión Europea y Andorra.

### PASOS A SEGUIR POR EL COLEGIADO ANTE UNA POSIBLE DENUNCIA POR RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

1. Cuando surja cualquier hecho que motive la exigencia de Responsabilidad Civil, el asegurado deberá contactar de inmediato con la Asesoría Jurídica de su Colegio Profesional (los miércoles en horario de Atención al Colegiado) facilitando datos y número de colegiado, así como la información de los hechos acaecidos.
2. El Asesor Jurídico del Colegio enviará el parte cumplimentado junto con la documentación facilitada por el colegiado, a la Compañía Aseguradora.
3. Los abogados de la Compañía aseguradora se pondrán en contacto con el colegiado para recabar toda la información necesaria y personarse en el procedimiento.
4. En el supuesto en que un colegiado/a sea citado en el Juzgado, debe ponerse inmediatamente en contacto con los servicios jurídicos colegiales.
5. El colegiado citado por el juzgado, nunca deberá declarar sin abogado ni firmar nada, y deberá exigir que le informen sobre si comparece como "imputado" o como "testigo".
6. La compañía aseguradora es quien designa a los letrados, no el colegiado quien elige el abogado que lo represente. En caso de que fuera así, dichos procedimientos jurídicos no serán aceptados por la compañía aseguradora.



#### Instituto Valenciano de Genética (IVGEN)

Calle Colón, 1 - 7ª planta - 46004 Valencia  
 Tel. pacientes: 902 929 793  
 Tel. profesionales: 902 929 794  
 www.ivgen.es



#### Observatori d'Inserció Professional i Assessorament Laboral de la Universitat de València (OPAL)

Calle Bachiller, 1 - 46010 Valencia  
 Tel: 963 390 991 - opal@uv.es

## Actividades formativas cuarto trimestre 2011

### Formación continua (gratuita)

#### CURSO DE HIGIENE POSTURAL

Duración: 8 h.

- Grupo 1: días 21 y 28 de octubre de 16 a 20 h.
- Grupo 2: días 1 y 2 de diciembre de 16 a 20 h.
- Grupo 3: días 15 y 16 de diciembre de 16 a 20 h.

#### CURSO-TALLER DE DESFIBRILACIÓN

##### AUTOMÁTICA EXTERNA:

##### “ENSEÑA A SALVAR UNA VIDA”

Duración: 8 h.

- Grupo 1: días 2 y 3 de noviembre de 9.30 A 13.30 H.
- Grupo 2: días 2 y 3 de noviembre de 16 a 20 h.
- Grupo 3: días 24 y 25 de noviembre de 16 a 20 h.
- Grupo 4: día 1 y 2 de diciembre de 9.30 a 13.30 H.
- Grupo 5: días 20 y 22 de diciembre de 9.30 a 13.30 H.

#### CURSO DE NATUROPATIA

Duración: 20 h.

- Grupo 1: días 7, 9, 14, 16 y 21 de noviembre de 16 a 20 h.

#### TALLER DE LA ILUSIÓN

Duración: 5h.

- Grupo 1: día 10 de noviembre de 16 a 21h.
- Grupo 2: día 11 de noviembre de 9 a 14 h.
- Grupo 3: día 11 de noviembre de 16 a 21h.

#### CURSO-TALLER DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

##### ANOREXIA Y BULIMIA

Duración: 8 h.

- Grupo 1: días 19 y 20 de diciembre de 9.30 a 13.30 H.
- Grupo 2: días 19 y 20 de diciembre de 16 a 20 h.

### Formación continuada (gratuita)

Cursos reconocidos con créditos por la comisión de formación continuada dependiente del ministerio de sanidad.



#### CURSO DE PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN ATENCION A PERSONAS EN SITUACION DE DEPENDENCIA Y DE APLICACIÓN EN EL AMBITO DOMICILIARIO

(Solicitada acreditación)

Duración: 40 h

- Grupo 1: días 18, 19, 20, 25, 27 de octubre, 2, 3, 8, 9, 10, 15 y 16 de noviembre de 16 a 19 h.

#### CURSO DE MANEJO DE LA VIA AEREA

Acreditado

Duración: 40 h.

- Grupo 1: días 13, 14, 17, 18, 19, 20, 24, 25 y 26 de 9 a 13 h de octubre y día 26 también de 16 a 20h.

#### CURSO-TALLER DE INICIACIÓN VACUNAS Y VACUNACIONES

(Solicitada acreditación)

Duración: 8 h.

- Grupo 1: días 8 y 9 de noviembre de 16 a 20 h.
- Grupo 2: días 15 y 16 de noviembre de 16 a 20 h.
- Grupo 3: días 22 y 23 de noviembre de 16 a 20 h.
- Grupo 4: días 29 y 30 de noviembre de 16 a 20 h.





## CURSO DE HERRAMIENTAS BÁSICAS PARA LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA:

Acreditado. Duración: 40 h.

- Grupo 1: días 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23 y 24 de noviembre de 16 a 21 h.

## CURSO-TALLER DE INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE TRIAJE MANCHESTER

(Solicitada acreditación)

Duración: 8 h.

- Grupo 1: días 17 y 18 de noviembre de 16 a 20 h.
- Grupo 2: días 29 y 30 de noviembre de 16 a 20 h.
- Grupo 3: días 1 y 2 de diciembre de 16 a 20 h.
- Grupo 4: días 21 y 22 de diciembre de 16 a 20 h.

## CURSO DESHABITUACIÓN TABAQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Acreditado. Duración: 20 h.

- Grupo 1: días 12, 13, 14 y 15 de diciembre de 16 a 21 h.

**MATRÍCULA:** A PARTIR DE DÍA 3 DE OCTUBRE, HASTA QUE SE COMPLETEN LOS GRUPOS POR ORDEN DE INSCRIPCIÓN, A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DEL COLEGIO ([WWW.ENFERVALENCIA.ORG](http://WWW.ENFERVALENCIA.ORG)), EN EL LUGAR HABILITADO PARA LA MATRÍCULA ON-LINE.

## AVISO IMPORTANTE

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

Los colegiados se podrán inscribir a 5 cursos cada trimestre, de los cuales tres serán de formación continua y dos, de formación continuada.

**A los Colegiados del Colegio Oficial de Enfermería**

**OFERTA ESPECIAL**  
**Renovación del permiso de conducir**

**25% DESCUENTO**

**Gestión en TRÁFICO GRATUITA. + 8 fotos gratis.**

**AMPLIOS HORARIOS**  
De 9,15 a 13 h.  
Y de 16 a 19,30h  
(SABADOS DE 10 a 13 h.)

**IPMT**  
Instituto de Psicología y Medicina de Tráfico

**RENOVACIÓN DEL PERMISO DE CONDUCIR CERTIFICADOS MÉDICOS**  
**96 362 32 78**

C./ Gascó Olig, 8 - 1ª - 1ª - 46010 Valencia  
e-mail: [ipmt@ipmt-valencia.com](mailto:ipmt@ipmt-valencia.com)

[www.ipmt-valencia.com](http://www.ipmt-valencia.com)

## Nuevos cursos de preparación de las pruebas de la JQCV, valencià on-line aula virtual

Este curso ON LINE ofrece materiales teóricos y prácticos para preparar las pruebas de la Junta Calificadora de Conocimientos de Valenciano.

- El aula virtual ofrece también un servicio de tutoría (de carácter completamente voluntario para las/os alumnas/os) semi-presencial, a través de algunas sesiones en el aula de informática del Colegio y el apoyo de un tutor vía correo electrónico a demanda de los/as colegiados/as inscritos.
- El Colegio solo colabora en las tareas de aprendizaje y no certifica el nivel alcanzado ni acredita los procesos formativos realizados por las colegiadas/os.
- Este año ha cambiado la organización de las pruebas de la JQCV, por este motivo hemos adaptado los cursos a la nueva organización de las pruebas. Así, ofrecemos la posibilidad de prepararse el nivel mitjà y superior en las dos fases o solo en una, según la situación de cada colegiado/a.

### Fechas de interés

- Inscripción, presentación e inicio del curso: 16 de septiembre de 2011, a las 17h en el aula de informática del Col·legi Oficial d'Infermeria de València.
- Clases presenciales  
Septiembre: 16, 20, 22, 27 y 29.  
Octubre: 3, 4, 17, 18, 24 y 25.  
Noviembre: 7, 8, 14 y 15.

- Niveles: mitjà y superior 1ª y 2ª Fase. Se pueden seguir las dos fases por separado o solo una.

- Inicio clases: mitjà y superior. 1ª Fase: viernes 16 de septiembre a las 17 h.  
Mitjà y superior 2ª Fase: martes 20 de setiembre a las 17 h.

### Fecha pruebas

- Mitjà: 1ª fase (5 de noviembre 2011) y 2ª fase (19 de noviembre 2011)
- Superior: 1ª fase (12 de noviembre 2011) y 2ª fase (26 de noviembre 2011).

**Precio convocatoria extraordinaria noviembre:** 30 euros. Los alumnos inscritos en febrero que quieran continuar para presentarse en la convocatoria de noviembre, no necesitan volver a inscribirse y pueden seguir accediendo al Aula Virtual en las mismas condiciones.

**Formalización de la matrícula:** Rellenar la ficha de inscripción y acreditar el pago mediante copia de la transferencia en la cuenta 2100/3550/61/2500027544 o el sello de Caja del Colegio y remitirla o entregarla en las oficinas del Colegio.

### Más información:

Tlf: 963937015  
www.enfervalencia.org - www.enfervirtual.com

## Actividades formativas para matronas del cuarto trimestre

### OCTUBRE

- Curso **"Control de Bienestar Fetal"** (3ª edición). Con acreditación EVES de 20 horas. Días 17, 19, 24, 26 y 31. Horario: de 16h a 20h. Lugar: aulas del colegio de enfermería. Plazas limitadas. Dirigido a matronas y EIR matronas. Matrícula 20 euros. Más información: teléfono 963 937 015 Secretaría (formación) del colegio, en horario de oficinas o página web del colegio: [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org)
- **I Congreso de la Asociación Castellano Leonesa (en colaboración con la FAME)** del 20 al 21 de octubre, en Burgos. Más información: [www.federacion-matronas.org](http://www.federacion-matronas.org)
- **VI Jornadas de la Sociedad Valenciana de Contracepción y Salud Reproductiva**, que tendrán lugar los días 20 y 21 de Octubre de 2011. Más información: <http://www.sec.es/congresos/autonomicos/valencia2011/index.php>

### NOVIEMBRE

- Curso **"Reanimación del Recién nacido"** (9ª edición). Con acreditación EVES de 20h. Días 8, 10, 15, 17 y 22. Horario: de 16h a 20 h. Lugar: aulas del colegio de enfer-

mería. Plazas limitadas. Matrícula 60 euros. Dirigido a matronas, EIR matronas y enfermeras. Más información: teléfono 963 937 015 Secretaría (formación) del colegio, en horario de oficinas o página web del colegio [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org)

- **I Jornada de Matronas del Hospital General de Castellón**, día 18 de noviembre. Organizado por la Associació de Comares de la CV. Más información: [www.matronas-cv.org](http://www.matronas-cv.org)

### DICIEMBRE

- Curso de **"Suturas y Anudados para matronas"** (3ª edición). Se harán dos grupos de formación, uno de mañana y otro de tarde. Primer grupo: día 12 de diciembre de 16h a 20h30. Segundo grupo: día 13 de diciembre de 9h30 a 14h. Plazas limitadas (10 por grupo). Matrícula 20 euros. Más información: teléfono 963 937 015 Secretaría (formación) del colegio, en horario de oficinas o página web del colegio [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org)

**Inscripción a partir del 15 de septiembre.**

## Jornadas

### I JORNADA SOBRE PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

FECHA: 6 de octubre de 2011

LUGAR: Alzira. Hotel-Restaurante La Mafia

INFORMACIÓN: Secretaría Técnica.

Sara Olmos USM Carlet

Tel: 962530061 Fax: 962994154

E-mail: promocionsaludmental@hospital-ribera.com

### XII JORNADAS NACIONALES SOBRE AVANCES EN MEDICINA PREVENTIVA

FECHA: 27 y 28 de octubre de 2011

LUGAR: Murcia. Hotel NH Amistad

INFORMACIÓN:

Secretaría Técnica Viajes El Corte Inglés

Dpto. de Congresos

C/ Catedrático Eugenio Úbeda, 6 30008 Murcia

Tel: 968272390

Fax: 968249721

E-mail: congresosmurcia@viajeseci.es

Web: www.jornadaspreventiva.com

### IV JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE CUIDADOS PALIATIVOS

FECHA: 28 y 29 de octubre de 2011

LUGAR: Aranjuez.(Madrid). Hotel Barceló Aranjuez

INFORMACIÓN: Web: www.jornadaspaliativomadrid.org

### VII JORNADAS DE AET ASOCIACIÓN DE ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA DEL TRABAJO

FECHA: 25 y 26 de noviembre de 2011

LUGAR: Córdoba. Hotel Córdoba Center

INFORMACIÓN: Web: www.enfermeriadeltrabajo.com

E-mail: info@enfermeriadeltrabajo.com

## Cursos

### 5º CURSO SOBRE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

FECHA: 27 y 28 de octubre de 2011

LUGAR: Madrid. Universidad Complutense

INFORMACIÓN: Secretaría Dra. Garmendia.

E-mail: secretaria@gemmagarmendia.com



INSTITUTO VALENCIANO DE LA SORDERA



## Convenio de colaboración con el Instituto Valenciano de la Sordera-GAES

El INSTITUTO VALENCIANO DE LA SORDERA-GAES, ofrece unas condiciones especialmente favorables a los asociados y empleados del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, así como, a todos sus familiares directos (cónyuge, hijos, padres y hermanos) debidamente acreditados.

Teléfono atención al cliente: 902 078 870  
web: www.ivsordera.es

Dichas condiciones consistirán en las siguientes ventajas:

1. Revisiones auditivas completamente gratuitas.
2. Prótesis auditivas (Audífonos) y sus accesorios: 15% de descuento o financiación sin intereses hasta 24 meses.
3. Complementos auditivos: 10% de descuento.
4. Ventajas exclusivas por pertenecer al Club GAES:

- Atención y servicios preferentes para el titular.
- Importantes descuentos en reparaciones.
- Ofertas preferentes en prótesis auditivas y complementos auditivos.
- 24 pilas gratuitas por audífono durante 3 años.
- Suscripción gratuita a revista GAES.
- 3 años de garantía en todas las adaptaciones y cobertura de riesgo total.
- Programa de 10 visitas de seguimiento (control de audición y de los audífonos) durante el periodo de garantía.
- Devolución del importe pagado por la adaptación en caso de que el cliente no se adaptara satisfactoriamente en un periodo de 6 meses.

\* Ventajas no acumulables a otras ofertas.

## Cursos a distancia

### PROGRAMA MODULAR DE FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL EXPERTO EN SEXUALIDAD HUMANA Y EDUCACIÓN SEXUAL

Duración 12 meses. Inicio 1 diciembre de 2010

### MASTER EN PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL

Duración: 24 meses. Inicio 1 diciembre de 2010

### MASTER EN SALUD SEXUAL Y SEXOLOGIA CLÍNICA

Duración: 24 meses. Inicio 1 diciembre de 2010

**ORGANIZA:** UNED Universidad Nacional Enseñanza a Distancia

#### INFORMACIÓN:

Fundación UNED C/ Francisco de Rojas, 2 2º dcha 28010 Madrid

Tel: 913867275 / 1592 Fax: 913867279

Web: [www.uned.es/saludsexual](http://www.uned.es/saludsexual)

E-mail: [saludsexual@psi.uned.es](mailto:saludsexual@psi.uned.es)

### CURSOS DE ACTUALIZACIÓN Y FORMACION CONTINUADA ON-LINE EN VACUNOLOGIA. "LAS VACUNAS Y LA SOCIEDAD DEL SIGLO XXI" "LAS VACUNAS Y LA SOCIEDAD DEL SIGLO XXI: LOGÍSTICA DE VACUNAS" 7ª EDICION

**ORGANIZA:** Grupo de trabajo en vacunaciones de CECOVA.

Área de Vacunas del Centro Superior de Investigación

Pública. Dirección General de Salud Pública y EVES

**INICIO:** Abril de 2011

**DURACIÓN:** Cada uno de los cursos tiene una duración acreditada de 100 horas. Total ambos cursos 200 horas lectivas

**PRECIO:** 250 euros

**INFORMACIÓN:** Secretaría Técnica CECOVA

Tel: 963298088 Fax: 963389724

Web: [www.portalcecova.org](http://www.portalcecova.org) y [www.cecovac.com](http://www.cecovac.com)

### CURSO DE SOPORTE VITAL BÁSICO – R.C.P. Y DESFIBRILACION SEMIAUTOMÁTICA (DESA) Y CURSO DE MONITOR DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILACION SEMIAUTOMÁTICA

**ORGANIZA:** Anek S3 Formación

**DURACION:** 8 horas presenciales distribuidas en una jornada partida

**PRECIO:** Para las 15 primeras inscripciones o afiliados al SATSE 90 euros. Resto de alumnos 110 euros

**ACREDITACION:** Este curso cuenta con la certificación de la SEMICYUC y el PNRCP y la Comisión de Formación Continuada. Acreditado con 3,5 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.

**INFORMACIÓN:** Mandar un mail a: [formacion@aneks3.com](mailto:formacion@aneks3.com) con la referencia "SVB" Web: [www.aneks3.com](http://www.aneks3.com)

## Congresos

### VII CONGRESO MUNDIAL DE BIOÉTICA

**FECHA:** Del 19 al 21 de septiembre de 2011

**LUGAR:** Gijón. Palacio de Congresos. Recinto Ferial Luís Adaro

**INFORMACIÓN:** Comité Científico. Secretaría Técnica.

Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) .

Plaza del Humedal, 3 33207 Gijón. Tels: +34 985 34 81 85 y

+34 985 35 46 66 Fax: +34 985 35 34 37

E-mail: [bioetica@sibi.org](mailto:bioetica@sibi.org)

Web: [www.sibi.org](http://www.sibi.org)

### XVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA HEMATOLÓGICA

**FECHA:** Del 6 al 8 de octubre de 2011

**LUGAR:** Cáceres

**INFORMACIÓN:** Organiza Asociación Nacional de Enfermería Hematológica. Secretaría: C/ Párroco Antonio González Abato, 6 Bajo D 41013 Sevilla

Tel – Fax: 954125277 / 690668716

Web: [www.aneh.es](http://www.aneh.es)

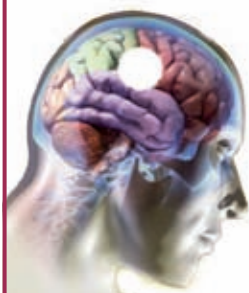
E-mail: [caceres2011@aneh.es](mailto:caceres2011@aneh.es) / [secretaria@aneh.es](mailto:secretaria@aneh.es)

### XVIII REUNION DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOGERIATRIA. "TENDIENDO PUENTES"

**FECHA:** Del 6 al 8 de octubre de 2011

**LUGAR:** Madrid

**INFORMACIÓN:** Web: [www.psicogeriatriamadrid2011.com](http://www.psicogeriatriamadrid2011.com)



## Centro de Psicología TESEO

Plaza Músico Ivars, 7 - 3º derecha  
46920 Mislata (Valencia) - Tel: 659 262 518  
[teseo@teseocp.com](mailto:teseo@teseocp.com) - [www.teseocp.com](http://www.teseocp.com)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Totes les publicacions hauran de ser enviades per correu certificat o s'entregaran personalment al: Consell de Redacció de ENFERMERIA INTEGRAL, Col·legi Oficial d'Ajudants Tècnics Sanitaris i Diplomats en Infermeria, Avinguda Blasco Ibáñez, 64 · 46021 VALÈNCIA.

2. Cap treball que s'envie caldrà que no haja sigut publicat, enviat i/o acceptat per a la seua publicació, de forma simultànea, en altres revistes.

3. Els manuscrits hauran de ser originals, tenir una extensió màxima de 12 fulles i 8 taules, gravats o figures (llegibles i en condicions de ser reproduïdes) i cal que s'envien mecanografiats a doble espai sobre paper blanc, tipus DIN-A4, per una sola cara i amb margens laterals de 2 cms. Pel que fa al text i a la iconografia, hauran de ser enviats un originals i dues còpies. S'agrairà que l'enviament de la versió definitiva siga en CD, amb qualsevol programa de tractament de textos per a WINDOWS o per a MAC.

4. Cada taula o figura aura de ser numerada i titulada en la part inferior, assenyalant en el revers el nom de l'autor i el títol del treball. En cas que s'utilitzen fletxes o altres símbols, cal que expliquen el significat al peu de cadascuna d'elles. No s'acceptaran llegendes impreses a mà.

5. Pel que fa a la redacció dels originals, sobretot si són resultat d'un treball d'investigació, caldrà que s'estructuren en els següents apartats: Introducció, Material i Mètode, Resultats, Discussió, Conclusions i Bibliografia. Aquesta es redactarà en fulles a part i seguint les recomanacions de la Convenció de Vancouver: cognom dels autors seguit de la inicial del nom; títol de treball i títol abreviat de la revista segons l'Index Medicus; any, volum i pàgines primera i última. En cas que es tractés d'un llibre, cal filiar-lo: autor

o editor, títol i lloc de publicació; editorial, any i pàgines de començament i acabament. Les cites bibliogràfiques hauran de ser numerades d'acord al seu ordre d'aparició en el text.

6. Totes les publicacions aniran acompanyades d'un resum, no superior a 150 paraules, en el qual, caldrà fer referència als aspectes més significatius del treball i paraules clau.

7. En la coberta figurarà, subratllat i en majúscules, el títol del treball i nom del l'autor o autors; lloc de treball que desempenyen i institució a la que pertanyen; any de realització del treball i si han rebut algun tipus d'ajuda o beca per a subvencionar el treball realitzat, esmentant l'origen de la mateixa.

8. Tots els originals s'acompanyaran d'una autorització manifestant el desig que el treball siga publicat per ENFERMERIA INTEGRAL, fent constar el nom, número del col·legiat, D.N.I. i signatura de cadascú dels autors.

9. El Consell de Redacció sol·licita dels autors, sempre dins de les seues possibilitats, l'aportació de fotografies il·lustratives en aquells articles que així ho requereixen.

10. El Consell de Redacció de la revista ENFERMERIA INTEGRAL i la institució que l'edita no es responsabilitza de les opinions que apareixen en els treballs publicats.

11. Els treballs acceptats quedaran en propietat de la revista i no podran ser reimpressos sense l'autorització expressa de la mateixa. Als autors se'ls enviarà un certificat d'acceptació i, si és possible, la data aproximada de la publicació del treball.

12. Els treballs no acceptats seran remets als seus autors, bé per a la seua correcció i posterior publicació, o bé, notificant-li al mateix temps la no acceptació definitiva.

# Abandono prematuro de la lactancia materna en la sala de maternidad del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (2010)

La LM es el mejor modo de alimentación para el lactante. En salas de hospitalización de Maternidad vemos a diario, madres con la idea clara de dar Lactancia Materna (LM) y que a las pocas horas postparto abandonan prematuramente esta idea. Se plantea un estudio, en sala de Maternidad del CHGUV durante un año, con recogida de datos y pase de 30 encuestas a madres que abandonan de forma prematura la LM. El estudio pretende conocer la realidad actual de la LM de nuestra sala en cifras, conocer cuales son las causas del abandono en ese momento e intentar, tras el conocimiento de las características de la muestra, identificar de forma precoz posibles "madres con riesgo de abandono prematuro de la LM" con el fin de establecer actuaciones preventivas precoces. Es necesario modificar las pautas actuales para llegar a un verdadero convencimiento de la importancia de la LM.

**Ruiz, E  
Gómez, L  
García, M  
De Oñate, B  
Laosa, MJ  
Gil, MC**  
D.U.E. Unidad de Maternidad. CHGUV

**Palabras Clave:** Lactancia materna, abandono lactancia, lactancia.

## Introducción

"La lactancia materna (LM) es el mejor modo de alimentación para el lactante. Todas las madres tienen derecho a amamantar y sus lactantes a ser amamantados con leche materna, en exclusiva hasta los 6 meses y junto a otros alimentos hasta los 2 años". *Declaración de Innocenti – OMS-UNICEF (1989) Ginebra.*

La leche materna satisface perfectamente las necesidades del bebé y la producción mamaria se ajusta automáticamente a la demanda del recién nacido.

Entre los beneficios de la LM (1) frente a la lactancia artificial (LA) a corto plazo está la prevención de enterocolitis necrosante, la disminución de procesos infecciosos, como gastroenteritis, infecciones respiratorias e infecciones de orina; disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante y la mortalidad post neonatal durante el primer año de vida; el sistema inmunitario digestivo y sistémico del lactante es estimulado activamente tras el nacimiento, lo que explica una mejor respuesta inmunitaria a las vacunas y un menor riesgo de padecer enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunes, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus, y algunos tipos de cáncer como leucemias.

La LM beneficia a la madre ya que ayuda a su recuperación física y hormonal en el puerperio, protege de varios tipos de cáncer y reduce el riesgo de osteoporosis.

Por todo ello, la LM beneficia al bebé, a la madre y a toda la familia.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, comienza a generalizarse la práctica de abandonar la LM a favor de la artificial, alcanzando su punto máximo en los años 70. Las razones de este abandono son múltiples, incluyendo tanto factores médico-sanitarios, como socioeconómicos y culturales.

En 1974 y 1978, La Asamblea Mundial de la Salud, hace una llamada de alerta sobre las bajas tasas de incidencia y duración de la LM, siendo reconocida esta situación y sus repercusiones sobre la población mundial como un problema de Salud Pública. Diversos organismos internacionales publican recomendaciones y planes de actuación dirigidos a la solución del problema:

- OMS-UNICEF (1989) "Declaración de Innocenti"
- OMS-UNICEF (1991) IHAN "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural"

En 1996, en España, la Asociación Española de Pediatría (AEP) formó un Comité de Lactancia Materna. Una de sus primeras actividades fue la realización de un estudio dirigido a conocer la prevalencia real de la lactancia en España con datos a nivel provincial. En este estudio se vio que la media de la LM (exclusiva + mixta) fue de 3.20 meses, cifra lejana a las recomendaciones de la OMS.

Son numerosos los estudios sobre la evolución en el inicio y mantenimiento de la LM, mostrando que cada día más madres deciden amamantar a sus hijos; pero, mientras que la OMS asegura que el 97% de las mujeres en edad fértil pueden amamantar a sus hijos hasta los 2 años o más, la realidad es muy distinta.

Según el Informe Técnico sobre LM en España (2) del Comité de LM de la AEP, el 84.2% de los neonatos son amantados al nacer, y a los 6 meses sólo el 24.8% recibe leche materna, lo cual supone un abandono de la LM del 59.4% en los primeros 6 meses de vida.

En la Comunidad Valenciana, la Dirección General de Salud Pública (3) (OSIP), da las siguientes cifras sobre la lactancia al alta de la sala de maternidad:

- En 2008.- LM: 75.95%, LA: 16.09%, Desconocida: 7.96%.
- En 2009.- LM: 74.71%, LA: 16.25%, Desconocida: 9.04%.

Tras la intervención de la Asociación Española de Pediatría y según datos del OSIP (Observatorio de Salud Infantil y Perinatal de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana), se observa cómo hay un resurgimiento de la cultura de la LM desde 2000 a 2005, pasando del 71% al 79% de LM exclusiva, al alta de la sala de maternidad, para posteriormente quedarse estancadas las cifras de crecimiento (LM del 73.1% en 2009), se podría decir que se ha tocado techo en España, mientras que en países como Suecia la LM llega a tasas del 90% en su inicio.

Como señala Durá Travé en su estudio "Evolución de la Prevalencia de la LM en el medio rural. Análisis de catorce años" (4), la LM es un fenómeno sociológico multifactorial; a parte de los factores sociodemográficos y perinatales, existen una serie de factores psicosociales, percepciones y vivencias perinatales difícilmente cuantificables que condicionan el éxito de la LM.

Desde la vertiente sanitaria, según Almirón et al. (4) hay dos momentos claves en el éxito de la LM, el puerperio inmediato, con las primeras experiencias de amamantar y la llegada a casa; es quizá en esos momentos donde el sistema sanitario puede centrar su intervención.

**En nuestro centro hospitalario, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), la LM es el tipo de alimentación mayoritariamente elegido por las pacientes para sus hijos: un 74.73% en 2008, un 72.3% en 2009 y un 72.2% en 2010.**

En la práctica diaria en las salas de maternidad, se observa, cómo madres que optan por la LM como forma de alimento para su bebé, deciden en las primeras 48-72 h tras el parto dar lactancia artificial exclusivamente. Este cambio tan radical de postura ante algo tan importante como la alimentación del bebé, nos hace preguntarnos si es fortuito o si estas madres que abandonan de forma prematura la LM tienen unas características determinadas que nos pueda llevar a identificarlas y tomar medidas antes del cambio de decisión, o tal vez son las características de los recién nacidos las que van a provocar el cambio.

Tras consultar bibliografía referente al tema, sólo encontramos dos trabajos que recogen cuál es el porcentaje de abandono prematuro de LM al alta en la maternidad, dando cifras de un 2.1% (5) y un 6% (4).

Nos planteamos que si este abandono prematuro se pudiera reducir, las cifras de LM al alta podrían iniciar un ascenso tal como reclama la OMS.

## Objetivos

Ante todas estas preguntas se decide llevar a cabo un estudio prospectivo, en la sala de maternidad del CHGUV, donde se plantean los siguientes objetivos:

- 1) Conocer la prevalencia de LM y LA al alta hospitalaria.
- 2) Conocer el porcentaje de abandonos de LM al alta (48-72 h tras alumbramiento).
- 3) Características sociodemográficas y perinatales de la población que abandona la LM.
- 4) Causas más frecuentes que motivan el abandono prematuro.
- 5) Identificar el perfil de "madres con riesgo de abandono prematuro de LM", sobre las que establecer actuaciones preventivas.
- 6) Proponer intervenciones que disminuyan el índice de abandono prematuro de la LM mientras el binomio madre-hijo están en la sala de maternidad.

## Material y metodo

Estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal, realizado en la sala de maternidad del CHGUV de septiembre del 2009 a septiembre del 2010.

*Definiremos LM* según las recomendaciones de la OMS (1991) para tipificar la alimentación del lactante (6,7), como ingesta de leche materna, pudiendo el lactante recibir leche artificial. Lactancias maternas exclusivas + Lactancias maternas mixtas.

Se ha considerado que inician LM cuando han puesto su hijo al pecho más de una vez, para establecer la intención inicial de la madre de administrar LM, y se incluye como LM todo el tiempo que el niño está recibiendo alguna toma al pecho, aunque complementemente con artificial.

### Criterios de inclusión:

- Madre que pasa de dar LM (exclusiva o mixta) a dar Lactancia Artificial exclusivamente, en el puerperio inmediato, durante su ingreso en sala de maternidad, antes de irse de alta, y que decide participar en el estudio.

### Criterios de exclusión:

- Madre cuyo bebé está ingresado en neonatos.
- Madres que optan por la LA.

En cuanto al Material, para realizar el estudio se decide **diseñar una encuesta que recoja las variables:**

- 1) Datos sociodemográficos de la madre: edad – país de origen – estado civil – estudios – profesión – lactancia materna previa.
- 2) Datos sobre la gestación: gestaciones / abortos / partos / cesáreas anteriores – si/no recibió información sobre LM por personal sanitario durante la gestación – momento que toma la decisión de dar LM.
- 3) Datos sobre el parto: tipo de finalización de la gestación – tiempo transcurrido entre nacimiento y puesta al pecho – si/no se realizó piel con piel
- 4) Datos del RN: edad gestacional – sexo – peso – si/no se le ha suministrado al bebé suplementos en sala
- 5) Causas que motivan el abandono de la LM

Para el diseño y validación de la encuesta, se decidió entrevistar a 16 mujeres que cumplen los criterios de inclusión, sobre el/los motivos que le llevan a decidir el cambio de lactancia en tan breve tiempo; la pregunta exacta que se les hace es: "¿cuál es el motivo principal por el cual has decidido dar a tu hijo leche artificial solamente?" con respuesta abierta; los resultados más frecuentes se utilizarían en la encuesta. Las respuestas recogidas están reflejadas en la **tabla II** y son las mismas que en abandonos en meses posteriores.

La encuesta se pasa a 30 madres que deciden abandonar la LM en las primeras horas tras el parto, antes de ser dada de alta de la sala de maternidad; se les explica cual es la

finalidad de la encuesta, y de manera cercana se pasó la encuesta.

La información recogida en los cuestionarios proviene de registros sanitarios y directamente de la madre. Las preguntas que se realizan a la madre son cerradas, a excepción de una línea en blanco al final por si desea añadir algo al cuestionario.

La encuesta la realizaron enfermeras de la sala de maternidad, que previamente se reunieron y unificaron la manera de presentarse y pasar el cuestionario.

Además de las encuestas, se recogen datos sobre el nº de nacimientos, altas y lactancias en ambos casos, de toda la población que pasa por la sala de maternidad del CHGUV durante el año 2009 y hasta septiembre del 2010. Todos los datos son registrados y cuantificados.

Para realizar el estudio estadístico descriptivo los resultados obtenidos se analizaron mediante el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 13.0.

## Resultados

**Tabla I**  
Lactancia al alta en la sala de maternidad en el CHGUV y en la Comunidad Valenciana

AÑO	% LM CHGUV/ COM. VAL.	% LA CHGUV
2008	74.7 / 75.95	25.3
2009	72.3 / 74.71	27.7
2010	72.2 / no disponible	27.8

**Tabla II**  
Motivos de abandono prematuro de LM



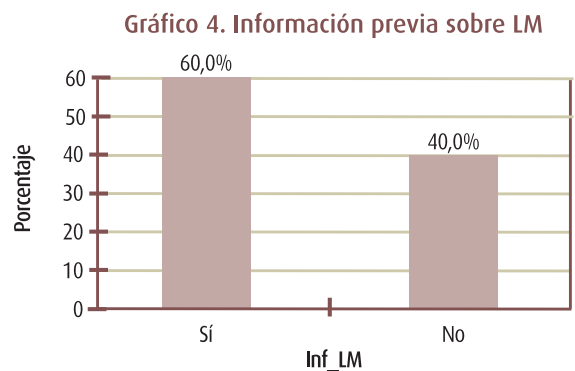
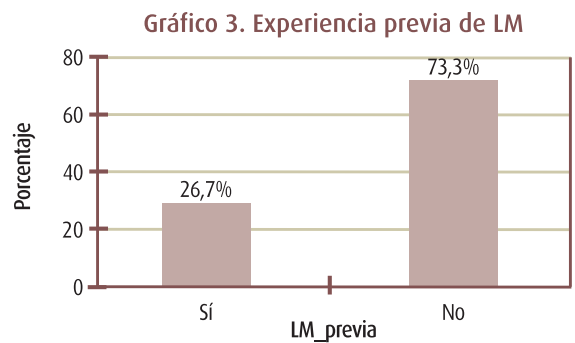
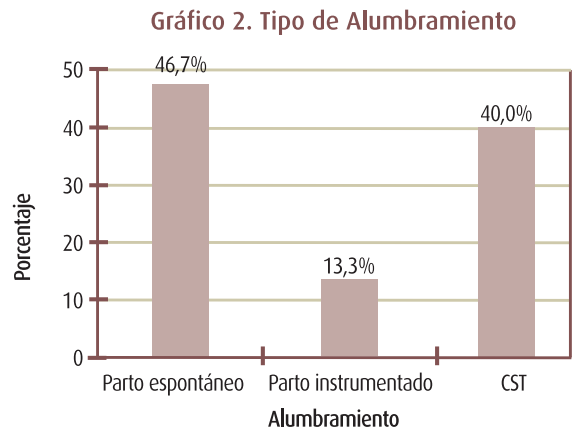
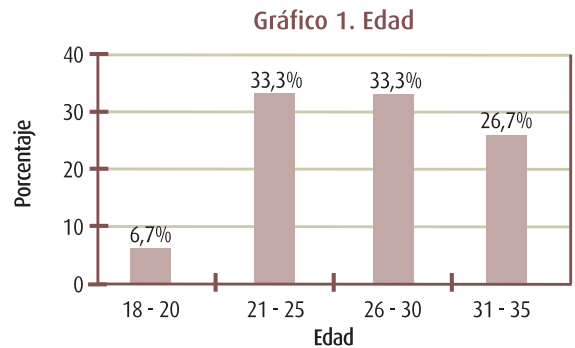
Otros motivos de abandono que se han recogido en la parte libre del cuestionario:

- 1) Estaba nerviosa y dolorida.
- 2) En su país (Nigeria) se da biberón hasta que tienen la subida.
- 3) Es más fácil dar biberón.
- 4) Por ser CST, se sentía impotente ante la situación.
- 5) Necesita ayuda de otras personas.

### Datos recogidos con la encuesta

VARIABLE	GRUPO	n	%
Edad de la madre	< 20	2	6.6%
	20-25	10	33.3%
	26-30	10	33.3%
	>30	8	26.6%
País de origen	Española	22	73.3%
	Extranjera	8	26.7%
Estado civil	Vive sola	5	16.7%
	Vive en pareja	25	83.3%
Estudios	No tiene	1	3.3%
	Primarios	18	60.0 %
	FP/Bach	9	30.0 %
	Superiores	2	6.7%
Profesión	Estudiante	0	0
	Ama de casa	10	33.3%
	T.remunerado/ parado	20	66.6%
Hijos previos	No	16	53.3%
	Si	14	46.7%
	Si con LM	8 de 14	
	Si con LA	6 de 14	
Tipo de nacimiento	Parto	18	60.0%
	Parto eutócico	14 de 18	
	Parto instrumentado	4 de 18	
CST	CST	12	40.0%
Edad gestacional	<37	1	3.3%
	37-40	15	50.0%
	>40	14	46.7%
Peso	<2.500	0	0
	2500-3000	8	26.7%
	3001-3500	17	56.6%
	>3500	5	16.7%

VARIABLE	GRUPO	n	%
Sexo	Varón	18	60.0%
	Mujer	12	40.0%
LM previa	Si/satisfactoria	3	10.0%
	Si/no satisfactoria	5	16.7%
	No	22	73.3%
Información sobre LM	Si	18	60.0%
	No	12	40.0%
	No/española	8	66.7%
	No/extranjera	4	33.3%
	No/trabaja	3	25%
	No/no trabaja	9	75%
	No/ha dado LM	4	33.3%
	No/ no ha dado LM	8	66.7%
Toma de decision de dar LM	Antes del nacimiento	26	86.7%
	Durante/tras nacimiento	4	13.3%
Tº hasta la puesta al pecho	< 1h	18	60.0%
	> 2h	12	40.0%
Piel con piel	Si	7	23.3%
	No	23	76.7%
Admon de biberón	Si	19	63.3%
	No	11	36.7%



Creemos que por parte de las madres hay una falta de concienciación de la importancia de la LM y un desconocimiento de los obstáculos que se presentan los primeros días y sus diferentes formas de resolverlo. Un cambio en los conocimientos impartidos en las clases de preparación al parto, y una mayor influencia desde los colegios para que la idea de la lactancia sea una idea con convencimiento interno y no una nueva moda, haría que las mujeres llegaran con una idea más clara de qué es la LM en sus primeras horas.

Tabla de contingencia 1. Alumbramiento \* Edad

% del total

		Edad				Total
		18 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	
Alumbramiento	Parto Espontáneo	6,7%	13,3%	10,0%	16,7%	46,7%
	Parto instrumentado			10,0%	3,3%	13,3%
	CST		20,0%	13,3%	6,7%	40,0%
Total		6,7%	33,3%	33,3%	26,7%	100%

Tabla de contingencia 2. Alumbramiento \* Peso\_RN

% del total

		Peso_RN					Total
		2500 - 3000	3001 - 3500	3501 - 4000	4001 - 4500	4500 - 5000	
Alumbramiento	Parto Espontáneo	10,0%	33,3%		3,3%		46,7%
	Parto instrumentado	10,0%	3,3%				13,3%
	CST	6,7%	20,0%	10,0%		3,3%	40,0%
Total		26,7%	56,7%	10,0%	3,3%	3,3%	100%

## Discusión y conclusiones

Tras la recogida de datos en sala de maternidad se establece:

- Las cifras de LM y LA en nuestro hospital son similares a las del resto de la Comunidad Valenciana, y en ellas se puede observar un estancamiento en la tendencia que desde la OMS y la AEP se impulsa, que es aumentar las cifras de inicio de lactancia materna (Tabla I).
- El abandono prematuro de LM en nuestra sala es del 5% en las fechas en las que se realiza el estudio, cifra similar a la de otros trabajos de España y que nos hace ver que se está viviendo una realidad similar en toda España (4,5).
- Los motivos que hacen que las madres abandonen tan prematuramente la LM (en algunos casos a las 2-3 horas de vida del bebé), son los mismos que se dan en otros trabajos como motivos de abandono en meses posteriores (4,8). Hay un factor que consideramos importante, pero no se ve reflejado en el trabajo, y es la presión familiar; mucha visita bienintencionada que aconseja continuamente y que sólo consigue aturdir a una madre cansada que no está en su mejor momento y hace que desoiga los consejos del personal sanitario. Esta variable no se incluyó en el cuestionario por creer que al estar la familia cerca no serían contestadas con sinceridad (Tabla II).
- Observando las características de la muestra compuesta por 30 madres que se pasan de LM a LA durante su ingreso en sala (0-72h postparto), podríamos definir como grupo de riesgo susceptible de abandono prematuro de LM a: Recién nacido varón, con peso entre 3000gr-3500 gr, edad gestacional entre 37s-40s, nacido por parto espontáneo. Estas son las características de la mayor parte de los recién nacidos. Curiosamente no hay ningún bebé con bajo peso en la muestra y sólo un bebé pretérmino,

posiblemente explicado por ser los bebés que sus madres entienden que más necesitan de la LM. El que abandonen más varones ya aparece en otros estudios (2).

En la muestra, la mayor parte de los nacimientos fueron por parto espontáneo. Según estudios anteriores (4,9,10,11), el nacimiento por CST es desfavorecedor en la instauración de LM, aunque con la utilización de anestesia epidural en la CST hoy en día, la diferencia disminuye. En la muestra no se aprecia gran diferencia en el abandono entre parto y CST.

- En cuanto a las características de las madres de nuestra muestra, podemos determinar que podrían ser grupo de riesgo sobre las que actuar de forma precoz: madre española, con edad entre 20-30 años, primípara, con estudios primarios, y con expectativas de trabajo (parada/ con trabajo remunerado). El 66.6% de nuestra muestra está en la franja de edad de 20-30 años, lo cual contradice estudios anteriores (4,12), donde son madres con menos de 20 años o más de 30 años, las que abandonan antes. También hay estudios (10) que dicen que los datos sociodemográficos no influyen en el inicio de la LM ni en la decisión de dar LM o LA, pero sí que influyen en su mantenimiento en meses posteriores, de ahí que sean tan opuestos a otros estudios los datos obtenidos. Casi la totalidad de la muestra vive con su pareja en el momento de la entrevista, sus apoyos sociales están cubiertos (4), luego esta variable no influye en el abandono. El ser primípara está reconocido por el Comité de LM como desfavorecedor para la LM.

La influencia de ser ama de casa o tener expectativas de trabajo sobre la LM, es muy controvertida según el estudio consultado (4,12,14). Nuestra muestra está mayoritariamente en el grupo de mujeres que trabajan o esperan hacerlo pronto.

- Según estudios realizados con anterioridad (11), una de las variables más significativas estadísticamente para favorecer la LM es la previa voluntad de la madre de querer dar pecho; las madres de nuestra muestra, casi en su totalidad tomaron la decisión de dar LM a su bebé antes del parto, de lo cual se deduce que en estos casos no fue tan significativa la influencia de esta variable.
- Nuestra muestra en un 60% había recibido información sobre LM de personal sanitario; el apoyo a la LM en nuestros centros de salud hoy en día cada vez es mayor y su influencia muy positiva como se afirma en estudios previos (4,9,11). La mayor parte de la muestra tenía conocimientos sobre la importancia de la LM y a pesar de ello, en las primeras horas abandonó la idea de dar LM; esto nos lleva a pensar que a pesar de los grandes esfuerzos que se hacen en las clases previas al parto, algo falla, alguna idea no es bien entendida, quizá se pinta todo tan idílico para la futura madre, que ante el primer contratiempo se da por vencida, quizá sea necesario replantearse o introducir cambios en la información que se da en las clases preparto sobre los primeros momentos tras el parto y la lactancia.  
Pero también vemos que un 40% de la muestra no recibió información sobre LM, parece un porcentaje alto dada la gran accesibilidad de la sanidad a día de hoy; nos planteamos si es por la nacionalidad, pero un 66.7% de las que no asisten son españolas; nos planteamos si es por el trabajo, pero el 75% no trabaja; nos planteamos de si el motivo de este desinterés es el tener experiencia anterior, pero el 66.7% no ha dado anteriormente de lactar; también se ve que el 41.7% de las madres de la muestra que no asisten a clases, ni trabajan ni tienen experiencia anterior. Luego, a falta de más interpretaciones, se puede decir que en nuestra muestra hay un gran desinterés por el tema de la LM, y puede ser que el estar de moda hoy en día dar pecho las impulsase a iniciar LM, pero no estaban lo suficientemente motivadas para seguir con la idea más allá de unas horas por una falta de convencimiento interno.
- En nuestra muestra, sólo el 10% que abandona tiene una experiencia anterior en LM satisfactoria, luego, la muestra está formada fundamentalmente por mujeres que no tienen una experiencia anterior positiva o que no tienen experiencia en LM que apoye la actual. Esto apoya la afirmación de que los abandonos precoces disminuyen con la experiencia previa favorable (8,13).
- En nuestro hospital, el “piel con piel” tras el nacimiento, cada día es más frecuente, aunque en el momento de la realización de las encuestas no se ve reflejado en las cifras. Pero el inicio precoz de la lactancia sí que se da en la mayor parte de los casos. Tanto “piel con piel” como inicio precoz de la lactancia son favorecedoras (10), pero no determinantes en estos casos.
- La administración de algún biberón se da en el 63.3% de la muestra; este hecho es reconocido como negativo para la LM.
- Tras valorar los resultados obtenidos, creemos que por parte de las madres hay una falta de concienciación de la importancia de la LM y un desconocimiento de los obstáculos que se presentan los primeros días y sus diferentes formas de resolverlo. Un cambio en los conocimientos impartidos en las clases de preparación al parto, y una mayor influencia desde los colegios para que la idea de la lactancia sea una idea con convencimiento interno y no una nueva moda, haría que las mujeres llegaran con una idea más clara de qué es la LM en sus primeras horas. También pensamos que la puesta al día sobre LM por parte de los profesionales de la salud es fundamental, así como los grupos de apoyo en sala, que pueden dar tranquilidad y conocimiento a la nueva mamá, cosa que los profesionales sanitarios, debido a la presión asistencial, no pueden hacer con la frecuencia y disposición de tiempo que quisieran.

## Bibliografía

1. Hernández Aguilar MT y Aguayo Maldonado J. La LM. Cómo promover y apoyar la LM en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc) 2005; 63(4):340-56.
2. Informe técnico sobre la lactancia materna en España (1997). Comité de LM de la AEP. A. Esp Ped. 1999.
3. Distribución del tipo de lactancia al alta en la maternidad. Comunidad Valenciana, 2008, 2009. [www.sp.san.gva.es/DgsWeb/OSIP/Estilos de vida/lactancia](http://www.sp.san.gva.es/DgsWeb/OSIP/Estilos%20de%20vida/lactancia).
4. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la LM. An Esp Pediatr 2002;56:144-50.
5. Oliver A, Torras N, Martínez L. Factores de influencia en la duración de la LM en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. Enfermería Clínica 2003;13(6):329-36.
6. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS. <http://www.who.int>.
7. Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría. Monográficos de la AEP. Nº5. LM: guía para profesionales. Ergon (2004); 7: 427-38.
8. Gascón E, Pineda V, Martínez I. Causas de no inicio y abandono de LM en una zona rural. Enfermería Integral 2005;Junio:36-38.
9. Jovani Roda L, Gutiérrez Culsant P, Aguilar Martín C, Navarro Caballé R, Mayor Pegueroles I y Jornet Torrent Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la LM. An Esp Pediatr 2002; 57(6):534-9.
10. Romero ME, Algaba S, Albar MJ, Núñez E, Calero C y Pérez IM. Influencia de las prácticas hospitalarias en el inicio y mantenimiento de la LM. Enfermería clínica 2004;14(4):194-202.
11. García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E y Parellada Esquius N. LM: ¿Puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? Aten Primaria. 2005; 35(6):295-300.
12. Valbuena Barrasa L, de Lucas Veguillas A, Coca Méndez R, Paciencia de la Fuente C, Madroñal López P, Hernández Fernández E. Evolución de la LM y de algunos de sus factores condicionantes en nuestro medio (Talavera de la Reina).
13. Soto García M, Pérez Villaverde N, Rivilla Marugán L, Marañón Henrich N, Castillo Portales S y Estepa Jorge S. Prevalencia y características de la LM en el área de Salud de Toledo. SEMERGEN 2003; 29(3): 121-4.
14. Ortega García JA et al. Proyecto Malama en la región de Murcia (España): medio ambiente y LM. An Pediatr (Barc). 2008; 68(5): 447-53.

## Valoración y manejo del dolor en neonatos

El neonato ingresado en UCI esta sometido a diversos estímulos dolorosos, como la toma de muestras de sangre, la inyección de vitamina K, procedimientos de rutina, diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que son causa de estrés. El tratamiento del dolor se ha convertido en una parte crucial de los cuidados al recién nacido, siendo muy importante el trabajo en equipo, en la búsqueda de aumentar el confort del neonato adoptando medidas ambientales y conductuales, utilizando fármacos y sobretodo mediante el uso de protocolos establecidos y de fácil acceso.

### Introducción

La IASP (International Association for the Study of Pain) define el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos" (1).

Durante mucho tiempo el dolor en el recién nacido no fue motivo de preocupación de clínicos e investigadores, criterios erróneos hicieron que el dolor no fuera valorado en el neonato; las estructuras anatómicas para recibir, transmitir e interpretar el dolor no eran consideradas funcionales; la observación del niño prematuro que demuestra escasa reacción era interpretada como percepción reducida del dolor, y por ultimo existía el temor a utilizar analgésicos por los posibles efectos adversos (3).

Además, se pensaba que la incapacidad de los niños para verbalizar sus sentimientos y expresar su dolor era sinónimo de incapacidad para experimentarlo y recordarlo. Existen datos suficientes para afirmar que aproximadamente en la semana 20-24 el feto ha desarrollado la percepción del dolor, con el inconveniente de que la vía inhibitoria descendente nociceptiva no está madura, por lo que el umbral del dolor está disminuido, pero la sensación dolorosa es mayor que en adultos.

En las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) los procedimientos más frecuentes que causan dolor y daño tisular son las punciones venosas, punciones con lancetas en el talón, inserciones de catéteres intravenosos y arteriales, punción lumbar y drenaje vesical. La punción de talón ha sido el método convencional para la extracción de sangre en los neonatos, sin embargo, este procedimiento constituye una experiencia dolorosa, para la cual no existen métodos prácticos y efectivos que disminuyan el dolor (4).

Existen otros procedimientos, que sin producir daño tisular causan dolor. Es el caso de la inserción de sonda de alimentación, la aspiración, las intubaciones y retirar cintas adhesivas (5). Todos, procedimientos frecuentes y rutinarios que enfermería lleva a cabo en las UCIN, sin ningún protocolo para prevenir o reducir el dolor.

El dolor causa una serie de alteraciones multisistémicas como hipoxemia, acumulación de secreciones y atelectasias; a nivel cardiovascular produce estimulación simpática con aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial,

vasoconstricción, alteración de los flujos regionales y aumento del consumo de oxígeno. En el cerebro puede presentar aumento de la presión intracraneana con mayor riesgo de hemorragia intraventricular o isquemia cerebral. También se observan a causa del dolor espasmos musculares, inmovilidad y enlentecimiento de la función gastrointestinal y urinaria. Estos neonatos están más expuestos a infecciones debido a la depresión del sistema inmunitario provocada por el dolor. (6)

Debido a todo esto el tratamiento del dolor se ha convertido en una parte crucial de los cuidados del neonato, siendo muy importante el trabajo en equipo, en la búsqueda de aumentar el confort del neonato adoptando medidas ambientales y conductuales, utilizando fármacos y sobretodo mediante el uso de protocolos establecidos y de fácil acceso.

Pero, para poder tratar el dolor, es preciso saber reconocerlo, la expresión verbal de las características del dolor por parte del paciente es la mejor forma de conocer su naturaleza, localización y severidad, pero esto no es posible en neonatos y más se complica cuando hablamos de prematuros, siendo nuestra alternativa la recogida de alteraciones fisiológicas, cambios del comportamiento o una combinación de ambas.

No hay que olvidar que la expresión facial del niño es el indicador más fiable para valorar los cambios de comportamiento, lo que también se nos hace más difícil cuando estamos ante un prematuro que no puede demostrar expresiones faciales de dolor tan fácilmente como un RN a término, o ante un neonato intubado, donde la sujeción del tubo orotraqueal puede alterar la expresiones faciales y por tanto ser más difíciles de valorar.

Por ello necesitamos escalas de medida del dolor para la valoración de éste en neonatos a término y pretérmino.

Alguna de ellas son:

- PIPP (Premature Infant Pain Profile): Escala de medida multidimensional desarrollada para la valoración del dolor en niños nacidos a término y pretérmino. Está muy bien aceptada por tener en cuenta la edad gestacional. Se compone de siete parámetros que incluyen indicadores de conducta, desarrollo y fisiológicos. Cada indicador

**Eva Pérez Lafuente**

Enfermera. Centro Neonatal Hospital Clínico

**Amparo Génoves Casquete**

Enfermera. Centro Neonatal Hospital Clínico

**M<sup>a</sup> Luisa Muñoz Illescas**

Enfermera. UCIN Hospital La Fe de Valencia

**Palabras Clave:** dolor, neonato, enfermería.

se valora de 0 a 3. Un rango de 21 corresponde a una edad gestacional menor a 28 semanas, y para más de 36 semanas el máximo es de 18. Para todas las edades gestacionales un valor menor o igual a 6 indica la no existencia de dolor o la presencia de un mínimo dolor, un valor de 7 a 12 indica dolor apacible (intervenciones no farmacológicas) y valores mayores o igual a 12 indican dolor moderado o intenso (intervenciones farmacológicas y no farmacológicas). (TABLA 1)

- CRIES: Es una medida de dolor postoperatorio. Valora cinco parámetros fisiológicos y de comportamiento con una valoración máxima de 10 puntos, cada parámetro tiene

una valoración de 0,1 ó 2. El dolor postoperatorio se evalúa cada hora por un mínimo de 24 horas después de la cirugía. Con analgesia la valoración se hará cada 15-30 minutos. Un valor de 0 a 3 indica no dolor o dolor mínimo y un valor mayor de 4 indican dolor moderado o intenso (intervenciones farmacológicas y no farmacológicas). (TABLA 2)

- NIPS (Neonatal Infant Pain Scale): Para neonatos a término. Valora las reacciones del comportamiento facial como respuesta al estímulo doloroso del pinchazo de una aguja en el talón. Describe cambios en la expresión facial, llanto, patrón respiratorio, movimientos de brazos

### PIPP (Premature infant pain profile)

Para utilizar la Tabla de Score: cada ítem tiene una puntuación, por ejemplo en edad gestacional 36 semanas será 0 y 28 será 3, igual los otros como estado de conducta, etc.

Proceso	Indicador	0	1	2	3
	Estado gestacional	36 semanas o más	32-35 semanas +6 días	28-31 semanas +6 días	28 semanas o menos
Observar durante 15 segundos	Estado conducta	Despierto/Activo Ojos abiertos Movimientos faciales	Despierto/Quieto Ojos abiertos No Mov. faciales	Dormido/Activo Ojos cerrados Movimientos faciales	Dormido/Quieto Ojos cerrados No Mov. faciales
Observar durante 30 segundos	Frecuencia cardíaca Máx.	Aumento 0-4 latidos/minuto	Aumento 5-14 latidos/minuto	Aumento 15-24 latidos/minuto	Aumento de 25 ó más latidos/minuto
	Saturación oxígeno Mín.	Disminución 0-2.4%	Disminución 2.5-4.9%	Disminución 5-7.4%	Disminución de más de 7.5%
	Cejas fruncidas	No 0-3 segundos	Mínimo >3-12 segundos	Moderado >12-21 segundos	Máximo >21-30 segundos
	Ojos apretados	No 0-3 segundos	Mínimo >3-12 segundos	Moderado >12-21 segundos	Máximo >21-30 segundos
	Surco naso labial	No 0-3 segundos	Mínimo >3-12 segundos	Moderado >12-21 segundos	Máximo >21-30 segundos

SCORE 0-6. NO DOLOR: Si al niño se le hace algún procedimiento (venopunción, punción talón, etc.) valorar de nuevo.

SCORE 7-12. INICIAR MEDIDAS DE CONFORT (chupete, música, arroparlo), valorar en una hora. Si después de una hora el score sigue siendo 7-12, dar Paracetamol (anotado en órdenes). Valorar en una hora, si sigue con el mismo score puede ser que el Paracetamol sea inefectivo o inapropiado, poner en órdenes Fentanilo o Morfina, valorar a los 30 minutos.

SCORE 13-21. ANALGESIA NARCÓTICA.

### CRIES (Dolor postquirúrgico)

Parámetro	0	1	2
Llanto	No	Agudo, consolable	Agudo, inconsolable
FiO2 para SaO2 95%	No	< 0,3	> 0,3
Frecuencia cardíaca	Normal	Disminuye <20% de basal	Disminuye >20% de basal
Expresión	Normal	Muecas	Muecas/gemido
Sueño	Normal	Se despierta a intervalos frecuentes	Despierto

< 7 emplear medidas no farmacológicas  
7 o más opiodes intravenosos

## NIPS

NPS	0 point	1 point	2 point
Facial expression	Relaxed	Contracted	-
Cry	Absent	Mumbling	Vigorous
Breathing	Relaxed	Different than basal	-
Arms	Relaxed	Flexed/stretched	-
Legs	Relaxed	Flexed/stretched	-
Alertness	Sleeping/calm	Uncomfortable	-

Maximal score of seven points, considering pain  $\geq 4$

y piernas y el estado al despertar. Esta escala no debe utilizarse de forma aislada, debe tenerse en cuenta el estado global del niño y su ambiente. (TABLA 3)

Debido a que el tratamiento del dolor debe ser una prioridad en el manejo del paciente neonatal, creemos necesario unificar nuestras tareas de forma que todo el personal actúe evitando el dolor en los procesos de rutina. Con este fin y, tras la revisión de estudios basados en la utilización de las escalas de valoración del dolor anteriormente descritas, se elabora el Protocolo del manejo del dolor en UCIN.

### Protocolo del manejo del dolor en UCIN

**OBJETIVO:** Evitar el dolor durante la realización de las técnicas de enfermería y tras intervenciones quirúrgicas.

#### MÉTODOS Y PROCEDIMIENTO

##### 1.- Métodos no farmacológicos como prevención del dolor en procedimientos menores.

Tras 20-22 semanas de gestación, el feto es capaz de reaccionar al sonido, a la luz y a los otros estímulos ambientales.

**Definición:** Intervenciones conductuales y ambientales, que incrementan la actividad endógena inhibitoria de las vías de conducción descendentes y "distraen" la atención; saturando las transmisiones sensitivas aferentes y disminuyendo la conducción del dolor.

#### Ventajas:

- Fáciles de administrar "a pie de incubadora".
- Mínimos efectos adversos.
- No requieren de gran monitorización.

#### Inconvenientes:

- Por si solos no alivian el dolor interno agudo.
- Deben ser usados como coadyuvante

**Procedimientos:** Medidas de confort que se utilizan en todos los niños postquirúrgicos y previo a la realización de cualquier técnica.

- Manipulación mínima: es importante disminuir al mínimo el número de interrupciones dolorosas o estresantes en el cuidado. Para ello, agruparemos el número de proce-

dimientos pautados y, reduciremos o eliminaremos los innecesarios.

- Posición: es importante la contención y el ropaje cómodo.
  - Evitar la sujeción de miembros y facilitar la posición cómoda.
  - La posición prona reduce el dolor y el estrés después de procedimientos invasivos y da estabilidad.
  - También la flexión fetal lateral, brazos y piernas flexionadas con la aplicación de nidos, intentando arropar.
- Disminuir estímulos ambientales
  - Evitar el ruido (no hablar alto, apagar las alarmas cuando suenan, evitar golpear la incubadora, cerrar las puertas de las incubadoras con cuidado...)
  - Limitar la luminosidad (mediante paños verdes encima de las incubadoras, reduciendo la luz de la unidad, protegiendo con gafas los ojos de niños con fototerapia...)
  - Respetar el sueño
  - Manejo cuidadoso.
- Musicoterapia: poco estudiada, pero se cree que disminuye la respuesta al dolor, especialmente combinada con la succión no nutritiva y el mecer. Se realizará mediante música, voz suave, que le hablen los padres...
- Succión no nutritiva: estimula receptores orotátiles y mecanorreceptores que activan la analgesia endógena por mecanismos no opiáceos (serotonina).
  - Útil para punción del talón, vacunaciones.
  - Eficacia inmediata, pero cesa al dejar de succionar. Posibilidad de "efecto rebote"
  - Más eficaz en prematuros.
  - Utilizar chupete antes y después del procedimiento doloroso.
- Succión nutritiva: mediante la utilización de:
  - Glucosa al 30%, de 0,3 a 1 ml administrada 1 o 2 minutos antes del procedimiento. Eficaz vía oral, mediante succión, no por sonda nasogástrica (SNG).
  - Sacarosa: es la medida no farmacológica más estudiada. Se cree que es más eficaz en neonatos e inútil para mayores de 6 meses. Reduce los índices de dolor fisiológicos y conductuales. Útil mediante succión, no SNG. Usado en jeringa, biberón o en chupete, en soluciones al 24-50%, dos minutos antes del procedimiento. Una o varias administraciones de 0,1 ml en prematuros de 24 semanas y hasta 2 ml en recién nacido a término. Un posible efecto secundario, sería la hiperglucemia.

- Lactancia Materna: es eficaz porque engloba succión nutritiva y método canguro, pero no siempre es posible en neonatos en incubadora.
- Tacto:
  - Método canguro
  - Masaje mediante movimientos rítmicos y repetitivos que son eficaces para disminuir el dolor, calmando y atenuando el llanto.
  - Caricias, mecer...

Estas medidas se han demostrado eficaces en reducir el dolor durante técnicas como la punción del talón, venopunción, inyecciones subcutáneas e intramusculares y exámenes oculares de retinopatía. Cada uno de estos procedimientos reduce pero no elimina el dolor, por lo que se deben utilizar conjuntamente.

## 2.- Métodos o tratamientos farmacológicos.

Reservado para el dolor moderado-severo.

Requiere monitorización que asegure la ventilación, la oxigenación y la estabilidad hemodinámica.

La elección de la droga y dosis depende de varios factores como el tipo de intervención, la situación clínica del neonato... y debe ser pautada por el facultativo.

### Anestésicos locales

- Tópico: pueden ser efectivos para disminuir el dolor en algunos procedimientos como la venopunción, punción lumbar e inserción de catéteres. Se utiliza la crema Emla® (lidocaína al 2,5% + prilocaína al 2,5%). En niños a término se puede usar manteniendo una cura oclusiva de 30 a 60 minutos antes del procedimiento.
- Por infiltración local: Analgesia para procedimientos en áreas de superficie, como en inserciones de tubo torácico.

### Analgesia farmacológica (según pauta médica)

- a) No opiáceos: en el tratamiento del dolor de menor intensidad y junto con opiáceos para reducir la dosis de estos. Especial utilidad en el dolor inflamatorio.
  - Paracetamol: seguro y eficaz en dolor leve-moderado. En diferentes procedimientos como cirugía menor, fondo de ojo, postoperatorio. No eficaz en punción del talón.
  - AINES: Ibuprofeno, Ketorolaco, Indometacina
  - Metamizol
- b) Opiáceos: útil para el dolor moderado-intenso. Propiedades ansiolíticas y sedantes. Precisan monitorización respiratoria y cardiovascular. Vigilar efectos adversos.
  - Morfina
  - Fentanilo
  - Meperidina
- c) Hipnóticos sedantes: usados para inducir el sueño, calmar y disminuir la agitación, así como para buscar la sincronización con el respirador. Requieren monitorización. Riesgo de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

- Fenobarbital
- Midazolam
- Hidrato de cloral.

## Conclusiones

Es muy importante recordar que la falta de respuesta a estímulos dolorosos no implica falta de dolor y puesto que, los recién nacidos no tienen la capacidad de verbalizar su respuesta al dolor, es el personal de enfermería el responsable de reconocer las respuestas conductuales y fisiológicas asociadas a estímulos dolorosos.

La escala de valoración de dolor escogida debería guiar al profesional de salud en el manejo eficaz de alivio del dolor.

Las estrategias no farmacológicas son útiles y complementarias para el manejo del dolor en neonatos sometidos a distintos procedimientos. Es necesario que el equipo de salud tenga presente que mecerlos, acariciarlos, cantarles, arrullarlos, colocarles chupete y música son útiles para aliviar el dolor.

Para finalizar, añadir unas recomendaciones que deberían estar presentes en cada unidad de neonatos:

- Valorar cuidadosamente a todo recién nacido con "posibilidad de sentir dolor" (maniobras invasivas, lesiones dolorosas, patología potencialmente dolorosa...)
- Identificar todas las maniobras que se hagan al niño como dolorosas (D), potencialmente dolorosas (PD) o no dolorosas (ND).
- Identificar la patología del neonato también como D, PD o ND.
- Identificar la escala a utilizar sistemáticamente que más se adapte a las características de nuestra unidad.
- Facilitar el acceso a la escala de valoración colocándola en cada incubadora o cuna, en una cartulina plastificada y enganchada con un cordón.
- Anotar en la gráfica de enfermería, ya sea por turno o ante una exploración o intervención dolorosa, la puntuación de la escala.
- Actuar en la eliminación o reducción del dolor, según la puntuación obtenida en la escala y el protocolo de cada unidad.

## Bibliografía

1. Anand KJS, Craig KD. New perspectives on the definition of pain. *Pain* 1996; 67: 3-6
2. Vidal MA, Calderón E, Martínez E, González A, Torres LM. Pain in neonates. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 98-111.
3. Pérez Villegas R, Villalobos Alarcón E, Aguayo García K, Guerrero Faquiez M. Valoración y estrategias no farmacológicas en el tratamiento del dolor neonatal. *Rev Cubana Pediatr* 2006; 78 (3)
4. Shah V, Ohlsson A. Venepuncture versus heel lance for blood sampling in term neonates (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4, 2005. Available at: <http://www.nichd.nih.gov/cochrane/Shah/SHAH.HTM>
5. McGrath PJ, Unruh AM. The social context of neonatal pain. *Clin Perinatol*. 2002; 29 (3): 555 - 572.
6. Sturla FL, Smith GC, Stevens B. Valoración del Dolor en Lactantes y Niños. In: Master Myron MD. *Acute Pain in Children*. *Pediatr Clin North America*. 2000; 47(3): 523 - 550

# Acogida con Clasificación de Riesgo en Urgencia y Emergencia

## Conocimiento de los enfermeros

El estudio objetivó evaluar el conocimiento de los enfermeros de Unidades de Urgencia y Emergencia acerca del Protocolo de Acogida con Clasificación de Riesgo fundamentado en el Programa Nacional de Humanización HumanizaSUSFortaleza. Investigación exploratoria descriptiva. Los envueltos 15 enfermeras de un hospital de emergencia en trauma de la ciudad de Fortaleza-Ceará-Brasil. La cocogida de los datos aconteció en enero al abril de 2011, por medio de entrevista con cuestiones relativas a la temática. Los datos están organizados en el Análisis del Contenido de Bardin, presentados en cuadros y analizados a la luz de la literatura. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Ceará bajo el protocolo nº 009/11. Los datos fueron agrupados en una categoría temática denominada: Conocimiento de los Enfermeros. Los hallazgos evidenciam que la mayoría de las enfermeras desconoce el Protocolo de Acogida con Clasificación de Riesgo fundamentado en el Programa Nacional de Humanización de la Asistencia Hospitalaria HumanizaSUS. Se concluye que a pesar de la política de humanización formar parte de las actividades del hospital escenario de este estudio, las enfermeras de la Unidad de Emergencia aún desconocen algunos requisitos preconizados como modelo por el Ministerio de la Salud.

*Estudo desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará NUPEN/DENF/FFOE/UFC e realizado no âmbito do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica da Pró-Reitoria de pesquisa e Pós-Graduação da UFC. PIBIC/CNPq/UFC.*

### Introducción

La experiencia acumulada al largo de los años como docente acompañando alumnos del Curso de Pregado en Enfermería de la Universidad Federal de Ceará, en un hospital público municipal referencia en la atención a las víctimas de trauma en el Estado de Ceará, oportunizó acompañar la dinámica de la unidad de emergencia en este servicio y percibir la existencia de incontables problemas reflejados en los profesionales, usuarios y sus familiares. A pesar de que, en la unidad de emergencia ya haya ocurrido varios cambios estructurales y procesales con la finalidad de promover mayor calidad en la asistencia a los clientes que

recogen este sector, el observado es que los enfermeros aún no están adecuadamente preparados para la atención la clientela admitida víctimas de traumas.

El escenario de una emergencia muchas veces representa un verdadero espejo de la situación de miseria de la sociedad brasileña. Disparados, suicidas, violentados, politraumatizados caracterizan gran parte de los usuarios, víctimas de la imprudencia y de la desinformación, entre otros males (1). La unidad de emergencia puede ser considerada como un ambiente estresante, donde constantemente se admiten pacientes en situación crítica con riesgo de vida inminente, exigiendo de los profesionales que actúan en este servicio

#### **Zuila Maria de Figueiredo Carvalho**

PostDoctora en Enfermería Universidad Nueva de Lisboa – Portugal. Profesora del Programa de Posgrado en Enfermería DENF/FFOE/UFC. Coordinadora del NUPEN.

#### **Maria Goretti Soares Monteiro**

Profesora de la Universidad de Fortaleza/UNIFOR. Enfermera del Instituto Dr. José Frota. Miembro investigador del NUPEN/DENF/FFOE/UFC.

#### **Daniele Teixeira Freitas**

Estudiante de Pregado en Enfermería del DENF/FFOE/UFC. Miembro del NUPEN/DENF/FFOE/UFC. Becas de Iniciación Científica del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq.

#### **Raelly Ramos Campos**

Estudiante de Pregado en Enfermería del DENF/FFOE/UFC. Miembro del NUPEN/DENF/FFOE/UFC. Becas de Iniciación Científica de la Fundacao Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Cientifico/FUNCAP.

#### **Sara Nogueira Silveira Lima**

Estudiante de Pregado en Enfermería del DENF/FFOE/UFC. Miembro del NUPEN/DENF/FFOE/UFC. Becas de iniciación a la docência de la UFC.

#### **Joyce Miná Albuquerque Coelho**

Estudiante de Pregado en Enfermería del DENF/FFOE/UFC. Miembro del NUPEN/DENF/FFOE/UFC. Becas de Extensión de la UFC.

#### **Samira Rocha Magalhães**

Estudiante de Pregado en Enfermería de la Universidad de Fortaleza/UNIFOR Miembro del NUPEN/DENF/FFOE/UFC.

**Palabras Clave:** Acogida, Clasificación de Riesgo, Humanización, Urgencia y Emergencia, conocimiento del enfermero.



acciones rápidas, específicas y que tienen como finalidad la recuperación del mismo. Es un sector multidisciplinar de especialistas con pericia para tratar pacientes en estado grave (2),(3).

Es una de las principales áreas que exige del equipo de salud agilidad decisiva para situaciones imprevistas. De este modo, los profesionales que actúan en estas unidades deberían recibir entrenamiento específico, tanto técnico y científico, cuanto una educación continuada vuelta para el autoconocimiento, lo que exige de ellos dominio de sus propias emociones y conocimiento de sus límites y de sus posibilidades (4).

Así, surge la tensión como una característica decisiva de este ambiente de trabajo, ambiente en lo cual el equipo de salud responsable por el servicio de emergencia vive diariamente bajo presión ocasionada por la necesidad de la ganancia de tiempo, por la rapidez y precisión de la intervención/atención, por la elevada demanda de atenciones y experiencias diarias de muerte, dificultando la ejecución de una atención más humanizada.

Considerando la imprevisibilidad, el ritmo acelerado de trabajo, la vigilancia constante, la sobrecarga física y la búsqueda incesante por el mantenimiento de la vida, sería posible pensar en asistencia humanizada en el ámbito emergencial? En medio a las frecuentes agresiones que el trabajador recibe diariamente provindas del usuario, tendría sentido exigir del equipo de enfermería la prestación de un cuidado más humano?

En medio a las limitaciones existentes, planear el cuidado de enfermería en esta unidad en la perspectiva de humanizar la atención puede venir a ser un gran desafío. Creo ser posible insertar la humanización en las prácticas de soporte acogida y clasificación de riesgo en la unidad de emergencia, a partir del desarrollo de la cualificación humanística en el mismo nivel en que se estimula la cualificación técnico-científica de los trabajadores, ofrecerles incentivos al compromiso

con la calidad del cuidado de enfermería y involucrarlos en una nueva actitud frente a las demandas cotidianas.

Preocupado con la atención deshumanizada en las unidades hospitalarias, el gobierno Federal, en mayo de 2000 creó el Programa Nacional de Humanización de la Asistencia Hospitalaria (PNHAH), visando reducir la problemática encontrada en la relación profesional-usuario a través de la mejoría de la calidad de la asistencia. Se comprende que ese proceso es posible a través de la valorización, estímulo, respeto del ser humano que es el trabajador (5).

En 2004, el Ministerio de la Salud, dentro de sus directrices establece la humanización en los servicios de salud, como siendo una de las principales herramientas para el alcance de la acogida y clasificación de riesgo de los pacientes en unidades de emergencia (6). En 2005, la Secretaría Municipal de Salud de Fortaleza adoptó el “Humaniza SUS Fortaleza” que visa a la implantación y a la ativação de los grupos de trabajo de humanización de los proyectos, cuyas metas están dentro de la política municipal de Humanización. En este direccionamiento la acogida con clasificación de riesgo, un dispositivo de esa política pasó a ser implementado a partir de 2006 en todos los hospitales municipales de la ciudad de Fortaleza (7).

El hospital escenario de este estudio está incluido en el Programa de Humanización por participar del Programa de los Centros Colaboradores y varios otros programas con iniciativas humanizadoras: Proyecto Educativo para Acompañantes y proyecto de Desarrollo y Capacitación de Recursos Humanos.

Una manera de uniformizar, reducir la dispersión y posibilitar seguridad en la ejecución del procedimiento es el empleo de patrones administrativos y técnicos, pues la padronização es un instrumento que garantiza el mantenimiento de la calidad. De este modo preguntamos: *¿están los enfermeros de emergencia adecuadamente preparados para la atención la personas en situaciones de urgencia y emergencia traumatizadas respetando lo que es preconizado en los protocolos de atención?*

El acceso y la acogida son puntos importantes para la atención en salud, pero, se observan problemas en esos sectores como áreas físicas pequeñas, grandes filas, alta demanda que ocasiona estrés. Algunas veces, hay recursos financieros y materiales suficientes para realización de una atención de calidad, sin embargo existe falta de cualificación adecuada de los profesionales, lo que muchas veces ocasiona una atención deshumanizado (8).

Los servicios estén organizados para la atención con base en el Programa de Humanización es un paso fundamental, así indagamos: *¿los enfermeros que atienden personas en situaciones de urgencia y emergencia poseen conocimiento técnico científico adecuado para la utilización de protocolos de acogida con clasificación de riesgo?*

El presente estudio se justifica por ser la acogida con clasificación de riesgo una política nacional de atención al trauma en las urgencias y emergencias, así conocer quão

preparadas están los enfermeros para la implementación del Programa se constituye a un avance para la enfermería cearense. Otro punto relevante, es que la institución donde será desarrollado el estudio, también, será beneficiada, pues a lo instalarse el proceso de evaluación sistemática de las víctimas de traumas por los enfermeros de la unidad de emergencia, se contribuirá para la promoción de una atención de calidad, y, consecuentemente, reducción de las intercorrências, y como resultado disminución del tiempo de internamiento hospitalario, menos gastos y principalmente la certeza de estarse trabajando calidad de vida a nuestros clientes.

Con base en el expuesto el estudio objetivó *evaluar el conocimiento de los enfermeros de unidades de Urgencia y Emergencia con atención al trauma acerca del protocolo de acogida con clasificación de riesgo fundamentado en el Programa Nacional de Humanización de la Asistencia Hospitalaria – HumanizaSUS Fortaleza.*

## Metodología

Se trata de una investigación de campo con abordaje exploratoria descriptiva. El estudio de campo es una forma de investigación que recoge la descripción y la explotación de fenómenos, en escenarios naturales (9). Son trabajos en que el investigador de campo se aproxima de las personas estudiadas con el propósito de comprender un problema o situación, de examinar las prácticas, comportamientos, creencias y actitudes de las personas como acción en la vida real.

Los envueltos fueron 15 enfermeros plagados en la Unidad de Emergencia de un hospital de emergencia en trauma de la red municipal de Fortaleza. La colecta de los datos aconteció en el periodo de noviembre de 2010 a abril de 2011, se utilizó un formulario de entrevista compuesto de cuestiones abiertas basadas en las premisas del Programa Nacional de Humanización de la Asistencia Hospitalaria para la atención en Urgencia y Emergencia y en las Políticas del HumanizaSUS Fortaleza.

La recogida de los datos fue realizada por medio de entrevista semi-estructurada y tuvo como objetivo ampliar al máximo las posibilidades de captación del proceso bajo la forma de un guión preliminar de preguntas. Esta manera de recolectar datos cualitativos presenta como ventajas los siguientes puntos: ofrecer oportunidad para motivar y esclarecer el informante; permitir la libertad al investigador de añadir nuevas preguntas, para profundizar y clarear puntos considerados importantes a los objetivos del estudio; permitir la flexibilidad al cuestionar los respondientes y, aún, mayor control sobre la situación y evaluar la validez de las respuestas mediante la observación del comportamiento no-verbal de los respondientes, aspectos apuntados por Creswell (10). Las entrevistas fueron fijadas de acuerdo con las disponibilidades de los entrevistados y del entrevistador.

Los hallazgos sobre el conocimiento de los enfermeros fueron organizados en categorías temáticas conforme el Análisis del Contenido de Bardin (11) y analizados a la luz de la literatura pertinente.

Cuanto a los aspectos éticos en la investigación, fueron respetadas las exigencias establecidas en la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud (12). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la UFC – COMEPE y recibió el protocolo de número 009/11. Para preservar el anonimato de las enfermeras las mismas fueron nombradas ficticiamente con nombres iniciados con la letra Y.

## Resultados

Los sujetos del estudio están caracterizados de acuerdo con sus datos socio-demográficos conforme el cuadro a continuación.

**Cuadro 1. Datos demográficos nombre, sexo, edad y estado civil. Fortaleza. 2011**

Nº	Nombre	Sexo	Edad	Estado civil
1	Esmeralda	F	42	Casada
2	Evelyne	F	38	Casada
3	Érica	F	28	Casada
4	Elisângela	F	54	Soltera
5	Emiliane	F	47	Soltera
6	Estela	F	33	Casada
7	Erlândia	F	38	Soltera
8	Elena	F	27	Casada
9	Eliane	F	28	Casada
10	Eunice	F	31	Soltera
11	Ester	F	40	Casada
12	Edvanda	F	28	Casada
13	Elanir	F	47	Casada
14	Escolática	F	39	Casada
15	Emilia	F	34	Casada

Fuente: Investigación de Campos. Fortaleza, 2011.

El objetivo inicial era abordar todos los 31 enfermeros plagados en la Unidad de Emergencia, pero, por motivos ajenos nuestra gana, como ausencia al servicio por vacaciones, licencia médica y rechaza de la participación en el estudio, 16 enfermeros no participaron. De la muestra todas eran del sexo femenino, la franja etaria varió de 28 la 54 años, son, por lo tanto, enfermeras jóvenes con edad media 37 años. En relación al estado civil, 11 son casadas y cuatro solteras.

Cuadro 2. Datos referentes a los factores relacionados a la formación y al trabajo

Nº	Nivel de formación	Tiempo de formación académica (Años)	Tiempo que trabajan en Enfermería (Años)	Tiempo que trabaja en urgencia y Emergencia (Años)	Entrenamiento	Carga horaria semanal	Turno	Nº de empleos
1	MS	>15	>15	16	N	48	M/T/N	1
2	MS	6-10	7	3	N	60	M/T/N	2
3	MS	6-10	7	3 meses	S	56	M/T/N	2
4	ESP	>15	33	33	N	24	M/T	1
5	ESP	>15	25	20	S	48	M/T	1
6	ESP	6-10	10	2	N	24	M/T	1
7	ESP	10-15	15	1	S	48	M/T	2
8	ESP	1-5	4	1 año 3 meses	S	60	M/T/N	2
9	ESP	6-10	6	1 año 6 meses	N	44	M/T/N	2
10	ESP	6-10	9	1	S	44	M/T/N	2
11	ESP	10-15	15	3 meses	N	24	M/T	1
12	ESP	1-5	3	3	S	38	M/T/N	2
13	ESP	>15	15	5	S	48	M/T/N	2
14	ESP	>15	15	3	S	52	M/T/N	2
15	ESP	10-15	12	1	S	72	M/T/N	2

Leyenda: MS – Magíster - ESP – Especialización. Fuente: Investigación de Campos. Fortaleza, 2011.

En lo que concierne al nivel de formación, la mayoría posee título de especialización, siendo en el total de 11, una posee sólo la graduación y tres con magíster. En el tiempo de formación, dos enfermeras terminaron la facultad entre 1 a 5 años, cinco enfermeras de 6 a 10 años, tres enfermeras con 10 a 15 años y cuatro con más de 15 años de profesión. Cuanto al tiempo que trabajan en el área de enfermería, tiene- se dos enfermeras de 1 a 5 años, cinco con 6 a 10 años, una de 11 a 15 años y siete con más de 15 años de profesión, se observa que las enfermeras poseen un tiempo de servicio razonable en la profesión. Tiempo que trabajan en el sector de urgencia y emergencia, 2 enfermeras trabajan hasta 1 año; 10, entre 1 a 5 años y 3 hay más de 15 años. Cuando abordadas sobre el factor de entrenamiento, sólo 9 refirieron que habían recibido capacitación, siendo en su mayoría, con baja carga horaria, y 6 no recibieron. En relación a la carga horaria, se tienen una variación de enfer-

meras que trabajan 24h hasta 72h. La mayoría de las enfermeras entrevistadas depende de la escala para saber en cual turno será responsable por el turno y que a finales del mes, acaban desarrollando sus actividades en todos los turnos, mañana, tarde y noche. En el total de cinco enfermeras tiene solamente 1 empleo y 10 de ellas tienen 2 empleos o más, buscando, así, complementar su renta mensual.

#### Categorías temáticas:

Los datos fueron agrupados en una categoría temática denominada: Conocimiento de los Enfermeros. Esta categoría fue subdividida en cuatro puntos fundamentales: Acogida, Clasificación de riesgo, Urgencia y Emergencia; Política Nacional de Acogida con Clasificación de riesgo; Fluxograma de la Acogida con Clasificación de riesgo y Protocolo de Acogida con Clasificación de riesgo en los Hospitales Municipales HumanizaSUS.

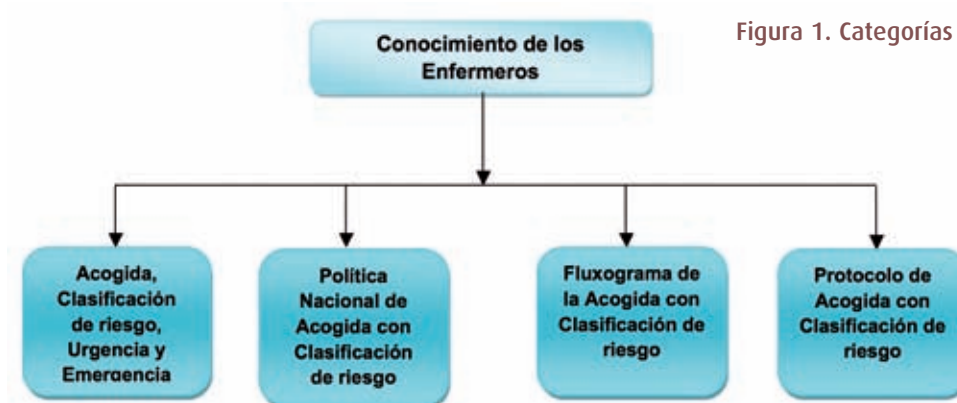


Figura 1. Categorías temáticas

Para mejor comprensión del análisis de los discursos, conforme Bardin (2009), fueron desveladas cuatro subcategorías, a saber:

Subcategorías 1: Acogida, clasificación de riesgo, Urgencia y Emergencia.

## ACOGIDA

En la opinión de Abbès y Massaro (13) la acogida es una forma de organizar los servicios, de modo a prestar atención a los que buscan el trabajo de salud, por medio de la escucha de sus pedidos, de modo que garantice en el servicio una postura capaz de acoger, oír y dar respuestas más adecuadas a los usuarios (13). Esta definición está bien caracterizada en el siguiente discurso:

*Servicio en que el hospital y otros servicios de salud desarrolla de forma a oír quejas atentamente del paciente y levantar sus reales necesidades, intentando resolverlas. Escucha calificada y humanizada. (Elione)*

Esta enfermera caracterizó acogida como un servicio que debe ser realizado de forma humanizada, con el objetivo de identificar y resolver las quejas del cliente, promoviendo una atención de calidad, vuelto para la real necesidad del paciente. En contrapartida, ni siempre la idea de acogida está bien esclarecida para los profesionales de la salud, siendo muchas veces confundida con las acciones elaboradas en la triagem:

*Para mí, ese concepto no se encuadra en lo que realmente es acogida, en la verdad, se ensamblaría mejor se fuera triagem, que es justamente usted clasificar el paciente de acuerdo con el riesgo que él está presentando y encaminar para un determinado servicio. La gente utiliza aquí el término acogida más en la verdad es una triagem. (Evdanda).*

Esa confusión es favorecida, también, por la propia institución que intitula como acogida las actividades propias de la triagem, de modo que la atención se configura como la clasificación de acuerdo con condición de salud, refiriendo los casos de acuerdo con las especialidades de las instituciones.

La acogida difiere de la triagem al ser conceituado como una postura en que el profesional, independiente de la formación, tiene la responsabilidad de acoger, escuchar e intervenir, de modo que todos los servicios trabajen en conjunto para la resolutivez del caso.

La triagem, en contrapartida, selecciona la demanda específica para aquella institución, no deteniendo la obligación de intervenir en las demasiadas situaciones. De esa forma, la acogida gana un carácter de resolutivez y responsabilizaçã. Esa problemática también está frecuentemente relacionada con la dificultad de distinguir el término

Clasificación de riesgo de Acogida, conforme percibido en el siguiente discurso:

*A pesar de no tener un concepto formado, entiendo que acogida es una manera de organizar la atención, vendo aquellos pacientes que tiene prioridad en la atención y aquellos pueden esperar, dependiendo del caso de cada uno." (Erlandia)*

Esta dificultad se justifica una vez que Acogida y Clasificación de riesgo los poseen una íntima conexión, debiendo ser implementado de forma conjunta, con el objetivo de organizar la atención. Esa necesidad está descrita en el discurso abajo:

*Acogida es el primer contacto que el usuario tiene cuando él llega al hospital. Esa acogida es hecha por el operario, por el servidor que está junto del equipo de la clasificación de riesgo. En la acogida él va a decir el motivo de él haber ido al hospital. (Elisângela)*

## CLASIFICACIÓN DE RIESGO

La Clasificación de Riesgo es un proceso dinámico y continuo, sin embargo, ocurre a través de la evaluación del paciente con embasamiento en protocolos institucionales que definen criterios de prioridades, de acuerdo con el potencial de riesgo, agravios a la salud o grado de sufrimiento, considerando la gravedad de cada caso, inmediatamente en su llegada, donde el más grave predomina sobre el menos grave. Sin embargo, favorece la reducción del tiempo para la atención médica y determina el área de atención de que necesita.

*Clasificación de riesgo es clasificar el paciente de acuerdo con la gravedad, dividiendo, organizando flujo de atención. (Eunice)*

La idea de clasificación de riesgo es definida por la mayoría de las enfermeras de manera correcta, identificando así lo que la actividad hace y que profesional debe ser responsable por la acción.

*Y clasificación de riesgo es usted conocer las patologías para poder identificar para donde el paciente va, si es paciente del perfil del IJF, si es urgencia o es una emergencia, cuando es una emergencia, él ni entra aquí en la acogida, él ya va directo, generalmente son pacientes con fractura expuesta, TCE, trauma de tórax, él ya es una emergencia que ya tiene que cuidar, pues tiene riesgo de vida. (Elanir)*

Ella puede ser desarrollada por enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería, y cuando necesario un médico. Pero, algunos profesionales que pueden desempeñar esa función están lo desarrollando sin una capacitación previa para subsidiar una asistencia adecuada, utilizando así sólo su conocimiento empírico.

## URGENCIA Y EMERGENCIA.

Los conceptos de urgencia y emergencia han causado divergencias en el tocante su aplicación, esto se justifica por las formas diferentes en que son definidos esos términos por el diccionario de la lengua portuguesa y por el Consejo Federal de Medicina (CFM), (14).

Según Ferreira (15), la urgencia es definida como algo necesario de ser hecho con rapidez, inminente. Del latín, *urgere* significa urgir, no permitir tarda, hacer inmediatamente necesario. Ya emergencia es caracterizada como acción de emerger, acontecimiento peligroso o fortuito, incidente. Este concepto fue bien caracterizado en el siguiente discurso:

*Existe una diferencia muy tenue. Urgencia son aquellos cuidados que Urgen, que tiene que ser realizado en aquel momento. Emergencia son aquellos cuidados que emergen, rápido, pero tiene una cierta seguridad de esperar. (Estela)*

Para el CFM la necesidad de actuar con rapidez, que sería atribuida la urgencia, es de hecho definida como emergencia, situaciones que implican en riesgo de vida. Por su parte la noción de surgir, emerger, cambiar de una condición para otra, es atribuida a la urgencia, situaciones en que el agravio a la salud implica en riesgo potencial de vida (16).

*La urgencia es cuando tiene riesgo mediano de vida, o sea, el paciente tiene condiciones de esperar, no tiene riesgo de vida inmediato. La emergencia necesita inmediatamente, pues tiene riesgo de vida. (Edvanda)*

Conforme fue investigado, se percibió que las definiciones de urgencia/ emergencia designadas por el CFM no han sido bien comprendidas por los profesionales de la salud ocurriendo, así, un enfrentamiento de las definiciones. No significando, sin embargo, que las repuestas ofertadas están erradas, pero sólo traducen una contradicción existente.

## Subcategoría 2: Política Nacional de Acogida con Clasificación de riesgo

El HumanizaSUS es un programa que tiene por objetivo modificar las prácticas asistenciales de la salud, de modo, que el profesional tenga una postura ética y una visión holística que contemple el bienestar del individuo en todas sus dimensiones.

Esta, por su parte, debe transcurrir todas las áreas de actuación, desde el nivel primario al terciario, a partir de la busca del individuo por la institución hasta el momento en que él adquiera completa independencia del sistema de salud (17).

Una de las acciones preconizadas por el HumanizaSUS para la adecuabilidad de la asistencia es la Política Nacional de Acogida con Clasificación de riesgo. Esos dispositivos deben ser utilizados principalmente en servicios de urgen-

cia y emergencia, visto que poseen una elevada demanda en diferentes niveles de gravedad, con el objetivo de organizar y de optimizar la atención, favoreciendo, así, la calidad de la asistencia, por medio de su priorización.

A pesar de la implementación de esa política favorecer el servicio de salud al perfeccionar la sistematización de la asistencia en las instituciones, no hay, en la mayoría de las veces la búsqueda por el perfeccionamiento del trabajo de los profesionales.

*Es cómo yo voy hablarle la gente no recibió entrenamiento, mi experiencia es más o 20 años menos en emergencia que hace con que yo haga esa clasificación de riesgo basado en mi conocimiento. De acuerdo con que la persona llega, yo clasifico y encamino. O hago un encaminamiento pro nuestro hospital que es terciario y considerado de grandes traumas o para nuestros apoyos de acuerdo con la gravedad, de acuerdo con el riesgo yo voy haciendo las referencias. (Emiliane)*

Pero, como el programa de humanización en la asistencia de salud es una temática que viene emergiendo al largo de los años en el tocante las discusiones y las implementaciones. De esa forma, compite, no solamente a las instituciones, pero al profesional de salud profundizarse en ese contexto a través de capacitaciones y actualizaciones. Se observó que las mayorías de las enfermeras a lo que sean cuestionadas sobre la temática refirieron el desconocimiento sobre el tópico, optando, así, por no responder, demostrando déficit de conocimiento acerca del asunto.

## Subcategoría 3: Fluxograma de la Acogida con Clasificación de riesgo

El fluxograma de atención es el camino pre-determinado a ser recorrido por el paciente de acuerdo con su prioridad de evaluación verificada en el momento de la acogida. Posteriormente, ese paciente será examinado, de acuerdo con la Clasificación de Riesgo, para el eje en que se encuadra. A través de una evaluación continua que determina su evolución, el paciente puede recorrer los diversos ejes, adquiriendo una condición de emergencia o de mejora que configure su alta (17). Cada institución posee un fluxograma propio como explicitado en la frase siguiente:

*El fluxograma aquí en la institución sigue lo que fue pasado para gente en un taller. Son utilizadas las fichas clasificatorias de Manchester, en nuestro fluxograma existe un color entre el rojo y el amarillo que sería la naranja, pero desde cuando fue colocado ese fluxograma la gente ya observó varias situaciones donde no da para clasificar bien y ay fue despertado que sería rehecho y actualizado el fluxograma. (Emília)*

El Ministerio de la Salud preconiza la utilización de colores con el objetivo de orientar el fluxograma. Cada color posee

criterios de inclusión basados en la sintomatología del paciente que irá a determinar su prioridad de atención y el camino recorrido en la unidad. De acuerdo con el protocolo, los colores básicos son roja, amarilla, verde y azul, cabiendo cada institución optar por su adopción y modelarlo de acuerdo con su demanda, necesidades de los usuarios y perfil epidemiológico. Esa caracterización por colores debe ser definida de forma clara, no habiendo lagunas para evitar ambigüedad en la clasificación.

#### Subcategoría 4: Protocolo de Acogida con Clasificación de Riesgo

Cuando indagadas sobre el conocimiento del Protocolo de Acogida con Clasificación de Riesgo algunas enfermeras así se posicionaron:

*Ese protocolo consiste en direccionar los perfiles, encuadrar ese paciente dentro de la sintomatología que él está presentando y orientar el flujo dentro del hospital. (Emilia)*

*Sé que él norteia los pasos que tenemos que seguir, él clasifica los pasos por riesgo y divide por colores, rojo, amarillo, verde y azul. Delante de los colores, se tienen las clasificaciones de acuerdo con la gravedad y con las señales y síntomas de los pacientes. Las informaciones sobre el fluxograma y la ley fueron repasadas por email y podemos encontrarlas en la sala de acogida, sin embargo de una manera bien superficial. (Escolástica)*

El protocolo fue desarrollado con el objetivo de nortear la atención basada en la Acogida con Clasificación de riesgo. Ese ofrece una garantía de atención para todos, proporcionando una prestación de cuidados mínimos, aún a aquellos que no se encuadran en el perfil de la institución. Este deberá contener un embasamiento teórico, sin embargo su contenido necesita ser compatible con el perfil de cada unidad.

Es relevante que servicios pertenecientes a una misma red de apoyo adopten sistemas de clasificación semejantes, objetivando una comunicación clara entre los mismos y facilitando la implementación de una atención eficaz.

El protocolo debe utilizarse de un fluxograma para describir las etapas de su funcionamiento, identificando los problemas existentes y eliminando las lagunas de los procesos de trabajo, direccionando así las intervenciones necesarias para cada situación específica.

Se recomienda la utilización de colores para orientar la clasificación, teniendo, cada color, una definición establecida de acuerdo con el nivel de gravedad. El Ministerio de la Salud preconiza un modelo patrón, aconseja la clasificación por medio de cuatro niveles, caracterizados de la siguiente forma: el eje rojo se destina a casos de emergencia, para pacientes con nivel crítico o algún riesgo inminente a la salud, que necesitan de una intervención inmediata y

especializada. En el eje amarillo, se encuentran pacientes en estado crítico o semi-crítico, sin poseer riesgo inmediato de muerte, sin embargo que necesitan de atención rápida, pudiendo esperar a lo sumo quince minutos, teniendo, por lo tanto, un carácter de urgencia. Ya el eje verde, trata de pacientes que están en urgencia relativa (no críticos, en observación o ingresados) que necesitan de una atención en hasta treinta minutos. En el eje azul, los pacientes, aparentemente, no se encuentran en estado grave, aguardando evaluación de baja complejidad de acuerdo con la orden de llegada, pudiendo su tiempo de espera variar hasta tres horas.

*Fue realizado un curso aquí en la unidad restricto para el personal de la acogida. Yo creo que esa oportunidad debería ser para todos los enfermeros de la emergencia no sólo para quien va a quedarse en la acogida. (Edvanda)*

Para la implementación del protocolo de Acogida con Clasificación de riesgo, es requerido la realización de entrenamientos para capacitar los profesionales activos en los servicios de urgencia/emergencia en el tocante la utilización adecuada de esta herramienta. Este instrumento necesita de evaluaciones constantes para verificación de la adecuabilidad, sufriendo modificaciones cuando necesario.

Se observa, pero, la ausencia de estrategias educativas vueltas para orientar los profesionales con relación la utilización del protocolo, siendo percibido a través de discursos libres o, incluso, negativos relativos a su concepto.

#### Discusión

Delante de los resultados encontrados algunos aspectos merecen ser discutidos, de entre estos: el perfil sociodemográfico y el conocimiento de las enfermeras sobre la temática aquí estudiada.

El perfil sociodemográfico muestra que las enfermeras en la gran mayoría son jóvenes, más del 50% poseen entre 1 a 10 años de bacharelato y se detectó que después de la graduación la gran mayoría buscó perfeccionar su formación por medio de especializaciones y capacitaciones. Sin embargo, considerando que la humanización en la asistencia de salud es una temática que viene emergiendo al largo de los años en el tocante la discusiones e implementaciones y que, cabe al profesional de salud y en especial al enfermero profundizarse en ese contexto a través de capacitaciones y actualizaciones conforme asegura el Ministerio de la Salud (17), (18). Las hablas de las enfermeras denotan una preocupación en lo que concierne a la capacitación en otras áreas de la enfermería.

Evidencia- si que once enfermeras poseen menos de 5 años de trabajo en este sector y solamente seis de ellas no recibieron ningún tipo de entrenamiento, nueve refirieron haber recibido capacitación, sin embargo esta fue con baja

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
Com esse sistema vamos salvar vidas

COR	Previsão do tempo de espera
[Red]	Atendimento imediato
[Orange]	10 minutos
[Yellow]	60 minutos
[Green]	2 horas
[Blue]	4 horas

Ministério da Saúde  
GOVERNO FEDERAL  
HUMANIZASUS

carga-horaria. La literatura extranjera apunta que a partir de los años 70, acontecieron cambios en los hospitales de emergencia ocasionadas por la necesidad de desarrollar la calidad de la atención de Emergencia, de entre estas podemos citar: mayor inversión en los profesionales que actúan en estos sectores, en especial de los médicos y enfermeros; programas educativos para el perfeccionamiento de los enfermeros de unidad de emergencia, lo cual se denominó Trauma Life Support Courses que sea Nurses (TLS que sea Nurses) y Maniobras Avanzadas de Soporte al Trauma (MAST) (19),(20).

En Brasil, este evento aconteció a partir de los años 80, después de la creación de la Sociedad Brasileña de los Enfermeros del Trauma (SOBET) es, pues, la primera asociación de enfermería especializada en trauma (21). Sin embargo acerca de la capacitación en acogida Carvalho y Batista (22) apuntan los talleres de formación como estrategias importantes para capacitar los profesionales de

Los profesionales citaron como uno de los motivos para la ausencia de conocimiento sobre el asunto la inexistencia de actividades que ofrezcan orientaciones y direccionamientos sobre la implementación de la política. Factor ese que no justifica la postura pasiva mediante la búsqueda de informaciones sobre el asunto.

la salud en relación la clasificación de riesgo en la acogida.

La grande sobrecarga en términos de horas de trabajos de estas enfermeras, puede ser visto como un aspecto relevante, si lleváramos en consideración que la Unidad de Emergencia es un cenario complejo, que congrega profesionales preparados para ofrecer atención inmediata y de elevado patrón a la clientela que de él necesita.

En lo que concierne al conocimiento de las enfermeras sobre acogida, clasificación de riesgo en urgencia y emergencia se nota que la mayoría de ellas conoce y saben conceituar los términos, demostrando de esta forma conocimiento técnico y conceptual adecuados.

Sin embargo, en lo que se refiere al conocimiento acerca de la Política Nacional de Humanización, del fluxograma de acogida con clasificación de riesgo, y del Protocolo de acogida con clasificación de riesgo percibimos limitaciones en las enfermera visto que la mayoría desconoce estos tópicos. Estos hallazgos son corroborados por Brehmer y Verdi (23) en un estudio sobre acogida con clasificación de riesgo en la Atención Básica de Salud cuando evidencaron que aún existe un distanciamiento conceptual y tecnico en estas cuestiones.

En nuestro comprensión, el desconocimiento de las enfermeras acerca de la Política Nacional de Humanización, es hecho por demasiado preocupante, una vez que la institución donde estas enfermeras actúan está incluida en el Programa de Humanización por participar del Programa de los Centros Colaboradores y varios otros programas con iniciativas humanizadoras: Proyecto Educativo para Acompañantes y proyecto de Desarrollo y Capacitación de Recursos Humanos (18).

La Clasificación de Riesgo es un proceso dinámico y continuo, sin embargo, ocurre a través de la evaluación del paciente con embasamiento en protocolos institucionales que definen criterios de prioridades, de acuerdo con el potencial de riesgo, agravios a la salud o grado de sufrimiento, considerando la gravedad de cada caso, inmediatamente en su llegada, donde el más grave predomina sobre el menos grave. Pero, favorece la reducción del tiempo para la atención médica y determina el área de atención de que necesita (17).

El Programa Nacional de Humanización del Sistema Único de Salud (SUS) se destaca por ser un dispositivo que orienta la atención del cliente por medio de su gravedad de ahí ser tan importante las enfermeras de Unidades de que emergencia tengan conocimiento acerca de la Acogida con Clasificación de Riesgo.

### Consideraciones finales

Este estudio realizado en una unidad de referencia en urgencia/emergencia, lo cual ya adopta la Política Nacional Humanización de Acogida con Clasificación de riesgo para padronização de la atención su clientela, evidencia en el fluxograma de atención que el primer contacto del enfermo

es con el profesional enfermero, visto que él es responsable por la acogida. Este por su parte es caracterizado por la identificación de las quejas y del estado de salud, direccionando para la atención en la institución de acuerdo con su clasificación de riesgo o encaminando hacia otra unidad.

Fue observado que, a pesar de esta política formar parte de las actividades corriqueiras de la institución, esa no es implementada de forma a responder todos los requisitos del modelo del Ministerio de la Salud, una vez que se evidenció poco conocimiento de estos enfermeros con relación la temática.

Los profesionales citaron como uno de los motivos para la ausencia de conocimiento sobre el asunto la inexistencia de actividades que ofrezcan orientaciones y direccionamientos sobre la implementación de la política. Factor ese que no justifica la postura pasiva mediante la búsqueda de informaciones sobre el asunto. Los profesionales de enfermería deben asumir una actitud capaz de superar las barreras encontradas en su práctica asistencial, objetivando la adquisición de conocimientos y recogiendo capacitaciones como forma de optimizar el amparo al cuidado.

Los resultados aquí presentados contradice lo que expuesto en la hipótesis 1, sin embargo, el estudio contribuyó para confirmar la hipótesis 2: la acogida con clasificación de riesgo es una herramienta de mejoría de la calidad de la atención las personas con trauma. Delante de tales resultados urge la necesidad de un entrenamiento sobre la temática Acogida con Clasificación de Riesgo para estos enfermeros.

Finalmente, la enfermería como arte del cuidar, tiene como esencia el cuidado al ser humano de modo integral y holístico, desarrollando de forma autónoma o en equipo actividades de promoción y protección de la salud y prevención y recuperación de enfermedades, siendo, por lo tanto, como que deba la búsqueda por nuevas técnicas para mejorar la calidad de atención.

## Bibliografía

1. Dal Pai, Daiane; Lautert, Liana. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 58, n. 2, abr. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000200021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200021&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 07 dez. 2009.
2. Chiara, O; Cimbanassi, S; Pastore Neto, M. Protocolo Para Atendimento Intra-Hospitalar. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2009.
3. Richardson, Drew B. Reducing patient time in the emergency department: most of the solutions lie beyond the emergency department. The Medical Journal of Australia, v. 179, p. 516-517, 2003.
4. Tacci, Yolanda Rufina Condorimay; Vendruscolo, Dulce Maria Silva. A Assistência de Enfermagem no Serviço de Emergência Pediátrica, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, maio/jun. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692004000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 19 Mar. 2010.
5. Brasil. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Brasília: MS, 2001.

Los profesionales de enfermería deben asumir una actitud capaz de superar las barreras encontradas en su práctica asistencial, objetivando la adquisición de conocimientos y recogiendo capacitaciones como forma de optimizar el amparo al cuidado.

6. Brasil. Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília: Ed.MS, 2004.

7. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Protocolo de Acolhimento com classificação de risco. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza, 2008.

8. Ramos, Donatela Dourado; Lima, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan/fev. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2003000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov. 2006.

9. Polit, Denise.; Beck, Cheryl; Hungler, Bernadette. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

10. Creswell, John. Projetos de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

11. Bardin, Laurence. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.

12. Brasil. Conselho nacional de saúde. Comissão Nacional de Ética em pesquisa – CONEP. Resolução nº 196/96: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. 1996. 24p.

13. Abbès C; Massaro A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético estético no fazer em saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília- DF. Série B. Textos básicos em Saúde. 1ª Edição. 2004.

14. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Manual de diretoria clínica. São Paulo: Cremesp; 2000. p. 15.

15. Ferreira Aurelio Buarque. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975. Emergência; p. 511, Urgência; p. 1431.

16. Romani, H.M et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. Revista Bioética, 2009 17 (1): 41 – 53.

17. Romani, H.M et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. Revista Bioética, 2009 17 (1): 41 – 53.

18. Brasil, Ministério da saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Brasília: Ed.MS, 2009.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

20. American College of Surgeons (Chicago).Committee on trauma. Advanced Trauma Life Support Program. Instructors manual. Chicago: ACS; 1993.

21. Gomes MAY, Neira J. Atención inicial de pacientes traumatizados. Buenos Aires: Fundación Pedro Luiz Ruveiro; 1992.

22. Wehbe G, Galvão CM. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. Rev Latino-am Enfermagem 2001, março; 9(2): 86-90.

23. Carvalho Torres, Heloisa; Batista Lelis, Renata. Oficinas de formação de profissionais da equipe saúde da família para a gestão do acolhimento com classificação de risco. Cienc. enferm;16(2): 107-113, ago. 2010.

24. Breher, Laura Cavalcanti de Farias; Verdi, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Cienc. saúde coletiva; 15(supl.3): 3569-3578, nov. 2010.

## Monitorización de parámetros indicadores de volemia

### Ana Bixquert Mesas

Enfermera. Unidad de Vigilancia Intensiva. Hospital de la Ribera. Alzira. Valencia.

### José Vicente Carmona Simarro

Profesor Titular. Depto. de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera. Moncada. Valencia.

### José Miguel Gallego López

Enfermero. Unidad de Reanimación. Hospital Clínico Universitario. Valencia. Profesor Asociado. Depto. de Enfermería. EUIP. Universidad de Valencia.

### Adán Álvarez Ordiales

Enfermero. Unidad de Reanimación. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

### Soledad Giménez Campos

Profesor Titular. Depto. de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera. Moncada. Valencia.

### Javier Inat Carbonell

Supervisor de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Palabras Clave:** Monitorización, shock, gasto cardiaco, volemia, parámetros.

### Introducción

El shock se define como una situación anómala del flujo sanguíneo a los tejidos corporales con disfunción celular de riesgo vital. Se asocia a gasto cardíaco inadecuado, hipotensión, oliguria, cambios en las resistencias vasculares y distribución del flujo sanguíneo periférico y lesiones tisulares, entre otras.

*Gasto cardíaco (1) (GC):* es el volumen de sangre que bombean los ventrículos cardíacos equivalente a la cantidad de sangre expulsada en cada latido.

$$GC = VS \times FC$$

*Volumen sistólico (VS):* depende de la precarga cardíaca, el inotropismo (fuerza de contracción miocárdica) y la postcarga cardíaca. Según el mecanismo de Frank-Starling (2), la precarga cardíaca es un componente esencial en el GC.

*Resistencia Vasular Sistémica (RVS):* es la resistencia que tiene que vencer el ventrículo izquierdo para expulsar su volumen sistólico de sangre en cada latido. Si los vasos periféricos se contraen, las RVS aumentan.

*Saturación Venosa Mixta (SvO<sub>2</sub>):* es la suma de las distintas saturaciones de oxígeno procedentes de los diferentes órganos. Se obtiene de una muestra de sangre de la arteria pulmonar (valor de referencia SvO<sub>2</sub> > 55-75%).

*Presión:* es el resultado de multiplicar el flujo (GC) por las resistencias.

$$\text{Presión} = \text{Flujo (GC)} \times \text{Resistencias}$$

(1) El valor del GC en un adulto en reposo oscila entre 4 y 6 litros por minuto.

(2) El mecanismo de Frank-Starling establece que el corazón posee una capacidad intrínseca para adaptarse a volúmenes crecientes de flujo sanguíneo.

El shock se define como una situación anómala del flujo sanguíneo a los tejidos corporales con disfunción celular de riesgo vital. Se asocia a gasto cardíaco inadecuado, hipotensión, oliguria, cambios en las resistencias vasculares y distribución del flujo sanguíneo periférico y lesiones tisulares.

Una de las principales prioridades de la asistencia a un paciente en shock es mantener la presión arterial en niveles óptimos así como asegurar un GC adecuado.

Existen diferentes indicadores de volemia: PA, PVC, PCP, el volumen telediastólico global (GEDV), etc., parámetros que se obtienen por diferentes métodos y equipos de monitorización.

El profesional de enfermería debe saber el funcionamiento y la aplicación de estos equipos así como también conocer los valores normales y los valores críticos para poder actuar de forma precoz ante una situación de riesgo vital para el paciente.

Si un paciente se hipotensa, aplicando la fórmula, o ha disminuido el flujo o han disminuido las resistencias sistémicas -vasodilatación- (manteniéndose constante el otro parámetro).

Así pues, ante una hipotensión:

¿volumen (*fluidoterapia*) o vasopresores (*drogas*)?

Al menos podemos hablar de cuatro tipos de shock, que se caracterizan, cada uno de ellos, con un patrón hemodinámico diferente, aunque tiene muchos aspectos en común:

- Hipovolémico o hemorrágico.
- Distributivo.
- Obstructivo extracardiaco.
- Cardiogénico.

Shock **hipovolémico**, también denominado hemorrágico, se puede producir por hemorragia aguda (tras traumatismo), deshidratación (pérdidas gastrointestinales, urinarias, cutáneas, quemados, etc.), y tercer espacio. En el shock hipovolémico se produce una disminución de la tensión arterial poniéndose en marcha mecanismos de compensación, como los reflejos simpáticos (que se activan por los barorreceptores que detectan hipotensión) y la liberación de hormonas. Así pues se produce vasoconstricción arterial y venosa y aumento de la frecuencia cardíaca. Si se compensa la situación se habla de shock compensado (o no progresivo) previniéndose el deterioro de la circulación.

Shock **distributivo**. Se produce por sepsis, anafilaxia, por alteraciones endocrino-metabólicas (insuficiencia suprarre-

nal, coma mixedematoso, etc.), por sobredosis farmacológica, tóxicos y de origen neurogénico. El shock neurogénico se produce en ausencia de pérdida de volumen sanguíneo; se produce una pérdida súbita de tono motor (vasodilatación) produciéndose un aumento de la capacidad vascular y una incapacidad de la sangre para llenar el sistema circulatorio. El shock anafiláctico es secundario a una reacción antígeno-anticuerpo; se produce una liberación de histamina que ocasiona dilatación venosa, dilatación de las arteriolas, disminución de tensión arterial y un aumento de la permeabilidad capilar con pérdida de líquidos y proteínas.

**Shock obstructivo extracardiaco.** Se produce por tromboembolismo pulmonar (TEP), neumotórax, taponamiento cardíaco, etc.

**Shock cardiogénico.** Por miocardiopatías (miocarditis, problemas de bombeo, etc.), infarto agudo de miocardio (IAM), valvulopatías, rotura cardíaca, arritmias, etc.

*La clínica del shock se caracteriza por:*

- Hipotensión arterial (TAS < 90 mmHg y TAM < 60 mmHg).
- Oliguria.
- Alteración del nivel de la conciencia.
- Acidosis metabólica.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Signos de vasoconstricción periférica: palidez, pulsos débiles, etc.

*Medidas generales ante el shock:*

- Monitorización electrocardiográfica: ECG, FC, análisis del segmento ST.
- Monitorización hemodinámica: TA, FC (catéter arterial), PVC (catéter venoso central: ideal trilumen).
- Monitorización respiratoria: FR, SpO<sub>2</sub>.
- Sondaje vesical: Sonda uretral con toma de temperatura, control horario de diuresis.
- Asegurar la perfusión de órganos vitales.
- Asegurar la oxigenación: PO<sub>2</sub> > 80 mmHg. Gasometría arterial.
- Tratamiento de la acidosis metabólica.

## Monitorización

Una de las principales prioridades de la asistencia a un paciente en shock es mantener la presión arterial en niveles óptimos así como asegurar un GC adecuado. La correcta monitorización hemodinámica de un paciente nos permite conocer la fisiopatología del proceso y de esta forma ayudarnos a establecer una terapéutica rápida y como consecuencia mejorar su pronóstico.

Elsevier (Diccionario de Ciencias de la Salud), define monitorizar, como el acto de observar y evaluar continuamente una función corporal

La palabra "monitorización" no se encuentra en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, sino que

se trata de un anglicismo derivado de la palabra inglesa "monitoring", que a su vez es el gerundio de "monitor".

Pero sí que se encuentra en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española la palabra "monitorizar", que significa "Observar mediante aparatos especiales el curso de uno o varios parámetros fisiológicos o de otra naturaleza para detectar posibles anomalías." Es decir, es la utilización de los monitores para la vigilancia de diferentes tipos de señales o situaciones. En medicina, es la utilización de monitores para la vigilancia y control de los pacientes.

Según la SEDAR, en su Libro Blanco (1993), define la monitorización como "la capacidad de disponer de los medios adecuados, para obtener información específica y continua de parámetros implicados en un determinado proceso de interés". Así mismo, también puntualiza que el concepto de monitorización lleva implícito el de vigilancia y observación. "...Se desea información específica y continua de determinados parámetros para conocer y vigilar en todo momento la situación real de un proceso. Igualmente, dicho concepto engloba una doble finalidad: la de detectar y conocer el síntoma de alarma, y la de proceder a su inmediata terapia" (SEDAR, 1993).

Pero no solo monitorizamos a los pacientes mediante aparatos, sino que también la exploración física no instrumental o el contacto verbal o visual del propio paciente son formas de monitorización.

Decimos esto debido a que en muchas ocasiones nos centramos en los monitores como aparatos que son y nos olvidamos de la vigilancia clínica del paciente, miramos qué presión arterial tiene, qué parámetros analíticos encontramos, etc., pero hay que recordar que los pacientes son personas con dependencia nuestra, y la vigilancia, control y cuidados de los mismos son nuestra misión. Así pues, no se debe caer en la rutina de sustituir la monitorización instrumental del paciente en detrimento del contacto humano.

### Niveles de monitorización

Los niveles de monitorización son las diferentes intensidades de monitorización aplicables a los pacientes, teniendo en cuenta que son progresivos pero no excluyentes entre sí. Incluyen un nivel básico, que se inicia con la monitorización clínica, que a su vez está siempre presente, y comprende la utilización de aparatos sencillos y fácilmente disponibles para su realización, un nivel intermedio, de utilización de aparatos más complicados con necesidad de salas especiales, y un nivel avanzado de monitorización que incluye fundamentalmente a los pacientes que se encuentran en unidades de cuidados críticos y en los quirófanos.

#### Monitorización básica

Es el primer escalón en la monitorización de un paciente, e incluye la vigilancia y control de las constantes basales:

La cateterización arterial es, después de la venosa, uno de los procedimientos más empleados tanto en los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Críticos como en quirófano.

presión arterial no invasiva, frecuencia cardiaca obtenida mediante la palpación del pulso y temperatura obtenida con un termómetro aplicado a la piel, bucal, rectal o de oído.

Es una monitorización clínica con la utilización de instrumental básico, de bajo coste y reutilizable, con un rendimiento elevadísimo.

#### *Monitorización intermedia*

Un nivel más avanzado de monitorización surge de la necesidad de monitorizar determinados parámetros biológicos con relativa frecuencia sin que suponga una sobrecarga excesiva para el personal sanitario, o bien de realizar una monitorización continua debido al estado del paciente.

De este concepto nacen los monitores tal y como los conocemos. Son monitores que de forma automática realizan la medición a intervalos de tiempo programables o bien de forma continua de uno o más parámetros biológicos.

Los más utilizados son los monitores que son capaces de medir de forma intermitente o continua la presión arterial no invasiva, el electrocardiograma y la oximetría de pulso. Estos tres parámetros se pueden considerar básicos e imprescindibles en la monitorización de muchos pacientes.

#### *Monitorización avanzada*

El concepto de monitorización avanzada hace referencia a la utilización de monitores que precisan la colocación invasiva de los transductores, como puede ser la presión arterial cruenta mediante la colocación de un catéter para su medición en la arteria radial o femoral, la presión intracraneal, la medición de presiones intracardiacas. Pero también hace referencia a la utilización de dispositivos que midan parámetros que no se miden de forma rutinaria en todos los pacientes, como puede ser la colocación de doppler esofágico, ecocardiografía continua intraoperatoria o tiempo de coagulación activado dentro del quirófano en cirugía cardiaca, entre otros.

Este nivel de monitorización necesita gran experiencia y conocimientos técnicos mucho más avanzados que en los otros niveles de monitorización, quedando su utilización en casos con indicaciones muy concretas.

#### **Parámetros indicadores de volemia**

En pacientes hemodinámicamente inestables, la medición del GC es un elemento de monitorización convencional.

#### *Presión arterial sistémica*

La presión arterial sistémica se obtiene normalmente por métodos no invasivos. Existen algunas circunstancias en las cuales se requiere monitorización invasiva de la presión arterial sistémica: inestabilidad hemodinámica, shock, en algunos pacientes con IAM, postoperatorio de cirugía cardiaca y sistemáticamente cada vez que se desee calcular valores hemodinámicos derivados, como resistencia vascular periférica o trabajo cardiaco y sobre todo cuando se deben realizar múltiples extracciones gasométricas. La monitorización invasiva es necesaria porque las variaciones de presión arterial son difíciles de apreciar cuando la presión sistólica es inferior a 90 mmHg. La arteria radial es el lugar de elección para instalar una vía arterial permanente. La arteria femoral, de fácil acceso en pacientes con bajo gasto cardiaco y pulso disminuido puede ser utilizada, sin que aumente la incidencia de complicaciones.

#### *Cateterización arterial*

La cateterización arterial es, después de la venosa, uno de los procedimientos más empleados tanto en los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Críticos como en quirófano. Las arterias periféricas que preferentemente se canalizan son la radial y cubital. La arteria central de elección es la femoral.

El catéter arterial se conecta a un sistema que incluye un conector proximal, llave para extracción de muestras, conector largo hasta el dispositivo de lavado y transductor. El lavado continuo se realiza con un dispositivo valvulado conectado a un suero salino heparinizado que puede ser presurizado a 300 mmHg. El dispositivo tiene un capilar que a esa presión deja pasar a 3 mL/hora al sistema sin modificar la presión monitorizada continuamente. Para el lavado del sistema se abre una válvula accionada por un cabo de goma que deja pasar fluido en cantidad necesaria.

#### *Forma de la onda de presión arterial*

Durante la sístole ventricular aumenta la presión en VI hasta que excede la presión en la aorta, ocasionando la apertura de la válvula. La sangre se eyecta bruscamente hacia la aorta, causando una elevación rápida de la presión arterial. Esta elevación rápida de la presión ocurre inmediatamente tras la despolarización ventricular y sigue al QRS del electrocardiograma. El punto más alto de la curva de presión se denomina *presión sistólica*.

Según la presión en el ventrículo desciende por debajo del nivel de presión aórtica, la válvula se cierra bruscamente, y origina una muesca en la pendiente de descenso de la curva de presión arterial denominada *incisura dicrótica* (figura 1). Ésta se sitúa detrás de la onda T del ECG. La diástole se caracteriza por un continuo descenso de la presión según la sangre corre hacia la periferia sin seguir el aflujo del VI hasta la próxima sístole. El punto más bajo de presión, antes de la siguiente sístole, se denomina *presión diastólica*.

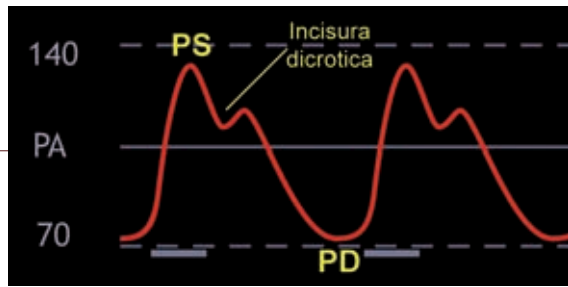


Figura 1: Curva en tiempo real de la presión arterial. PS: Presión sistólica, PD: Presión diastólica.

Cuanto más distal está un catéter de la aorta, más alta será la presión sistólica por el efecto amplificador del sistema arterial durante la sístole. Las presiones sistólicas máximas de la arteria femoral pueden ser hasta 15-20 mmHg más altas que las de la aorta, mientras que la diastólica es más baja y la media no cambia. Es decir, aunque la presión sistólica en la aorta es igual a la diastólica del VI de las arterias periféricas es mayor.

La forma de la onda de presión arterial puede decirnos bastantes cosas acerca de ciertos estados patológicos. Por ejemplo, en la estenosis aórtica se observa un retraso del ascenso sistólico de la onda debido a la obstrucción del tracto de salida del VI, pero debemos tener en cuenta que una onda amortiguada por coágulos en la punta del catéter o por apoyo en la pared del vaso puede proporcionarnos una imagen similar. Por otro lado, la fibrilación auricular provoca marcadas variaciones de latido a latido en la curva de presión arterial lo cual no debe ser confundido con las variaciones que pueden observarse en los casos de pulso alternante.

### Presión venosa central (PVC)

En la mayoría de los pacientes críticos se implanta alguna forma de monitorización de las presiones del corazón derecho. La presión más comúnmente monitorizada es la de la aurícula derecha (AD), considerada como sinónimo de PVC, se mide por medio de un catéter colocado en la AD o por el orificio proximal de catéter de Swan-Ganz.

### Colocación del catéter

La presión de la AD puede ser medida por cualquier catéter de calibre suficiente cuyo extremo se halle en AD. Sin embargo, se obtienen registros más fieles cuando se utilizan catéteres cortos introducidos por la vena subclavia o yugular interna. El extremo del catéter debe ubicarse en la unión de vena cava superior con la AD, o en la parte alta de la misma debiéndose efectuar control radiológico en todos los casos.

Las venas basilica y cefálica, posibilitan un acceso periférico al sistema venoso central. La primera se halla más profunda y si se inserta el catéter desde la fosa antecubital se consigue con mayor facilidad entrar en la vena cava superior. Por el contrario, la vena cefálica se encuentra en posición lateral formando una curva cuando atraviesa la aponeurosis claviculopectoral, pasa por debajo de la clavícula para unirse a la vena axilar. A través de la vena basilica se consigue un éxito cercano al 65%, mientras que se estima en un 45% a través de la vena cefálica.

### Medida de la presión

La presión puede ser medida directamente mediante un tubo vertical unido a la vía central mediante una llave de tres vías, o bien electrónicamente. Para medir directamente se debe llenar el tubo vertical con fluido para luego permitir el equilibrio de la columna con la PVC. El cero debe estar exactamente en el punto de referencia (vertical del cuarto espacio intercostal con línea medio-clavicular) y el menisco debe oscilar con los movimientos respiratorios. Se debe elegir el valor teleespiratorio. Hoy en día lo más frecuente es la medición electrónica, mediante la conexión del catéter de PVC a un transductor, se debe recordar que la unidad de medida será mmHg.

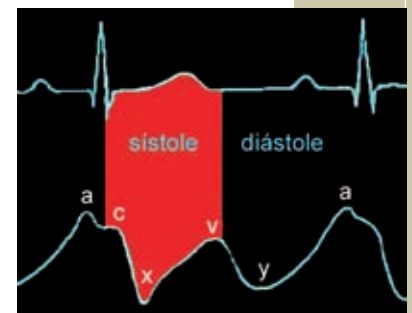
### Forma de la onda y valores normales (figura 2)

La curva de presión auricular es la onda "a", que ocupa el espacio PR del electrocardiograma y corresponde a la sístole atrial. Esta onda está ausente durante la fibrilación auricular. En la rama descendente de la onda "a" se inscribe una onda positiva, la onda "c", que se debe al aumento de presión auricular por protusión hacia la aurícula de las válvulas atrioventriculares durante la contracción ventricular. El valle "x", primera onda negativa, traduce la disminución de la presión intraauricular que sigue a la relajación de la misma. Las válvulas atrioventriculares se cierran y la aurícula se llena.

El llenado auricular rápido genera la tercera onda positiva, onda "v", cuyo pico marca el instante de la apertura atrioventricular. A partir de ese momento, la presión de la aurícula derecha desciende estrepitosamente. Mientras la aurícula y el ventrículo se llenan, la presión comienza a aumentar nuevamente, al principio lentamente y luego de forma rápida al comenzar la contracción auricular, configurándose la onda "a".

Durante la diástole, las presiones auriculares y ventriculares son idénticas. La presión ventricular final diastólica es la registrada al final de la onda "a" inmediatamente antes del comienzo de la sístole ventricular. La presión media de la aurícula derecha es 1-8 mmHg, pero como existe una amplia superposición de valores normales y anormales, los valores de PVC deben ser interpretados en el contexto clínico.

Figura 2: Representación de las distintas ondas de presión de la AD mostrando su morfología: a) contracción auricular; c) prominencia de la válvula tricúspide cerrada sobre la aurícula derecha durante la contracción ventricular; x) relajación auricular; v) llenado auricular y aumento de presión contra la válvula tricúspide cerrada al inicio de la diástole; y) descenso de presión cuando se abre la válvula tricúspide y fluye la sangre de la aurícula derecha al ventrículo derecho.



## Interpretación

La PVC se utiliza habitualmente como expresión del grado de repleción del sistema venoso, de precarga del ventrículo derecho y de función ventricular. En general, las circunstancias que suelen elevar la PVC son las señaladas en la tabla I.

**Tabla I. Circunstancias en las que la PVC puede estar elevada.**

Insuficiencia ventricular derecha.
Estenosis e insuficiencia tricúspide.
Pericarditis constrictiva y taponamiento cardíaco.
Hipertensión pulmonar.
Fracaso del ventrículo izquierdo crónico.
Sobrecarga de volumen.

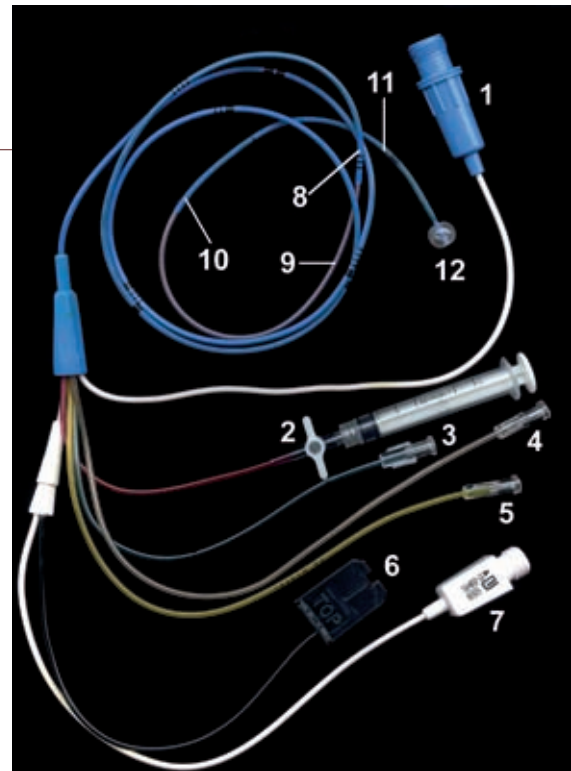
## Catéter de arteria pulmonar o catéter de Swan-Ganz

El catéter Swan-Ganz, fue desarrollado por Swan, Ganz y Forrester en la década de los 70. También llamado catéter de arteria pulmonar o catéter de termodilución; monitoriza las presiones que soporta la circulación pulmonar. El registro permanente de estas presiones permite seleccionar la terapéutica ideal en el paciente crítico.

Los catéteres de Swan-Ganz están disponibles en varios tamaños. Su longitud es de alrededor de 110 cm y con calibres de 4 á 8 French. Los volúmenes de inflado del balón oscilan entre 0.5 y 1.5 mL y el diámetro de 8 á 13 mm. El material con el que están hechos es de cloruro de polivinilo, siendo flexibles a temperatura ambiente y corporal.

El catéter presenta marcas cada 10 cm, éstas consisten en bandas estrechas de color negro de 1 á 4, es decir, de 10 á 40 cm, la marca de los 50 cm es una banda más gruesa que las anteriores y después de ésta se van añadiendo bandas finas nuevamente para los 60, 70, 80 y 90 cm (esto ayuda a determinar la ubicación de la punta del catéter una vez se inserta). En la actualidad se disponen de catéteres de cuatro o cinco vías o lúmenes (figura 3), éstos últimos tienen una vía proximal adicional para la administración de líquidos y el catéter de fibra óptica que mide de forma continua la saturación de sangre venosa mixta.

La cateterización de la arteria pulmonar permite diferenciar el edema pulmonar cardiogénico del no cardiogénico y establecer el diagnóstico hemodinámico del embolismo pulmonar masivo, un taponamiento cardíaco, etc.



**Figura 3.** Catéter Swan-Ganz de fibra óptica de termodilución y gasto cardíaco continuo, para la arteria pulmonar, dirigido por flujo: 1) Conector de la bobina térmica. 2) Llave de paso para hinchar el balón. 3) Canal proximal de inyectado (PVC). 4) Canal de la bobina térmica (DTTP). 5) Canal distal (AP). 6) Conector óptico. 7) Conector del termistor. 8) Salida proximal del inyectado. 9) Bobina térmica. 10) Salida de la bobina térmica. 11) Termistor. 12) Balón.

La cateterización de la arteria pulmonar permite diferenciar el edema pulmonar cardiogénico del no cardiogénico y establecer el diagnóstico hemodinámico del embolismo pulmonar masivo, un taponamiento cardíaco, etc. La pregunta que se plantea el clínico es; ante una situación de oliguria, hasta que momento se puede rellenar el espacio vascular, mejorando el trabajo cardíaco, sin producir efectos deletéreos con dos extremos, defectos de volumen con la consiguiente hipovolemia (con hipoperfusión de órganos, especialmente el riñón) o el exceso con la posibilidad de un edema agudo de pulmón (EAP).

Con el catéter Swan-Ganz se puede medir: PVC, presión pulmonar sistólica, diastólica y media (PAS, PAD, PAM), presión capilar pulmonar (PCP) o presión de enclavamiento, gasto cardíaco (GC) intermitente o continuo, saturación venosa mixta ( $SvO_2$ ), temperatura central, índice cardíaco (IC) y calcular otros parámetros: resistencia vascular sistémica (RVS), resistencias vasculares periférica (RVP), consumo de  $O_2$  ( $VO_2$ ), transporte de  $O_2$  ( $DO_2$ ) y la diferencia arteriovenosa de  $O_2$  ( $DavO_2$ ). La tabla II, muestra los valores normales de los parámetros hemodinámicos.

En los últimos años, se han publicado artículos a favor y en contra de este catéter, relacionados con aumento de la incidencia de complicaciones a partir de 72 horas, por su naturaleza intracardiaca, producción de arritmias, perforación de la arteria pulmonar, producción de embolia

gaseosa por rotura del balón de enclavamiento e introducción de aire, etc. Algunos autores apuestan por la utilización de otros métodos de cálculo de GC menos invasivos, en concreto que no entren en el corazón, lo que se ha denominado “Monitorización hemodinámica mínimamente invasiva”.

**Tabla II. Valores normales de los parámetros hemodinámicos.**

Gasto cardiaco	GC	4 – 8 L/min
Índice cardiaco	IC	2.5 – 4.2 L/min · m <sup>2</sup>
Resistencias vasculares sistémicas	RVS	800 – 1600 dinas · s/cm <sup>5</sup>
Índice de resistencias vasculares sistémicas	IRVS	1600 – 2500 dinas · s/cm <sup>5</sup> · m <sup>2</sup>
Resistencias vasculares pulmonares	RVP	40 – 180 dinas · s/cm <sup>5</sup>
Índice de resistencias vasculares pulmonares	IRVP	80 – 240 dinas · s/cm <sup>5</sup> · m <sup>2</sup>
Índice sistólico	IS	30 – 50 mL/latido/m <sup>2</sup>
Índice del trabajo sistólico ventricular derecho	ITSVD	4 – 8 g · m/m <sup>2</sup>
Índice del trabajo sistólico ventricular izquierdo	ITSVI	44 – 68 g · m/m <sup>2</sup>
Transporte de oxígeno	DO <sub>2</sub>	520 – 720 L/min · m <sup>2</sup>
Consumo de oxígeno	VO <sub>2</sub>	110 – 160 L/min · m <sup>2</sup>
Extracción tisular de oxígeno	ETO <sub>2</sub>	22 – 32 %
Saturación venosa mixta de oxígeno	SvO <sub>2</sub>	68 – 77 %
Diferencia arteriovenosa de oxígeno	Da-vO <sub>2</sub>	4 – 5 mL/dL

### Monitorización hemodinámica mínimamente invasiva

#### Método de Fick indirecto

Según el principio de Fick, el GC sería:

$$GC = V'O_2 / CaO_2 - CvO_2$$

Donde V'O<sub>2</sub> es el consumo de oxígeno (medido por carro metabólico), CaO<sub>2</sub> es el contenido arterial de oxígeno (gasometría arterial) y CvO<sub>2</sub> es el contenido venoso mixto de oxígeno (gasometría de arteria pulmonar). El método de Fick indirecto se basa en la reinhalación parcial de dióxido de carbono y permite un cálculo mucho más simplificado del GC:

$$GC = \Delta V'CO_2 / \Delta V'ETCO_2$$

Donde ΔV'CO<sub>2</sub> y ΔV'ETCO<sub>2</sub> representan respectivamente las variaciones en la eliminación de CO<sub>2</sub> y en el CO<sub>2</sub> telespiratorio tras un periodo de reinhalación de 50 segundos. Los valores de reinhalación se obtienen mediante la introducción de un espacio muerto de 150 mL en el circuito del respirador. Asumiendo que la concentración venosa mixta de CO<sub>2</sub> no cambia durante la reinhalación de forma significativa, el término asociado con la CvCO<sub>2</sub> es eliminado de la ecuación y no es necesario para el cálculo. Es un sistema invasivo que requiere intubación endotraqueal y ventilación mecánica. El sistema está compuesto por un sensor de flujo de gas, un sensor de PCO<sub>2</sub> y un pulsioxímetro. En la actualidad, está disponible un monitor comercial que utiliza este método: NICO (Respironics Inc®, EEUU) (figura 4).



Figura 4. Monitor NICO (Respironics Inc®, EEUU).

#### Monitorización con doppler esofágico

La monitorización con doppler esofágico se basa en el concepto de que el flujo a través de un cilindro es igual al área seccional del mismo (área del círculo = π x r<sup>2</sup>) por la velocidad del fluido en dicho cilindro. En el caso de la aorta, el movimiento de la sangre es pulsátil y la velocidad cambia con el tiempo. Así, la velocidad puede ser caracterizada por el área bajo la curva velocidad-tiempo entre dos puntos en el tiempo. El área bajo la curva puede ser hallada matemáticamente como la integral de la derivada del volumen sobre el tiempo (∫dV/dt) desde T1 hasta T2, donde T1 representa el inicio del flujo y T2 el final del mismo. Este valor es denominado como veloci-

dad integrada en el tiempo. El volumen sistólico (VS) es calculado multiplicando el área seccional por la velocidad integrada en el tiempo. Siendo el VS conocido el gasto cardiaco se obtiene éste parámetro por la frecuencia cardiaca:

$$GC = VS \times FC$$

Con la técnica doppler, la velocidad de flujo a través de la válvula aórtica o en la aorta descendente puede ser medida. La sonda esofágica se coloca a nivel la aorta descendente, siendo del tamaño de una sonda nasogástrica, pudiendo ser insertada de igual forma que esta última. Monitores como el USCOM (USCOM Ltd®, Sydney, Australia) (figura 5), se basan en esta técnica.

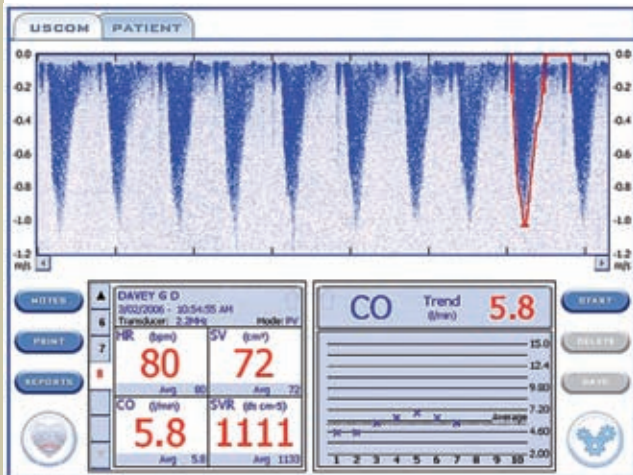


Figura 5. Monitor USCOM (USCOM Ltd®, Sydney, Australia).

### Dilución transpulmonar de litio

En esta técnica, se inyecta cloruro de litio a través de una vía venosa central o periférica, midiéndose el cambio de concentración de éste indicador con un electrodo específico insertado en un sistema arterial central o periférico. El electrodo se sitúa fuera del sistema arterial y necesita de la extracción de 3-4 mL de sangre en cada medida. El cambio de voltaje a través de una membrana semipermeable es relacionado con el cambio en la concentración de litio. Se precisa una corrección con la concentración de sodio plasmático debido a que la membrana no discrimina entre el sodio y el litio. Se construye una curva de dilución de litio y el gasto cardiaco es calculado de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$GC = LiCl \cdot 60 / \text{Área} \cdot PCV$$

Donde LiCl es la dosis de cloruro de litio, Área es el área bajo la curva de dilución del litio y PCV (packed cell

volume) es un parámetro derivado de la concentración de hemoglobina. Las principales ventajas de ésta técnica son su baja invasividad ya que solo precisa de una arteria radial y de una vía venosa periférica. En cuanto a los inconvenientes destaca la extracción de al menos 4 mL de sangre en cada calibración. El monitor LiDCOplus (LiDCO Ltd®, Londres) (figura 6), incorpora la dilución transpulmonar de litio.

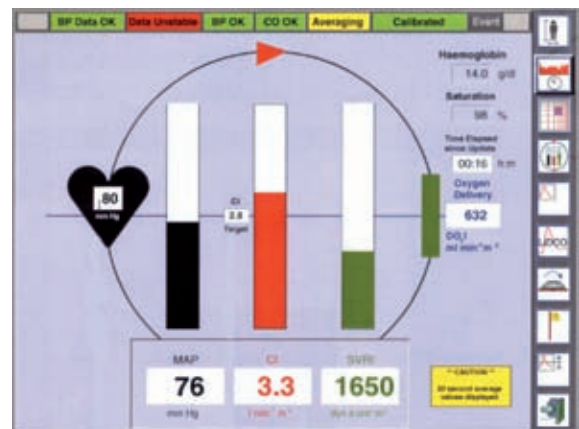


Figura 6. Monitor LiDCOplus (LiDCO Ltd®, Londres).

### Análisis del Contorno de la Onda de Pulso (ACOP)

Se basa en el concepto de que la onda de pulso es proporcional al VS, el cual puede ser calculado por la integral del cambio de presión desde la telediástole ( $t_0$ ) a la telesístole ( $t_1$ ) en función del tiempo. La estimación del volumen sistólico está también influenciada por la impedancia de la aorta ( $Z$ ), según la siguiente fórmula:

$$VS = t_0 \int_{t_1} dp/dt / Z$$

$Z$  es dependiente del gasto cardiaco y de las propiedades elásticas de la aorta en cada individuo y en un momento dado (*efecto bolus*). Para determinar cual es la impedancia individual en un determinado momento, el gasto cardiaco debe ser medido por un método (TDTP) que será usado para calibrar el monitor de ACOP.

Entre las ventajas que ofrece el ACOP se encuentran algunos de sus parámetros derivados, como la variación del volumen sistólico (VVS) considerado mejor indicador de precarga y de respuesta al volumen que la PVC o PCP.

El Vigileo (Edwards Lifesciences™, Irvine, CA, EEUU) (figura 7), consiste en un monitor que conecta un sensor (FloTrac) a un catéter arterial (radial/femoral) y a una vía venosa central. Obtiene los parámetros a través de la onda de pulso. El sensor FloTrac analiza los cambios en la morfología de la onda de pulso, que es directamente proporcional al volumen sistólico. La presión de pulso (diferencia entre presión sistólica y diastólica) es proporcional al flujo. Se obtiene CI continuo, ScvO<sub>2</sub>, complianza del lecho vascular, pulsatilidad, RVP, etc.



Figura 7. Monitor Vigileo (Edwards Lifesciences™, Irvine, CA, EEUU).

### Termodilución transpulmonar (TDTP)

Esta técnica se basa en la misma ecuación (Stewart-Hamilton) que la termodilución por catéter de arteria pulmonar:

$$GC = (T_a - T_b) \cdot V_i \cdot K / \int dt/dt$$

Donde  $T_a$  es la temperatura antes de la inyección,  $T_b$  es la temperatura después de la inyección,  $V_i$  es el volumen inyectado,  $K$  es una constante y  $dt/dt$  es el cambio de temperatura en función del tiempo (área bajo la curva). Mide volúmenes, a diferencia del catéter Swan-Ganz que mide presiones. Se inyecta suero frío a través de una vía central y el cambio de temperatura se detecta en el sistema arterial central (femoral o axilar), obteniéndose una curva de termodilución. Utiliza un catéter venoso central estándar, un catéter arterial de termodilución de 4F y 50 cm de longitud ó 5F y de 20 cm, un transductor de presión y un monitor específico. Se obtiene el GC continuo por análisis de la onda de pulso. Mide GC izquierdo, el que realmente se debe evaluar. En la tabla III se detallan los parámetros y valores normales medidos por este sistema. La monitorización transpulmonar se encuentra actualmente disponible en el monitor PiCCO<sub>2</sub> (Pulsion Medical Systems®, Alemania) (figura 8).

Tabla III. Valores normales medidos por la tecnología PiCCO<sub>2</sub>.

OXIGENACIÓN		
Saturación venosa central	ScvO <sub>2</sub>	70 – 80 %
Índice administración oxígeno	DO <sub>2</sub> I	400 – 650 mL/min/m <sup>2</sup>
Índice consumo oxígeno	VO <sub>2</sub> I	125 – 175 mL/min/m <sup>2</sup>
FLUJO		
Índice cardiaco	CI	3.0 – 5.0 L/min/m <sup>2</sup>

PRECARGA		
Índice volumen global al final de la diástole	GEDI	680 – 800 mL/m <sup>2</sup>
Índice volumen sangre intratorácico	ITBI	850 – 1000 mL/m <sup>2</sup>
SENSIBILIDAD DE VOLUMEN		
Variación Volumen Eyección	SVV	≤ 10 %
Variación Presión Pulso	PPV	≤ 10 %
POSTCARGA		
Índice resistencia vascular sistémica	SVRI	1700 – 2400 dyn·s·cm <sup>-5</sup> ·m <sup>2</sup>
CONTRACTILIDAD		
Función cardiaca indexada	CFI	4.5 – 6.5 l/min
Fracción Eyección Global	GEF	25 – 35 %
Contractilidad Ventriculo Izquierdo indexada	dPmx	-/- mmHg/s
Cardiac Power Index	CPI	0.5 – 0.7 W/m <sup>2</sup>
EDEMA PULMONAR		
Agua Extravascular Pulmonar Indexado	ELWI	3.0 – 7.0 mL/kg
Índice permeabilidad vascular pulmonar	PVPI	1.0 – 3.0 -/-

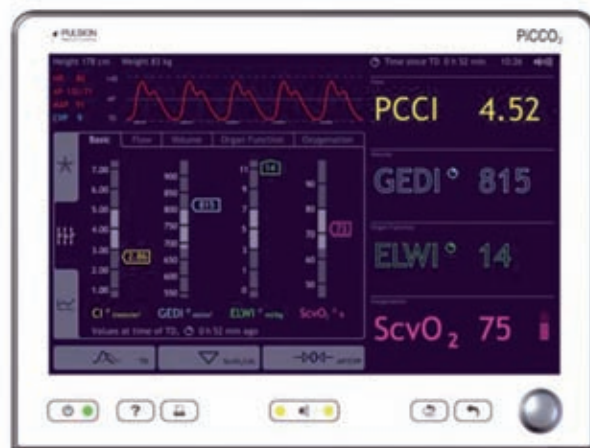


Figura 8. Monitor PiCCO<sub>2</sub> (Pulsion Medical Systems®, Alemania).

## Discusión y conclusiones

La precarga cardíaca se evalúa con parámetros de presión de llenado cardíaco, como la presión venosa central (PVC) y la presión capilar pulmonar (PCP), pero en muchas ocasiones no son indicadores precisos de precarga; a valorar en situación con presión positiva al final de la espiración (PEEP) asociada a ventilación mecánica o en pacientes con distensibilidad de la cámara cardíaca.

El volumen telediastólico global (GEDV) aumenta con la carga de volumen pero no con los inotrópicos; se relaciona con cambios en el volumen sistólico y el gasto cardíaco (valorado en el hemicorazón izquierdo) siendo un indicador preciso de precarga cardíaca.

## Cuidados de enfermería

Cuando hay que monitorizar las presiones hemodinámicas en un paciente crítico, las prioridades de Enfermería deben ir dirigidas al mantenimiento del sistema, comprobando la exactitud de las mediciones y de las curvas de presión, a resolver los problemas que surjan en el sistema y a prevenir las posibles complicaciones.

La frecuente comprobación del estado del paciente y de los sistemas será esencial para identificar y anticiparse a las posibles complicaciones.

## Bibliografía

1. Aguilar G, Badenes-Quiles R, Chisbert V, Gallego JM, Juste J. Monitorización hemodinámica mínimamente invasiva. (2009). En: Gallego JM, Soliveres J, Carrera J, Solaz C. (Ed). Monitorización Clínica. CECOVA 235-246.
2. Aguilar G, Belda FJ, Perel A. (2008). PiCCO plus: Monitorización cardiopulmonar mínimamente invasiva. Rev Esp Anestesiología y Reanimación 55:90-100.
3. Andreoli TE. (2003). Cecil Medicina Interna. 5ª edición. Saunders. Elsevier España.
4. Buchón A, Bertolín MA, Parra JV, Carmona JV, Vila MT, Gans FJ. (2002). Shock: Fisiopatología, clínica y tratamiento. En: Gallego JM, Soliveres J. (Ed). Cuidados Críticos. CECOVA 187-194.
5. Dellinger R, Levy M, et al. (2008). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive Care Med 34 (1):17-60.
6. Durairaj L, Schmidt GA. (2008). Fluid therapy in resuscitated sepsis: less is more. Chest 133(1):252-63.
7. Friese RS, Shafi S, Gentilello LM. (2006). Pulmonary artery catheter use is associated with reduced mortality

in severely injured patients: a national trauma data bank analysis of 53.312 patients. Crit Care Med 34:1597-1601

8. Gallego JM, Carmona JV, et al. (1999). Monitorización y vigilancia en el paciente crítico. Enfermería Integral 49:12-19.

9. Gallego JM, Soliveres J, Buchón A, Maruenda A, García M, Solaz C. (2002). Accesos vasculares. En: Gallego JM, Soliveres J. (Ed). Cuidados Críticos. CECOVA 75-88.

10. Gallego JM, Soliveres J, Carrera J, Maruenda A, Carmona JV, Reyes A, López F. (2002). Monitorización y vigilancia del paciente crítico. En: Gallego JM, Soliveres J. (Ed). Cuidados Críticos. CECOVA 89-102.

11. González J. (2006). Medición del gasto cardíaco en las Unidades de Críticos. Enfermería en Cardiología 38:30-35.

12. Guillén A, Buchón A, Aguilar G, Pla D, Inat J. (2009). Monitorización hemodinámica con el catéter de arteria pulmonar. En: Gallego JM, Soliveres J, Carrera J, Solaz C. (Ed). Monitorización Clínica. CECOVA 223-234.

13. Guillén A, Carrera J, Carmona JV, Marín ME, Sánchez-Marco A. (2009). Monitorización hemodinámica invasiva. En: Gallego JM, Soliveres J, Carrera J, Solaz C. (Ed). Monitorización Clínica. CECOVA 203-222.

14. Hollenberg SM. (2007). Vasopressor support in septic shock. Chest 132:1678-87.

15. Jaschinski U, Engel C. (2006). Hemodynamic monitoring in severe sepsis and septic shock in german ICUs. Critical Care 10 (Suppl 1):349.

16. Lewis SM. (2004). Enfermería Médico Quirúrgica. Valoración y Cuidados de Problemas Clínicos. Elsevier.

17. Meyer B, Delle Kart G, Bartok A, Hülsmann M, Heinz G. (2006). Monitoring of cardiac output in cardiogenic shock and low-output heart failure: LiDCO vs pulmonary artery catheter thermodilution. Critical Care 10 (Suppl 1):337.

18. Michard F. (2007). Bedside assessment of extravascular lung water by dilution methods: temptations and pitfalls. Crit Care Med 35:1186-1192.

19. Pinsky MR, Payen D. (2005). Functional hemodynamic monitoring. Critical Care 9:566-572.

20. Quintard H, Cariou A, Jabbour K, Lasocki S, Montravers P, Dhainaut J, Desmots J. (2006). Noninvasive monitoring of cardiac output in critically ill patients: transesophageal Doppler vs transesophageal echocardiography. Critical Care 10 (Suppl 1):346.

21. Reade MC, Angus DC. (2006). PAC-man: game over for the pulmonary artery catheter. Critical Care 10 (1):303.

22. Sociedad Española De Anestesiología-Reanimación y Terapia del Dolor (SEDAR). (1993). Libro Blanco.

23. Solaz C, Soliveres J, Carrera J, Gallego JM. (2009). Monitorización: conceptos e infraestructura. En: Gallego JM, Soliveres J, Carrera J, Solaz C. (Ed). Monitorización Clínica. CECOVA 21-30.

24. Swan HJ, Ganz W, Forrester J, et al. (1970). Catheterization of the heart of man using a flow directed balloon tipped catheter. N Engl J Med 283(9):447-51

25. Vallverdú I, Net A. (2005). Monitorización hemodinámica invasiva. En: Net A, Vallverdú I. Función cardiovascular en el paciente grave. Masson 176-181.

La frecuente comprobación del estado del paciente y de los sistemas será esencial para identificar y anticiparse a las posibles complicaciones.

## Cuidados de enfermería tras la embolización cerebral

Los avances tanto de las terapias como de la tecnología en el área de la Medicina Intensiva han mejorado el pronóstico de los enfermos críticos. Sin duda, una de las áreas que más ha evolucionado en los últimos años ha sido el tratamiento global del enfermo neurocrítico. En un paciente con enfermedad cerebrovascular aguda, tras la realización de técnicas de neuroimagen se hace necesario ver el estado de los vasos extra o intracraneales mediante angiografía. La terapia endovascular de las lesiones detectadas mediante la angiografía ha evolucionado de forma muy rápida y actualmente se considera la primera opción terapéutica del tratamiento de los aneurismas. El seguimiento por parte del personal de Enfermería en una unidad de cuidados intensivos o intermedios es de crucial importancia dentro de las primeras 24 horas tras la intervención.

**D. Juan Carlos Jiménez Fernández.**  
Diplomado Universitario Enfermería.  
Unidad de cuidados Intensivos HRT.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío  
**D. Daniel Cerrillo Martín.**  
Diplomado Universitario Enfermería.  
Servicio Oncohematología Hospital  
Universitario Virgen Macarena

**Palabras Clave:** Cuidados de enfermería, embolización, angiografía, arteriografía, aneurisma, malformación arteriovenosa.

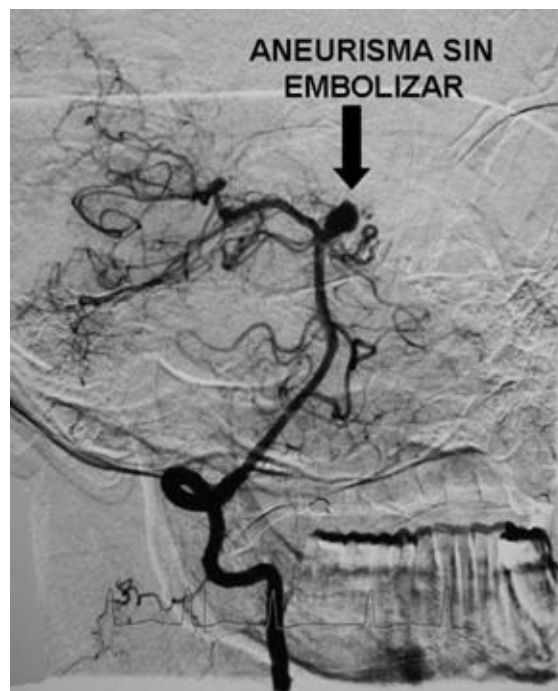
### Introducción

Los avances tanto de las terapias como de la tecnología en el área de la Medicina Intensiva han mejorado el pronóstico de los enfermos críticos. Estos avances se han debido al mejor conocimiento de la fisiopatología, a una mejor monitorización de los enfermos y a la introducción de tratamientos más efectivos. Sin duda, una de las áreas que más ha evolucionado en los últimos años ha sido el tratamiento global del enfermo neurocrítico. El manejo del enfermo neurocrítico se ha modificado sustancialmente en la última década. Han surgido nuevas técnicas de neuromonitorización y nuevos tratamientos. De igual forma, los avances en otras especialidades han permitido mejorar el tratamiento de estos paciente. Así, el tratamiento endovascular en la hemorragia subaracnoidea por rotura de un aneurisma está plenamente consolidado, ofreciendo resultados superiores a la cirugía tradicional cuando ambos tratamientos son posibles. (1)

En un paciente con enfermedad cerebrovascular aguda, tras la realización de técnicas de neuroimagen como la tomografía computarizada craneal o la resonancia magnética cerebral, a menudo se hace necesario ver el estado de los vasos extra o intracraneales mediante angiografía. La arteriografía de troncos supraórticos y cerebral es una técnica invasiva con la que se puede identificar la posible existencia de una estenosis u oclusión arterial, conocer su localización y extensión; determinar muchas veces la naturaleza de la lesión (aterosclerótica, disección, displasia fibromuscular, síndrome de moyamoya, etc.) y diagnosticar otras alteraciones vasculares como la trombosis venosa cerebral, las malformaciones arteriovenosas o los aneurismas. (2)

### ¿Qué es un aneurisma?

Un aneurisma es una pequeña protrusión en la pared de una arteria que se debe al debilitamiento progresivo de la propia pared. Una vez que se forma el aneurisma, la presión ejercida por el propio flujo sanguíneo arterial hace que se



expanda. (3) Habitualmente, los aneurismas se diagnostican cuando se rompen y producen el cuadro de la hemorragia subaracnoidea (HSA). Sin embargo, en algunos casos, el aneurisma se descubre durante el estudio diagnóstico de otras enfermedades de tipo médico. En los últimos años, con las técnicas de neuroimagen se diagnostican más frecuentemente aneurismas que no han dado ninguna clínica y también aneurismas que sin romperse producen un efecto de masa sobre los nervios craneales o el tronco cerebral. (4) Los mayores factores de riesgo modificables de HSA tras la rotura de un aneurisma son la hipertensión, el tabaquismo y la ingesta excesiva de alcohol; todos ellos

más o menos duplican el riesgo. La cocaína también se ha implicado como factor de riesgo. Existen factores de riesgo no modificables como la historia familiar positiva, trastornos hereditarios del tejido conectivo o factores genéticos. (5) Aunque los aneurismas se pueden formar en cualquier localización, lo hacen con mayor frecuencia en las áreas de bifurcación donde las arterias se dividen. La mayor parte de los aneurismas cerebrales se localizan en el polígono de Willis (3), el principal sistema arterial que nutre el cerebro.

Los aneurismas se definen por su configuración, su tamaño y su localización. Las configuraciones más frecuentes son ovoidea (sacular), fusiforme y disecante. En cuanto a su tamaño, los aneurismas puede ser pequeños (< 10 mm), intermedios (10 a 15 mm), grandes (15 a 25 mm), gigantes (25 a 50 mm) y masivos (> 50 mm). La localización se refiere a 2 aspectos: la zona del cerebro y la arteria cerebral afectada (3).

La presentación clínica clásica de un cuadro de rotura de aneurisma es la de "la peor cefalea de mi vida" (3) que el paciente define como si le "hubieran dado una puñalada en la nuca" (4). La cefalea se debe al aumento súbito de la presión intracraneal (PIC). La presentación típica incluye además náuseas, vómitos, dolor cervical, fotofobia y alteración del nivel de conciencia. La exploración física puede revelar hemorragia retiniana, meningismo, disminución del nivel de conciencia y signos neurológicos localizadores (parálisis de pares craneales, hemiparesia o hemiplejía, trastornos del lenguaje, etc.) (5). Cuando el aneurisma se rompe, la ocupación súbita del espacio subaracnoideo por la sangre incrementa la PIC, que si no se trata de manera apropiada puede causar hipoxia y necrosis del tejido cerebral. La zona del cerebro que rodea al tejido necrótico es la que muestra un riesgo mayor de lesión cerebral secundaria (3).

Los aneurismas que se han roto produciendo una HSA tienden a sangrar nuevamente. El período de mayor riesgo para el resangrado es durante las primeras 12 h, y se produce en un 17% de los pacientes. En los primeros 15 días, el riesgo acumulado de resangrado se sitúa en un 15-25%. (4)

### ¿Qué es una malformación arteriovenosa?

Las malformaciones arteriovenosas (MAVs) cerebrales son lesiones poco frecuentes que pueden producir graves síntomas neurológicos o la muerte, debido a la posibilidad de provocar hemorragias, crisis epilépticas o déficits neurológicos. En la gran mayoría de series publicadas la presentación clínica más frecuente es la hemorragia (30-50%) seguida de crisis comiciales (20-25%), cefaleas y déficits neurológicos. La hemorragia puede ser intraparenquimatosa, intraventricular o subaracnoidea, pudiendo esta última estar relacionada con la rotura de un aneurisma asociado. (6)

Una MAV es un trastorno congénito en el que las arterias y venas del cerebro no están conectadas mediante los capilares normales, sino por medio de fístulas arterioveno-

sas. Debido a esta falta de capilaridad, la sangre fluye al interior de las venas con la elevada presión de la sangre arterial, dilatando y debilitando las venas e incrementando su riesgo de rotura. El tejido cerebral adyacente a la malformación sufre isquemia porque la mezcla de sangre arterial y venosa no distribuye oxígeno a los tejidos. (7)

### Técnica

Varios son los tipos de estudios que pueden realizarse para obtener una angiografía cerebral. En la mayoría de los hospitales se emplea la técnica de sustracción digital en lugar de la convencional, ya que permite obtener imágenes del árbol vascular más nítidas, en diversas proyecciones y con inyección de mucha menor cantidad de contraste. Esta técnica elimina las estructuras óseas de la imagen angiográfica, dejando ver sólo los vasos. (2)

Precisa la cateterización estéril a través de una arteria, muy utilizada la femoral, introduciendo el extremo del catéter hasta el arco aórtico primero, donde se realiza la primera inyección del material de contraste, con el fin de visualizar los troncos supraórticos y desde ahí a las arterias carótida y vertebral. Este trayecto permite el acceso al Polígono de Willis. Posteriormente, se cateteriza selectivamente la arteria o arterias que deben ser estudiadas específicamente. (2) El catéter utilizado para el angiograma es demasiado grande para la cirugía endovascular en el círculo de Willis, por lo que el médico coloca un microcatéter que permite realizar una angiografía más detallada, o superselectiva, de la zona del arco de Willis que debe recibir tratamiento. A través de este microcatéter se inyecta un medio de contraste que permitirá la visualización de las arterias cerebrales mediante fluoroscopia. (7)

La angiografía cerebral intraarterial no está exenta de inconvenientes. Es una técnica invasiva, que requiere un tiempo de realización excesivamente prolongado, es necesaria experiencia en el equipo que la efectúa, traslado del paciente desde la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a la sala vascular, no reproducibilidad en ciertos hospitales no terciarios y además es una técnica cara. (8)

### Arteriografía terapéutica

Si el aneurisma es pequeño y no se ha roto, suele aplicarse una estrategia terapéutica no intervencionista, pues el peligro del tratamiento quirúrgico definitivo supera al peligro de dejar sin tratar el aneurisma. El abordaje no intervencionista se dirige al control de los factores de riesgo, como el tabaquismo y la hipertensión. No obstante, si los riesgos de rotura del aneurisma superan los efectos beneficiosos de su control sin intervención, el paciente requerirá la realización de un procedimiento invasor para la sección del aneurisma o bien la colocación de una espiral en su interior (3).

Por lo tanto, una vez tomada la decisión sobre la conveniencia de tratar la lesión detectada durante la arteriogra-

fía diagnóstica existen dos alternativas de tratamiento: por un lado el tratamiento endovascular o embolización y por otro la cirugía convencional o clipaje quirúrgico.

La terapia endovascular de los aneurismas ha evolucionado de forma muy rápida en los últimos 20 años y actualmente se considera la primera opción terapéutica del tratamiento de los aneurismas. (4) (9).

El tratamiento endovascular, debe ser realizada por neurorradiólogos intervencionistas expertos. El Real Decreto 1976/1999 de 23 de diciembre acerca de los criterios de calidad en radiodiagnóstico, recoge en su artículo 5 sobre procedimientos intervencionistas que estos "deberán ser realizados por médicos especialistas debidamente cualificados y con equipos de rayos X especialmente diseñados para esta práctica, instalados en salas específicas para este fin". (6)

No todos los aneurismas pueden ser tratados mediante una embolización y en ese caso, si se decide su tratamiento, se intervienen por el neurocirujano, colocando una especie de pinza (clip quirúrgico) en el cuello del aneurisma que evita la entrada de sangre en su interior. En ocasiones hay lesiones complejas que pueden requerir la combinación de ambas técnicas. En pacientes con aneurismas múltiples, alguna lesiones pueden ser embolizadas y otras operadas dependiendo de sus características. Algunos aneurismas, en particular los gigantes y fusiformes, no pueden cliparse y se emplean otras técnicas, como el wrapping, la aneurismografía o la escisión y posterior reconstrucción vascular. (4)

Los neurorradiólogos intervencionistas realizan la embolización con un coil (espiral en inglés) de platino desprendible para controlar el peligro que implican los aneurismas. La introducción del coil se realiza mediante la misma técnica que la arteriografía diagnóstica. Una vez en su posición, el radiólogo coloca uno o más pequeños coils en el aneurisma a través del catéter. Se colocarán tantos alambres como sea necesario para ocluir el aneurisma de la arteria principal. El promedio son unos 5, pero pueden colocarse tan sólo uno o hasta 30. (7) La respuesta del cuerpo es formar un coágulo de sangre (embolización) alrededor del coil, lo que bloquea el aneurisma. En ocasiones, la base del aneurisma se endotelializa quedando sin aporte de sangre.

Durante toda la intervención es necesaria la presencia de un anestésico ya que la mayoría de pacientes reciben anestesia general para garantizar la inmovilidad. De todos modos, algunos neurorradiólogos intervencionistas prefieren una ligera sedación como, por ejemplo, una sedación consciente o cuidados anestésicos monitorizados, que implican una sedación un poco más profunda que la sedación consciente, pero que permiten al paciente mantener su propia vía aérea. (7)

Los coils, aunque reciben este nombre (espiral), pueden tener diferentes formas, medidas y diámetros, son disminu-



tos, flexibles y visibles con rayos X, están diseñados para mantenerse anclados en el aneurisma o fístula, y no es necesario retirarlos más adelante. El diámetro y el largo de los coils se seleccionan según el tamaño del aneurisma.

Por otro lado, las opciones terapéuticas de las MAV tienen como objetivo eliminar la malformación y restituir un aporte de sangre normal. Utilizada desde los años setenta, la embolización con sustancias trombosantes o "blues" oblitera sólo de un 5 a un 10% de las malformaciones, pero también permite la disminución de la malformación, por lo que se obtiene un mayor índice de respuestas que con otros tratamientos. Esta técnica implica la inyección de una sustancia trombosante en un pedículo arterial anormal, para causar una trombosis y un bloqueo permanente del aporte de sangre a la malformación. La sustancia usada, el n-butil cianoacrilato, es un compuesto que se polimeriza al entrar en contacto con sustancias iónicas, como la sangre o el suero salino. (7)

Las complicaciones más frecuentes del tratamiento con Embolización son el dolor agudo (cefaleas) tras el procedimiento, la rotura arterial, tromboembolismo cerebral, vasoespasmo, los problemas técnicos con el material (rotura del coil, desprendimiento del coil, alergia al contraste, etc...), hemorragia (perforación del aneurisma, laceración, etc...). los problemas derivados del abordaje arterial femoral (hematoma, infección ...) y la formación de pseudoaneurisma.

## Cuidados de enfermería

Aunque la embolización de un aneurisma o una MAV es una técnica menos agresiva que su clipaje, no es una técnica exenta de complicaciones llevando implícita una morbi-mortalidad significativa (0.5-1 %) (2), es por ello que el seguimiento por parte del personal de Enfermería en una unidad de cuidados intensivos o intermedios es de crucial importancia dentro de las primeras 24 horas tras la intervención. Nuestros cuidados enfermeros tras la embolización irán encaminados a:



- Vigilancia neurológica (mínimo cada hora) valorando nivel de consciencia mediante la escala de Glasgow, así como el tamaño y reactividad pupilar.
- Valoración hemodinámica frecuente (mínimo cada hora) controlando como mínimo la frecuencia cardiaca, presión arterial, temperatura y realizando controles horarios de la diuresis.
- Vigilancia del pulso (9) pedeo, radial ... del lado por donde se accedió a la arteria, así como el color, temperatura y sensibilidad para descartar una isquemia.
- Comunicar inmediatamente al médico responsable si se detecta la presencia de cualquiera de los siguientes síntomas: dolor, palidez, ausencia de pulso, frialdad cutánea (poiquiloterapia) o parestesias (9).
- Vigilar la aparición de hematoma o sangrado por el punto de punción de acceso a la arteria.
- Decúbito supino 24 horas con la cabeza en un ángulo igual o inferior a 30°.
- La pierna afectada se mantendrá estirada (9), visible y con taponamiento a presión (24 h) en el punto de punción.
- Evitar maniobras de Valsalva, facilitando la defecación y la tos, así como explicando al paciente que no realice esfuerzos para recolocarse él solo en la cama.
- Vigilar la aparición tardía de reacciones adversas al contraste
- Administración del tratamiento prescrito por el facultativo donde probablemente aparezca analgesia, un anticomio como la Fenitoína para prevenir las convulsiones y Nimodipino como neuroprotector. Debemos controlar la aparición de hipotensión, ya que es un efecto adverso frecuente del Nimodipino, lo cual comprometería gravemente el flujo sanguíneo cerebral.
- Es importante un apoyo nutricional óptimo y que está protegido frente a las infecciones. Los cuidados de la piel, la movilización frecuente del paciente en la cama y los ejercicios de respiración profunda facilitan su estabilidad física y su independencia. (3)
- Profilaxis de la trombosis venosa profunda: usar medias de compresión fuerte, dispositivos de compresión neumática secuencial o ambos; administrar heparina después del tratamiento del aneurisma (5)
- Apoyo emocional al paciente y a su familia.

Las dos semanas siguientes a la rotura de un aneurisma son esenciales. La asistencia médica y de enfermería se centra en la prevención de la lesión cerebral secundaria por vasoespaso mediante la optimización del flujo sanguíneo cerebral. El tratamiento estándar para potenciar el flujo sanguíneo se denomina "tratamiento triple H": Hipertensión, Hipervolemia, Hemodilución. (3) Hay varias intervenciones que permiten aplicar el tratamiento triple H, pero la herramienta principal es la perfusión continua de líquidos por vía intravenosa para mantener una presión de perfusión cerebral adecuada. El objetivo es que las arterias cerebrales se mantengan rellenas de sangre durante los episodios de vasoespaso. El control de la efectividad del tratamiento triple H se lleva a cabo mediante el control hemodinámico y el examen neurológico seriado.

## Conclusiones

Los Cuidados Intensivos juegan en estas patologías un papel casi más importante que en ninguna otra enfermedad neurovascular, ya que es la patología en la que es más probable tener un mal resultado como consecuencia de complicaciones potencialmente prevenibles y tratables. De ser una patología neuroquirúrgica se ha convertido en una entidad que requiere un enfoque multidisciplinario y en la que el personal de Cuidados Intensivos y neurorradiólogos intervencionistas tienen muchas veces un papel preponderante. Junto a la excelencia en el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico o endovascular se requiere una excelencia en el manejo por parte de la enfermería de Cuidados Intensivos para obtener los mejores resultados. (5)

## Bibliografía

1. Miñambres E. y Guerrero-López F. El paciente neurocrítico. *Med Intensiva*. 2008;32(4):172-3
2. Rebollo Álvarez-Amandi M, Ricart Colomé C. Indicaciones de la arteriografía cerebral y medular. Indicaciones de la angiografía por resonancia magnética Y Angio-TC. *Revista Medicine*. 2003; 8(92):5002-5003
3. DaiWai Olson, Noreen Halley. Rotura de un aneurisma cerebral. ¿Está usted preparado para cuidar de estos pacientes? *Nursing*. 2008, Volumen 26, Número 2. p. 35-37
4. Soler L, Guimaraens L , Vivas E. Tratamiento de los aneurismas cerebrales. *Revista FMC*. 2008;15(2):101-12
5. Guerrero López F, de la Linde Valverde C.M. y Pino Sánchez F.I. Manejo general en Cuidados Intensivos del paciente con hemorragia subaracnoidea espontánea. *Med Intensiva*. 2008;32(7):342-53
6. Vázquez Herrero F, Larrea Pérez J.A. Guía práctica para la realización del tratamiento endovascular en malformaciones arteriovenosas cerebrales (MAVs). Grupo Español de Neuroradiología Intervencionista (GENI). *Guías clínicas GeNI*. p. 1-23
7. Wendi L. Pope . Tratamiento de las lesiones Vasculares Cerebrales. *Nursing* 2003, Volumen 21, Número 2
8. Millán Juncos J.M. y Campollo Velarde J. Valor diagnóstico de la angiografía cerebral en la confirmación de la muerte encefálica. Ventajas e inconvenientes. *Med Intensiva* 2000; 24: 135-141)
9. Imelda Wright. Cerebral Aneurysm—Treatment and Perioperative Nursing Care. *AORN JOURNAL* , Junio 2007, volumen 85, número 6: 1172-86

## Protocolo de intubación endotraqueal en recién nacido

La intubación es una técnica que consiste en introducir un tubo a través de la nariz o la boca del paciente hasta llegar a la traquea, con el fin de mantener la vía aérea abierta y poder asistirle en el proceso de ventilación.

La intubación asegura una adecuada ventilación y aporte de oxígeno al paciente, disminuye el riesgo de distensión gástrica y aspiración pulmonar, permite administrar algunos fármacos durante la reanimación cardiopulmonar (mientras se consigue una vía venosa), facilita la aspiración de secreciones y si fuera necesario, aplicar presión positiva al final de la espiración (PEEP). Además, durante la reanimación cardiopulmonar, facilita la sincronización entre masaje cardiaco y ventilación.

Es una de las técnicas invasivas más usada en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), en las que, enfermería participa activamente y sobretodo en los posteriores cuidados del niño intubado.

**Ilham Mimón Rahal**

Enfermera UCI neonatal Hospital la Fe

**Victoria Consuelo López Cócera**

Enfermera UCI neonatal Hospital la Fe

**Eva Pérez Lafuente**

Hospital Clínico de Valencia

**Rosario Ros Navarret**

Enfermera UCI neonatal Hospital la Fe

**Palabras Clave:** Intubación. Recién nacido. UCIN. Enfermería

### Introducción

Es el método más eficaz para mantener abierta la vía aérea.

La anatomía de la vía aérea del niño es diferente según la edad. El mayor tamaño de la cabeza en relación al tórax, la forma de la laringe y la posición relativa de las diferentes estructuras relacionadas, contribuyen a la dificultad de la intubación cuanto más pequeño es el paciente.

La vía orotraqueal es la más utilizada en sala de partos y situaciones de emergencia.

Debe intubarse a un recién nacido (RN) en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Cuando la ventilación con bolsa y mascarilla es inefectiva o si la necesidad de ventilación con presión positiva va a ser prolongada.
- Si requiere aspiración traqueal.
- Diagnóstico prenatal de hernia diafragmática congénita (estaría contraindicada la ventilación con bolsa o mascarilla)
- En caso de masaje cardiaco.
- Si se precisa administrar medicación por vía endotraqueal.

### Objetivo

Mantener la vía aérea abierta, asegurar una adecuada ventilación y aporte de oxígeno al RN.

### Personal

- Auxiliar enfermería
- Enfermer@
- Neonatolog@
- personal de radiología

### Material (figura1)

- Laringoscopio (bombillas y pilas de recambio)
- Palas de laringoscopio (curvas o rectas), del nº 1 para RN a término y del nº 0 para prematuros.
- Tubos endotraqueales de diámetro interior (ID) de 2.5, 3, 3.5 y 4 mm. (tabla1)
- Pinzas de Magill.

La anatomía de la vía aérea del niño es diferente según la edad. El mayor tamaño de la cabeza en relación al tórax, la forma de la laringe y la posición relativa de las diferentes estructuras relacionadas, contribuyen a la dificultad de la intubación cuanto más pequeño es el paciente.



Figura 1. material de intubación

TABLA I. Tamaño del tubo según peso y edad gestacional

Tamaño tubo (ID) mm	Peso (g)	Edad gestacional (semanas)
2.5	<1.000	<28
3.0	1.000 - 2.000	28 - 34
3.5	2.000 - 3.000	34 - 38
3.5 - 4.0	>3.000	>38



Figura 2. Respirador

- Guía o fiador (opcional).
- Equipo de aspiración, con sondas de 10F para aspiración orofaríngea y de 5F, 6F Y 8F para aspiración del tubo endotraqueal.
- Arco de fijación (tamaño adecuado en función peso)
- Esparadrapo y tijeras.
- Parche protector de piel. (apósito hidrocoloide)
- Guantes estériles y no estériles.

La intubación debe ser realizada entre dos personas (neonatolog@ y enfermer@) como mínimo. La primera se encargará de la maniobra de intubación (oxigenoterapia, apertura vía aérea e introducción de tubo) y la segunda administrará medicación necesaria, posicionamiento del RN, vigilará las constantes vitales, aspiración de secreciones y control de la fuente de oxígeno.

- Estetoscopio.
- Bolsa autoinflable (pieza en t) y mascarilla.
- Fuente de oxígeno
- Medicación para intubación.
- Respirador (figura 2)

## Procedimiento

- Verificar que todos los elementos que vamos a utilizar para el procedimiento (laringo, aspirador, respirador, fuente de oxígeno...) funcionan correctamente.
- Comprobar la correcta monitorización del niño previa a la técnica. Durante todo el procedimiento deberemos tener monitorizada la FC, para alertarnos de bradicardias y la saturación para detectar hipoxia. Si esto ocurriera, se detendrá la intubación y se ventilará al niño con la bolsa hasta su recuperación.
- La intubación debe ser realizada entre dos personas (neonatolog@ y enfermer@) como mínimo. La primera se encargará de la maniobra de intubación (oxigenoterapia, apertura vía aérea e introducción de tubo) y la segunda administrará medicación necesaria, posicionamiento del RN, vigilará las constantes vitales, aspiración de secreciones y control de la fuente de oxígeno.
- Lavado de manos y colocación de guantes. Es necesario realizar la técnica lo más aséptica posible. La utilización de guantes estériles por parte de la persona que manipule el tubo endotraqueal, será imprescindible.
- Administración de medicación para disminuir efectos perjudiciales del procedimiento. La más utilizada es:
  - Atropina= 0,1mg (bloquea el reflejo vagal, la bradicardia, y disminuye las secreciones)
  - Fentanest =1microgramo/ kg (debe de administrarse diluido y de modo muy lento para evitar la rigidez torácica, si esto ocurriera administrar naloxona, 0,1mg/ kg)
  - Vecuronio o Norcurón, si precisa.
- Aspirar contenido gástrico, orofarínge y fosas nasales. La aspiración de secreciones se realizará previa a la realización de la técnica y siempre que sea necesario.
- Abriremos la incubadora y colocaremos al niño en posición plana y de modo que la persona que va a proceder a intubar puede realizar la técnica de un modo adecuado.
- Posición del RN en decúbito supino o dorsal con la cabeza en la línea media y el cuello en ligera extensión, ya que esto facilita la apertura de las vías aéreas y la visión de las cuerdas vocales. Habría que evitar la hiperextensión de la cabeza que desplazaría la laringe hacia delante, dificultando la intubación y con posible oclusión de la vía aérea. Para conseguirlo, podemos colocar un cojín, toalla o sábana enrollada, debajo de los hombros del RN.
- Ventilar con pieza en T y mascarilla colocándola de modo que cubra boca y nariz, sellándola para que no haya escape de aire. Para conseguir una correcta ventilación previa al procedimiento de intubación aplicar fuente de

oxígeno a la vía aérea del RN, para disminuir el riesgo de hipoxemia.

- Maniobra de intubación: debe efectuarse en un tiempo no superior a 20 segundos. Transcurrido ese tiempo, debe suspenderse el intento y ventilar al RN con pieza en T y mascarilla.
- Una vez intubado, comprobar la correcta colocación del tubo auscultando las dos regiones torácicas, y la abdominal. Habrá que valorar la expansión torácica, la ventilación pulmonar simétrica y la ausencia de distensión gástrica, signos de que la intubación endotraqueal se ha realizado con éxito.
- Fijación del tubo endotraqueal con el arco adecuado, según el peso del niño, y con esparadrapo. No olvidar colocar previamente, una protección hecha con apósito hidrocoloide para evitar las lesiones producidas por decúbito sobre labio y tabique nasal. Previo control radiológico se puede fijar tubo endotraqueal (TET) siguiendo la regla: boca = peso niño + 6; coana = peso niño + 7.
- Control radiológico para confirmar la posición del TET (el extremo distal del tubo debe quedar aproximadamente a 1-2 cm de la carina). (tabla2)

**TABLA II. Intubación nasotraqueal. Distancia a carina recomendada**

Peso (g)	Distancia a carina (cm)
1.000	7.5
1.500	8
2.000	9
2.500	10
3.000	10.5

- Fijación definitiva del tubo endotraqueal, facilitando la visualización del número en que ha quedado fijado.
- Cortar el tubo sobrante si es muy largo, para reducir el espacio muerto y el riesgo de acodamiento.
- Conectar al respirador, que previamente habrá sido programado según peso y estado pulmonar del niño.
- Anotaremos en la gráfica del RN la fecha, número de tubo y centímetros introducidos.

### Cuidados postintubación

- Si existiera distensión abdominal, colocar sonda orogástrica abierta a bolsa o sonda rectal para evacuar el aire acumulado durante la ventilación manual.
- Auscultación torácica si se observan cambios respiratorios en el niño

Una vez intubado, comprobar la correcta colocación del tubo auscultando las dos regiones torácicas, y la abdominal. Habrá que valorar la expansión torácica, la ventilación pulmonar simétrica y la ausencia de distensión gástrica, signos de que la intubación endotraqueal se ha realizado con éxito.

- Comprobar permeabilidad de la vía aérea, aspirar secreciones si precisa.
- Valorar coloración, distrés respiratorio y expansión torácica
- Verificar la correcta:
  - posición del tubo después de cada manipulación
  - humidificación del sistema, evitar el acúmulo de agua
  - ajuste de las alarmas del respirador, pues nos alertarán de desconexiones, extubaciones, acodamientos, broncoespasmos, aumento de secreciones...
- Control diuresis por posible globo vesical secundario al uso de fentanest.
- Movilización del niño con precaución y siempre sujetando TET. Conseguir una adecuada posición para aumentar el confort del neonato y de forma que evitemos fugas TET posicionales, enclavamiento TET en carina y desacople del respirador. Siempre respetar cuerpo alineado y cabeza en posición neutra, para ello nos podemos ayudar de:
  - la flexión (anidar) en decúbito supino,
  - levantar hemitórax (mediante compresas) en decúbito prono.

### Complicaciones intubación

- **Hipoxia** por una prolongación del tiempo de intubación.
- **Intubación bronquial:** si se introduce demasiado el TET suele desviarse hacia el bronquio derecho.
- **Bradicardia.**
- **Lesiones cutáneas o mucosas.**
- **Rotura de laringe, faringe, esófago.**
- **Hemorragia.**
- **Neumotórax y/o Neumomediastino,** por una ventilación manual inadecuada.
- **Infección respiratorias.**
- **Perforación traqueal.**

### Bibliografía

1. Aguayo Maldonado, J; Burón Martínez, E; Fernández-Lorenzo, JR; et al. Manual de reanimación neonatal. Sociedad española de neonatología; 2007.
2. Nacimiento Támez, R; Pantoja Silva, MJ. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. 2ª ed. Editorial panamericana. Buenos aires 2003.
3. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/capitulo69/capitulo69.htm>

## Utilización y cuidados del gas argón en la endoscopia digestiva

**Francisca Gomez Garcia**

Enfermera de la Unidad de Endoscopias del Hospital de la Ribera. Alzira

**Rosa Zaragoza Gradoli**

Enfermera de la Unidad de Endoscopias del Hospital de la Ribera. Alzira

**Amparo Rubio Valverde**

Enfermera de la Unidad de Endoscopias del Hospital de la Ribera. Alzira

**Luis Margaix Margaix**

Enfermero de la Unidad de Endoscopias del Hospital de la Ribera. Alzira

**Lucas Ferrando García**

Supervisor de la Unidad de Endoscopias del Hospital de la Ribera. Alzira

La terapia de coagulación con argón plasma (APC) ha tomado importancia en la última década en la endoscopia gastrointestinal, y está posicionada como una técnica efectiva en el tratamiento de lesiones del tracto digestivo. Su efectividad fue inicialmente reportada en el tratamiento paliativo de neoplasias gastrointestinales y, posteriormente, su uso se ha extendido para múltiples indicaciones, entre ellas el tratamiento de sangrado debido a angiodisplasias, proctitis por radioterapia y hoy en día es utilizada para control de hemorragia gastrointestinal en lesiones vasculares como Dieulafoy.

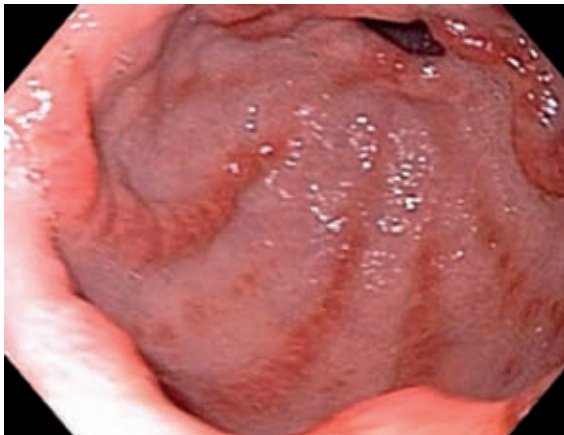
La coagulación con argón plasma se basa en el efecto térmico que produce el chorro del gas argón sobre la superficie de la mucosa. Resulta particularmente aplicable en el manejo de la hemorragia debida a malformaciones vasculares como la ectasia vascular antral, las angiodisplasias y también en la gastritis erosiva. El argón plasma utiliza una técnica innovadora que permite la coagulación de los tejidos, a través de una corriente alterna monopolar de alta frecuencia, aportada a los tejidos sin tocarlos a través de gas de argón ionizado.

**Palabras Clave:** Gas. Argón. Fotocoagulación. Angiodisplasia. Endoscopia. Enfermería.

### Introducción

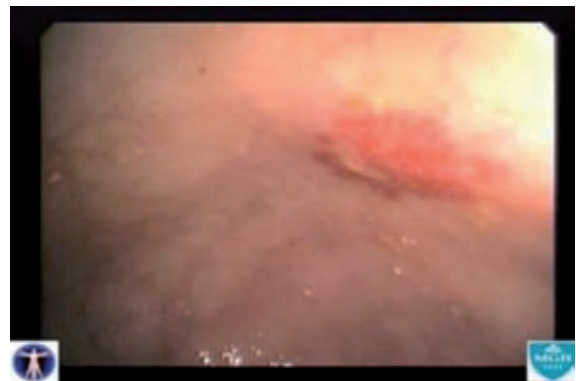
La ectasia vascular astral gástrica (GAVE), o “water-melon stomach”, es una causa de hemorragia digestiva alta, cuyo reconocimiento se ha incrementado, la cual posee características endoscópicas e histológicas típicas. La enfermedad es más frecuente en mujeres ancianas, siendo frecuentemente confundida con la gastritis astral o la gastropatía asociada a la hipertensión portal.

Por otra parte, existen también otras patologías subsidiarias de tratamiento con fotocoagulación con gas argón, en este caso en el colon, como son las angiodisplasias colónicas, que son lesiones vasculares, generalmente localizadas en colon derecho y cuya presentación clínica es variable. Son lesiones singulares sobre todo del colon derecho, que pueden ocasionar hemorragia digestiva masiva baja en personas ancianas, donde la imagen típica es un área rojo cereza, a veces en relieve.



Water-melon stomach

Las lesiones se producen por obstrucción crónica, parcial e intermitente de las venas de la submucosa cuando atraviesan la capa muscular, dando lugar a la formación de dilatación y tortuosidades con congestión de las venas y al desarrollo de comunicantes arteriovenosas más patentes, con muy poca o nula alteración arteriolar, por lo que se sigue irrigando la zona; se produce esfacelo y necrosis de la pared de las vénulas alteradas de la submucosa y sangrado de magnitud variable que a veces por su gravedad, requiere cirugía de urgencia.



Angiodisplasia de colon

En ocasiones se necesitan varias sesiones para concluir el tratamiento, cuando las lesiones son demasiado extensas, o se produzcan recidivas.

### Indicaciones

- 1) Sangrado por ectasia vascular (Proctitis por radiación, ectasia vascular antral gástrica o estómago en sandía) y angiodisplasia.

- 2) Hemostasia por sangrado de origen tumoral.
- 3) Hemostasia en úlcera péptica sangrante y lesión de Dieulafoy.
- 4) Destrucción de tejido residual en los márgenes de una polipectomía.
- 5) Ablación de lesiones de difícil resección endoscópica o quirúrgica (Adenomas ampulares, grandes pólipos planos).
- 6) Tratamiento de la obstrucción resultante del crecimiento de tumores, particularmente cuando es a través de una endoprótesis en el tracto gastrointestinal (devitalización de tejido en crecimiento).
- 7) Devitalización de tejido tumoral en áreas donde hay riesgo de perforación.
- 8) Esófago de Barrett
- 9) Polipectomía de pólipos múltiples y pequeños.
- 10) Síndrome de Osler Weber-Rendú

## Material y método

- Torre de endoscopias digestivas (válida para gastroscopio, duodenoscopio y colonoscopio). Consta de:
  - Monitor
  - Fuente de luz
  - Video-procesador
  - Bomba de agua
  - Puede existir también un DVD y una impresora de fotos.
- Gastroscopio y/o colonoscopio
- Fuente de diatermia.
- Placas Nesy sin cable.
- Sondas Argón.
- Gasas
- Lubricante urológico.
- Empapadores.
- Guantes no estériles de diversos tamaños.
- Monitor (ECG, T.A., Sat. O2)
- Abrebocas

Disponemos de una fuente de diatermia que incorpora una bala que contiene gas argón, y mediante una sonda que se introduce a través del canal de trabajo del endoscopio, se produce hemostasia de las lesiones con golpes intermitentes de inyección de gas, cuyo manejo se efectúa a través del pedal de que dispone la fuente.

El manejo de este dispositivo obliga a utilizar una toma de tierra que conseguimos colocando al paciente un electrodo pegado a su cuerpo.



Electrodo para toma de tierra



Bala con gas argón



Equipo fuente de Argón  
ERBE APC 300

## Preparacion del paciente

- Es una técnica que se suele hacer tanto de forma ambulatoria como de urgencia, en paciente hospitalizado.
- Precisa de consentimiento informado por parte del paciente.
- El paciente debe permanecer en ayunas de 8 horas, si se trata de una gastroscopia, o limpieza del colon, si el tratamiento fuera a producirse en el mismo. No debe tomar antiagregantes una semana antes para evitar posibles hemorragias.
- Si toma anticoagulantes (Sintrom) debe consultar con el hematólogo.
- Debe retirar prótesis dental.
- Informaremos al paciente de la técnica a realizar y aclararemos sus dudas

Las lesiones se producen por obstrucción crónica, parcial e intermitente de las venas de la submucosa cuando atraviesan la capa muscular, dando lugar a la formación de dilatación y tortuosidades con congestión de las venas y al desarrollo de comunicantes arteriovenosas más patentes, con muy poca o nula alteración arteriolar, por lo que se sigue irrigando la zona; se produce esfacelo y necrosis de la pared de las vénulas alteradas de la submucosa y sangrado de magnitud variable que a veces por su gravedad, requiere cirugía de urgencia.

Los tres factores más importantes que influyen el impacto térmico sobre el tejido son la duración de la aplicación, la distancia y el ajuste de la potencia.

- Monitorizaremos las constantes del paciente.
  - Dispondremos al menos de una vía venosa periférica para la administración de drogas, fluidos o hemoderivados si precisa.
- Dependiendo del endoscopista que realice la exploración se pondrá anestesia faringea y/o sedantes. En ocasiones hay que realizar la exploración con sedación profunda.

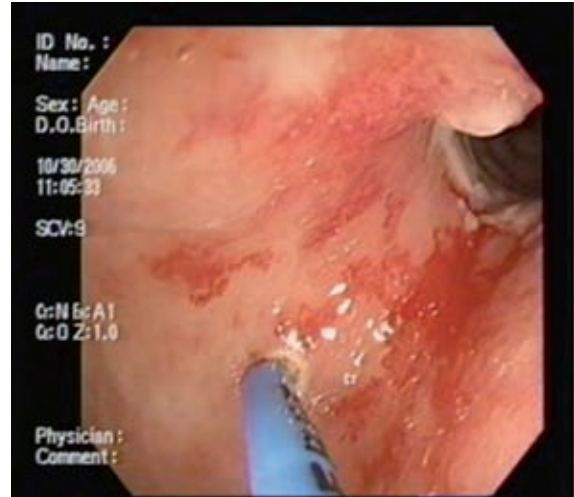
### Procedimiento

La terapia con argón plasma (APC) consiste en un método termoablato, monopolar de electrocoagulación sin contacto que permite la aplicación de energía eléctrica de alta frecuencia entregando gas argón ionizado a los tejidos, lo que genera desde una zona de retracción superficial hasta una zona de desvitalización profunda y por consiguiente destrucción del tejido o hemostasia por coagulación al alcanzar temperaturas entre 100 y 110°. Utiliza un equipo con una fuente de argón controlada automáticamente y un generador eléctrico. La corriente es entregada en un extremo de un catéter o sonda (a nivel axial o lateral) en diferentes ángulos sin contacto con los tejidos; dicho catéter es introducido a través del canal de trabajo de endoscopios convencionales. De esta manera, la técnica puede ser usada durante la endoscopia para el control de hemorragias y erradicación de lesiones vasculares, entre otras. El flujo de argón debe usarse lo más bajo posible, se recomienda inicialmente 0,5 L/min. con aplicaciones de 40W durante 5 segundos.

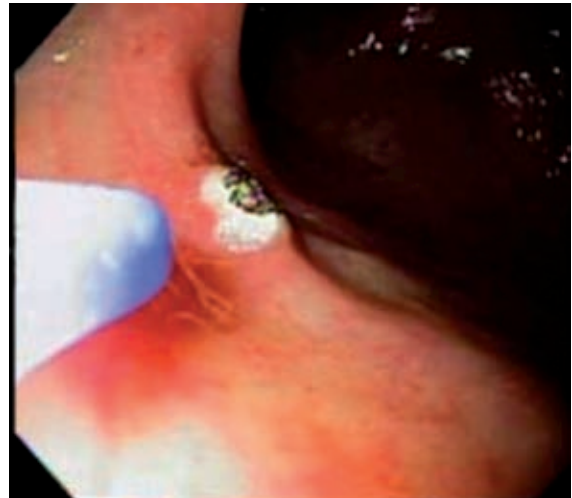


Sonda flexible Argón

Se ubica la lesión y sobre ella se realiza terapia de electrocoagulación, con modo forzado o pulsado (pausas largas), y se realizan las aplicaciones que sean necesarias a criterio del endoscopista.



Fotocoagulación



Lesión tratada

### Complicaciones

Los tres factores más importantes que influyen el impacto térmico sobre el tejido son la duración de la aplicación, la distancia y el ajuste de la potencia.

El riesgo de perforación se reduce significativamente cuando se mantiene la distancia al tejido entre 3 y 7 mm..., además de usar repetidamente la succión para reducir la expansión de gas en el intestino

Una complicación menor es la estimulación neuromuscular en la cual se dispara una contracción por el estímulo eléctrico del nervio que inerva el músculo; dependiendo del grado puede ser doloroso en el caso de una inadecuada analgesia y sedación durante el procedimiento. Hay que mencionar además que las arritmias cardíacas pueden suceder, así que es necesario asesoramiento cardiológico para pacientes con marcapasos definitivo o con desfibriladores implantados.

## Conclusiones

La terapia con APC es segura y tiene ventajas respecto a otras modalidades (láser, electrocoagulación mono o bipolar), porque es menor su penetración y tendencia al desvío del arco ionizado hacia los tejidos adyacentes; sin embargo, como cualquier método de coagulación, el riesgo de perforación particularmente en el colon derecho puede ocurrir. En general, podemos decir que si se tienen presentes las indicaciones y recomendaciones para su aplicación, el uso del gas argón tiene una amplia gama de indicaciones sobre patologías del tracto digestivo y un excelente margen de efectividad y seguridad suficientemente demostrada en nuestro medio.

## Bibliografía

- Hendrik Manner. Argon plasma coagulation therapy. *Current Opinion in Gastroenterology* 2008; 24: 612-616.
- Goulet CJ. In vivo evaluation of argon plasma coagulation in a porcine model. *Gastrointestinal Endoscopy* 2007; 65: 457-462.
- Regula J. Argon plasma coagulation after piecemeal polypectomy of sessile colorectal adenomas: long term follow up study. *Endoscopy* 2003; 35: 212-218.
- Manner, et al. Ablation of nonneoplastic Barrett's mucosa using argon plasma coagulation with concomitant esomeprazole therapy. *Am J Gastroenterology* 2006; 101: 1762-1769.
- Rabenstein T, May A, Michel J, Manner H, Pech O, Gossner L, Ell C. Argon plasma coagulation for flexible endoscopy Zenker's diverticulotomy. *Endoscopy* 2007; 39(2): 141-5.
- Postgate A. Argon plasma coagulation in chronic radiation proctitis. *Endoscopy* 2007; 39: 361-365.
- Lacopini F. Hemostasis of Dieulafoy's lesion by argon plasma coagulation. *Gastrointestinal Endoscopy* 2007; 66: 20-26.
- Olmos. Long term outcome of argon plasma coagulation therapy for bleeding in 100 consecutive patients with colonic angiodysplasia. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 1507-1516.
- Lecleire, et al. Bleeding gastric vascular ectasia treated by argon plasma coagulation: a comparison between patients with and without cirrhosis. *Gastrointestinal Endoscopy* 2008; 67: 219-225.
- Manner, Prospective evaluation of a new high-power argon plasma coagulation system in therapeutic gastrointestinal endoscopy. *Scand J Gastroenterol* 2007; 42: 397-405.
- R Enns, L Halparin, J Amar, JS Whittaker. Argon plasma coagulation for gastric antral vascular ectasia: a single center experience of 30 patients. *The Canadian Journal of Gastroenterology* 2003; 17(Suppl A).
- A Grade, I Shah, S Medlin, F Ramirez. The efficacy and safety of argon plasma coagulation therapy in Barrett's esophagus. *Gastrointestinal Endoscopy* 1999; 50: 18-22. Abstract.
- Argon Plasma coagulation, UCSF/Mt. Zion Gastroenterology. Caring, healing, Teaching and discovering.

La terapia con APC es segura y tiene ventajas respecto a otras modalidades porque es menor su penetración y tendencia al desvío del arco ionizado hacia los tejidos adyacentes; sin embargo, como cualquier método de coagulación, el riesgo de perforación particularmente en el colon derecho puede ocurrir. En general, podemos decir que si se tienen presentes las indicaciones y recomendaciones para su aplicación, el uso del gas argón tiene una amplia gama de indicaciones sobre patologías del tracto digestivo y un excelente margen de efectividad y seguridad suficientemente demostrada en nuestro medio.

- ERBE Electromedizin-Argon plasma coagulation: Flexible APC probes for Endoscopy.
- PJ Wahab. Argon plasma coagulation in flexible gastrointestinal endoscopy: Pilot experiences. *Endoscopy* 1997; 29: 176-181.
- Fazel, A, Presti, ME, Saeed, ZA. Utility the argon plasma coagulator: A university hospital experience. *Gastrointestinal Endoscopy* 1999; 49(4): AB123.
- Saurin JC, Cohelo J, Lepetre J. Argon plasma coagulation (APC) efficiently controls bleeding in patients with watermelon stomach or radiation proctitis. *Gastrointestinal Endoscopy* 1999; 49(4): AB169.
- H Ter, G Haber, G Kandel, P Kortan, S Heller, S Jonnalagadda, et al. The long-term outcome of patient with Watermelon stomach treated with argon plasma coagulation (APC). *Gastrointestinal Endoscopy* 1998; 47(4): AB41.
- J Cohen, M Abedi, G Haber, J Dorais, et al. Argon plasma coagulation a new effective technique of non-contact thermal coagulation. Experience in 44 cases of GI angiomata. *Gastrointestinal Endoscopy* 1996; 43(4): 293.
- J Zlatanic. Large sessile colonic adenomas: use of argon plasma coagulator to supplement piecemeal snare polypectomy. *Gastrointestinal Endoscopy* 1999; 49(6): 731-735.
- W Johanns. Argon Plasma coagulation (APC) in gastroenterology experimental and clinical experiences. *Gastrointestinal Endoscopy* 1998; 48(1).
- Schmeck-Lindenau HJ, Kurtz W, Heine M. Inflammatory polyps: an unreported side effect of argon plasma coagulation. *Endoscopy* 1998; 30(8): s93-4.
- Livio Cipolletta. Prospective comparison of Argon plasma coagulator and heater probe in the endoscopic treatment of mayor peptic ulcer bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy* 1998; 48(2): 191-5.
- N Hoyer, R Thouet. Massive Pneumoperitoneum after endoscopic Argon plasma coagulation. *Endoscopy* 1998; 30: S44-S45.
- Amadeo Fantin. Argon beam coagulation for treatment of symptomatic radiation-induced proctitis. *Gastrointestinal Endoscopy* 1999; 49(4): 515-518.
- Rui A Silva. Argon plasma coagulation therapy for hemorrhagic radiation proctosigmoiditis. *Gastrointestinal Endoscopy* 1999; 50(2): 221-224.
- Kanai M, Hamada, Endo Y. Efficacy of argon plasma coagulation in nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2004; 36: 1085-8.

## La sexualidad en pacientes con ostomias digestivas y urinarias

**Ana Belén Ribes Melià**  
Diplomada en enfermería.  
Enfermera de la sala de cirugía  
y urología. Hospital Universitario  
de la Ribera - Alzira - Valencia

**Palabras Clave:** ostomía, sexualidad,  
inseguridad, miedo, aspectos  
psicológicos

La realización de una ostomía a una persona afecta, directamente, a su imagen corporal y, con ello, puede haber reacciones psicológicas desfavorables a la aceptación de la misma. La sexualidad es una necesidad importante en todas las etapas de nuestra vida, por ello, tras un cambio físico y de hábitos importante como es la realización de una ostomía, los pacientes presentan dudas y miedos respecto a la vida íntima.

Las reacciones psicológicas son la causa más importante de la disfunción sexual en hombres y la dispareunia en mujeres ostomizadas debido al estrés producido por la enfermedad e intervención y miedo a la no adaptación a la nueva situación por ambas partes de la relación. La inhibición sexual afecta también en el ámbito social por miedo al rechazo.

### Introducción

La sexualidad son un conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y deseo sexual, comprende tanto el impulso sexual como aspectos de la relación psicológica del propio cuerpo y rol social.

Además, la sexualidad es una de las necesidades básicas de las personas, por lo tanto, es innata y muy importante para la calidad de vida de la persona.

A algunas personas, sin presentar ningún cambio en su aspecto físico, el manifestar su sexualidad a otra persona les puede resultar dificultoso por vergüenza o timidez, por ello es importante pensar en aquellas personas que, por enfermedad, han sufrido un cambio en su aspecto físico, la realización de un estoma, y puede que por miedo o inseguridad frente a este cambio presentan un rechazo a la manifestación sexual.

El paciente con estoma tiene que aceptar un nuevo orificio en su cuerpo, por el que se van a exteriorizar sus heces, orina, aires, olores, etc; lo que puede provocar miedo y angustia tanto con el contexto social como el de pareja ya que toda intervención que implique la realización de una ostomía implica una alteración de la imagen corporal, lo cual repercute en que muchas personas se preocupen por las cuestiones relacionadas con su vida íntima y sobre la aceptación que este cambio de imagen tendrá por parte de su pareja.

Esta preocupación es mayor si la persona ostomizada no tiene pareja.

Se debe tener en cuenta que la ostomía afecta a ambas partes de una relación, por lo tanto, se necesita un tiempo de adaptación para ambos, por tanto es importante que la pareja e incluso las personas que conviven con la persona con ostomía estén al corriente de la situación y de los nuevos hábitos y necesidades para que ellos comprendan y apoyen a la persona.

### Reacciones psicológicas, ostomía y sexualidad

Un estudio realizado por Nugent sobre 391 pacientes ostomizados refleja que un 80% de las personas modifican su estilo de vida y un 40% tiene problemas relativos a su vida sexual.



La sexualidad está íntimamente relacionada con los sentimientos de autoestima y las reacciones psicológicas de la persona frente al estoma; por tanto es muy importante tener claro lo siguiente:

- Ser sincero: hay que comunicar a nuestros seres íntimos nuestros sentimientos y deseos.
- La sexualidad no solo se reduce al acto sexual sino que existen otras manifestaciones como las caricias, besos y contacto físico.
- Considerar que pueden haber cambios en los encuentros amorosos pero no necesariamente éstos han de ser para peor, por lo que se pueden buscar nuevas formas de experimentar la sexualidad.

Puede que las semanas, incluso meses, tras la intervención en la que se ha realizado la ostomía haya una disminución del apetito sexual debido al estrés y tensión sufridas durante el diagnóstico de la enfermedad y la intervención, pero esta incapacidad sexual mejorará con el tiempo y según el tipo de ostomía de forma proporcional al aumento de la autoconfianza, seguridad y adaptación.

Los pacientes con ostomias pueden sufrir una alteración emocional y disfunción sexual que puede desencadenar en una fuerte depresión. La inhibición sexual no solo restringe las posibilidades de comunicación dentro de la pareja sino que también refuerza los conceptos negativos personales lo cual puede llevar a un aislamiento progresivo de la vida

social por miedo a no ser aceptados por la falta de control en la eliminación de los residuos fisiológicos, además de la idea de que pueda despegarse el disco de la ostomía y con ello que se evidencien los olores.

## Reinicio de las relaciones sexuales



Puede que tras la cirugía aparezcan algunas complicaciones en el ámbito sexual pero, en ocasiones, no solo depende de las afectaciones orgánicas inevitables que se hayan podido producir en la intervención, sino también de la actitud psicológica de la persona.

Es importante tener en cuenta que se necesitará un tiempo para recuperarse de la intervención quirúrgica, pero pasado este periodo puede que la mayor limitación, en cuanto a la sexualidad, sea el temor de resultar menos atractivo por la existencia de la ostomía.

No obstante según el tipo de ostomía puede haber mayor o menor afectación pero existen algunos recursos para que los pacientes estén más seguros en su intimidad.

### Colostomía



Tras la intervención quirúrgica en la que se realiza la colostomía, según la porción intestinal que se reseque hay mayor, menor o nulo riesgo de afectación de lesión orgánica que pueda influir en la disfunción sexual. En las resecciones anteriores bajas y las amputaciones abdominoperineales existe un mayor porcentaje de disfunción sexual (60% de ausencia de eyaculación y 17% de impotencia eréctil) debido a la íntima relación del recto con los nervios responsables de la función sexual. A la amputación abdominoperineal se asocia una disfunción sexual de entre el 50% - 100% en los hombres, en las mujeres la afectación más importante en ambos casos es la dispareunia.

En las partes más altas del colon el mayor problema en cuanto a la sexualidad puede ser las reacciones psicológicas de los pacientes por el impacto emocional al cambio del aspecto físico, pues es muy difícil la afectación orgánica.

Para este tipo de ostomias digestivas existen algunos recursos que pueden aumentar la seguridad y, con ello, la autoestima del paciente:

- Técnica de irrigación: (en personas entrenadas). Con esta técnica se permite decidir el momento del vaciamiento digestivo y así evitar escapes de heces hasta 48 horas después, no obstante, se recomienda llevar bolsas de tamaño pequeño.
- Vaciar el reservorio antes del encuentro.
- Uso de bolsas de colostomía opacas o cinturones para sujetar mejor el disco y bolsa.
- Uso de obturadores de estoma.
- Bolsas mini-cap.

### Ileostomía

Tras la intervención quirúrgica puede haber lesión de los nervios pelvianos o afectación de los órganos genitales y con ello pueden quedar secuelas como disfunciones sexuales del tipo impotencia, eyaculación retrógrada y pérdida de la capacidad eyaculadora en hombres y dispareunia en las mujeres. Si no existen estas lesiones, el impacto psicológico que supone el cambio de la imagen corporal suele superarse progresivamente con la vuelta a las actividades normales.

Algunos recursos que pueden utilizar los pacientes ileostomizados son:

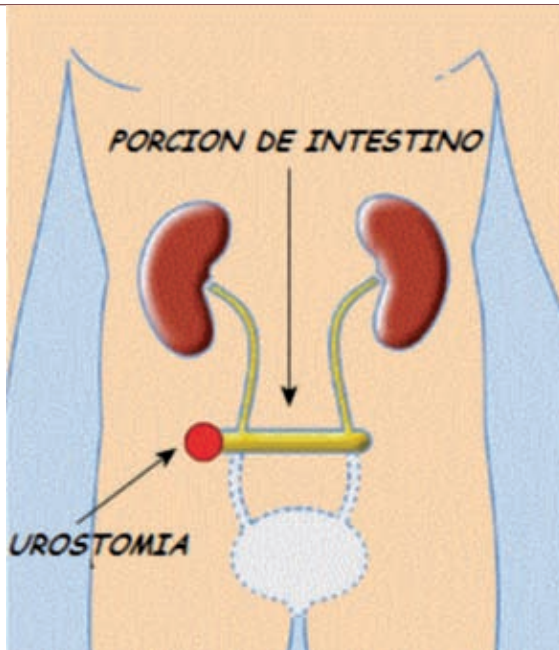
- Vaciar el reservorio antes del encuentro.
- Uso de bolsas de ileostomía opacas o cinturones para sujetar mejor el disco y bolsa.

### Urostomía

La cistectomía radical tipo Bricker produce unas lesiones orgánicas, difíciles de evitar, que dejan como secuelas la impotencia sexual en el hombre secundaria a la sección de los plexos nerviosos vesicales responsables de la erección y de la eyaculación.

En estos casos se debe de recomendar a los pacientes, en primer lugar, la aceptación del estoma por ambas partes y uso de prácticas sexuales alternativas junto con la explicación de que la actividad sexual no tiene porque terminar en el coito.

En el caso de la mujer el problema suele ser la falta de lubricación de la pared vaginal, por ello tienen sensación dolorosa en las relaciones sexuales; por tanto los consejos que se pueden dar a estas pacientes es recomendar el uso de lubricantes, realizar ejercicios que mitiguen la dispareunia (ejercicios de Keger) y sugerir cambios posturales durante la relación.



Es muy importante para una mayor tranquilidad elegir un recurso que se adapte al estoma (tanto ostomía digestiva como urinaria), al igual que es necesario que la bolsa elegida se ajuste y selle perfectamente el estoma para evitar fugas imprevistas, siendo también importante que la piel periestomal este en buenas condiciones, todo ello aumentará la seguridad y ayudará a la superación de los temores.

Se ha comprobado que las personas ostomizadas que reciben ayuda e información de la estomatoterapeuta tiene un mayor control de las posibles complicaciones que pueden presentar y con ello las soluciones que deben adoptar, por tanto estas son personas con mayor seguridad por lo que aumenta su autoestima.

### Embarazo y ostomía

Esta es una cuestión que preocupa a las personas que, en edad reproductiva, se les ha realizado una ostomía, hay que decir que esta no representa ningún problema para la concepción de un hijo tanto para el hombre como para la mujer

En el caso de la mujer se recomienda el embarazo tras los dos años de la intervención quirúrgica.

Podemos decir que gracias a los recursos que existen las personas ostomizadas pueden sentirse más seguros a la hora de tener relaciones sexuales disminuyendo sus temores y aumentando su seguridad y autoestima.

Lo único que se debe de tener en cuenta en el caso de un embarazo en la mujer ostomizada es que el diámetro de la ostomía cambiará de manera proporcional al cambio del diámetro del abdomen por tanto será necesario la adaptación del disco y bolsa. El estoma, tras el alumbramiento, volverá a su tamaño anterior.

### Conclusiones

Existe una clara relación entre las reacciones psicológicas de las personas ostomizadas y la sexualidad, ya que además del impacto emocional que puede ocasionar el ser conocedor de la enfermedad está el cambio físico y de hábitos a los cuales se van a tener que adaptar los pacientes y los familiares.

Además, es interesante conocer que según la intervención quirúrgica y, en el caso de las colostomías, según el nivel de la misma, pueden quedar secuelas importantes por la sección y/o manipulación de los nervios responsables de la función sexual por lo que la disfunción sexual en pacientes ostomizados no se trata solo de las reacciones psicológicas que puedan presentar las personas por el cambio físico sino que, en algunos casos, existen lesiones orgánicas.

Podemos decir que gracias a los recursos que existen las personas ostomizadas pueden sentirse más seguros a la hora de tener relaciones sexuales disminuyendo sus temores y aumentando su seguridad y autoestima.

La estomatoterapeuta es una figura importante en la atención al paciente ostomizado ya que presentan un mejor cuidado del estoma y evitan más complicaciones locales.

Como últimas reflexiones podemos decir que la sexualidad es muy importante en nuestra vida ya que va más allá de la finalidad reproductiva, sino que se trata también de las relaciones entre personas.

Para finalizar, solo hacer llegar algo importante tanto para las personas ostomizadas como las que no lo están y es que el atractivo no depende de una parte del cuerpo, es más valioso el atractivo personal.

### Bibliografía

1. Programa de ayuda en el cuidado del estoma (PACE). Manual práctico, una ayuda para personas ostomizadas y sus familiares. Coloplast productos médicos. 2009. pag 37 cap 4; pag 40-41 cap 5.
2. Barbado San Martín, E; Blanco Domínguez, L; Blasco Belda, P; centellas Morral, M; Gómez Mejías, V; Fernández Rodríguez, I; et al. Guía de enfermería en pacientes atomizados. Coloplast. 1997. Págs. 6-12; 58-60
3. Arroyo Sebastian, A; Perez-Vicente F. Calpena Rico, R; Pico, J; MAS, M. Guía de información al paciente sobre colostomías. Generalitat valenciana. 2006. p. 25-28, cap 3.  
Disponible en: [www.san.gva.es](http://www.san.gva.es)
4. Corella Calatayud J; Vazquez Prado A; Tarragon Sayas M. Mas Vila, T; Corella Mas, J; Corella Mas, L. Estomas. Manual de enfermería. CECOVA. Alicante. 2005. p.29-43. cap.2; p.158-162. cap9; p.187-191, cap10; p.195-213, cap.11; p.215-227. cap.12
5. Gwen B; Turnbull, RN. Intimidad, sexualidad y una ostomía. United Ostomy association. Sociedad española de enfermería experta en estomaterapia. 2006. Disponible en : [www.estomaterapia.es](http://www.estomaterapia.es). P. 1-10.

BanSabadell Professional, SAU, Pl. de Catalunya, 1, 08201 Sabadell. Inscripción 30 del Registro Mercantil de Barcelona en el tomo 35256, folio 56, hoja B-8839, NIF A58899378.

# Professional BS

BS Nómina

OFERTA PARA:



Colegio Oficial de  
Enfermería de Valencia



«Quiero **cero comisiones**  
y todas las ventajas  
con mi nómina»

¿Quiere tener **una cuenta con cero comisiones** de administración y de mantenimiento? ¿Y **tarjetas** de crédito y débito **gratis**? ¿Y **reintegros gratis** con tarjeta de débito en los cajeros ServiRed\* (en disposiciones por un importe igual o superior a 60 euros)? ¿Quiere que **le devuelvan el 3% de sus recibos** de gas, luz, teléfono móvil e Internet, con un máximo de 20 euros al mes?\*

Así, la **cuenta BS Nómina** es la respuesta.

Ahora, además, solo por hacerse cliente, conseguirá **un práctico regalo**.



Memoria USB  
de 8 Gb

Infórmese sobre Professional BS en nuestras oficinas, en el **902 383 666** o directamente en **professionalbs.es**.

## SOLO PARA PROFESIONALES

\* Para un importe inferior, se cobrarán 0,60 euros. En cajeros de las marcas con las que opera Banco Sabadell, reintegros gratis para cualquier importe.

\*\* Domiciliado un mínimo de tres recibos.

Oferta válida para nóminas superiores a 700 euros y domiciliadas por primera vez en las entidades del grupo Banco Sabadell a partir del 20 de abril de 2009.



RBE nº 4212/09

**Sabadell Atlántico**  
El valor de la confianza



