



# Enfermería Integral

www.enfervalencia.org

nº 96 Diciembre 2011



## COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA. VALENCIA

### Actualidad

- III Congreso Nacional de Salud Escolar.
- Las Escuelas de Enfermería pasan a ser Facultades.
- Memoria Anual 2011.

### Entrevista

- D. Feliciano Motilla López.  
Director de Enfermería del Departamento de Salud Valencia-Clinico- Malvarrosa.

# Adquisiciones Biblioteca

## Escribir y publicar en **Enfermería**



Jordi Piqué Angordans - Ramón Camaño Puig - Carmen Piqué Noguera

Colección Ciencias de la Salud

**th**  
TIRANT HUMANIDADES

VIOLENCIA DE GÉNERO  
**DENÚNCIALA**



Enfermería  
de la Comunidad  
Valenciana

Atención a víctimas de malos tratos por violencia de género

**Teléfono 016**

# sumario

## editorial

- 3** Los enfermeros somos la pieza clave en la sostenibilidad del sistema sanitario

## actualidad

- 5** Información sobre protección de datos personales.  
Curso sobre la prevención y manejo del pie diabético organizado por el hospital Arnau de Vilanova.
- 6** Sobre la profesión enfermera y la crisis.  
El Colegio firma un acuerdo de colaboración con el Banco Español de Crédito, S.A.
- 7** III Congreso Nacional de Salud Escolar.
- 8** Curso para "cuidadores informales" en la Asociación La Casa Grande.  
El Plan de Crónicos potenciará el autocuidado de los pacientes para disminuir los ingresos innecesarios.
- 10** José Ramón Martínez Riera, elegido nuevo Secretario General de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería.  
VII Congreso Nacional de Atención Sociosanitaria.
- 11** La UEM ofrece un 30% de descuento a las/os colegiadas/os de Valencia en sus cursos de Grado de Enfermería para Diplomadas/os. Promoción due 84-87 Hospital Clínico (Valencia).
- 12** Convenio con VALENCIA LANGUAGE COLLEGE para facilitar el aprendizaje de Inglés Técnico de las/os colegiadas/os.  
VI edición de los premios Best in Class. La sanidad pública de la Comunitat recibe seis premios nacionales de calidad asistencial.
- 13** Elecciones Generales 2011. Los partidos políticos recogieron las sugerencias del Colegio de Enfermería.  
Aprobada la Estrategia española sobre Discapacidad 2012-2020.
- 14** La SEVAP incorpora a su Junta de Gobierno a Dña. Yolanda Ochando Claramunt, como nueva vocal de matronas.
- 15** Sanitat implantará cinco programas terapéuticos en cada Unidad de Salud Mental e incorporará nuevos recursos.
- 16** MEMORIA ANUAL 2011.
- 17** Publicado nuevo libro: Escribir y publicar en Enfermería.
- 18** Registro Nacional de Profesionales Sanitarios.  
Representantes de la Sociedad Valenciana de Reumatología presentan al Colegio el pre-programa de su XV Congreso.  
Las escuelas de Enfermería pasan a ser Facultades.
- 20** Sanidad inicia el trámite de Real Decreto que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios por parte de la enfermería.

## actualidadmatrona

- 21** Ya viene "el lobo" y no es el del turrón.

## asociacióndejubilados

- 22** El próximo día 4 de marzo de 2012 celebrarán la festividad de San Juan de Dios.  
Empiezan los cursos de inglés e informática.
- 23** Homenaje a nuestras mayores: vicepresidenta y vocales más veteranas.

## inmemoriam

- 23** En recuerdo de Fina Montesinos Beltrán...

## artículo de opinión

- 24** La enfermería, motor esencial para la supervivencia del pueblo saharauí.

## rinconliterario

- 26** El efecto beneficioso de los abrazos "Abrazar es cuidar".

## entrevista

- 27** D. Feliciano Mottilla López. Director de Enfermería del Departamento de Salud Valencia-Clínico-Malvarrosa.  
"Pocas profesiones pueden llenar tanto el umbral de satisfacción y de una forma tan completa, como la de enfermera/o; por la relación y dedicación con el paciente".

## enferjurídica

- 31** La Audiencia Provincial de Valencia califica como atentado la agresión a una enfermera.  
Seguro de responsabilidad civil.  
Falsifican el título de una enfermera.

## informaciónsecretaría

- 32** Convocatoria Asamblea General.

## docencia y formación

## curso y congresos

## artículos científicos

- 3** Consulta programada para el abordaje del tabaquismo desde atención primaria.
- 8** Vía clínica/mapa de cuidados de enfermería gdr 818.  
Protesis total de cadera sin complicaciones.
- 14** Sellick vs BURP.
- 19** Experiencia de una enfermera como docente impartiendo clases de primeros auxilios a trabajadores no sanitarios.
- 21** Intolerancia a la lactosa.
- 24** Cadena automatizada de hematología - hemostasia:  
Un nuevo reto para enfermería.
- 29** Atención de enfermería en resección traqueal.
- 34** Estudio sobre la relación entre obesidad juvenil y actividad física.
- 39** ¿Son más propensos a incrementar su ansiedad los enfermos de cáncer de colon que tienen un mayor conocimiento sobre su enfermedad?

## 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 Almodéver 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**

Juan José Tirado Darder

### **CONTRAPORTADA**

Toni Tirado

### **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.

## Los enfermeros somos la pieza clave en la sostenibilidad del sistema sanitario

La innovación no debe ser liderada por las personas pero sí orientada por ellas, y esto es lo que llevamos años haciendo los enfermeros, contando con los usuarios para mejorar con ese contacto su atención. A esto no le llaman investigación, pero nadie puede dudar que hemos creado siempre un valor añadido y de calidad.

Comprendemos mejor que nadie al equipo interdisciplinar, porque sabemos que quien sufre es el usuario que es el que da sentido a nuestro trabajo, y sabemos que sin equipo no se puede realizar una atención holística ni completa. Nosotros ponemos un porcentaje muy alto de atención y ciencia para que la atención sea correcta y no dudo que, gracias a eso y a pesar de todos los problemas y deficiencias que puedan aparecer, las cosas funcionan.

Ahora con la crisis debemos ofrecer nuestra experiencia para conseguir la racionalización del sistema y para mantener el estado del bienestar, esa experiencia y colaboración se brinda para que funcionen mejor las cosas, pero como es habitual no se nos termina de hacer caso.

Ahora con la crisis debemos ofrecer nuestra experiencia para conseguir la racionalización del sistema y para mantener el estado del bienestar, esa experiencia y colaboración se brinda para que funcionen mejor las cosas, pero como es habitual no se nos termina de hacer caso. Por poner un ejemplo, en nuestra comunidad llevamos tiempo pidiendo que se fusionen las Consellerías de Bienestar social y la de Sanidad por la gran implicación que ambas tienen, para evitar solapamientos de atención, lagunas de servicios etc... Sin embargo siguen separadas, nadie entiende como valiéndose de las nuevas tecnologías, no se promociona una historia única para la población, que desde su nacimiento permita recoger datos de todos los profesionales, para en cada momento conocer la historia y las intervenciones realizadas en el sujeto. Tampoco veo justificación en la no utilización de forma escalonada de todos y cada uno de los recursos sanitarios y sociales que pertenecen a la administración o están concertados con ella, ¿qué impide a nuestros políticos aumentar la dotación tanto de medios como de profesionales en la promoción de salud?



Si se apuesta por primaria, en el área sanitaria y por la atención domiciliaria en el área socio-sanitaria, se conseguiría ser resolutivos en los recursos más económicos de ambos sistemas, lo que sin duda a medio y largo plazo generaría el ahorro que tanto se desea.

Por nuestra parte seguiremos ofertando ideas y trabajo porque las enfermeras somos la pieza clave en esa sostenibilidad del sistema, seguiremos pidiendo el aumento de nuestro ratio y si se nos encomienda planificar y dirigir los cuidados, seguro que podemos mejorar y mucho la actual situación. Pero se debe entender que contratar más enfermeras para gestionar la promoción en salud, no significa aumentar el gasto, al contrario, significa apostar por lo preventivo y por el ahorro a futuro.

Como siempre mis mejores deseos para este próximo año y mucha salud.

Se debe entender que contratar más enfermeras para gestionar la promoción en salud, no significa aumentar el gasto, al contrario, significa apostar por lo preventivo y por el ahorro a futuro.

## Els infermers som la peça clau en la sostenibilitat del sistema sanitari

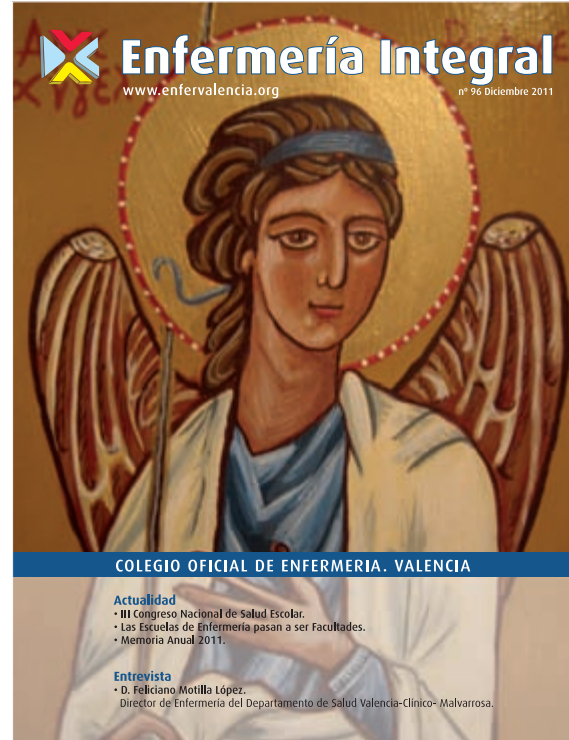
La innovació no ha de ser liderada per les persones però sí orientada per elles, i açò és el que portem anys fent els infermers, comptant amb els usuaris per a millorar amb eixe contacte la seua atenció. A açò no li anomenen investigació, però ningú pot dubtar que hem creat sempre un valor afegit i de qualitat.

Comprenem millor que ningú a l'equip interdisciplinari, perquè sabem que qui pateix és l'usuari que és el que dóna sentit al nostre treball, i sabem que sense equip no es pot realitzar una atenció holística ni completa. Nosaltres posem un percentatge molt alt d'atenció i ciència perquè l'atenció siga correcta i no dubte que, gràcies a açò i malgrat tots els problemes i deficiències que puguen aparèixer, les coses funcionen.

Ara amb la crisi hem d'oferir la nostra experiència per a aconseguir la racionalització del sistema i per a mantenir l'estat del benestar, aqueixa experiència i col·laboració es brinda perquè funcionen millor les coses, però com és habitual no se'ns acaba de fer cas.

Ara amb la crisi hem d'oferir la nostra experiència per a aconseguir la racionalització del sistema i per a mantenir l'estat del benestar, aqueixa experiència i col·laboració es brinda perquè funcionen millor les coses, però com és habitual no se'ns acaba de fer cas. Per posar un exemple, en la nostra comunitat portem temps demanant que es fusionen les Conselleries de Benestar social i la de Sanitat per la gran implicació que ambdues tenen, per a evitar solapaments d'atenció, llacunes de serveis etc... No obstant açò segueixen separades, ningú entén com valent-se de les noves tecnologies, no es promou una història única per

S'ha d'entendre que contractar més infermeres per a gestionar la promoció en salut, no significa augmentar la despesa, al contrari, significa apostar pel preventiu i per l'estalvi a futur.



a la població, que des del seu naixement permeta arreplegar dades de tots els professionals, per a en cada moment conèixer la història i les intervencions realitzades en el subjecte. Tampoc veig justificació en la no utilització de forma escalonada de tots i cadascun dels recursos sanitaris i socials que pertanyen a l'administració o estan concertats amb ella; què impedeix als nostres polítics augmentar la dotació tant de mitjans com de professionals en la promoció de salut?

Si s'aposta per primària, en l'àrea sanitària i per l'atenció domiciliària en l'àrea soci-sanitària, s'aconseguiria ser resolutius en els recursos més econòmics de tots dos sistemes, la qual cosa sens dubte a mitjà i llarg termini generaria l'estalvi que tant es desitja.

Per la nostra banda seguirem oferint idees i treball perquè les infermeres som la peça clau en aqueixa sostenibilitat del sistema, seguirem demanant l'augment del nostre ràtio i si se'ns encomana planificar i dirigir les cures, segur que podem millorar i molt l'actual situació. Però s'ha d'entendre que contractar més infermeres per a gestionar la promoció en salut, no significa augmentar la despesa, al contrari, significa apostar pel preventiu i per l'estalvi a futur.

Com sempre els meus millors desitjos per a aquest pròxim any i molta salut.

## 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 los 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.

## Curso sobre la prevención y manejo del pie diabético organizado por el hospital Arnau de Vilanova

El Departamento Valencia –Arnau de Vilanova– Liria ha realizado un curso de prevención y manejo del pie diabético en Atención Primaria, con el objetivo de profundizar en el tratamiento de esta patología.

Impartido por un equipo multidisciplinar de profesionales, el curso ha contado con la colaboración de dermatólogos, endocrinos, educadores en materia de diabetes, traumatólogos, médicos de atención primaria, cirujanos generales y vasculares, podólogos, profesionales de infecciosos y enfermeras de Atención Primaria.

“Queríamos ofrecer a los asistentes la mejor formación posible. Por ello hemos contado con profesionales de distintas disciplinas, procurando a los asistentes un completo conocimiento de la prevención y los cuidados de

la patología a la finalización del curso”, señala Paco Díaz, director de enfermería de Atención Primaria.

Las infecciones más frecuentes en el pie diabético, la prevención y educación en el paciente, la cirugía de amputación o la enfermedad vascular periférica, han sido algunos de los temas a tratar durante la realización del curso.

Los asistentes han podido conocer además el protocolo de prevención llevado a cabo en el departamento, según el cual, mediante la exploración preventiva, se puede determinar el grado de riesgo de úlcera en los pies de los pacientes diabéticos.

### Protocolo del pie diabético

El Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Liria cuenta con 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.



## Sobre la profesión enfermera y la crisis

Cualquier análisis que se realice sobre la profesión enfermera nos hace ser conscientes de que los cuidados enfermeros responden plenamente al concepto de dependencia y al compromiso de esta profesión, en la coordinación de la atención socio-sanitaria, en base a principios de humanismo, calidad asistencial y seguridad de los pacientes. Por ello, resulta esencial definir y aplicar el rol de la enfermera/o en el ámbito de la atención a la dependencia, como integrador de la atención prestada en este ámbito y revolucionar en áreas más sanitarias el papel asistencial y gestor de la profesión, con plena autonomía técnica y científica tal como nos corresponde.

Esta crisis que padecemos, se debería ver como una oportunidad que hemos de abrazar, ya que puede permitir a las enfermeras/os alcanzar lo que durante tantos años hemos pretendido, ser agentes resolutivos en la prestación de los cuidados de la población de una forma directa, haciendo realidad lo que indica la L.O.P.S., DIRIGIR dentro del equipo esa área sanitaria siendo responsables tanto de aciertos como de los fracasos que se puedan producir en esa promoción de salud que indudablemente debe mejorar un sistema dañado a futuro como el actual.

La situación que vivimos, de la que muchos hablan como si la crisis hubiera llegado igual que una gripe estacional, ha sido creada por todos y cada uno de nosotros, evidentemente que algunos son más responsables que otros, pero lo que es cierto, que todos la estamos pagando, tanto es así que de entrada se nos ha rebajado el sueldo, como una medida que no parece una planificación de algo más general, esto es un parche, que por cierto no está obteniendo los resultados pretendidos, esto corresponde a ese tipo de ideas llevadas a cabo por políticos que solo pagan sus equivocaciones con votos, y no con otro tipo de responsabilidades. Ante este panorama me parecería más lógico que las actuaciones que se tomen para superar la crisis fueran dirigidas por tecnócratas responsables de sus actuaciones.

En ese macro presupuesto en el que se sustenta nuestro bienestar socio-sanitario corresponde apostar por la promoción en salud como un arma de efectividad en el ahorro a medio y largo plazo en las arcas sanitarias y sociales, premiando económicamente a quien cumpla objetivos de verdad, no como se acostumbra hacer de dar pan para todos o últimamente para ninguno.

Con medidas generales donde de forma sectorizada se pueda verificar la eficacia del trabajo bien hecho en la base de la atención, se puede conseguir sumar resultados satisfactorios en la mejora de la calidad y el ahorro de la misma, alguien se ha parado a pensar el ahorro que conlleva por ejemplo el evitar que una persona se la considere incontinente, realizando los cuidados adecuados, desde la dotación de ayudas técnicas hasta la revisión de los pies, pasando por el ejercicio que permita reforzar la musculatura pélvica, ¿cuántos incontinentes usan pañales, tres veces al día por una mal entendida comodidad de los cuidadores? ó ¿qué gasto genera la HTA, mal controlada? Se podrían poner miles de ejemplos que sumados representan un gasto desorbitado y absurdo al haber medicalizado de forma paliativa la atención, en vez de potenciar el autocuidado, la información y la atención personal de los usuarios.

Son los gestores los que deben controlar de acuerdo a su nivel de responsabilidad estas cuestiones, y entender que deben defender a los profesionales que tomen decisiones justificadas en el ahorro racionalizado de la atención, premiando económicamente a todo aquel que demuestre eficacia en su que hacer diario, consiguiendo con ello una motivación añadida que se ajuste a las necesidades de hoy.

**D. Juan José Tirado Darder**  
Presidente del Colegio Oficial del Enfermería de Valencia

Artículo de opinión publicado en el nº 40 del periódico Salut i Força

## El Colegio firma un acuerdo de colaboración con el Banco Español de Crédito, S.A.

La entidad Banesto dispone de una amplia oferta financiera para el colectivo de Colegiados del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

Se podrán beneficiar de las ventajas de este Convenio los Colegiados, familiares y empleados del COEV, debidamente acreditados.



Las características de la oferta se detallan en un documento al que podréis acceder a través de nuestra web: [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org) en el apartado de Servicios al Colegiado/Empresas colaboradoras.

## III Congreso Nacional de Salud Escolar

El III Congreso Nacional de Salud Escolar, organizado por la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCE3) con la colaboración del Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana y los colegios de Enfermería de Valencia, Castellón y Alicante, arrancó el pasado 27 de octubre en la localidad de Benicassim con una magnífica asistencia por parte de enfermeras y estudiantes de Enfermería.

Bajo el lema *Resultados e Innovación de la Enfermería Escolar*, este congreso pretendió responder a la necesidad de ofrecer a la sociedad los resultados en materia de salud que la figura de la enfermera escolar obtiene en la comunidad educativa y, en especial, en la población infantil y juvenil escolarizada en los centros educativos que cuentan con este profesional. De este modo, se ha hecho visible la eficiencia de las intervenciones de la enfermera escolar, tanto para cuidar la salud de la comunidad educativa como para promocionar la misma, consiguiendo un mayor desarrollo de esta figura profesional.

En la mesa inaugural estuvieron presentes el presidente del CECOVA, José Antonio Ávila; la alcaldesa de Benicassim, Susana Marqués; la presidenta de la Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar, María del Mar Ortiz; el director territorial de la Conselleria de Sanitat, Pascual Herrero; y la tesorera del Colegio Oficial de Enfermería de Castellón (COECS) y vocal del CECOVA, Eugenia Gordo.

Este congreso pretendió responder a la necesidad de ofrecer a la sociedad los resultados en materia de salud que la figura de la enfermera escolar obtiene en la comunidad educativa

La primera conferencia inaugural corrió a cargo del escritor y periodista catalán Màrius Serra, que tiene un hijo con discapacidad y que reconoció que “desde ese momento estoy en estrecha relación con vuestra profesión”. A continuación, el programa científico arrancó con cuatro mesas redondas en las que se abordaron temas variados, como los hábitos de vida saludables, experiencias sobre intervenciones educativas, la gestión de cuidados del niño con enfermedad crónica, experiencias innovadoras en torno a la salud escolar y proyectos de investigación de evaluación de intervenciones educativas.

En el apartado talleres se trataron las terapias naturales de intercambio de energía; Salud 2.0 y recursos TIC para mejorar la salud de nuestros escolares; Nuevas recomendaciones en Reanimación Cardiopulmonar pediátrica y Cuidados de Enfermería al alumnado con pluridiscapacidad, entre otros temas.



En palabras de María del Mar Ortiz, presidenta de la SCE3, en conjunto, las tres jornadas del Congreso sirvieron para “visibilizar la necesidad y la eficiencia de las intervenciones de la enfermera escolar, tanto para cuidar la salud de la comunidad educativa como para promocionar la misma, y conseguir así un mayor desarrollo de esta figura profesional. Además, poner de manifiesto y de esta manera, la conveniencia de implantar servicios de Enfermería Escolar en los centros educativos, comenzando por los de Educación Especial y aquellos ordinarios que integran niños con necesidades educativas especiales que siempre llevan de la mano necesidades en materia de salud”.

El Congreso se cerró en sábado día 29, y a lo largo de los tres días de celebración, se organizaron diferentes talleres y visitas a Benicassim para que todos los presentes conocieran a fondo esta población.

## Curso para “cuidadores informales” en la Asociación La Casa Grande

En el marco de la línea de colaboración establecida por el Colegio con Asociaciones y otras Entidades sin ánimo de lucro de atención a personas, a principios de octubre se desarrolló otra de las charlas del Curso para Cuidadores Informales en la asociación valenciana “La Casa Grande”.

Como sabéis, La Casa Grande se ha especializado en la atención de personas inmigrantes y/o refugiadas con especiales dificultades para acceder al empleo y a las estructuras de protección social que precisan de formación y orientación.

La charla se centró en el tema de la atención a la dependencia, en concreto en la planificación de los cuidados. El Colegio defiende que esta atención debe estar correctamente planificada por profesionales de Enfermería, para

asegurar un correcto desarrollo de la atención domiciliaria como elemento fundamental de la promoción de la autonomía personal, frente al actual modelo de atención excesivamente medicalizado. Así mismo, el Colegio viene denunciando desde hace tiempo el abandono al que se ve sometida nuestra Comunidad Valenciana en el desarrollo y aplicación de la legislación vigente sobre Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

En este sentido, se hace hincapié en la necesidad de una adecuada planificación de la atención por parte de profesionales de la Enfermería, los verdaderos responsables de los cuidados, como garantía de una atención que potencie la autonomía e incremente las posibilidades de ser atendidos en el propio domicilio. Con ello se pretende una mejora sostenible de la calidad de vida de los usuarios, a la vez que se potencia una cualificación cada vez mayor de los “cuidadores informales” al proporcionarles una planificación de los cuidados elaborada por profesionales de los cuidados, las enfermeras y los enfermeros.



## El Plan de Crónicos potenciará el autocuidado de los pacientes para disminuir los ingresos innecesarios

El conseller de Sanitat, Luis Rosado, ha afirmado que “la sanidad valenciana trabaja actualmente en el cambio asistencial de los pacientes crónicos. Hasta ahora nuestro sistema ha estado diseñado para atender al paciente agudo, sin embargo, sobre el paciente crónico, que es el que consume la mayor parte de los recursos del sistema, no existe un abordaje correcto por parte del actual sistema”.

En concreto, la conselleria de Sanitat está elaborando un Plan de Asistencia a Crónicos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los enfermos crónicos, disminuir los ingresos hospitalarios innecesarios y prevenibles; retrasar en lo posible la evolución de la enfermedad, y potenciar los autocuidados y participación activa de los pacientes sobre su propia enfermedad.

El conseller ha realizado estas declaraciones durante su participación en la mesa redonda *Orientación del modelo sociosanitario. Hacia la atención al paciente crónico: Experiencias*, dentro del marco del 33º Congreso Nacional Semergen (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria), que se celebró en Oviedo entre el 2 y el 5 de noviembre.

Rosado ha indicado que “tenemos que aprender a gestionar la cronicidad cambiando el modelo asistencial para que sea más proactivo. Tradicionalmente nos hemos

basado en un modelo de agudos que no permite gestionar adecuadamente la atención a los crónicos”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada vez hay más personas de edad avanzada y con patologías crónicas. En el año 2000 las condiciones crónicas representaron el 59% de la mortalidad total en el mundo; en 2020 el 78% de la población tendrá algún tipo de enfermedad crónica.

Algunos datos de la frecuentación del sistema sanitario por parte de los enfermos crónicos con: el 5% de la población utiliza el 50% de los recursos sanitarios; el 75% del gasto sanitario está asociado a la cronicidad; los pacientes crónicos acuden a los centros sanitarios hasta 15 veces; el 60% de las visitas a centros de Atención Primaria son de enfermos crónicos y 2/3 de las urgencias son de crónicos complicados.

Para Luis Rosado “es fundamental convertir el domicilio en un centro de cuidados cada vez más importante y por otro lado, el paciente se hará corresponsable de su salud gracias a los profesionales que le ayudarán a gestionar su enfermedad para evitar la dependencia del actual modelo pasivo”.

Este plan va a empezar su aplicación en dos departamentos de salud (Elche- Hospital General y Sagunt) a principios de 2012. Estos departamentos cubren la asistencia de 315.000 personas. Una vez evaluados los resultados, se extenderá al resto de la Comunitat.



montura

VOGUE  
EYEWEAR

+ lentes  
monofocales

desde **99€**



montura

Ray-Ban

+ lentes  
monofocales

desde **139€**



montura

TOUS

+ lentes  
monofocales

desde **139€**



montura

212

+ lentes  
monofocales

desde **99€**

PROMOCIÓN ESPECIAL PARA **COLEGIO DE ENFERMERIA**

**10% descuento  
adicional**

hasta el 30 de diciembre

- 👁️ 10% descuento adicional en todas tus compras, incluidas estas ofertas
- 👁️ 3 meses de financiación sin intereses en compras superiores a 150 €

Te recuerdo que el COLEGIO DE ENFERMERIA tiene un convenio de colaboración con Gaes-Opticalia con un 15% de descuento. Ahora, además hasta el 30 de diciembre te puedes beneficiar de un 10% adicional sobre el descuento del convenio

OPTICALIA

www.opticaliaivision.es

Tel. 902 078 870

GAES

www.gaesivsordera.es

## José Ramón Martínez Riera, elegido nuevo Secretario General de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería



José Ramón Martínez Riera, profesor y secretario académico de la Facultad de Ciencias de la Salud ha sido elegido nuevo Secretario General de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) de la que la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de

Alicante es miembro desde el año 2003.

El pasado día 19 de septiembre en el marco de la XI Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería celebrada en Coimbra (Portugal), además de nombrar a José Ramón Martínez Riera como nuevo Secretario General de ALADEFE, fueron elegidos los profesores españoles M<sup>ª</sup> Paz Mompert, profesora jubilada de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Castilla la Mancha (Toledo) como vocal de Difusión y Comunicación y Julio Fernández, Decano de la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de Valencia, como Vicepresidente 2<sup>º</sup> de la Región Europea. Este hecho pone de manifiesto la importancia que la Universidad Española tiene en el seno de ALADEFE en el que cuenta con más de 20 Escuelas/Facultades socias.

Desde la incorporación en ALADEFE José Ramón Martínez ha venido siendo el representante de la Facultad de Ciencias de la Salud, en la que ha asumido diferentes respon-

sabilidades como son la de Vicepresidente 1<sup>º</sup> de la Región Europea y miembro del consejo asesor permanente.

ALADEFE es la mayor Asociación de docentes de Iberoamérica y en los últimos años ha tenido un importante crecimiento con la incorporación de centros docentes de España, Portugal, Norteamérica y todos los países de Latinoamérica, siendo en la actualidad más de 140 centros los que la constituyen.

ALADEFE tiene entre sus principales objetivos:

- Coadyuvar en los procesos de acreditación nacional y/o internacional.
- Facilitar la investigación educativa en enfermería, la divulgación de resultados, y la enseñanza de la enfermería basada en evidencias.
- Promocionar la innovación educativa.
- Participar en los estudios de pregrado y posgrado a través de programas compartidos.
- Contribuir en la internacionalización mediante la movilidad de docente y alumnos entre los diferentes países miembros.
- Dinamizar los recursos de comunicación de ALADEFE: página web y revista iberoamericana de investigación y educación en enfermería.
- Participar activamente en proyectos conjuntos con organizaciones internacionales pares.
- Emitir posicionamientos y documentos de opinión de las temáticas relativas, principalmente, al campo de la educación en enfermería.

## VII Congreso Nacional de Atención Sociosanitaria

Del 26 al 28 de octubre el Palacio de Congresos de Vitoria-Gasteiz acogió el VII Congreso Nacional de Atención Sociosanitaria, bajo el lema "Una persona, un espacio".

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.

Esta variedad, que refleja la riqueza y diversidad de conocimientos y prácticas, también debe imponer el deber de la coordinación de las mismas en un solo espacio y en un solo momento.

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. Si cada persona transita por un espacio único y propio, nuestro esfuerzo debe estar en adaptar nuestras prácticas a esta realidad.

Por parte del Colegio de Enfermería de Valencia asistió el presidente, D. Juan José Tirado Darder, quien participó en una Mesa de expertos titulada Domicilio receptor del cuidado.

## La UEM ofrece un 30% de descuento a las/os colegiadas/os de Valencia en sus cursos de Grado de Enfermería para Diplomadas/os

Representantes de la Universidad Europea de Madrid, de su Centro Adscrito de Valencia, se reunieron el pasado 29 de septiembre en la Sede del Colegio con nuestro Presidente, D. Juan José Tirado Darder.

En el curso de la entrevista se presentó al Colegio la estructura de los cursos organizados por la UEM para obtener el Grado en Enfermería por parte de quienes ya están en posesión de la Diplomatura en Enfermería y ofrecen a las/os colegiadas/os de Valencia un 30% de descuento del precio del curso.

La Universidad Europea de Madrid, a través de su Centro Adscrito de Valencia, ofrece la posibilidad de cursar Titulaciones de Grado en horario compatible con la actividad profesional.

A muy grandes rasgos, se trata de completar la formación de los diplomados con la elaboración de un Trabajo Fin de Grado que tiene como objetivos primordiales:

- Integrar y aplicar con criterio profesional, creatividad, iniciativa y metodología, los conocimientos y habilidades adquiridas durante su proceso de enseñanza-aprendizaje y desarrolladas en la práctica clínica.
- Incrementar el aporte recibido a lo largo de su carrera en cuanto a los conocimientos que deberá saber aplicar durante su vida profesional.
- Proporcionar soluciones eficaces y eficientes a los problemas que se presenten en el proyecto o trabajo, utilizando los conocimientos, habilidades/destrezas y aptitudes alcanzados y desarrollados durante su estudio.

### Grado en Enfermería para diplomados en Enfermería

El plan de estudios del Grado en Enfermería para Diplomados en Enfermería del Centro Adscrito de Valencia, de la Universidad Europea de Madrid responde a un programa especial de reconocimientos de créditos para los Diplomados en enfermería que deseen obtener el Grado.

El programa se desarrollará en un curso académico en el cuál el alumno debe preparar un Trabajo de Fin de Grado de 30 ECTS (TFG).

El TFG es un trabajo orientado al mundo profesional, científico, integrador y potenciador de los conocimientos adquiridos, acorde a lo que se espera de un profesional con el título de grado en enfermería, ser capaz de saber, saber hacer y saber convivir. Consta de una serie de módulos, algunos de ellos obligatorios y otros optativos que el alumno podrá elegir.

Cada módulo contiene una propuesta de actividades, recursos complementarios, una o dos tutorías virtuales y mecanismos de comunicación con el tutor y entre estudiantes (foros), así como formas de evaluación individual y colaborativa.

Además constará de unos seminarios presenciales, cuyas fechas de realización se informaran con antelación al alumno:

**Seminario 1.** El estudiante identificará las áreas de conocimientos y ámbitos profesionales en los cuáles centrará su trabajo fin de grado.

**Seminario 2.** Búsquedas bibliográficas, el estudiante llevará a cabo una profundización de conocimientos a través de la búsqueda bibliográfica en fuentes primarias y secundarias recientes y relevantes (evidencia científica)

**Seminario 3.** Caso clínico. El estudiante desarrollará un caso clínico en un escenario enfermero, mediante la aplicación del proceso de atención en enfermería y el uso de lenguajes estandarizados.



Más información en <http://valencia.uem.es>.

## Promoción due 84-87 Hospital Clínico (Valencia)

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

¡Ánimo!, será divertido vernos tras todos estos años, contar de nuestras vidas y experiencias.

Podéis contactar con los organizadores del evento a través:

**Correo electrónico:** enfermeria84.87@gmail.com

**Blog:** enfermeria8487.blogspot.com

**Facebook:** enfermería hospital clínico

Pasad los datos a todos los compañeros/as que podáis o tengáis cerca.

## Convenio con VALENCIA LANGUAGE COLLEGE para facilitar el aprendizaje de Inglés Técnico de las/os colegiadas/os

Juan José Tirado Darder, presidente del Colegio, y Rafael Molina Martínez, director de Valencia Language College, firmaron el 20 de octubre un Convenio por el que se ofrece a las colegiadas/os una serie de ventajas para facilitar el aprendizaje del inglés técnico del sector sanitario y de la salud.

Se podrán beneficiar de las ventajas de este Convenio los Colegiados, empleados y familiares del COEV, debidamente acreditados.

Valencia Language College es una escuela de idiomas de primer nivel especializada en cursos de inglés para españoles. Ofrece cursos flexibles, agradables y asequibles a diferentes niveles.

En virtud de este convenio, VALENCIA LANGUAGE COLLEGE ofrecerá las ventajas/descuentos que seguidamente se indican para curso por grupo de alumnos:



- De 1 a 5 alumnos se aplica un descuento del 10% en el precio del curso.
- De 6 alumnos en adelante se aplica un descuento del 15% en el precio del curso.

### VI edición de los premios Best in Class

## La sanidad pública de la Comunitat recibe seis premios nacionales de calidad asistencial

La sanidad pública valenciana ha vuelto a obtener este año siete galardones en la VI edición de los premios Best in Class que otorga la publicación especializada Gaceta Médica junto con la cátedra de Gestión e Innovación Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, y a cuya ceremonia asistió la secretaria autonómica de la conselleria de Sanitat, Nela García.

En concreto, más de 300 servicios o departamentos hospitalarios, de 14 Comunidades Autónomas han participado en esta edición. Por parte de la Comunitat Valenciana, 37 servicios sanitarios han quedado finalistas con 6 ganadores y una mención de honor.

Concretamente, los premiados en esta edición han sido: Medicina Interna del Hospital General de Castellón; Obstetricia y Ginecología del Hospital de la Plana; Oftalmología y

Traumatología de Torrevieja; Reumatología del General de Valencia; y Seguridad clínica de la Ribera. También han concedido una mención de honor para Medicina Preventiva y Salud Pública del Departamento de Sant Joan d'Alacant.

### Premios Best In Class

El objetivo de estos premios es reconocer públicamente el esfuerzo de mejora e innovación que realizan tanto los equipos directivos como los profesionales de los centros sanitarios españoles para ofrecer a los pacientes la mejor atención posible.

El proceso de selección de candidaturas y nominaciones de los diferentes servicios de cada centro sanitario se realiza en función de una serie de criterios comunes, como el índice de Calidad de Atención al paciente (ICAP), que es el baremo que se obtiene tras la valoración de cada uno de los hospitales, servicios hospitalarios, centros de salud o proyectos nominados.

Los premios tienen tres modalidades: un premio en Atención al Paciente, que se concede al mejor hospital; un premio a la Excelencia en Atención Primaria y, por último los premios a los mejores servicios o unidades hospitalarias. Asimismo, se hace entrega de menciones de honor a aquellos hospitales o servicios merecedores de esa distinción por su elevada puntuación.



## Elecciones Generales 2011

# Los partidos políticos recogieron las sugerencias del Colegio de Enfermería

En la ronda de sondeos que los partidos establecen durante la campaña electoral, el presidente de nuestra institución ha podido manifestar las reivindicaciones del colectivo más importante de la Sanidad, que son las enfermeras y enfermeros.

En una reunión celebrada en el Ateneo Mercantil de Valencia con representantes de los Colegios Profesionales el pasado 9 de noviembre, Tirado presentó a Esteban González Pons y Rafael Blasco, por el Partido Popular, las propuestas de nuestra profesión.

Así mismo, en la sede del Colegio se recibió el día 10 de noviembre a Inmaculada Rodríguez-Piñero, Carmen Alborch y José Luis Ábalos, por el Partido Socialista, con el mismo fin.

Las propuestas de los profesionales de la Enfermería que el presidente del colegio transmitió a los partidos políticos que concurrían a las elecciones se concretan en una racionalización de los recursos, que se cuente con Enfermería y que se tenga presente que es imposible mejorar la sanidad si no se mejora la educación: es por lo que apostamos porque todos los niveles educativos cuenten con la presencia de una Enfermera para hablar de promoción de la salud y cambios saludables en los hábitos de las personas.

También manifestó la necesidad de elevar los ratios de enfermería, incluso en estos tiempos de crisis, en los hospitales para poder hablar la calidad de los cuidados.

Tirado expuso también el papel que defendemos de la enfermería en la mal llamada ley de la dependencia, concepto medicalizado que lo convierte en algo paliativo y no atiende correctamente la necesidad de la promoción de la autonomía personal, para lo que se propone la presencia de la enfermería desde la misma planificación de la atención.



Ana Barrado y Toni Cantó, representantes por Valencia del partido político Unión, Progreso y Democracia, también se reunieron con el presidente del Colegio, para presentar las propuestas de su programa electoral y recabar del colectivo de la Enfermería sus inquietudes y necesidades.

En la reunión han manifestado que entienden y defienden el Sistema Sanitario y el Estado del Bienestar desde la promoción de la salud. Asumen la importancia de la Enfermera Escolar y la figura de la Enfermería en la llamada Ley de la Dependencia (comparten que la Enfermería es insustituible en el mantenimiento en el domicilio como medida de ahorro para el gasto sanitario). Así mismo, destacan que es necesario ampliar la cobertura en cuanto a la promoción de la salud y reclaman que los miembros del equipo sanitario deberían dar su opinión. En este sentido piden de las enfermeras y los enfermeros que aporten ideas ya que se consideran un partido abierto y receptivo e implicado en el mantenimiento y desarrollo del Estado del Bienestar.

El Colegio está convencido de que los partidos políticos han recogido estas propuestas de la profesión enfermera de cara a la nueva legislatura y espera que cumplan con ellas.

## Aprobada la Estrategia española sobre Discapacidad 2012-2020

Se trata de un marco de referencia integral y directriz para el desarrollo de todas las políticas públicas en materia de discapacidad.

El objetivo es facilitar que las personas con discapacidad puedan disfrutar de todos sus derechos de forma efectiva y real.

El Consejo de Ministros ha aprobado la Estrategia española sobre Discapacidad 2012-2020 con el objetivo de servir de marco de referencia y directriz de todas las políticas públicas que se desarrollen en nuestro país en materia

de discapacidad con una visión integral de las mismas. La Estrategia sobre Discapacidad 2012-2020 se asienta sobre los principios de no discriminación, igualdad de trato ante la ley e igualdad de oportunidades, vida independiente, normalización, accesibilidad universal, diseño para todos, diálogo civil, transversalidad de las políticas de discapacidad, participación, responsabilidad pública, integralidad y extensividad, eficiencia y eficacia, economía de la discapacidad, sensibilización e imaginación y creatividad.

## La SEVAP incorpora a su Junta de Gobierno a Dña. Yolanda Ochando Claramunt, como nueva vocal de matronas

### ¿Desde cuándo eres Matrona?

Durante los años 1990-1993 cursé la diplomatura de Enfermería en la Universidad de Valencia.

En el año 1994 se reinició la formación de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Tras realizar el examen EIR en el año 1995, pude acceder a la especialidad que realicé en la Unidad Docente de Matronas de Valencia, más concretamente en el Hospital General de Valencia.

Mis compañeras y yo fuimos la 2º promoción de matronas que se formaron con el nuevo programa formativo.

### ¿Cuándo empezaste a trabajar como matrona? ¿Donde desarrollas tu actividad profesional actualmente?

Empecé a trabajar como matrona en el año 1998 nada más terminar la Especialidad y hasta el momento. Actualmente trabajo en el Hospital de Sagunto.

### ¿Has Tenido oportunidad de trabajar en Atención Primaria?

Sí, mi primer contrato como matrona fue en Atención Primaria, en el Centro de Salud Virgen de la Caridad de Cartagena (Murcia), donde residí durante un año. La experiencia fue muy gratificante. La relación con la mujer gestante es muy cercana y a través de los meses vas acompañándola y guiándola hacia su nueva etapa vital..... la maternidad.

### ¿En que otros lugares has desarrollado tu actividad profesional?

Tras este primer año me trasladé a Madrid y allí desarrollé mi labor profesional en atención especializada. Trabajé en el Hospital Fundación Alcorcón durante 1 año y en el Hospital Universitario de la Paz durante 8 años.

### ¿Cómo es la experiencia de trabajar en un hospital tan grande como el Hospital de la Paz?

Hay que reconocer que al principio fue una experiencia muy dura, ya que es un Hospital muy jerarquizado, con una gran presión asistencial en los años 2000-2008. Éramos el Hospital de Europa con más partos al año, cerca de 10.000 al año.

Por otro lado, me siento muy orgullosa de haber trabajado allí porque he tenido la oportunidad de adquirir mucha experiencia y de conocer a muy buenos profesionales.

### ¿Qué otras actividades profesionales has realizado?

Durante 5 años tuve la oportunidad de colaborar con la docente de Matronas de Madrid como tutora de residentes. Fue una experiencia muy interesante y gratificante.

### ¿Qué echas en falta en tu profesión?

Mayor apoyo a la investigación en enfermería, pues de ella depende en buen grado el desarrollo de la profesión. La mayoría de las veces que una enfermera o matrona quiere asistir a un congreso tiene que pagarlo de su bolsillo. EL esfuerzo económico para estar al día en esta profesión es muy grande.

Este no es nuestro único obstáculo; La asistencia a cursos y congresos es un derecho que no siempre se respeta. La asistencia a cursos y congresos debería estar incentivada por las gerencias de área para revertir después en una mayor calidad y estandarización de los cuidados.

### ¿Animarías a que los compañeros Enfermeros intenten realizar tu especialidad?

Desde luego que sí. Actualmente hay una oferta importante de especialidades y bajo mi punto de vista todas son interesantes y muy necesarias.

### ¿Qué es lo que te ha motivado a aceptar el puesto de vocal de matronas dentro de nuestra sociedad?

Poder representar al colectivo de matronas en esta sociedad es un nuevo reto para mi.

Espero poder ayudar al desarrollo de la especialidad de matrona en atención primaria.

### ¿Algo que añadir Yolanda?

Quisiera invitar a mis compañeros de especialidad a unirse a esta sociedad científica, con el fin de "Hacer visible" lo imprescindible de nuestra especialidad en el contexto de la atención primaria. La matrona no puede desaparecer del equipo de Atención Primaria ya que es el profesional más especializado en la promoción de la salud de la mujer durante su ciclo vital. En mi opinión debemos hacer valer nuestros puestos de trabajo, con esfuerzo y desde la calidad y excelencia en nuestra labor.

Un saludo a todos.



# Sanitat implantará cinco programas terapéuticos en cada Unidad de Salud Mental e incorporará nuevos recursos

La conselleria de Sanitat implantará, al menos, cinco programas psicoterapéuticos en todas las Unidades de Salud Mental de la Comunitat.

En concreto, se implantarán programas para el abordaje del trastorno mental grave y común, de atención domiciliaria, programas de atención a los cuidadores de personas con trastorno mental grave y de coordinación con los centros de atención primaria.

El proyecto ha sido expuesto por el conseller de Sanidad, Luis Rosado, durante la inauguración de la Jornada del Día de la Salud Mental, bajo el lema 'Afronta el reto, colabora en la mejora de la Salud Mental', organizada por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Rosado insistió en "trabajar instituciones y asociaciones de forma coordinada para que la incorporación a la sociedad del enfermo mental sea integral, para intentar que se vea lo más mínimamente afectado su entorno laboral y familiar".

El conseller ha indicado que "la salud mental es una línea prioritaria de la conselleria de Sanitat. Así pues, nuestra política general, en materia de salud mental se enmarca dentro del Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud, del III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013 y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, un documento del que la Comunitat Valenciana fue corredactora".

Se potenciará el uso en salud mental de las nuevas tecnologías, creando un portal corporativo para salud mental. Se creará una línea específica monográfica de salud mental en la EVES. Se concluirá la protocolización del ingreso involuntario para aquellos pacientes con Trastorno Mental Grave que así lo requieran terapéuticamente para Castellón y provincia de Alicante completando así toda la Comunitat Valenciana.

## Recursos asistenciales de salud mental en la Comunitat

La estructura organizativa de la AVS de la Conselleria de Sanitat, actualmente en 24 departamentos de salud, facilita un modelo de gestión más eficaz, eficiente y cercano al ciudadano, mediante un enfoque biopsicosocial que garantice la continuidad de cuidados y siempre próximo al entorno del paciente.

De los 1.300 centros, servicios y unidades con que está dotada asistencialmente la red sanitaria pública valenciana, 180 unidades, es decir, más de un 12 %, se destina a la atención de los problemas de salud mental.

De esas unidades 131 tienen un carácter ambulatorio y 49 hospitalario, lo que supone un incremento del 21% respecto a los recursos existentes en 2006, cuando eran 149 unidades (116 de ámbitos ambulatorio y 33 hospitalario).



En cuanto a los recursos humanos, en la actualidad la Comunitat Valenciana cuenta con 295 psiquiatras, 156 psicólogos y 260 enfermeras.

El conseller ha recordado la colaboración interinstitucional que existe en materia de salud mental, "como demuestra la colaboración entre las consellerias de Sanidad y Bienestar Social y la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con enfermedad mental de la Comunitat Valenciana (FEAFES), para garantizar la continuidad de cuidados de personas con trastorno mental", ha indicado Rosado.

Esta colaboración se refleja también con la creación del Consejo Asesor de Salud Mental, en el que participan todos los agentes implicados en el problema, que favorece el asesoramiento en esta materia y garantiza el conocimiento por parte de la sociedad civil de las actuaciones que se desarrollan en materia de atención y prevención de salud mental.

Se potenciará el uso en salud mental de las nuevas tecnologías, creando un portal corporativo para salud mental.

En cuanto a las ayudas y subvenciones concedidas por la conselleria de Sanitat en materia de salud mental, a lo largo de 2011 ha otorgado 60.000 euros a 10 proyectos de investigación y promoción de la salud; 239.000 euros para actuaciones de promoción a la salud mental; y 929.100 euros en concepto de ayudas a 15 asociaciones.

## MEMORIA ANUAL 2011

### Renovación del certificado de calidad AENOR

Por quinto año consecutivo, el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia obtiene el Certificado de Empresa por la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR), de acuerdo a la norma UNE-EN ISO 9001:2000.

Con la renovación de la certificación, se sigue garantizando la calidad en la formación impartida por el Colegio de Enfermería, adecuada a las demandas profesionales.

El área de calidad constituye, en el seno del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, un equipo de estudio y promoción de la mejora de la calidad en la práctica de la enfermería.

### Matrícula on-line

A través de la página web del colegio [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org) existe un banner para poder matricularse de forma on-line de los cursos ofrecidos por el Colegio. Una vez matriculado de algún curso, debe imprimirse el resguardo.

“La inscripción a los cursos organizados por el Colegio, **sólo podrá ser a través de la web** (en el banner diseñado al efecto en nuestra página web [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org)), no podrá ser ni por teléfono ni personándose en las oficinas del Colegio. Para las/os colegiadas/os interesadas/os que no dispongan de ordenador, o acceso a internet, en la Biblioteca del Colegio hay ordenadores a su disposición para formalizar las inscripciones.”

### Oficina Virtual

El Colegio Oficial de Enfermería de Valencia pone a su disposición la Oficina Virtual a través de la cual se pueden gestionar altas, bajas, actualizaciones y reclamaciones vía Web.

Para gestionar bajas y reclamaciones tiene que rellenar el formulario, guarde el documento generado y adjúntelo a través de nuestra aplicación. Recuerde que deberá justificar el motivo de la baja mediante un correo, un fax o presentándose en el colegio. En caso de reingreso, deberá presentarnos el documento que justifica el pago.

Las opciones que te permiten hacer desde esta nueva Oficina Virtual son:

- Altas de Colegiados
- Bajas de Colegiados
- Reclamaciones
- Actualización datos Colegiados
- Reingreso de Colegiados

### Valencia acogió las IV Jornadas Nacionales de Enfermería en Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos representan una mejor calidad en la atención prestada a los enfermos al final de la vida. Con esta filosofía, Valencia ha acogido las IV Jornadas Nacionales de Enfermería en Cuidados Paliativos que se celebraron los días 10 y 11 de marzo, en el Hotel Ayre Astoria Palace de Valencia.

Más de 300 profesionales se han dado cita con el objetivo común de reencontrarse e intercambiar experien-

cias y opiniones sobre su trabajo diario con los pacientes y sus familiares. Bajo el lema de ‘Juntos hasta el final’, la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos ha organizado unas jornadas que han plasmado el alma de la asociación intentando acercar la visión del trabajo diario de los profesionales.

La Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AEPAL) representa una ventana abierta al bienestar y la calidad de los pacientes en la última fase de su vida cuando necesitan atenciones y un gran apoyo físico y psicológico.

### La Conselleria de Sanitat convoca las 500 plazas de Enfermero/a de la OEP 2007

El DOCV nº 6507 de 26.04.2011 publica:

RESOLUCIÓN de 24 de marzo de 2011, del director general de Recursos Humanos, por la que se convoca concurso-oposición para la provisión de vacantes de enfermera/o de instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad.

La convocatoria corresponde a la Oferta de Empleo Público de 2007. El Colegio Oficial de Enfermería de Valencia manifiesta su extrañeza ante esta convocatoria, dado que están pendientes de resolución definitiva tanto la OEP de 2005 como el Concurso de Traslados, así como por el hecho de que desde la Conselleria se haya venido informando repetidamente que la apertura de este importante proceso selectivo (afecta a la cantidad de 500 puestos de trabajo de profesionales de Enfermería) no se producirá hasta la resolución definitiva de los anteriores.

Toda la información del proceso está a vuestra disposición en la sección [Noticias](#) y [Empleo Público](#) de nuestra web: [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org)

### 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 trabajado 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”.

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.

## El Colegio sigue apostando por la docencia y formación a través de numerosos cursos y talleres

A lo largo de este año se han ofrecido numerosos cursos y talleres de formación postgrado con el fin de actualizar los conocimientos enfermeros.

Durante el primer trimestre se han realizado más de diez cursos, entre los que cabe destacar un curso sobre cómo escribir un artículo científico, además de varios talleres sobre educación en asma, sondaje vesical y actualización en vacunas, entre otros.

El segundo trimestre, siguiendo con la misma línea de formación, se prepararon ocho cursos: taller de suturas quirúrgicas, taller de formación en materiales de seguridad biológica, taller RCP, etc...

Y para este último trimestre del año, se están llevando a cabo diversos cursos, como por ejemplo: curso de naturopatía, curso-taller de trastornos de la conducta alimentaria, curso de atención a personas en situación de dependencia y curso de herramientas básicas para la gestión de enfermería...

También se han organizado otras actividades para el colectivo de matronas y nuevos cursos de preparación de las pruebas de la JQCV, valencià on-line aula virtual.

Toda esta gran variedad temática ha resultado ser de gran aceptación y éxito entre los colegiados. El profesorado que imparte los cursos está formado por profesionales de enfermería capacitados para ofrecerles conocimientos fruto de su dilatada experiencia profesional y de su creciente interés por la docencia.

## Publicado nuevo libro: Escribir y publicar en Enfermería

Con la incorporación de la Enfermería en la universidad se completó un proceso de profesionalización que en estos momentos y después de unos años de incertidumbre y diferentes propuestas ha proporcionado la posibilidad a los profesionales de la Enfermería de obtener los mayores niveles académicos que la universidad puede proporcionar en la actualidad, el Master y el Doctorado.

La adquisición de estos niveles académicos exigen el desarrollo de destrezas relacionadas con la comunicación, entre ellas la escritura de trabajos de investigación y ensayos científicos relacionados con la aplicación y desarrollo de los

conocimientos de Enfermería. Con este libro se he pretendido solucionar, en parte, una carencia de los profesionales actuales y contribuir al desarrollo de las destrezas de comunicación y escritura de los futuros profesionales que se encuentran actualmente en las universidades.

Jordi Piqué Angordans  
Ramón Camaño Puig – Carmen Piqué Noguera

NOTA: Podéis consultar dicho libro en la Biblioteca del Colegio.



## Registro Nacional de Profesionales Sanitarios

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad inició el pasado 28 de septiembre el trámite de audiencia del proyecto de real decreto por el que se crea y regula el registro nacional de profesionales Sanitarios. La creación de este registro, que se integrará en el sistema de información del Sistema Nacional de Salud (SNS), se configura como un instrumento nuclear de información de los recursos humanos en el ámbito sanitario.

Con este proyecto de real decreto se quieren sentar las bases para disponer de una herramienta fundamental en la planificación de los recursos humanos que contribuya a la mejora en la realización de estudios prospectivos de oferta-demanda. El registro de profesionales sanitarios tendrá las siguientes funciones:

- a) Registrar los datos relativos a los profesionales sanitarios incluidos en su ámbito.
- b) Suministrar a los órganos competentes de la Administración sanitaria los datos que figuren en el registro y que son

necesarios para la planificación y gestión de los recursos humanos, de manera directa, o previo tratamiento estadístico de los datos.

- c) Integrar en el sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud los datos relativos a los profesionales sanitarios.

El Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad adoptará las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de la información contenida en el registro de profesionales sanitarios, así como su utilización con fines exclusivamente estadísticos, científicos y/o sanitarios.

No obstante, el proyecto de real decreto establece que tendrán carácter público los datos del registro referidos a nombre, titulación, especialidad, lugar de ejercicio, y en su caso, categoría y función del profesional. La implantación del registro nacional de profesionales sanitarios se realizará en el plazo de seis meses contados a partir de la entrada en vigor del real decreto.

## Representantes de la Sociedad Valenciana de Reumatología presentan al Colegio el pre-programa de su XV Congreso



El presidente del Colegio ha recibido a representantes de la Sociedad Valenciana de Reumatología, quienes presentaron el pre-programa de su XV Congreso, que se desarrollará los próximos 2 y 3 de marzo de 2012 en Alicante. Está previsto que este Congreso haga un especial hincapié en el papel de la Enfermería en los cuidados de Reumatología.

En este encuentro, el Dr. Javier Calvo Catalá, presidente de SVR y jefe del Servicio de Reumatología del Hospital General de Valencia y nuestro presidente, D. Juan José Tirado Darder, han valorado las funciones de la Enfermería en la atención reumatológica. Así mismo, acordaron iniciar una colaboración entre la SVR y el Colegio que podría concretarse, entre otras iniciativas, en la fundación de una Asociación de Enfermería en Reumatología integrada en el Colegio.

## Las escuelas de Enfermería pasan a ser Facultades

Las escuelas universitarias de Enfermería y Podología, Fisioterapia y Magisterio de la Universitat de València (UV) han pasado a ser Facultades, según el decreto que publicó ayer el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana. El Diario Oficial de la Generalitat Valenciana ha publicado el decreto 116/2011, de 9 de septiembre, por el cual el Consell autoriza la modificación, por cambio de denominación, de tres escuelas universitarias de la Universitat de València. Desde ahora la Escuela Universitaria de Enfermería y Podología se denominará Facultad de Enfermería y Podología; la Escuela Universitaria de Fisioterapia se dirá Facultad de Fisioterapia; y la Escuela Universitaria de Magisterio Ausiàs Marc cambia su nombre por Facultad de Magisterio.

Así, la única escuela universitaria que queda en esta universidad es la de Ingeniería (ETSE). La Universitat solicitó estos cambios para dar cumplimiento al Real decreto 1393/2007, que introduce una nueva ordenación de las enseñanzas que implica la desaparición de los actuales títulos de diplomado, arquitecto técnico, ingeniero técnico, licenciado, ingeniero y arquitecto por los de grado.

Esta modificación implica que todos los títulos de grado pasan a tener la misma consideración. La anterior clasificación diferenciaba entre Escuelas Universitarias y Facultades, entendiéndose que las primeras se encargaban de la gestión de las diplomaturas e ingenierías técnicas, y las segundas las de los títulos de licenciado, ingeniero y arquitecto.

## Ponga su seguro en las mejores manos y ahorre hasta un 30%

En A.M.A. buscamos lo mejor para usted ofreciéndole siempre **LAS MAYORES VENTAJAS Y LAS MEJORES CONDICIONES**. Por eso ahora podrá aprovecharse de hasta un **30% DE DESCUENTO\*** en la contratación de una nueva póliza con nosotros. **Confíe en A.M.A. Ahorrará en sus seguros. Ganará en tranquilidad.**

# HASTA UN 30% DE DESCUENTO

MÁS INFORMACIÓN EN EL:



C/ Polo y Peyroón, 59  
Tel.: 96 393 70 15 - Fax: 96 393 04 28  
E-mail: coenfermeria@lo-red.com

Infórmese en el **902 30 30 10**, en su oficina  
más cercana o en **www.amaseguros.com**

\*Promoción válida del 1 de junio al 31 de diciembre de 2011



LA FUERZA DE SUS PROFESIONALES SALVAVIDAS

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

## Sanidad inicia el trámite de Real Decreto que regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios por parte de la enfermería

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad inició el pasado día 4 de octubre el trámite de audiencia del proyecto de Real Decreto por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte del personal de enfermería, tanto en los servicios sanitarios públicos como en los privados. Este proyecto de real decreto desarrolla la modificación del artículo 77.1 de la Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios y tiene por objeto regular:



- a) Las actuaciones de los enfermeros en materia de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano.
- b) La elaboración y validación de guías de práctica clínica y asistencial y protocolos para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de los enfermeros.
- c) El proceso de acreditación del enfermero o enfermera como requisito previo y necesario para el pleno desarrollo de sus actuaciones en este ámbito.

Así pues, los enfermeros y enfermeras en el ejercicio de su actividad profesional podrán indicar y usar de forma autónoma todos aquellos medicamentos de uso humano y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica, así como autorizar su dispensación mediante la correspondiente orden de dispensación.

Para que esto sea posible, tanto el personal de enfermería de cuidados generales como el de cuidados especializados deberá contar con la acreditación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

### Comisión de protocolos

Entre otras funciones, esta comisión se encargará de establecer los criterios generales así como la estructura

y contenido mínimo que deben ser recogidos en todos los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, en materia de uso, indicación y autorización de dispensación de medicamentos, así como de determinar el listado de los medicamentos y tratamientos farmacológicos o procesos que pueden incluirse en dichos protocolos y guías.

### Acreditación

De cara a obtener esa acreditación el personal de enfermería interesado deberá demostrar una serie de competencias.

En el ámbito de los cuidados generales:

- Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su indicación, uso y autorización, y los mecanismos de acción de los mismos.
- Conocer la indicación y el uso de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería.
- Indicación y uso de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.

En el ámbito de los cuidados especializados:

- Conocer los principios de la indicación, uso y autorización de los diferentes medicamentos y productos sanitarios en el ámbito de los cuidados especializados.
- Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos, en el ámbito de los cuidados especializados.
- Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo, en el ámbito de los cuidados especializados.

El proyecto de real decreto también prevé la creación de un registro de enfermeros acreditados, en el que quedarán inscritos los enfermeros que reciban la acreditación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Prevé la creación de un registro de enfermeros acreditados, en el que quedarán inscritos los enfermeros que reciban la acreditación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

## Ya viene “el lobo” y no es el del turrón

Bien, como ya venía anunciando desde hace...un año y pico??? Ya tenemos en nuestra Comunidad la nueva especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC).

Si compañeras (daros por incluidos los varones porque hasta que no se incluya en la RAE, sois matronas también), tal y como os dije en la última revista, este año no nos libramos de las plazas de EFyC en nuestra Comunidad. En concreto, salen 25 plazas (11 en Alicante, 6 en Castellón y 8 en Valencia). De las 8 de Valencia, y para las que estéis interesadas, 2 en el Departamento del H. Dr. Peset, 2 en el Departamento del H. L. Alcanyís (Xàtiva), 2 en el de H. Arnau y 2 en el del H. General Universitario.

En principio, me alegro por las compañeras/os que vayan a optar por esta especialidad, tal y como está el asunto, siempre será más fácil tener un puesto de trabajo si eres especialista, aunque la realidad es que, nosotras somos las únicas que tenemos asignados los puestos en correspondencia a nuestra formación, pero...todo llegará.

Por otro lado, me siento triste porque (y esto es una opinión personal) no se ha movilizad el colectivo. Ya sé que dependía de la Comisión Nacional de Especialidades y que allí no han podido hacer nada, y a las pruebas me remito, y que solo la Asociación Española de Matronas puso un recurso que se resolverá, Dios sabe, pero la pregunta es ¿Qué hemos hecho nosotras?

Yo represento a un colectivo pero si el colectivo “no tiene nada que decir” ¿qué voy a decir yo, sino es a título personal?. No hemos ofrecido la menor resistencia, no sé, siquiera, desconozco vuestro sentir, nadie se ha dirigido a mí o al Colegio para mostrar la más mínima preocupación.

Cuando luego os encontréis con la realidad en vuestros paritorios, en vuestra consulta de Atención Primaria, o cuando se amorticen plazas de primaria y se sustituyan por estos especialistas (multifunciones), ¿qué haremos?, como siempre “quejarnos” sin haber hecho nada. Y digo nada, porque por lo menos aunque el final fuera el mismo, que supieran que no estábamos de acuerdo en que otros especialistas tuvieran parte de nuestras competencias profesionales, que por lo menos supieran que era un “terreno difícil” donde se iban a meter, en fin, algo de ruido. Pero no, lo triste de la realidad es que este colectivo “no ha hecho nada”.

Y ahora, ¿qué haremos cuando lleguen? pues...no sé daros la respuesta, posiblemente quede a nivel personal lo que cada una vaya a hacer, desde luego a nivel institucional no se puede hacer nada, tienen sus derechos como EIR.

Esto se enlaza con la situación que desde Consellería se ha anunciado, que no convocará más Oferta Pública de Empleo (OPE) para el 2012 y posiblemente más. Eso quiere decir, que las que están convocadas ahora, que son las del 2007, si se harán pero, posiblemente, sean las últimas en mucho tiempo y luego no sé que pasará con las matronas de AP.

Bien, siento mucho el tono de este artículo, sobre todo, vísperas de Navidad, pero es la realidad que tenemos,



amén de que la paga vendrá rebajada, y no todos puedan comer “jamón de jabugo”, o irse a “esquiar”.

No obstante, compañeras, no perdamos la ILUSIÓN por nuestro trabajo, es lo único que no nos pueden recortar, ni debemos dejarnos, al fin y al cabo, las mujeres y familias a las que atendemos, no son responsables de todo esto y se merecen lo mejor de nosotras en este momento tan importante de sus vidas como es el tener un hijo y formar una familia, se merecen que seamos unas “Excelentes Profesionales” a pesar del momento de crisis socio-económica.

Tener unos principios éticos y deontológicos, te hace estar “a prueba” de cualquier crisis, porque por encima del valor del dinero, está el valor de la vida, y por ello, de un “BUEN NACIMIENTO” y eso conlleva que nosotras, las matronas, demos lo mejor que podemos dar en cada momento para que eso sea así.

Para finalizar, comentar que para el próximo año, espero poder hacer actividades formativas nuevas de las que ya os daré más información.

Bueno, compañeras, de todo corazón, os deseo paséis unas FELICES FIESTAS en compañía de vuestras familias, sobre todo, con SALUD, que es lo mejor que podemos pedir para el 2012.



EL ILUSTRE COLEGIO DE ENFERMERÍA DE VALENCIA Y  
LA ASOCIACIÓN DE JUBILADOS DE ENFERMERÍA "SAN JUAN DE DIOS"

## El próximo día 4 de marzo de 2012 celebrarán la festividad de San Juan de Dios

Planificación de actividades para este último trimestre del año y primero del próximo 2012.

Para el próximo día 20 de Diciembre, como cada año, haremos una comida de hermandad a la que pueden asistir todos los colegiados honoríficos del Colegio (jubilados). Esta comida la pagamos entre todos, aunque el Colegio nos aporta una cantidad para ayuda a sufragar algunos gastos.

Tenemos previsto celebrar el día de **San Juan de Dios el próximo 4 de Marzo, domingo**, estamos pendientes de confirmar el sitio, esto lo haremos en su momento enviando una circular a todos:

Los actos de este día, comenzarán con una santa misa ofrecida por el eterno descanso del alma de los difuntos habidos el año 2011, comida de hermandad, en el lugar que ya indicaremos, y entrega de los trofeos de Wii, bolos, golf y tenis.

**Entrega de los premios de fotografía Justo Serna**, cuyo concurso queda abierto para todos los jubilados que deseen participar, las bases del concurso serán: un máximo de 2 fotografías tamaño 30 por 40 en color o blanco y negro, la fecha máxima de entrega será el 31 de Enero de 2012.

**Entrega de los premios de literatura Rodolfo Bordeta**, cuyo concurso queda abierto para todos los jubilados que deseen participar, el tema será libre, aunque sería muy interesante que los temas tuvieran relación directa con la historia de nuestra profesión, con un máximo de cinco

hojas din A4 por una sola cara, el escrito será en verso o prosa, la fecha máxima de entrega será el 31 de Enero de 2012.

Para la festividad de San Juan de Dios, como en otros años, se nombrarán **COLEGIADOS DE HONOR** a aquellos compañeros/as que hayan destacado por sus meritos tanto profesional como personalmente.

Este año va a haber una innovación para San Juan de Dios, el Ilustre Colegio de Enfermería de Valencia, representado por su Presidente D. Juan José Tirado Darder, va a imponer una insignia a los Colegiados con cincuenta años en activo en el Colegio de Enfermería de Valencia.

También se continúa practicando taichí, que como tantas veces hemos dicho aumenta el equilibrio y disminuye las caídas, muy importante a nuestras edades ya que son las responsables de muchas de las fracturas producidas por pérdida de equilibrio.

Como es mi primer año de Presidente de esta gran Asociación de Jubilados de Enfermería de Valencia, y esta revista va a llegar a vuestras casas para mediados de Diciembre, quiero deseáros de todo corazón y sobre todo en nombre de la Junta que tengo el honor de presidir, una Feliz Navidad y una buena entrada de año 2012. FELICES FIESTAS.

Francisco Soto Hernández

## Empiezan los cursos de inglés e informática

Este año, tanto el curso de inglés como el de informática básica han comenzado con mucha fuerza. Verdaderamente, esto nos llena de satisfacción; las aulas están llenas y quedan compañeras/os en espera de otro curso para poder hacerlo. Es cierto que teníamos las ideas claras en este aspecto, pero han superado en número nuestras expectativas, no obstante no hay nada que no se pueda solucionar con buena voluntad, y la hay, tanto por parte del Colegio, como por la nuestra.

Cada año cuando acaba el curso de informática, tengo la satisfacción de ver que compañeros /as que no sabían nada de ordenadores, la mayoría ni encender y apagar el ordenador, salen sabiendo entrar a páginas web, al correo electrónico, E-mail. Lo suficiente para poder defenderse y continuar aprendiendo pero ya con una base. Esto es lo que me hace comenzar cada año a impartir nuevos cursos, a pesar del sacrificio y el trabajo que supone hacerlo.

Francisco Soto Hernández - [pacosotoprofe@gmail.com](mailto:pacosotoprofe@gmail.com)



## Homenaje a nuestras mayores: vicepresidenta y vocales más veteranas



Doña Amalia Amorós Guerrero, Vicepresidenta.



Doña Francisca Carrasco Pérez, Vocal I.

El pasado día 26 de Octubre la Junta General de Jubilados de Enfermería de Valencia "San Juan de Dios", acordó por unanimidad homenajear a las componentes de la Junta más veteranas, con más experiencia, a las que todos tenemos un gran cariño y respeto. Ellas son: Doña Amalia Amorós, vicepresidenta; Doña Paquita Carrasco, Vocal I; Doña Concha Masía, Vocal II,; y Doña Ángeles Marco, Vocal III.

Por parte de la Junta de Gobierno del Ilustre Colegio de Enfermería asistieron al acto, su Presidente de Honor, D. Francisco Mulet Falcó, y el tesorero, D. Antonio Núñez Hernández.

Se les hizo entrega de un ramo de flores, en nombre de la Asociación de Jubilados y Pensionistas de Enfermería de Valencia. El motivo es para demostrar a nuestras Mayores, que estamos orgullosos de que continúen en activo, desea-

mos que sepan que las queremos tal como son, con sus años y su experiencia; y como no, su presencia en todas las Juntas, pues son siempre las primeras que llegan, son un regalo, un regalo del señor, son un ejemplo a seguir, lógicamente y hablo por mí, me dan fuerza para seguir haciendo esta labor.

Siempre sonrientes, amables, practican taichí, todas han hecho el curso de informática, manejan el correo electrónico E-Mail, participan en los juegos de Wii, Bolos, Tenis y Golf, pretendemos que cada día seamos todos un poco más felices.

Gracias compañeras por ser como sois, gracias, muchas gracias.

**Francisco Soto Hernández**  
Presidente de la Asociación de Jubilados del Colegio  
Oficial de Enfermería de Valencia



Doña Concha Masía Lluna, Vocal II.



Doña María de Los Ángeles Marco Rodríguez.

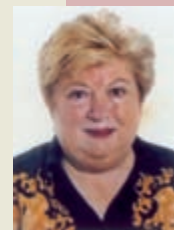
## inmemoriam

### En recuerdo de Fina Montesinos Beltrán...

Ha fallecido Fina Montesinos Beltrán, era comadrona, de carácter afable, amable y cariñosa, buena compañera y mejor amiga. Muy trabajadora y respetuosa con todos. Se ha ido dejando un gran recuerdo en nuestros compañeros, descanse en paz. Ha emprendido otro camino, pero dejando sus pasos como ejemplo de una vida y de una conducta inolvidable por

su cariño hacia los demás y su amor a su profesión. Nuestro más sentido pésame para todos sus familiares, ofrezcamos una oración por el eterno descanso de su alma. Querida Fina, siempre estarás en nuestro corazón...

Amiga y compañera, Montserrat Temple Aroza



## La enfermería, motor esencial para la supervivencia del pueblo saharauí

Una gran diferencia entre la noche y el día en los campamentos de refugiados saharauíes de Tindouf, en el sur de Argelia: la noche, cálida en todos los sentidos, un silencio profundo y respetuoso y un cielo estrellado sin un ápice de contaminación ambiental ni lumínica que nos permitiera admirar la belleza de cada una de las estrellas que aprendí a diferenciar gracias a Silvia y Manolo.

El día, extremadamente caluroso, con un sol inclemente que ciega y quema con una media superior a los 45 grados centígrados y que hace que desde las 12 de la mañana a las 18 horas parezca que todo queda en silencio porque salir a la calle es un verdadero suplicio y un claro riesgo para la salud.



Un pueblo orgulloso de sus orígenes, el Sahara Occidental, el que otrora fuera español, y que no quiere renunciar a sus raíces españolas, pero especialmente humilde y modesto, aceptando en todo momento la colaboración y la ayuda que cualquier país, pero especialmente España, sin rencor por la historia, pueda facilitarles para continuar "sobreviviendo" y esperando la justicia internacional que no llega

tras los más de 36 años de exilio forzado como consecuencia de la ocupación de Marruecos de un territorio que aún lleva el nombre de Sáhara Occidental. Un territorio especialmente rico por sus fosfatos y por la gran costa pesquera, productos que desde entonces y no sabemos hasta cuando están siendo ilegalmente explotados por el gobierno marroquí.

Niños en el colegio, con los pupitres y material escolar que les llegan de la ayuda internacional, pobres materialmente pero especialmente ricos de espíritu, sonrientes, alegres y felices con sus juegos, que nos acogen con un cariño especial y con una mirada que refleja la esperanza de un futuro que no ven llegar. Son los que consiguen vencer a la gran mortalidad neonatal, que aun no está determinada epidemiológicamente pero que según todas las fuentes llega a superar el 45%.

Niños que viven en familia pero que una gran mayoría de ellos, más del 35 % presentan una anemia ferropénica, como consecuencia de una mala alimentación desde su nacimiento. Niños que desde pequeños presentan problemas respiratorios similares al asma, porque desde su nacimiento respiran la agreste arena del desierto, que es la verdadera causante de la silicosis del adulto. Niños que solo pueden estudiar en la escuela los estudios primarios porque sus profesores no están capacitados para ofrecerles una enseñanza secundaria de calidad, y que abandonan sus familias para estudiar en Argelia, Libia o Cuba.

Son los niños que desde hace años viajan a España con sus "vacaciones de paz" para huir del aplastante calor de Julio y Agosto y que gracias a la solidaridad de muchas familias españolas, pueden conocer un mundo totalmente diferente. Pero a pesar de ello, tras estos dos meses de vacaciones están deseando volver a vivir con sus familias.

La crisis económica que a todos nos afecta, también afecta a estos niños, porque desde hace dos años han disminuido las familias que los quieren acoger durante los meses de más calor en ese inhóspito desierto donde les ha tocado vivir por el olvido de la comunidad internacional.

Sus padres y hermanos, los adultos de los campamentos, nos acogen con un cariño especial en sus propios hogares, jaimas y casas de adobe fabricadas por ellos mismos, y con una esperanza que nosotros no podemos hacer realidad, pero que vemos en sus profundas miradas. No piden comida ni dinero, y ni siquiera comodidades. Solo piden comprensión y ayuda para que los niños puedan estudiar junto a sus familias y para que puedan tener una mejor salud, que algún día les permita conocer a sus abuelos, de los que hoy no pueden disfrutar, sencillamente porque ahora no llegan a vivir los años necesarios.

Los dispensarios o consultorios, atendidos por profesionales de enfermería con una limitada capacitación profesional, no cuentan con los mínimos recursos necesarios y cuando los hay, en muchas ocasiones no funcionan adecuadamente. Cuatro hospitales regionales y un hospital nacional, que

carecen de todo, incluso de la "actitud necesaria" por parte de los profesionales sanitarios para que pudieran funcionar mejor. Aparatos de rayos y ecógrafos que no funcionan arrinconados a la espera no sabemos de qué, falta de higiene y limpieza que según el Director del Hospital Nacional se debe a que todos los que trabajan en este campo son voluntarios y se cansan de no recibir honorarios ni motivación...

Pero un Gobierno, con un Primer Ministro y unos Ministros de Sanidad, de Educación y de Cooperación que con toda nobleza y humildad, aceptan nuestras críticas constructivas y nos piden ayuda, especialmente en formación, para que los profesores puedan impartir la enseñanza secundaria a los niños y para que los profesionales de enfermería puedan tener una capacitación lo más adecuada posible para hacerse cargo de la salud de la población, ya que solo cuentan con 8 médicos para las más de 200.000 personas que tratan de ver la luz cada día en los campamentos de refugiados de Tindouf, y que no disponen de los medicamentos necesarios para tratar a los hipertensos y diabéticos, solo por cuestiones burocráticas.

Esta es la fotografía que conservaré durante mucho tiempo en mi retina y mi corazón y que sin duda suscribirán mis compañeros de expedición: Silvia Arias, Directora de la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación, Rosalía Aranda, Decana de la Facultad de Formación de Profesorado y Educación, Julio Ancochea, Coordinador de Ciencias de Salud, José Manuel García de la Vega, Director del Departamento de Química Física Aplicada y Liuva González del Área de Voluntariado Internacional, todos ellos de la Universidad Autónoma, que era quien coordinaba y lideraba esta expedición humanitaria y un gran experto en estas lides como es mi compañero de fatigas en Haití, José Manuel Solla Camino, Presidente de la Fundación SEMG Solidaria.

Llegamos a los campamentos de refugiados en nombre de la Comunidad Autónoma de Madrid, cuyo Gobierno financia este importante programa de formación para los profesores y los profesionales de enfermería, y en el que están totalmente implicadas las seis Universidades Públicas de Madrid.

Ahora, nos toca trabajar a todos. A todos los que nos hemos implicado formando la Alianza Sáhara Salud y a todos aquellos que quieran unirse a esta iniciativa para ayudar a salir del "agujero" al pueblo saharauí. Necesitaremos voluntarios, profesionales de la educación y profesionales de enfermería que quieran ofrecer su experiencia, su tiempo y parte de su vida personal y familiar, a un proyecto que ahora nace con una gran ilusión y que a buen seguro pronto llegará a buen puerto.

Cualquier profesional de la salud, de enfermería o medicina que quiera ayudar a esta nueva Alianza, lo podrá hacer, sea o no de la Comunidad de Madrid, porque este es un proyecto humanitario que no tiene ningún tipo de barreras ni fronteras. Formaremos a profesionales de enfermería,



que sin duda serán el verdadero motor del cambio en sus indicadores de salud y enfermedad.

Lo único que se necesita es querer y recordar que "no hay mayor error que no hacer nada en la vida porque solo se pueda hacer un poco". Ese "poco", seguro que sabrá agradecerlo el pueblo saharauí, pero sobre todo los niños con los que he podido convivir estos inolvidables días; esos niños que nos han sabido transmitir su "mirada hacia la esperanza", sin olvidar el alto precio que están pagando por el "sueño de su libertad".

Dr. Jesús Sánchez Martos  
Catedrático de Educación para la Salud  
Universidad Complutense de Madrid



## El efecto beneficioso de los abrazos

### “Abrazar es cuidar”

Como cada año, y una vez empezada la materia de neurología me propuse hacer una “pregunta al aire” a mis alumnos de la 9ª promoción de diplomados en Enfermería de la Universidad CEU Cardenal Herrera. Las preguntas “al aire” son cuestiones que planteo en un momento dado de la clase, relacionadas con la materia y que al parecer no hay una respuesta clara. Los alumnos deben de responderla individualmente y yo tras su lectura hago un resumen de los contenidos. Tras leer un libro de la hija de un popular personaje televisivo me planteé la misma pregunta que se hacía la autora pero de una forma mucho más crítica y con base en la evidencia científica, y esta fue trasladada a los alumnos **¿Cuánto debe de durar un abrazo para que se produzca un impacto químico cerebral?** Tengo respuestas de todo tipo, desde el alumno que solo responde con un monosílabo hasta el que, tras realizar una concienzuda revisión bibliográfica me entrega todo un dossier sobre el tema. Siempre lo hacen interesante los alumnos, la pregunta es lo de menos, las respuestas enriquecen a los alumnos individualmente, al resto del grupo y a mí mismo, después la comentamos y discutimos en clase. Mis alumnos son mi motivación, son la pieza clave para que cada día siga interesándome por la docencia, ellos sin darse cuenta me mantienen en este duro y competitivo mundo universitario con sus pensamientos, sus preguntas, sus respuestas y su amistad.

San Francisco de Asís, “Santo de los abrazos” recomendaba abrazar para curar, para cuidar, en definitiva para hacer sentir mejor al necesitado.

Nos tocan, los receptores sensitivos que están en la piel (terminaciones nerviosas libres, corpúsculo de Meissner, discos del Merker, terminaciones de Ruffini) envían señales a la corteza cerebral por la vía aferente, que hace que el hipotálamo libere neurotransmisores que se unen a receptores específicos. Se libera oxitocina, vasopresina, dopamina, noradrenalina y serotonina entre otros. En la cultura popular la oxitocina solo la produce la mujer, pero no es correcto; el hombre también produce oxitocina en muchas situaciones, entre ellas, cuando su pareja ha sido gestante, esto hace que el hombre sea más protector, más sensible y empático; a la vez se produce una disminución de testosterona. Los niveles de oxitocina en la mujer son mayores que en el hombre lo que ha dado a pensar a mis alumnos que por esa razón a la mujer le gusta más ser abrazada, con un tipo de abrazo de frente, más duradero en el tiempo “abrazo femenino”, sin embargo al hombre le cuesta más, o simplemente se limita a un

abrazo corto, o de la lado, y con palmaditas en la espalda “abrazo masculino”. El abrazo también hace que disminuya el cortisol, llamada popularmente la hormona del estrés. Pero el simple acontecimiento del abrazo, sin contacto físico, también puede producir el inicio de la liberación de neurotransmisores. También podría suceder que la visión de ver a una persona con los brazos abiertos provocase una respuesta eferente (motora), de aversión y huida, si tal acción no es de nuestro agrado, lo que denominaron “abrazo versus huida”.

La cuestión no solo se centraba en la liberación o no de neurotransmisores, que queda demostrada suficientemente, sino de cuanto tiempo era necesario que durase el abrazo, así me encontré con diferentes respuestas; 6 segundos, 30 segundos, 1 minuto, etc.

También el abrazo nos hace sentir reconocidos por “el otro”, nos produce bienestar, los abrazos también significan perdón, nos dan sensación de calma, actúan sobre el cuerpo y el alma. Por eso, San Francisco de Asís, “Santo de los abrazos” recomendaba abrazar para curar, para cuidar, en definitiva para hacer sentir mejor al necesitado.

A modo de conclusión, y haciendo una crítica constructiva a aquellos que limitan el efecto del abrazo a un número determinado, el tiempo de liberación tras un abrazo es variable. Este depende de muchos factores; perfil de las personas involucradas en el abrazo, afinidad entre ambas, estado de ánimo, fin del abrazo, deseo o no de realizar esa acción de abrazar y como no de recibirla, etc. Lo que si queda demostrado es el efecto beneficioso de los abrazos por lo que nos hemos planteado, y en eso estamos todos de acuerdo, alumnos y profesor, es el de que podríamos recetar abrazos, como enfermeras/os podríamos hacer recetas de abrazos según la necesidad; cada 24 horas (a una hora determinada según requerimiento y necesidad de la persona), cada 12 horas (uno por la mañana al levantarse y otro por la noche antes de acostarse), cada 8 horas (incluiríamos un abrazo tras la comida para poder enfrentarnos a las tareas de la tarde). Eso si, sería un tratamiento a largo plazo, además estamos seguros que los abrazos no tienen efectos secundarios, aunque los que han probado los abrazos no pueden ya dejar de recibirlos. Así pues, ante los problemas que nos plantea la sociedad actual, recetemos ABRAZOS.

*“Abrazar es cuidar”*  
Septiembre de 2011

Alumnos de la 9ª promoción de Enfermería  
Jose Vte Carmona Simarro  
Col.14.314

Universidad CEU Cardenal Herrera  
Moncada, Valencia

## D. Feliciano Motilla López

### Director de Enfermería del Departamento de Salud Valencia-Clinico-Malvarrosa



**“Pocas profesiones pueden llenar tanto el umbral de satisfacción y de una forma tan completa, como la de enfermera/o; por la relación y dedicación con el paciente”**

Tras más de 30 años como enfermero, D. Feliciano Motilla López hace balance de su profesión en esta entrevista. Diplomado en Enfermería desde 1978, su currículum recoge una continuidad en su formación, destacando un Máster en Sistemas de Información Asistenciales, y Gestión y Humanización de los Servicios Sanitarios en la Universidad CEU Cardenal Herrera. Su trayectoria profesional viene marcada por ocupar varios cargos de responsabilidad, como la subdirección del Hospital de Yecla y la Dirección de Enfermería del Hospital Marina Alta de Dénia. Ya en el año 2001 entró a formar parte de la Dirección de Enfermería de Atención Primaria del Área 4; en la actualidad, Departamento de Salud Valencia-Clinico-Malvarrosa.

A través de estas páginas conoceréis a nuestro entrevistado, implicado en estimular y motivar al personal de enfermería en su formación e investigación, así como en buscar fórmulas, herramientas y nuevos modelos de actuación asistencial con el fin de garantizar unos cuidados adecuados y eficaces para incrementar la calidad de vida de los ciudadanos.

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

Decidí estudiar Enfermería de forma casual, ya que yo me encontraba estudiando 2º curso de Bellas Artes y me di cuenta que había perdido el interés por dichos estudios, pues no se correspondía la gran ilusión con la que inicié los mismos y la percepción que sentía en ese momento.

Al mismo tiempo, sentí atracción por los estudios de Enfermería, por medio de un amigo que los estaba iniciando

y por la pasión que sentía cuando me contaba sus experiencias y vivencias; me transmitió ese entusiasmo y decidí iniciarme en la formación de Enfermería.

#### ¿Cree que se equivocó en la elección? ¿Le hubiera gustado dedicarse a otra profesión?

Seguro que no. Creo que ha sido uno de mis mejores aciertos el dedicarme a esta profesión; es más, pocas profesiones

## “En Atención Primaria la gestión necesita de una capacitación importante para poder tomar decisiones de una forma ágil, directa y adecuada”

pueden llenar tanto el umbral de satisfacción y de una forma tan completa, como la de Enfermera por la relación y la dedicación con el usuario/cliente/paciente.

### ¿Dónde realizó los estudios?

Realicé los estudios de Enfermería en la Escuela de ATS de la Facultad de Medicina de Valencia, durante los años 1975-1978, aunque realmente descubrí un nuevo contexto de formación Enfermera durante el Curso de Nivelación DUE, en el año 1981-82 en la Universidad de Valladolid, y desde entonces ha sido una constante la formación y el aprender cosas ligadas a esta profesión.

### ¿Cómo fueron sus inicios laborales?

Uno de mis inicios laborales fue en la Unidad de Quemados del Hospital La Fe. Coincidió que estaba realizando una sustitución de vacaciones cuando ocurrió el catástrofe del camping de los “Alfaques” en Tarragona, lo que permitió que me alargaran el contrato hasta el año siguiente ya que se produjeron muchos heridos que fueron trasladados a la Unidad de Quemados del Hospital La Fe para atenderlos. A lo largo de todo este tiempo pude adquirir un buen nivel de formación y conocimientos técnicos propios de las peculiaridades específicas de este servicio.

### ¿Dónde ha ejercido como enfermero?

Posteriormente, en el año 1980 me adjudicaron la plaza como propietario en el Hospital Río Carrión de Palencia (dónde trabajé en la Unidades de Cirugía y posteriormente en Anestesia y Reanimación). En el año 1982, solicité el traslado al Hospital Virgen del Castillo de Yecla (Murcia); en el año 1988 pasé al Hospital de Dénia; trabajando en diversos puestos de gestión; en el año 1992 me traslado al Hospital Arnau de Vilanova, ocupando el puesto de Supervisor de UDCA hasta que en el año 2001 me proponen acceder a la Dirección de Enfermería de Atención Primaria del Área 4; pasando en el 2005 a formar parte del Departamento de Salud Valencia-Clinico-Malvarrosa.

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

La Atención Primaria, es un área de las más completas y que más me atrae para el desarrollo de la profesión enfermera. La interrelación y comunicación con el paciente es necesaria en intervenciones educativas o cuidados básicos; donde más se aprecia esta conexión Enfermera-Paciente, es en el medio rural.

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

Quizás del lugar que mejor recuerdo tengo, es de los años que estuve en Palencia. Fue una etapa dura, estaba lejos de la familia y de mi tierra, pero con el apoyo de los amigos fue una época muy bonita e intensa.

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

Me he encontrado con muchas dificultades, pero no me ha resultado difícil resolverlas y superarlas. Creo que el personal de enfermería es el profesional que más dificultades encuentra en el entorno sanitario: turnos, formación para el extenso campo laboral, riesgos, capacidad de decisión, etc... Pero a su vez, es el profesional que mejor sabe resolver estas dificultades y adaptarse al medio laboral, sea en cualquier nivel asistencial.

### ¿Cómo se adentró en el mundo de la gestión?

Durante toda mi trayectoria profesional, siempre me han propuesto ocupar cargos de responsabilidad que he ido desarrollando en distintos hospitales y que me han servido para poder desarrollar los conocimientos y experiencia necesarios para el cargo que ocupo actualmente. En Atención Primaria la gestión necesita de una capacitación importante para poder tomar decisiones de una forma ágil, directa y adecuada.

### Actualmente, ¿cuánto personal tiene a su cargo?

Desde la Dirección de Enfermería de Atención Primaria de este Departamento, dirijo y coordino la organización funcional de los servicios asistenciales de unas 300 personas entre: Enfermeras, Matronas, Auxiliares de Enfermería, Fisioterapeutas, Higienistas Dentales, etc...; para una cobertura poblacional de 340.000 usuarios, distribuidos en 16 Zona Básicas de Salud y a su vez, en 32 Centros de Salud; 20 en poblaciones de L'Horta Nord y 12 en zona metropolitana de Valencia.

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

Inicio la actividad a las 8 horas, durante la primera hora, resuelvo la firma, reviso correos, e-mail y la agenda del día; así como las incidencias en los centros y del PAS (Punto Atención Sanitaria) o PAC (Punto Atención Continuada) del día anterior. De 9:30 a 11h recibo visitas programadas, y posteriormente, me reúno con la Dirección Atención Primaria y activo las reuniones de la agenda o visito algunos centros o zona básica, en la que me reúno con los Coordinadores de Enfermería. A las 14 h suelo volver a Dirección para resolver todos los problemas que se han ido acumulando.

Por la tarde, me suelo quedar para programar reuniones o actividades, así como leer y repasar toda la información que llega a Dirección, de forma más relajada.

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

El objetivo básico fue el de consolidar un grupo de Coordinadores en todos los Centros de Salud para poder implantar las líneas estratégicas de la Consellería de Sanitat:

“La enfermería tiene la oportunidad de poder demostrar que es capaz de potenciar los procesos de participación, comunicación, compromiso y confianza entre la población, para poder desarrollar las habilidades necesarias en la consecución de estos objetivos”

- Desarrollo del Plan de Salud.
- Desarrollo de los Programas de Salud.
- Potenciar la Organización y desarrollo de los modelos de Enfermería en los Centros de Salud, tanto para pacientes crónicos como usuarios sanos.
- Potenciar las intervenciones en la Atención Domiciliaria, así como los Programas de Promoción y Educación para la Salud entre la Comunidad y en el entorno escolar.

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

Actualmente se están desarrollando las especialidades de Enfermería Comunitaria dentro de un nuevo marco en la formación de Enfermería en las Escuelas Universitarias; se han convertido en Facultades de Enfermería y existe una nueva proyección en el campo de las especialidades, por lo que en corto espacio de tiempo se verá una evolución en todas las especialidades, tanto en Atención Primaria como en Hospitalaria.

### ¿Cuáles son sus funciones como Director de Enfermería?

Aparte de las funciones que vienen asignadas junto con el nombramiento como son: la organización, planificación, coordinación y evaluación tanto de las actividades asistenciales, formativas y de investigación entre el personal de Enfermería de A.P. de este Departamento de Salud; hay otras funciones de las que normalmente no hablamos, pero que quizás, sean más importantes, como: Estimular, motivar y potenciar la relación de los equipos de trabajo, estableciendo la Unidad Médico-Enfermera, como elemento central integrando al resto de los profesionales y desarrollando el nexo con los pacientes.

### ¿Qué pros y contras encuentra ejerciendo este cargo?

Siempre te encuentras con gente que no acepta a la Dirección de Enfermería, por el simple hecho de serlo; da igual que nivel de gestión realices, pero son los menos. La mayoría de los profesionales de Enfermería, si eres capaz de conectar y motivar, aportan una gran participación en la gestión y una gran satisfacción en la consecución de los resultados.

### ¿Cuál es su valoración a lo largo de todos estos años desde su nombramiento como director de este departamento?

Es una valoración muy positiva, ha habido una evolución muy importante en esta última década. Por un lado, los usuarios de la Red Pública Sanitaria se han vuelto más exigentes, más conocedores de su salud y enfermedad y más dispuestos a elegir, participar y decidir en todo lo correspondiente a su salud y la de su familia; esto es muy positivo, ya que significa que el paciente está más receptivo y con gran predisposición para participar en la solución

de los problemas de su salud y que daría lugar a potenciar partes de intervención en el desarrollo de actividades entre la población.

Pero todo esto nos obliga a mantener un elevado nivel de cualificación profesional, así como un proceso de formación continua, para ser capaces de dar respuestas eficaces y adecuadas a los mismos.

### ¿Cree que los usuarios de la Atención Primaria conocen bien el papel que juegan los enfermeros en el sistema de salud?

Los usuarios conocen y evalúan bien a las enfermeras del Sistema de Salud Pública, tal y como se viene reflejando en las altas calificaciones en las encuestas de opinión de los usuarios que se viene realizando anualmente desde la Dirección General de Atención al Paciente de la Agencia Valenciana de Salud.

### ¿Qué programas de salud se integran en este departamento?

Existe una amplia cartera de servicios en programas de salud por parte de enfermería en este Departamento de Salud.

#### *Programas de control y seguimiento a adultos con procesos crónicos.*

- Pacientes con Hipertensión Arterial.
- Pacientes con Diabetes.
- Pacientes obesos y dislipémicos.
- Pacientes con patologías respiratorias (Asma/Epoc).
- Pacientes polimedicados de largo tratamiento (orientación, información y control).

#### *Programas de prevención y promoción de la salud en usuarios sanos:*

- Inmunización por vacunación en adultos.
- Promoción de hábitos sanos y actitudes saludables.
- Programa mayores 40 años.
- Atención a la mujer (Salud Sexual y Reproductiva).
- Orientación y educación sexual a jóvenes y adolescentes.
- Promoción de la Salud en poblaciones vulnerables (Inmigrantes).
- Atención a personas mayores (Climaterio, Anciano frágil).
- Atención, formación e información al cuidador principal.

#### *Programa de Atención y educación a la comunidad:*

- Educación para la salud a través de medios de comunicación locales.
- Estrategias educativas y de información para adultos y población en general.

#### *Programa de seguimiento y atención a la mujer durante el embarazo:*

- Educación Maternal.



- Talleres de Lactancia Maternal.
- Taller de estimulación precoz al Recién Nacido (RN).

#### *Programa de salud infantil:*

- Control de metabolopatías.
- Vacunaciones infantiles sistemáticas.
- Control en el desarrollo del niño sano.
- Educación para la salud infantil (tanto a niños, como a padres).

#### *Programa de Salud Escolar:*

- Salud Bucodental.
- Examen de salud en niño.
- Revisión y vacunación infantil.
- Promoción de hábitos sanos y actitudes saludables.
- Educación en enfermedades ETS.

#### *Atención domiciliaria: control y seguimiento:*

Actualmente se están desarrollando nuevos programas para la Gestión de los pacientes crónicos con nuevas estrategias de intervención, tanto en la consulta, como en el domicilio; potenciando la figura de Enfermera de Gestión Comunitaria en Atención Primaria y la Enfermera de Continuidad de Cuidados o enlace en el hospital.

#### **¿Considera que las nuevas tecnologías influyen en el tipo de servicios prestados por los profesionales?**

En ningún caso; yo creo que las nuevas tecnologías potencian el protagonismo de la enfermería.

En nuestro Departamento de Salud se viene desarrollando el Programa de Cribado de Retinopatía entre la población diabética en el cual se han incluido la participación de las Aux. de Enfermería, para la realización de la retinografía y por el que se ha conseguido cribar a la

**“El profesional enfermero es quien mejor sabe resolver todas las dificultades que se le presenten y adaptarse al medio laboral, sea en cualquier nivel asistencial”**

población diabética del Dptº. en el espacio de dos años, con sólo 3 puntos de realización de esta técnica: C.S. Nazaret, C.S. Benimaclet, C.S.Meliana y con un coste cero en cuanto aumento de recursos. Por lo que es lógico apoyarnos en nuevas tecnologías para ampliar nuestro trabajo de control en patologías crónicas.

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

Actualmente, la Enfermería tiene un papel protagonista y primordial en la consecución de los Programas de Gestión de pacientes crónicos. Desde la Conselleria de Sanitat se considera que la enfermera es el eje central para al implementación de estos programas.

Por lo cual la enfermería tiene actualmente la oportunidad de poder demostrar que es capaz de potenciar los procesos de participación, comunicación, compromiso y confianza entre la población, para poder desarrollar las habilidades necesarias en la consecución de estos objetivos.

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

La profesión de Enfermería, necesita tener un perfil específico:

- 1) Buena formación.
- 2) Sentido común en la manera de aplicar los cuidados.
- 3) Una parte vocacional.

La enfermera que tiene estos tres requisitos, siempre tiene una gran actuación profesional este en cualquier nivel: Primaria o Especializada.

#### **¿Cómo ha afectado a su departamento, la crisis económica que está sufriendo todo el país?**

En mi Dptº. de Salud no se ha llevado a cabo ningún tipo de recortes sanitarios: asistenciales, de material o recursos humanos. Pero esta crisis económica, sí debe de motivarnos en aplicar nuevas estrategias de gestión, para aumentar o mantener los mismos niveles de cobertura asistencial, con los mismos recursos que tenemos actualmente.

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

El papel de la “Enfermería” está en un momento muy importante; la implicación de la misma es un proyecto irreversible, ya que cobra cada vez mayor importancia y protagonismo.

El desarrollo de los cuidados y de las técnicas actuales, ha hecho que la enfermería tenga un elevado nivel profesional, pero curiosamente en algunas ocasiones el usuario percibe que se descuida el trato que recibe.

Los cuidados enfermeros, son el centro de nuestra actividad asistencial y educativa; pero sobre todo, no se deberán perder la referencia de éstos en todo su contexto ya que son propios de nuestra competencia y afianzan realmente los valores de la profesión “Enfermera”.

## La Audiencia Provincial de Valencia califica como atentado la agresión a una enfermera

La Sección Tercera de la Audiencia Provincial de Valencia ha estimado el recurso de apelación formulado por los servicios jurídicos del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia y ha dictado sentencia en la que reconoce la condición funcional de una enfermera que presta servicios en el Hospital Doctor Moliner. En consecuencia, revoca la sentencia de instancia, dictada en un Juicio de Faltas, y ordena al

Juzgado seguir el procedimiento por un delito de atentado contra la denunciante.

Este pronunciamiento (al igual que otros precedentes) es de gran importancia porque permite juzgar por delito de atentado cualquier agresión a una enfermera que presta servicios profesionales en un centro perteneciente a la Seguridad Social.

## 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 Veintidos 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 craneosacral, 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 repre-

senten 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.

## Falsifican el título de una enfermera

Incoadas Diligencias Previas en un Juzgado de Instrucción de Villareal por los presuntos delitos de intrusismo y falsedad documental. Una persona falsificó el título de una enfermera colegiada y trabajaba como tal en un centro

sanitario. Ante la gravedad de los delitos imputados los servicios jurídicos del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia se personarán en nombre de la colegiada a la que se falsificó el título.

## Convocatoria Asamblea General

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

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

Primero: Informe por parte del Sr. Presidente.

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

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

Cuarto: Renovación de los Estatutos Colegiales para adaptarlos a la Ley Ómnibus y a la Sentencia del Tribunal Supremo de tres de junio de dos mil once.

Quinto: Ruegos y Preguntas”.

Lo que se le comunica a los efectos oportunos.

Valencia, 1 de diciembre de 2011

V.º B.º

EL PRESIDENTE  
D. JUAN JOSÉ TIRADO DARDER

EL SECRETARIO,  
D. ALEJANDRO SAPIÑA PEREZ

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

## Actividades formativas primer trimestre 2012



### Formación continua (gratuita)

#### TALLER DE EDUCACIÓN EN ASMA

Duración 8h

- Grupo 1: días 16 y 17 de enero de 16 a 20 h.
- Grupo 2: días 23 y 24 de enero de 16 a 20 h.
- Grupo 3: días 30 y 31 de enero de 16 a 20 h.
- Grupo 4: días 8 y 15 de febrero de 9 a 13 h.
- Grupo 5: días 20 y 21 de febrero de 16 a 20 h.

#### TALLER DE VENDAJES Y YESOS

Duración 6 h.

- Grupo 1: días 10 y 11 de enero de 16 a 19 h.
- Grupo 2: días 24 y 25 de enero de 9.30 A 12.30H.
- Grupo 3: días 9 y 10 de febrero de 9.30 A 12.30H.
- Grupo 4: días 27 y 28 de febrero de 16 a 19h.
- Grupo 5: días 22 y 23 de marzo de 9.30 A 12.30 H.

#### TALLER DE ACTUALIZACION EN SONDAJE VESICAL

Duración 12 h.

- Grupo 1: días 30, 31 de enero, 1 de febrero de 16 a 20 h.
- Grupo 2: días 6, 7 y 8 de febrero de 16 a 20 h.
- Grupo 3: días 13, 14 y 15 de febrero de 16 a 20h.

#### TALLER DE VACUNACION EN SITUACIONES ESPECIALES: VIAJEROS Y PROFESIONALES SANITARIOS

Duración 8 h.

- Grupo 1: días 5 y 7 de marzo de 16 a 20 h.
- Grupo 2: días 12 y 14 de marzo de 16 a 20 h.
- Grupo 3: días 20 y 22 de marzo de 16 a 20 h.
- Grupo 4: días 2 y 4 de abril 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 ACTUALIZACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS: "SOPORTE VITAL EN EL POLITRAUMATIZADO"

Duración 30 h.

- Grupo 1: días 1, 2, 3, 6, 7, 8 y 9 de febrero de 9.30 a 13.30 H.
- Grupo 2: días 12, 13, 20, 26, 27, 28 y 30 de marzo de 16 a 20 h.



#### CURSO: LA ALERGINA HOY

Duración 20 h.

- Grupo 1: días 16, 18, 20, 23 y 25 de enero de 16 a 20 h.
- Grupo 2: días 5, 7, 9, 12 y 14 de marzo de 16 a 20 h.



#### CURSO: MANEJO DE LA VIA AEREA

Duración 40 h.

- Grupo 1: días 10, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22 y 23 de febrero de 9 a 13 h.



#### CURSO DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS

Organiza el hospital universitario de la ribera (dpto. De salud de la ribera). Enfermería quirófono de urgencias y el colegio oficial de enfermería.

Lugar: salón de actos y laboratorio de prácticas quirúrgicas del hospital de la ribera. Alcira.

Duración: 20 h.

- Grupo 1: días 16, 21, 23, 27 y 29 de febrero de 16 a 20 h.



**MATRÍCULA:** A PARTIR DE DIA 9 DE ENERO, 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 comunicar 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.

## Formación CECOVA (Plan de actualización para la progresión en el grado de carrera profesional)

### CURSOS RECONOCIDOS CON CRÉDITOS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE FORMACIÓN CONTINUADA DEPENDIENTE DEL MINISTERIO DE SANIDAD.

El CECOVA en colaboración con la EVES (Escuela Valenciana de estudios en salud), ha puesto en marcha una nueva Área de formación para profesionales de enfermería que prestan sus servicios en los centros dependientes de la Consellería de Sanidad (definitiva o temporalmente) (fijos, interinos, sustituciones) y que es gratuita para sus empleados siempre que se solicite subvención.

Para acceder a la relación de cursos y a la inscripción: [www.eves.san.gva.es](http://www.eves.san.gva.es)

Area de formación / formación evés / plan de actualización / catalogo cursos

**Cursos impartidos desde los colegios de castellón y alicante por videoconferencia para el colegio de valencia.**



### CURSO ACTUALIZACIÓN DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CRÍTICO EN UCI

Duración 20 horas

Días 27, 28, 29 de febrero, 1 y 2 de marzo de 16 a 20 h.

### CURSO ACTUALIZACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS

Duración 10 horas

Días 6, 7, y 8 de marzo de 16 a 20 h 1 día y de 16 a 19 h. 2 días.

### CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN CENTROS DE TRANSFUSIONES

Duración 15 horas

Días 26, 27, 28 y 29 de marzo de 16 a 20 h.



### CURSO ENFERMERÍA Y ÉTICA

Duración 20 horas

Días 20, 21, 22, 23, y 24 de febrero de 16 a 20 h.

**Nota:** la inscripción a estos cursos no son en el colegio de enfermería de valencia ni en su web. Es requisito necesario estar trabajando en la admón (centros dependientes de la conselleria de sanidad)

### Formación externa

#### CURSO DE FORMACIÓN DE CUIDADORES NO PROFESIONALES EN ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Duración 36 h.

**Matrícula:** 150 euros

Las inscripciones se realizarán en las oficinas del colegio de enfermería

Días 6, 8, 13, 15, 20, 22, 27, 29 de febrero 5, 7, 12 y 14 de marzo de 16 a 19 h.



**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)



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](mailto:opal@uv.es)

## Jornadas

### JORNADAS DE PROMOCION DE LA AUTONOMIA PERSONAL Y CUIDADOS PARA LA DEPENDENCIA

**FECHA:** 13 y 14 de diciembre de 2011  
**LUGAR:** Valencia. Salón de Grados. Facultad de Psicología.  
**INFORMACION:** Postgrau – Universitat de València – Facultat de Psicologia

### 11 JORNADAS DE ENFERMERIA QUIRURGICA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

**FECHA:** Del 29 al 31 de marzo de 2012  
**LUGAR:** Peñíscola  
**INFORMACION:** [www.aeqcv.org/11jornadas/](http://www.aeqcv.org/11jornadas/)

## Congresos

### XI CONGRESO AEETO.

**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA "NORMALIZANDO LOS CUIDADOS"**

**FECHA:** Del 9 al 11 de mayo de 2012  
**LUGAR:** Salamanca. Palacio de Congresos  
**INFORMACION:** [www.aeeto.com](http://www.aeeto.com)  
 Secretaría Científico-Técnica Fabula Congreso  
 E-mail: [aeeto2012@fabulacongress.es](mailto:aeeto2012@fabulacongress.es)  
 Tel: 914735042

### V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA DE QUEMADOS Y CIRUGIA PLÁSTICA

**FECHA:** Del 16 al 18 de mayo de 2012  
**LUGAR:** Cáceres. Complejo Cultural San Francisco  
**INFORMACION:** Sociedad Española de Enfermería de Quemados y Cirugía Plástica - [www.seeqp.org](http://www.seeqp.org)

## Másters

### MASTER EN COMITÉS DE ÉTICA Y BIOÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN EN DIVERSOS COMITÉS DE SANITARIOS

**OBJETIVOS DEL CURSO:** Los objetivos del master se dirigen a preparar a los posibles componentes de los diversos Comités de Ética en: -La gestión y en la participación en dichos comités -La resolución de conflictos -Derechos Humanos y Bioética -Economía -Derecho y -Ética

**MATRÍCULA:** A partir de septiembre de 2011 en la fundación general de la UNED Tel: 913867275 Coste matrícula: 1.800 euros [www.fundacion.uned.es/cursos/derecho/master/comites-etica/](http://www.fundacion.uned.es/cursos/derecho/master/comites-etica/)  
**DURACIÓN:** Dos cursos académicos (60 Créditos / 600 horas) Se iniciará en enero de 2012 y finalizará en septiembre de 2013

**INFORMACIÓN:** Rafael Junquero de Estefani  
 Tel: 913988058 y 913986199  
 E-mail: [rjunquera@der.uned.es](mailto:rjunquera@der.uned.es)  
[www.uned.es/personal/rjunquera/comites\\_etica.htm](http://www.uned.es/personal/rjunquera/comites_etica.htm)

## A los Colegiados del Colegio Oficial de Enfermería



Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

CENTRO OFICIAL V-0007 - Centro autorizado por la Jefatura de Tráfico

### OFERTA ESPECIAL

**Renovación del permiso de conducir**

25%

DESCUENTO

Gestión en TRÁFICO GRATUITA. + 8 fotos gratis.

Realización de certificados médicos de: conductores, armas, seguridad, póliza de barco, gras, animales peligrosos...



Para más información visita nuestra web

AMPLIOS HORARIOS

(De 9,15 a 13 h. y de 16 a 19,30)

(SÁBADOS DE 10 a 13 h.)



Instituto de Psicología y Medicina de Tráfico

RENOVACIÓN DEL PERMISO DE CONDUCIR CERTIFICADOS MEDICOS

96 362 32 78

C./ Gascó Olig, 8 - 1º - 1º - 46010 Valencia

e-mail: [ipmt@ipmt-valencia.com](mailto:ipmt@ipmt-valencia.com)

www.ipmt-valencia.com

## 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 0,50 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.



## Sabadell Atlántico

El valor de la confianza



**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 filiara: 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 original 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 expliqueu 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.

## Consulta programada para el abordaje del tabaquismo desde atención primaria

En la consulta de enfermería de Atención Primaria de Economista Gay de Valencia se ha realizado el programa de deshabituación tabáquica, utilizando la Guía para el Abordaje del Tabaquismo de Javier Mataix y Jesús Blasco.

Se presentaron 80 pacientes al programa, de los cuales 45 han permanecido hasta finalizar el mismo. De ellos 29, consiguieron dejar de fumar.

A lo largo del programa los pacientes elegían el método para la deshabituación, principalmente Vareniclina y deshabituación progresiva. Los resultados obtenidos muestran mayor eficacia de la Vareniclina para la deshabituación ya que mejora el control de los síntomas de abstinencia y reduce el número de recaídas

**Eva Cutillas Carbonell**

Enfermera C.S. Economista Gay. Valencia

**Asunción Villanueva Martí**

Enfermera C.S. Economista Gay. Valencia

**Celia Martín Barquero**

Coordinadora. C.S. Economista Gay. Valencia

**Palabras Clave:** Deshabituación tabáquica, Abucasis, cooximetría, intervención breve, intervención intensiva, abstinencia.

### Introducción

La literatura científica describe el tabaquismo como la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad prematura prevenible en nuestro medio, lo cual obliga a la priorización de las actividades para su prevención y control.

Hace algo más de un año nos presentaron la Guía para el Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria (Javier Mataix y Jesús Blasco) y nos pareció una herramienta eficaz para abordar el tabaquismo desde A.P. y en especial para los profesionales de enfermería. Y la pusimos en marcha.

Presentamos los resultados de nuestra experiencia.

### Objetivo

**¿Por qué los profesionales sanitarios debemos abordar el consumo de tabaco de nuestros usuarios?**

Dos razones fundamentales lo justifican:

- 1) El consumo de tabaco es un factor de riesgo para la salud (los pacientes acuden a nosotros porque les preocupa su salud).
- 2) Es, además, un factor de riesgo evitable, sobre el que los profesionales podemos intervenir eficazmente.

Además no podemos ni debemos olvidar que no hay ningún profesional sanitario que esté mejor situado para realizar el abordaje de este problema que nosotros, los profesionales de Atención Primaria, por continuidad, accesibilidad y globalidad en la asistencia.

El "éxito" en el tratamiento del paciente fumador no puede definirse solamente como el logro de la abstinencia permanente. Los intentos serios de abandono para dejar de fumar o el progreso en las fases de abandono (o etapas de cambio) de los fumadores deben considerarse éxitos parciales.

Los fumadores se encuentran en una u otra etapa de abandono o cambio, en función del menor o mayor grado de motivación para dejar de fumar. (Test de Richmond)

### Material y métodos

Soporte informático: Abucasis, cooxímetro, material de apoyo para el paciente extraído de la guía de "Intervención Intensiva del Tabaquismo". Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, DEP, 9 de Salud.

Escalas de Fargerström y Richmond, hojas de seguimiento y test de evaluación de síndrome de abstinencia (Abucasis), entrevista personal, análisis de datos (Excel). (esquema 1)

La **INTERVENCION BREVE**, basada en la estrategia de **las 5 Aes**, tiene que ser realizada por cualquier profesional sanitario en cualquier consulta a demanda, sobre todo en Atención Primaria, Consiste en:

- 1a A. Averiguar y registrar en la historia clínica: toda persona que consulta al sistema sanitario, una vez solucionado el motivo principal de su visita, debe ser interrogada sobre su situación respecto al consumo de tabaco y su respuesta debe ser registrada en su historia clínica.
- 2a A. Aconsejar el abandono del tabaco: de forma breve y convincente ("lo mejor que puede hacer por su salud actual y futura es dejar de fumar y si lo desea le podemos ayudar").  
Y también hay que brindar consejo al:
  - **no fumador:** reforzando el no consumo y para evitar el inicio, sobre todo en los más jóvenes.
  - **ex fumador:** dando la enhorabuena y reforzando la abstinencia, alertando que una sola calada puede desencadenar una recaída.
  - **fumador pasivo:** informándole de los efectos nocivos del tabaquismo pasivo en la salud y aconsejándole para evitar la exposición.

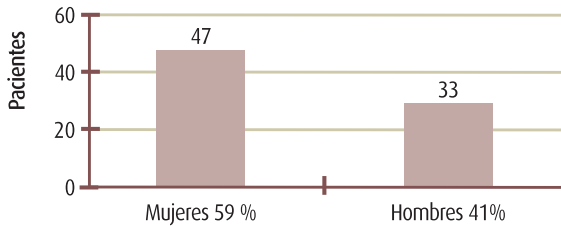
3a A. **Apreciar la disposición para dejar de fumar en menos de 1 mes:** adaptando la intervención en función de la respuesta, teniendo en cuenta que los que responden que:

- **NO**, En ellos hay que hacer una intervención motivacional con dos objetivos fundamentales: aumentar la importancia para dejar de fumar y aumentar la confianza para dejarlo.
- **SI**, En ellos inicialmente hay que comprobar si **EXISTEN CRITERIOS DE DERIVACION A LA INTERVENCION ESPECIALIZADA**

(Presencia de otras adicciones activas, presencia de trastorno psiquiátrico grave estabilizado y 3 intentos previos de abandono supervisados por algún sanitario), si la respuesta es que:

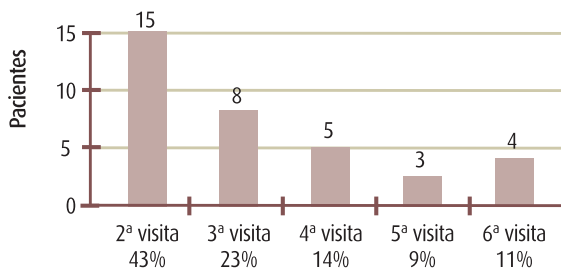


**Figura 1. Sexo**



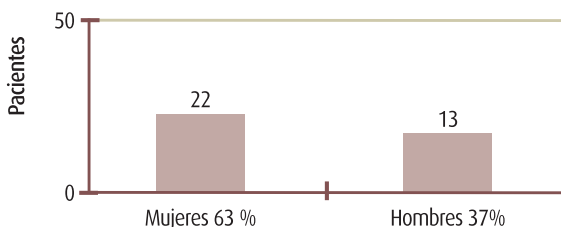
El "éxito" en el tratamiento del paciente fumador no puede definirse solamente como el logro de la abstinencia permanente. Los intentos serios de abandono para dejar de fumar o el progreso en las fases de abandono (o etapas de cambio) de los fumadores deben considerarse éxitos parciales. Algunos de los pacientes que empezaron el programa no han mantenido el compromiso de acudir a las 10 consultas de las que consta el protocolo de la intervención intensiva del tabaquismo. Como se describe en el siguiente gráfico. (Fig. 2).

**Figura 2. Abandono del seguimiento**



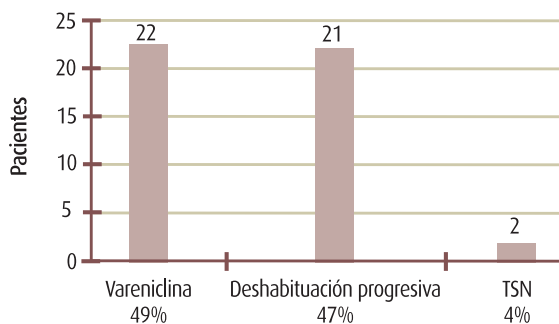
De los 80 pacientes que iniciaron el programa, 35 abandonaron las visitas de seguimiento del programa, 22 un (63%) fueron mujeres y 13 un (37%) hombres (Fig. 6). 15 Pacientes un (43%) no acudió a la 2ª visita, 8 pacientes un (23%) no lo hizo en la 3ª visita, un (14%) que fueron 5 pacientes abandono a la 4ª visita, 3 pacientes un (8%) no acudió a la 5ª y 4 pacientes que suponen el (11%) tampoco acudió a la 6ª visita que se programó 30 días después de la 1ª visita.

**Figura 3. Abandono de seguimiento del programa**



Dentro del programa de intervención intensiva de tabaquismo, que realizamos en nuestro centro de trabajo, al paciente se le ofrece el tratamiento farmacológico (Vareniclina, bupropion o TSN) Y la deshabituación progresiva de la nicotina, (que consiste en pautas de reducción de nicotina con determinadas marcas de tabaco y del nº de cigarrillos consumidos al día, hasta el abandono total del tabaco). (Fig.4)

**Figura 4. Tratamientos para el abandono del tabaquismo**



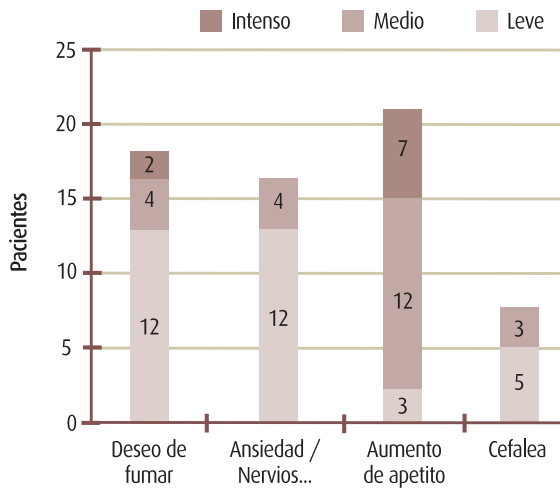
De los 45 pacientes que continuaron en el programa, 22 de ellos un (49%) eligieron como tratamiento farmacológico la Vareniclina, 21 un (47%) prefirieron la deshabituación progresiva de nicotina, y solo 2 un (4%) la TSN (chicles de nicotina).

Durante el seguimiento del programa en la consulta de enfermería y mediante la hoja de seguimiento implantada en nuestra historia clínica electrónica (Abucasis), recogemos la información que hace referencia a como el paciente soporta el síndrome de abstinencia, que sufren algunos cuando se abandona el tabaco. Los síntomas a los que nuestros pacientes se suelen referir con más frecuencia dentro del síndrome de abstinencia son, el deseo de fumar (Craving), ansiedad y nerviosismo, aumento de apetito o peso y la cefalea.

Teniendo en cuenta la muestra, los resultados indican un efecto positivo tras la puesta en marcha de la consulta programada de abordaje del tabaquismo en nuestro centro de trabajo, ya que se observa un mayor porcentaje de pacientes de los que han completado el programa, que han conseguido abandonar el tabaco.

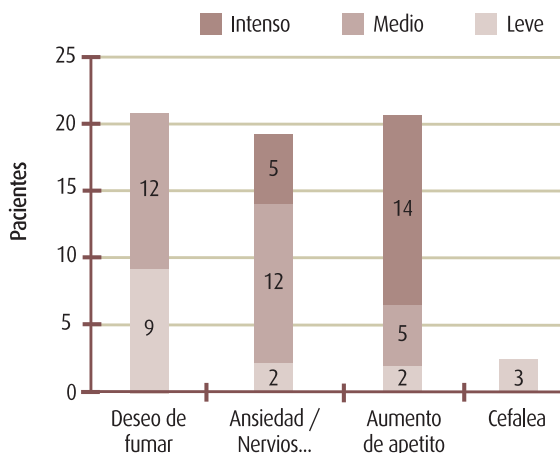
A continuación se detallan estos síntomas dependiendo del tratamiento elegido durante el programa.

**Figura 5. Síndrome de abstinencia con Vareniclina**



De los que eligieron la Vareniclina (Fig.5), durante la abstinencia del tabaco, 12 manifestaron un leve deseo de fumar (Craving), 4 un deseo de media intensidad y 2 pacientes describieron su deseo de fumar como intenso. Con referencia a la ansiedad y nerviosismo, 12 dijeron sentir una leve ansiedad y solo 4 calificaron su ansiedad de grado medio. Cuando se les preguntó por el aumento de apetito, 3 lo describieron como leve, 12 de ellos se referían al aumento de apetito como de intensidad media y 7 como de gran intensidad. 5 pacientes comentaron padecer una leve cefalea y 3 dijeron que la cefalea era de media intensidad.

**Figura 6. Síndrome de abstinencia con deshabitación progresiva**

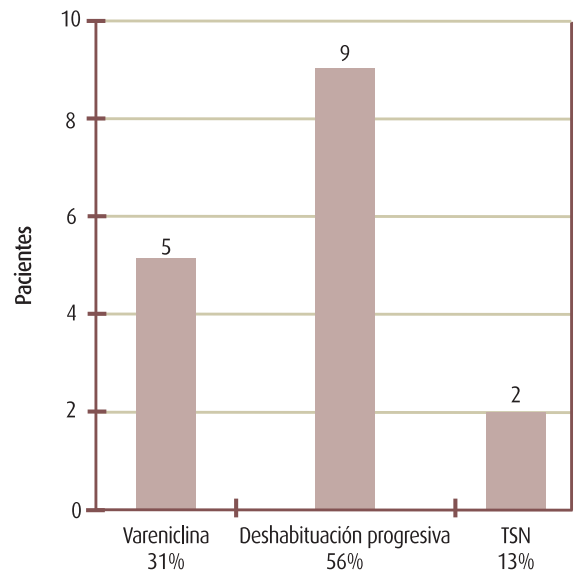


También ha de tenerse en consideración que el número de pacientes que han sufrido recaídas estando en tratamiento con Vareniclina es menor que en los casos de deshabitación progresiva de nicotina.

De los que eligieron la deshabitación progresiva (Fig.6), 9 manifestaron un deseo de fumar de grado medio y 12 pacientes lo describieron como intenso. Con referencia a la ansiedad y nerviosismo, 2 dijeron sentir una leve ansiedad, 12 calificaron su ansiedad de grado medio y 5 pacientes la describieron como intensa. Cuando se les preguntó por el aumento de apetito, 2 lo describieron como leve, 5 de ellos se referían al aumento de apetito como de intensidad media y 14 como de gran intensidad. Solo 3 pacientes comentaron padecer una leve cefalea

Cuando un paciente inicia el programa de intervención intensiva de tabaquismo, debe saber, que es muy frecuente que se produzca lo que denominamos el efecto de Violación de la Abstinencia (recaídas). (Fig. 7).

**Figura 7. Violación de abstinencia durante el tratamiento**



Durante el programa, 16 pacientes sufrieron el efecto de violación de abstinencia (recaída), 5 de ellos en tratamiento farmacológico con Vareniclina (31%). 9 con deshabitación progresiva (56%) y los 2 únicos pacientes en tratamiento con TSN (13%).

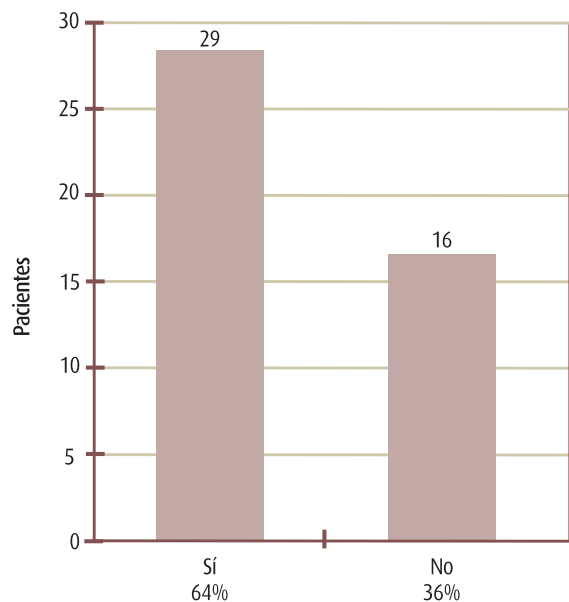
Cuando esto sucede hay que reducir el sentimiento de culpabilidad.

Normalizar la situación informando que suele constituir un hecho frecuente (en general se necesitan entre 3 o 4 intentos antes de dejar de fumar definitivamente).

Comprobar los errores para prevenirlos en el futuro e intentar generar un nuevo compromiso del paciente para volver a dejar de fumar. Se puede fijar un nuevo día D o dejar siempre la puerta abierta para volver para un nuevo intento. Se tiene que ver como una fuente de aprendizaje y no como un fracaso.

Al final del programa de intervención intensiva de tabaquismo, (Fig.8).

Figura 8. Abandono del tabaco



Un 64% (29 pacientes) han conseguido abandonar el hábito de fumar, mientras que un 36% (16 pacientes) no lo han logrado por ahora.

### Discusión y conclusiones

Teniendo en cuenta la muestra, los resultados indican un efecto positivo tras la puesta en marcha de la consulta programada de abordaje del tabaquismo en nuestro centro de trabajo, ya que se observa un mayor porcentaje de pacientes de los que han completado el programa, que han conseguido abandonar el tabaco.

También ha de tenerse en consideración que el número de pacientes que han sufrido recaídas estando en tratamiento con Vareniclina es menor que en los casos de deshabituación progresiva de nicotina.

En definitiva, lo que se pretende es que el tabaquismo quede definido como un problema de salud y que se normalice la oferta de su tratamiento de una forma integrada en la práctica asistencial diaria de todos los profesionales sanitarios y que incluyan la atención al tabaquismo como una parte más de sus consultas programadas de enfermería, de la misma forma que ya sucede con otros problemas de salud crónicos, como la hipertensión arterial o diabetes mellitus.

En definitiva, lo que se pretende es que el tabaquismo quede definido como un problema de salud y que se normalice la oferta de su tratamiento de una forma integrada en la práctica asistencial diaria de todos los profesionales sanitarios y que incluyan la atención al tabaquismo como una parte más de sus consultas programadas de enfermería, de la misma forma que ya sucede con otros problemas de salud crónicos, como la hipertensión arterial o diabetes mellitus.

### Referencias bibliográficas

1. Mataix J, Blasco J. ECAT (Equipo Coordinador de la Atención al Tabaquismo) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia Departamento 9 de Salud. Comunidad Valenciana. Guía de intervención intensiva de tabaquismo, 2009
2. Mataix J, Cabezas C, Lozano J, Camarrelles F, Ortega G. y grupos de abordaje del Tabaquismo (GAT) de semFYC y de Educación para la Salud del PAPPs-semFYC Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. 2008.
3. Mataix J, Córdoba R, Ribera JA, Cañones I. Función y organización de la atención al tabaquismo en el centro de salud. En: Manual del Tabaquismo semFYC. España: Grupo de Abordaje del Tabaquismo de semFYC, 2008; 209-230.
4. Mataix J, Lozano J. Programa Atención Primaria Sin Humo: mucho más que centros sin Humo. Aten Primaria 2006; 37(4):183-84
5. Mataix J, Olano E, Marín NC. Como hacer una intervención breve para dejar de fumar. En: Manual del Tabaquismo semFYC. España: Grupo de Abordaje del Tabaquismo de semFYC, 2008; 117-138.

Un 64% (29 pacientes) han conseguido abandonar el hábito de fumar, mientras que un 36% (16 pacientes) no lo han logrado por ahora.

## Vía clínica/mapa de cuidados de enfermería gdr 818. Prótesis total de cadera sin complicaciones

**Irene Gírbés Ruiz**  
**Esther González Sánchez**  
**M<sup>a</sup> Luisa Soriano Martínez**  
**Francisco Campos Rubio**  
**Eva Andrés González**

Enfermeras Unidad de Traumatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

**Palabras Clave:** Vía clínica. Mapa de cuidados. Prótesis de cadera. Plan de cuidados.

### Introducción

Las vías clínicas (VC) o mapas de cuidados, son planes asistenciales sustentados en la evidencia científica, aplicados a pacientes cuyo proceso asistencial presenta un curso clínico habitualmente predecible, definen la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las actividades de médicos, enfermeras y otros profesionales.

El aspecto más interesante de las VC es su capacidad para coordinar los intereses de los profesionales (resultados clínicos, autonomía, etc.), los del paciente (calidad percibida, información, etc.), y los de la administración (evitar reclamaciones, eficiencia, etc.).(1)

La artroplastia de cadera, es un procedimiento de sustitución quirúrgica de una articulación lesionada o afectada de osteoartritis, por una prótesis artificial. (Imagen 1)



Imagen 1. Prótesis de cadera

Es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en nuestra Unidad de hospitalización. Es probablemente

La vía clínica es un protocolo amplio, que organiza y determina la secuencia y la duración de las intervenciones del personal sanitario (cirujanos, enfermeras, administrativos, etc.) para un particular tipo de caso (por ejemplo: una intervención quirúrgica).

En este trabajo describiremos el algoritmo de actuación enfermera en la sustitución protésica de cadera, la puesta en marcha de la vía clínica, nos permite armonizar los criterios, mejorar los resultados y facilitar su evaluación.

una de las cirugías ortopédicas con mayor tasa de éxitos, indicada en impotencias funcionales marcadas y en lesiones articulares que no mejoran con tratamientos alternativos.

La actuación médica y de enfermería en la fase aguda de hospitalización va a ser fundamental. El tratamiento quirúrgico adecuado, el seguimiento clínico precoz y estrecho de estos pacientes, para evitar complicaciones posquirúrgicas y el tratamiento adecuado de ellas, el manejo integral del paciente para lograr la mayor independencia al alta en la fase aguda, y la prevención, son factores sobre los que se puede actuar para mejorar el pronóstico funcional de los pacientes. (Imagen 2)



Imagen 2. Posición postoperatoria inmediata, triángulo para abducción y rotación externa

El equipo de enfermería de la Unidad de Traumatología, lo componen 13 enfermeras, 12 auxiliares de enfermería y una enfermera supervisora.

En el año 2010 ingresaron en Traumatología 2.299 pacientes, la Unidad de hospitalización cuenta con 36 camas asignadas, la media diaria de ingresos es de 6,29 pacientes. La estancia media bruta es de 5 días.

En el GDR 818, se ha implantado en el año 2010 el modelo de ingreso en el día de la intervención, siendo la estancia media para este proceso de 4 días.

Desarrollar e implantar una vía clínica, es un indicador de calidad que se evalúa anualmente en los acuerdos de gestión.

## Objetivo

Elaborar un plan de cuidados normalizado, que contemple la secuencia, duración y actividades de enfermería en los pacientes ingresados en la Unidad de Traumatología para la implantación de una prótesis de cadera.

## Metodología

Para la realización de la matriz temporal de esta vía clínica, un equipo formado por cinco profesionales de enfermería de la Unidad de Traumatología, realizó tres reuniones con periodicidad semanal, en el mes de abril de 2010, durante las cuales se realizó una revisión de la bibliografía, se diseñó el documento, y se estandarizaron los procesos. En mayo de 2010, se presentó a los profesionales de enfermería del Servicio para su discusión y modificación, obteniendo el documento definitivo.

## Resultados

Algoritmo de actuación enfermera en el proceso de sustitución protésica de cadera. (TABLA 1)

## Conclusiones

Con un plan de cuidados aplicado a cada paciente durante su estancia hospitalaria, a través de la valoración al ingreso por patrones funcionales de salud, diagnósticos de enfermería y objetivos desarrollados se garantiza una óptima práctica clínica, se facilita la continuidad de cuidados, se aumenta la calidad asistencial y se eleva el grado de satisfacción personal y profesional.

## Bibliografía

- Romero M, et al. Guías y vías clínicas, ¿existe realmente diferencia? On-line 11 Mayo 2010.
- Beare Myers. Principios y prácticas de la Enfermería Médico-quirúrgica. Mosby-Doyma 1995
- Mc Coskey Docterman J, Buleckhek G. Clasificación intervenciones (NIC). ELSEVIER 2005
- NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2005-2006. ELSEVIER
- Jonson M, et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. ELSEVIER SCIENCE
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Guía de enfermería. Manual de procedimientos 2007.

## VIA CLINICA PROTESIS CADERA

DIA PRIMERO (INGRESO)

Lugar: Unidad de hospitalización B-3-2

Problemas y complicaciones potenciales NANDA	Criterios de resultados NOC	Cuidados de enfermería NIC	Información	Administración de medicación NIC 2300	Determinaciones	Dieta
Conocimientos deficientes sobre el proceso NANDA 126	Conocimiento régimen terapéutico 1813	Cuidados al ingreso 7310 • valoración inicial • plan de cuidados • registro actividades HC 7980; 8140	Información de normas y funcionamiento de la Unidad (verificar que posee guía informativa) 7400	Antitrombotica: Enoxaparina sodica 40 mg. cada 24 h. vía subcutánea (12 horas antes intervención)	Extracción pruebas cruzadas  Extracción analítica preoperatorio	Anestesia general: dieta absoluta 12 horas previas intervención  Anestesia epidural: dieta absoluta 6 horas previas intervención
Ansiedad NANDA 146	Autocontrol ansiedad 1402	Transcripción de ordenes medicas 8060  Check list Coordinación preoperatorio 2880  Preparación quirurgica 2930  Enseñanza prequirurgica 5610	Información de los servicios que oferta el Hospital (proporcionar guía de acogida) 7400  Informar sobre las técnicas y pruebas diagnosticas que se realicen 5618  Inicio/continuidad de apoyo psicológico 5820; 7560; 5460			
	Satisfacción del paciente: entorno físico 3007	Manejo ambiental confort 6482				

## VIA CLINICA PROTESIS CADERA

DIA SEGUNDO (Intervención quirúrgica)

Lugar: Unidad de hospitalización B-3-2

Problemas y complicaciones potenciales	Criterios de resultados NOC	Cuidados de enfermería NIC	Información	Administración medicación NIC 2300	Dieta	Fisioterapia
<p><i>Riesgo de lesión peri operatoria</i> F/R: Alteraciones sensitivo preceptuales debidas a la anestesia NANDA 87</p> <p><i>Riesgo de lesión</i> F/R: • Alteración de la movilidad • Hemorragia postoperatoria • Solución de continuidad de los tejidos NANDA 35</p> <p><i>Riesgo de infección</i> F/R: • Alteración de las defensas primarias. Solución de continuidad de la piel. NANDA 4</p> <p><i>Déficit autocuidados Baño-higiene Alimentación Uso inodoro</i> NANDA 108, 102, 110</p>	<p>Signos vitales 802 Estado neurológico 909 Control riesgos 1902</p> <p>Control del dolor 605</p> <p>Severidad de la perdida de sangre 413 Detección del riesgo 1908 Control riesgos 1902</p> <p>Curación herida por primera intención 1102</p> <p>Eliminación urinaria 503 Eliminación intestinal 501</p> <p>Estado nutricional, ingestión alimentaria y de líquidos 1008 Autocuidados baño-higiene 305</p>	<p>Plan de cuidados diario por turno • valoración de enfermería • registro de evolución y actividades en HC 7920;7980;8140</p> <p>Cuidados postanestesia 2870</p> <p>Manejo del dolor 1400</p> <p>Control hemorragias 416</p> <p>Cuidados prevención embolismo periférico 4104 Mantenimiento dispositivos acceso venoso 2440 Cuidados catéter epidural Administración analgésicos intraespinal 2214 Cuidados del sitio de incisión 3440 Cuidados drenaje cerrado 3662 Cuidados catéter urinario 1876 Ayuda auto cuidados aseo 1804 Cuidados perineales 1750</p> <p>Ayuda auto cuidados alimentación 1803</p> <p>Ayuda auto cuidados baño/higiene 1801 Manejo ambiental confort 6482 Cambio posición 840</p>	<p>Mantener escucha activa 4920</p> <p>Informar sobre las técnicas y pruebas diagnosticas que se realicen 5618</p> <p>Resolver dudas paciente/familia 5240</p> <p>Prestar apoyo emocional al paciente/familia</p>	<p>Profilaxis antibiótica: Cefazolina IV 2gr. Cada 6 horas, durante 24 horas. Primera dosis ½ hora antes incisión quirúrgica. vía intravenosa</p> <p>Analgésicos: Metamizol c/8h Paracetamol c/8h Alternos cada 4 horas vía intravenosa</p> <p>Protector gástrico: Omeprazol 20 mg. vía intravenosa</p> <p>Antitrombotica: Enoxaparina sodica 40 mg. cada 24 h. vía subcutánea (8 horas después intervención)</p> <p><b>Determinaciones o test</b> ----- Extracción analítica, control posquirúrgico 4238</p> <p>Cursar solicitud control radiológico</p>	<p>Etapas de la dieta: <i>A. regional:</i> 3 horas agua/liquidos <i>A. general:</i> 6 horas agua/liquidos</p> <p>Si tolera a partir 6 horas intervención Dieta blanda</p>	<p>Ejercicios respiratorios.</p> <p>Ejercicios activos con articulaciones libres.</p> <p>Contracciones isométricas de cuádriceps e isquiotibiales.</p> <p>Contracciones isotónicas de musculosa de la pierna y del pie.</p>

## VIA CLINICA PROTESIS CADERA

DIA TERCERO

Lugar: Unidad de hospitalización B-3-2

Problemas y complicaciones potenciales	Criterios de resultados NOC	Cuidados de enfermería NIC	Información	Administración medicación NIC 2300	Dieta	Fisioterapia
<p><i>Riesgo de lesión</i> F/R: • Alteración de la movilidad • Hemorragia postoperatoria • Solución de continuidad de los tejidos NANDA 35</p> <p><i>Riesgo de infección</i> F/R: • Alteración de las defensas primarias. Solución de continuidad de la piel. NANDA 4</p> <p><i>Déficit autocuidados:</i> <i>Alimentación</i> <i>Baño-higiene</i> <i>Uso inodoro</i> NANDA 108, 102, 110</p>	<p>Signos vitales 802 Control riesgos 1902</p> <p>Control del dolor 605</p> <p>Detección del riesgo 1908 Control riesgos 1902</p> <p>Curación herida por primera intención 1102</p> <p>Eliminación urinaria 503</p> <p>Estado nutricional, ingestión alimentaria y de líquidos 1008 Autocuidados baño-higiene 305 Eliminación intestinal 501</p>	<p>Plan de cuidados diario por turno • valoración de enfermería • registro de evolución y actividades en HC 7920;7980;8140</p> <p>Manejo del dolor 1400</p> <p>Mantenimiento dispositivos acceso venoso 2440 Cuidados cateter epidural Administración analgésicos intraespinal 2214 (si lleva cateter 3440 Cuidados del sitio de incisión 3440 Cuidados drenaje 3662 Cuidados cateter urinario 1876</p> <p>Ayuda auto cuidados alimentación 1803</p> <p>Ayuda auto cuidados baño/higiene 1801</p> <p>Ayuda auto cuidados aseo 1804 Cuidados perineales 1750</p> <p>Manejo ambiental confort 6482</p>	<p>Mantener escucha activa 4920</p> <p>Resolver dudas paciente/familia 5240</p> <p>Informar sobre las técnicas y pruebas diagnosticas que se realicen 5618</p>	<p>Analgésicos: Metamizol c/8h Paracetamol c/8h alternos cada 4 horas vía intravenosa</p> <p>Protector gástrico: Omeprazol 20 mg vía oral</p> <p>Antitrombotica: Enoxaparina sodica 40 mg /día vía subcutanea</p>	Habitual	<p>Ejercicios activos con articulaciones libres.</p> <p>Contracciones isométricas de cuádriceps e isquiotibiales.</p> <p>Contracciones isotónicas de musculosa de la pierna y del pie.</p> <p>Transferencia a un sillón</p>

## VIA CLINICA PROTESIS CADERA

DIA CUARTO

Lugar: Unidad de hospitalización B-3-2

Problemas y complicaciones potenciales	Criterios de resultados NOC	Cuidados de enfermería NIC	Información	Administración medicación NIC 2300	Dieta	Fisioterapia
<p><i>Riesgo de infección F/R:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración de las defensas primarias.</li> </ul> <p>Solución de continuidad de la piel.</p> <p>NANDA 4</p>	<p>Signos vitales 802</p> <p>Control riesgos 1902</p> <p>Detección del riesgo 1908</p> <p>Control riesgos 1902</p> <p>Control del dolor 605</p> <p>Curación herida por primera intención 1102</p>	<p>Plan de cuidados diario por turno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>valoración de enfermería</li> <li>registro de evolución y actividades en HC 7920;7980;8140</li> </ul> <p>Retirada dispositivos acceso venoso 2440</p> <p>Retirada catéter epidural, (12 h. después administrar HBPM) 2214</p> <p>Manejo del dolor 1400</p> <p>Cuidados del sitio de incisión 3440</p> <p>Cuidados retirada drenaje 3662</p>	<p>Resolver dudas paciente/familia 5240</p> <p>Proporcionar guía informativa de recomendaciones de enfermería al alta 7400</p>	<p>Analgesicos: via IV</p> <p>Metamizol c/8h</p> <p>Paracetamol c/8h</p> <p>Alternos cada 4 horas</p> <p>via oral</p> <p>Protector gastrico: Omeprazol 20 mg via oral</p> <p>Antitrombotica: Enoxaparina sodica 40 mg /dia via subcutanea</p>	Habitual	<p>Ejercicios activos con articulaciones libres.</p> <p>Contracciones isométricas de cuádriceps e isquiotibiales</p> <p>Transferencia a un sillón</p> <p>Deambulacón acompañado con andador</p>
<p><i>Déficit autocuidados Baño-higiene Alimentación Uso inodoro</i></p> <p>NANDA 108, 102, 110</p>	<p>Eliminación urinaria 503</p> <p>Eliminación intestinal 501</p> <p>Estado nutricional, ingestión alimentaria y de líquidos 1008</p> <p>Autocuidados baño-higiene 305</p>	<p>Cuidados retirada cateter urinario 1876</p> <p>Ayuda auto cuidados aseo 1804</p> <p>Cuidados perineales 1750</p> <p>Ayuda auto cuidados alimentación 1803</p> <p>Ayuda auto cuidados baño/higiene 1801</p> <p>Manejo ambiental confort 6482</p> <p>Informe de turnos 8148</p>				

## VIA CLINICA PROTESIS CADERA

DIA QUINTO

Lugar: Unidad de hospitalización B-3-2

Problemas y complicaciones potenciales	Criterios de resultados NOC	Cuidados de enfermería NIC	Información	Administración medicación NIC 2300	Dieta	Fisioterapia
<p><i>Riesgo de infección</i> F/R: Alteración de las defensas primarias. Solución de continuidad de la piel. NANDA 4</p> <p><i>Déficit autocuidados</i> <i>Baño-higiene</i> <i>Uso inodoro</i> NANDA 108, 110</p>	<p>Signos vitales 802</p> <p>Control del dolor 605</p> <p>Curación herida por primera intención 1102</p> <p>Detección del riesgo 1908</p> <p>Control riesgos 1902</p> <p>Eliminación urinaria 503</p> <p>Eliminación intestinal 501</p> <p>Estado nutricional, ingestión alimentaria y de líquidos 1008</p> <p>Autocuidados baño-higiene 305</p>	<p>Plan de cuidados diario por turno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• valoración de enfermería</li> <li>• registro de evolución y actividades en HC</li> </ul> <p>Planificar alta 7370</p> <p>Informe continuidad de cuidados 7920;7980;8140</p> <p>Manejo del dolor 1400</p> <p>Cuidados del sitio de incisión 3440</p> <p>Ayuda auto cuidados aseo 1804</p> <p>Cuidados perineales 1750</p> <p>Ayuda auto cuidados alimentación 1803</p> <p>Ayuda auto cuidados baño/higiene 1801</p> <p>Manejo ambiental confort 6482</p> <p>Informe de turnos 8148</p>	<p>Resolver dudas paciente/familia 5240</p> <p>Proporcionar guía informativa de recomendaciones de enfermería al alta 7400</p> <p>Informar y coordinar traslado en ambulancia (si es el caso).</p>	<p>Analgésicos: Metamizol c/8h Paracetamol c/8h Via oral</p> <p>Protector gástrico: Omeprazol 20 mg via oral</p> <p>Antitrombotico: Enoxaparina sodica 40 mg /dia via subcutanea</p>	Habitual	<p>Ejercicios activos con articulaciones libres.</p> <p>Contracciones isométricas de cuádriceps e isquiotibiales</p> <p>Transferencia a un sillón</p> <p>Deambulacion acompañado con andador</p>

## Sellick vs BURP

**Jose Vte Carmona Simarro**  
**María Soledad Giménez Campos**  
 Profesor Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Dpto. de Enfermería. Universidad CEU Cardenal Herrera. Moncada. Valencia.

**Palabras Clave:** BURP, Intubación, Enfermería, Maniobra, Sellick.

El artículo revisa las maniobras de Sellick y BURP. El objetivo es el de clarificar para qué se utiliza cada una de estas maniobras y sobretodo, conocer sus modos de ejecución. Las maniobras de Sellick y BURP permiten la manipulación externa de la laringe y estructuras adyacentes a ésta, siendo en muchos casos la solución a los problemas que pueden aparecer durante la intubación endotraqueal. De la misma forma que la ejecución correcta de las maniobras favorece la práctica clínica, la ejecución de forma incorrecta puede poner en peligro la seguridad/vida del paciente. Enfermería participa de forma activa durante la intubación traqueal, por lo que debe conocer y dominar de manera óptima estas dos técnicas, especialmente en el contexto de vía aérea difícil.

### Introducción

El profesional de enfermería, como parte del equipo sanitario, afronta situaciones clínicas complejas que precisan el manejo de la vía aérea mediante la intubación endotraqueal. La superación de las dificultades que se puedan plantear, den gran parte dependen de: la presencia de profesionales expertos, la posición de la cabeza óptima para la realización de la maniobra, la técnica de laringoscopia y la manipulación externa de la laringe (Petrini F. et al 2005).

Las maniobras de Sellick y BURP permiten la manipulación externa de la laringe y estructuras adyacentes a ésta, siendo en muchos casos la solución a los problemas que pueden aparecer durante la intubación endotraqueal.

Algunos estudios relacionados con éstas maniobras han demostrado técnicas deficientes entre los profesionales sanitarios en relación a las maniobras de presión cricoidea (Nikandish R, Shahbazi Sh et al 2007) (Clark RK. Trethewey C. E. 2005) (Matthews GA. 2001) (Herman NL et al 1996).

De la misma forma que la ejecución correcta de las maniobras favorece la práctica clínica, la ejecución de forma incorrecta puede poner en peligro la seguridad/vida del paciente.

Es por esto, por lo que en este artículo sugerimos la revisión de las maniobras de Sellick y BURP atendiendo y focalizando en aspectos anatomo-fisiológicos, describiendo el modo de ejecución e indicaciones de cada maniobra, así como también las complicaciones que puedan presentarse en su realización.

### Anatomía y fisiología de la vía respiratoria alta

El conocimiento de la anatomía implícita en el manejo y control de la vía aérea es un aspecto fundamental para poder actuar de forma segura y eficaz sobre ella mediante la realización de maniobras y técnicas de soporte vital. En concreto, y en relación directa con las maniobras de Sellick y BURP, resulta básico conocer la anatomía y fisiología de la vía respiratoria alta, en especial de la faringe y la laringe.

La faringe es una estructura fibromuscular de forma tubular. Las funciones de la faringe varían según la fracción de su recorrido que consideremos. La nasofaringe, se extiende

desde la porción interna de la nariz hasta el paladar blando y tiene función respiratoria. La orofaringe, localizada desde el paladar blando hasta el hueso hioides y comunicada con la boca a través de las fauces, tiene dos funciones: digestiva y respiratoria.

La hipofaringe o laringofaringe se extiende desde el hueso hioides continuándose hacia el esófago por la parte posterior y, hacia la laringe por la parte anterior.

La laringe es una estructura fibrocartilaginosa, localizada entre la faringe y la tráquea. Está formada por nueve piezas cartilaginosas estructuradas (de arriba abajo) de la siguiente forma: epiglotis, cartílago tiroides y cartílago cricoides. Estas tres piezas constituyen una estructura central, en cuyos laterales se ubican el resto de cartílagos pares: cartílagos aritenoides, cartílagos corniculados o de Santorini y cartílagos cuneiformes o de Wrisberg.

La laringe cumple varias funciones: protección de la vía aérea y permite la respiración y la fonación mediante el paso del aire a través de sus estructuras.

**Tabla nº 1.**  
**Estructuras anatómicas de la vía respiratoria alta.**

CAVIDAD NASAL	
Faringe	Nasofaringe Orofaringe Laringofaringe
Laringe	Epiglotis Cartílago Tiroides Cartílago Cricoides 2 cartílagos aritenoides 2 cartílagos corniculados o de Santorini 2 cartílagos cuneiformes o de Wrisberg

La epiglotis es una estructura flexible fijada en la cara interna del ángulo tiroideo. Cubre la entrada de la laringe o glotis, impidiendo la entrada de sólidos o líquidos hacia la vía aérea durante la deglución. La glotis está delimitada lateralmente por dos cintillas nacaradas, brillantes y lisas, denominadas cuerdas vocales.

En la zona subglótica, a continuación de las cuerdas vocales, se encuentra el cartílago tiroideo y el cartílago cricoides. El primero, está formado por dos láminas laterales unidas por una línea media formando una eminencia angular. Este ángulo saliente del tiroideo constituye la nuez o bocado de Adán.

El cartílago cricoides ocupa la parte inferior de la laringe, sobre él descansan todas las demás estructuras cartilagineas. Tiene forma de anillo con una zona más ancha en su parte posterior. Al realizar presión sobre él, se comprime posteriormente el esófago.

La laringe, inervada por músculos y ligamentos, es una estructura anatómica fija y compacta, pero todavía permite una serie de movimientos de interés con el objetivo de este artículo.

Los movimientos verticales de descenso permiten la deglución, y los verticales de ascenso y descenso la emisión de sonidos agudos y graves, respectivamente.

Los movimientos horizontales son pasivos, es decir: con la mano podemos deslizar lateralmente la laringe de derecha a izquierda. Esto permitirá, como veremos posteriormente, una mejor visualización de la vía aérea. (Sobotta J. et al. 2001) (McFarland Dh. 2008).

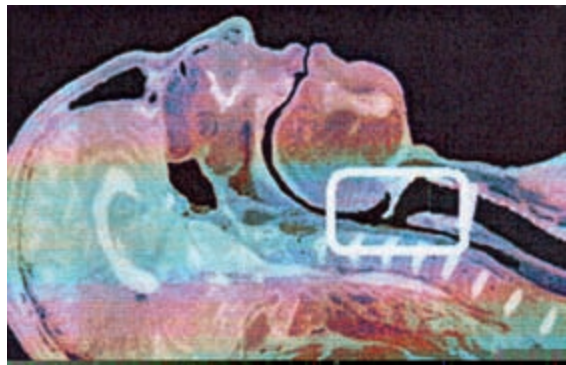


Fig. nº 1. Estructuras anatómicas de la vía aérea.

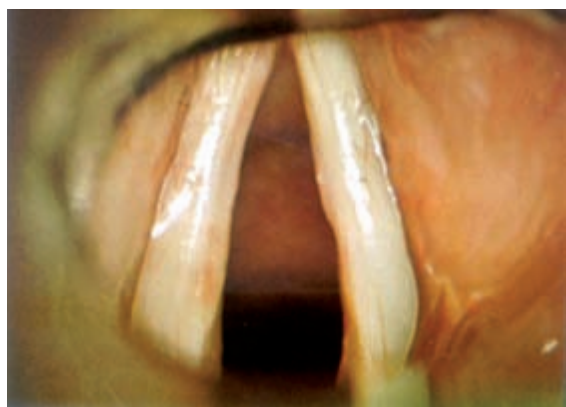


Fig. nº 2. Glotis.

## Vía aérea difícil. Intubación difícil

El manejo de la vía aérea difícil con propósito de intubación orotraqueal, conlleva la realización de maniobras por parte de enfermería que debe conocer con exactitud.

En la bibliografía revisada no existe una definición estándar para el término vía aérea difícil, no obstante varios autores y organismos coinciden en que se trata de la situación clínica en la que el personal sanitario entrenado/experto, en condiciones óptimas, experimenta dificultad en la ventilación, con mascarilla facial y/o en la inserción de un tubo endotraqueal. (Wilson ME, Spiegelhalter D. et al, 1988).

Por otra parte, se considera intubación difícil cuando en el acto de intubación endotraqueal se requieren más de tres intentos (por personal sanitario entrenado), o cuatro (si no es experto), o se precisan más de cinco minutos para ello. (Minerva Anestesiológica, 2005)

Algunos test permiten valorar la dificultad de la intubación previa a acceder a ello. En concreto, el test de Cormack y Lehane (Cormack RS, Lehane J, 1984) predice la posible dificultad basándose en la visualización del espacio glótico mediante laringoscopia directa.

Así pues, este test agrupa a los pacientes en 4 grados de dificultad creciente:

### Tabla nº 2. Visualización de la glotis con laringoscopia. Grados de Cormack y Lehane

- Grado I. Visión completa de glotis y cuerdas vocales
- Grado II. Visualización de la comisura posterior (aritenoides)
- Grado III. Sólo se visualiza la epiglotis (no la glotis)
- Grado IV. Sólo se visualiza la orofaringe o tejidos blandos; lengua y paladar (no la glotis ni la epiglotis)



Fig. nº 3. Visualización de la glotis en el test de Cormack y Lehane.

Los grados I y II no suelen presentar problemas de intubación en personal entrenado, no así en los grados III y IV.

El grado II se ha dividido en II a y II b (Yentis SM, Lee DJ, 1998):

### Tabla nº 3. Grado II subdivisión. Grados de Yentis SM

- Grado II a. Se pueden ver las cuerdas vocales.
- Grado II b. Sólo se ven los cartílagos aritenoides y el origen de las cuerdas vocales.

## Descripción de las maniobras

### Presión cricoidea: maniobra de Sellick

En la revisión de la literatura médica aparece una primera referencia, realizada por Monroe en 1770, a la técnica en la se ejerce presión en el cartílago cricoides empleada/destinada para prevenir la distensión gástrica durante la ventilación de personas "ahogadas o aparentemente muertas" (Salem MR. et al. 1974).

Sin embargo, la maniobra no adquirió notoriedad hasta 1961, cuando Sellick reintrodujo la técnica con la finalidad de prevenir las consecuencias del vómito o regurgitación durante la ventilación con mascarilla facial durante la inducción anestésica (Sellick BA. 1988).

La maniobra consiste en la aplicación de una presión sobre el cartílago cricoides. Con el dedo índice se debe mantener la presión sobre el cartílago cricoides, a la vez que los dedos pulgar e índice se colocan en cada lateral del cartílago previniendo movimientos laterales del mismo (Sellick BA. 1988). Se aconseja mantener al paciente en la misma posición que se utiliza para proceder a la intubación endotraqueal (Baxter AD. 1991).

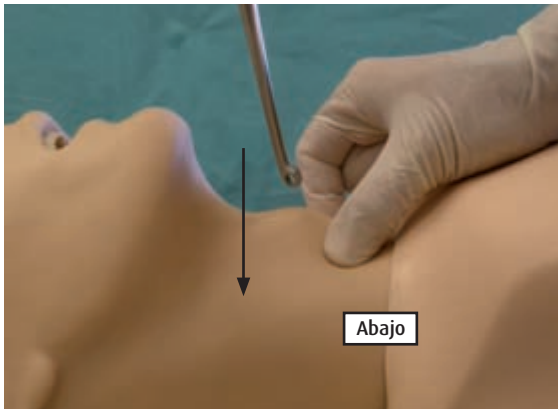


Fig. 4. Maniobra de Sellick. El objetivo es ocluir la luz esofágica y evitar la regurgitación de contenido gástrico.

Existen diferencias en la realización de la técnica en cuanto a la posición de cabeza y cuello, la determinación de la presión efectiva sobre el cricoides y la realización de la técnica con una o dos manos.

La descripción original que hizo Sellick de la maniobra indicaba mantener la cabeza y cuello totalmente extendido sin almohada, la misma posición que se utiliza para cirugía tiroidea, lo que puede dificultar la maniobra de intubación. Apreciaciones posteriores, sugieren que la realización de la maniobra de Sellick en la posición de Magill no complica la intubación de los pacientes (Cook TM. et al. 2000).

Por lo que respecta a la presión ejercida sobre el cartílago cricoides, algunos autores han sugerido durante muchos años, que la presión efectiva para prevenir la regurgitación

era de 44N (Wraight WJ et al. 1983). Estudios posteriores han documentado los efectos adversos producidos por esta presión (deformación y oclusión del cartílago cricoides) en comparación con otras intensidades de presión (Mac GPHJ, Ball DR . 2000).

Ante la necesidad de realizar ensayos clínicos al respecto, la literatura revisada considera una opción aceptable y segura la propuesta por Vanner. Este autor sugirió realizar una presión cricoidea inicial de 10N mientras el paciente esté consciente. Después de la inducción anestésica, la presión sobre el cartílago se incrementa a 30N (Vanner RG, Asai T. 1999).

La aplicación de presión cricoidea con una fuerza de 44N causa obstrucción en la vía aérea y dificulta la ventilación con más frecuencia que si se aplica una fuerza de 30N (Hartsilver EL, Vanner RG. 2000).

El tercer aspecto sobre el que se encuentran diferencias en la bibliografía consultada, es la realización de la técnica con una o dos manos.

Una de las variaciones a la maniobra estándar de Sellick, se realiza también únicamente con una mano, mediante la colocación de la palma de la mano en el esternón, ejerciendo la presión en cricoides con los dedos índice y medio (Cowling J. 1982).

La técnica descrita a dos manos se realiza añadiendo, a la técnica original descrita por Sellick, una contrapresión ejercida mediante la ubicación de la segunda mano por debajo de las vértebras cervicales, sujetando el cuello (Baxter AD, 1991).

Conocer la maniobra de Sellick comporta también conocer las complicaciones o efectos colaterales que pueden aparecer durante o tras su ejecución.

Los efectos adversos varían desde náuseas y vómitos (cuando la presión aplicada era excesiva y, en especial, sobre pacientes despiertos) a/hasta alteraciones severas como: síndrome de aspiración fatal (Robinson JS, Thompson JM. 1979), alteraciones hemodinámicas (Saghaei M, Masoodifar M. 2001), ruptura del esófago, obstrucción parcial o completa de la vía aérea, fractura o deformidad del cartílago cricoides (Sellick BA . 1982).

### COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA MANIOBRA DE SELICK

- Náuseas
- Vómitos
- Síndrome de aspiración fatal (Robinson JS, Thompson JM. 1979)
- Incremento de la presión arterial sistémica
- Incremento de la frecuencia cardíaca
- Incremento de la presión inspiratoria pico
- Descenso del volumen tidal (Saghaei M, Masoodifar M. 2001)

- Dificultad en la vía aérea por distorsión de la vía aérea superior
- Dificultad en la respiración por obstrucción de la vía aérea (Vanner RG. 1992)
- Fractura de esófago
- Fractura de cricoides
- Deformidad de cricoides (Sellick BA. 1982)

Las contraindicaciones para la realización de la maniobra de Sellick son: sospecha de lesión cricotraqueal, vómitos activos, lesión de columna vertebral inestable (Landsman I. 2004), cuerpo extraño en vía aérea y/o antecedentes de dificultad en el manejo de la vía aérea (Lewis S, Magee P. 2003) (Stanton J. 2006).

#### *Presión en laringe: maniobra BACK*

Posteriormente a Sellick, Willson et al. describieron la maniobra Back, cuyo objetivo era el manejo de la laringoscopia difícil mediante el desplazamiento posterior de la laringe aplicando presión sobre los cartílagos tiroideos o cricoides. En 1988, publicaron que esta maniobra reducía la incidencia de fracaso en la visualización de la glotis de un 9,2% a 1,6%.

#### *Presión en laringe: BURP*

En 1993, Knill realizó modificaciones a la maniobra Back ampliando el desplazamiento de la laringe a tres direcciones específicas, mediante la presión ejercida también sobre los cartílagos cricoides y tiroideos.

Así pues, al desplazamiento posterior de la laringe hacia las vértebras cervicales (en inglés, backward), se añade: el desplazamiento hacia arriba en dirección hacia la faringe (en inglés, upward) y finalmente, el desplazamiento lateral hacia la derecha (en inglés, rightward). Para ello, debemos localizar con el dedo pulgar e índice el cartílago cricoides.

- 1/ Posterior en contra de la columna cervical.
- 2/ Hacia arriba (en dirección hacia la cabeza).
- 3/ Desplazamiento a la derecha.

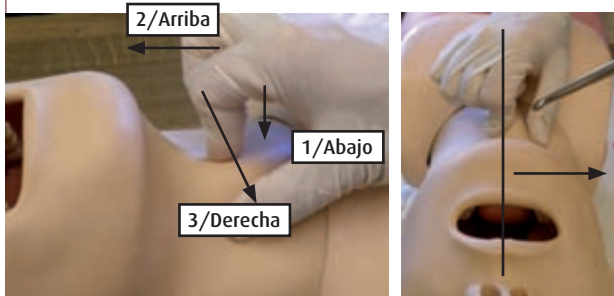


Fig. 5. Maniobra de BURP.

Las contraindicaciones para la realización de la maniobra de Sellick son: sospecha de lesión cricotraqueal, vómitos activos, lesión de columna vertebral inestable (Landsman I. 2004), cuerpo extraño en vía aérea y/o antecedentes de dificultad en el manejo de la vía aérea

Esta maniobra, denominada BURP (backward-upward-rightward pressure), mejora la visión/visualización de la glotis durante la intubación endotraqueal. Con la pala del laringoscopio se desplaza la lengua hacia la izquierda permitiendo una mejor visualización de lado derecho de la cavidad oral. Por tanto, el desplazamiento hacia la derecha que se realiza mediante la maniobra BURP ubica a la glotis en la misma línea de visión que se consigue con la laringoscopia directa.

Su eficacia fue validada en 1997 por Takahata, mediante un estudio con 630 pacientes comparó las maniobras Back y BURP quedando demostrado que ambas maniobras mejoran significativamente la visualización por laringoscopia de la laringe, siendo la maniobra BURP la más efectiva de las dos.

Para los grados III i IV, la maniobra de Sellick redujo la dificultad del 14,6% al 2%.

Con la maniobra de BURP, en los mismo grados, se redujo la dificultad al 0,6% (se resolvieron todos los casos de grado IV).

#### *Combinación Sellick-BURP*

Las maniobras de BURP y Sellick no deben asociarse en su ejecución. Un estudio realizado en 2005, demostró que la combinación de ambas (a lo que denominaron BURP-modificado) empeora la visión obtenida con laringoscopia en el 30% de los casos (Snider DD. et al 2005).

Con la pala del laringoscopio se desplaza la lengua hacia la izquierda permitiendo una mejor visualización de lado derecho de la cavidad oral. Por tanto, el desplazamiento hacia la derecha que se realiza mediante la maniobra BURP ubica a la glotis en la misma línea de visión que se consigue con la laringoscopia directa.

El profesional de enfermería actúa y participa, junto con el equipo médico, en el manejo de la vía aérea y, en concreto, en el proceso de intubación endotraqueal. En situaciones de complejidad, se precisa de la realización de maniobras que faciliten la consecución del objetivo de la forma más óptima posible.

## Conclusiones y discusión

El profesional de enfermería actúa y participa, junto con el equipo médico, en el manejo de la vía aérea y, en concreto, en el proceso de intubación endotraqueal. En situaciones de complejidad, se precisa de la realización de maniobras que faciliten la consecución del objetivo de la forma más óptima posible.

Las maniobras de Sellick y BURP son las más referenciadas en la literatura y también en la práctica clínica.

El profesional de enfermería debe distinguir ambas maniobras, especialmente su modo de ejecución y finalidad.

Es primordial el conocimiento de la anatomía implícita en cada maniobra para asegurar la protección del paciente y la eficacia de la misma.

La maniobra de Sellick es una alternativa para prevenir la regurgitación gástrica durante la ventilación con mascarilla facial, aunque hasta la actualidad no existan datos que la respalden científicamente. (Sellick BA. 1988).

La maniobra BURP mejora la visualización de la glotis durante la laringoscopia a diferencia del simple desplazamiento posterior de laringe (Knill RL. 1993).

La maniobra BURP no debe asociarse a la maniobra Sellick ya que dificulta la visualización glótica (Snider DD, Clarke D. et al, 2005) (Tamura M, Ishikawa T. et al, 2004) (Knill RL. 1993).

## Bibliografía

1. BAXTER AD. (1991) Cricoid Pressure in the sniffing position. *Anaesthesia* 46: 327.
2. CLARK, R. K. & TRETHERY, C. E. (2005). Assessment of cricoid pressure application by emergency department staff. *Emergency Medicine Australasia* 17: 376-381.
3. CORMACK RS, LEHANE J. (1984). Difficult tracheal intubation in obstetrics. *Anesthesia*. 39:1105-1111.
4. COOK TM, GODFREY I, ROCKETT M, VANNER RG. (2000) Cricoid pressure: which hand? *Anaesthesia*; 55: 648-53.
5. COWLING J. (1982) Cricoid pressure-a more comfortable technique. *Anaesth Intensive Care* 10: 93-94.
6. FINUCANE B, SANTORA AH. (2003). Techniques of intubation. En: Finucane BT, Santora AH, editors. Principles of airway management. 3rd ed. New York: Springer-Verlag. 182-213.
7. HARTSILVER EL, VANNER RG. (2000) Airway obstruction with cricoid pressure. *Anaesthesia* 55: 208-11.
8. HERMAN NL, CARTER B, VAN DECAR TK. (1996). Cricoid pressure: teaching the recommended level. *Anesth Analg*. 83(4):859-63.
9. KNILL RL. (1993). Difficult laryngoscopy made easy with a "BURP". *Can J Anaesth*. 40:279-282.
10. PETRINI F et al. (2005). Recommendations for airway control and difficult airway management. *MINERVA ANESTESIOLOGIA* 71:617-57.
11. LANDSMAN I. (2004) Cricoid pressure: indications and complications. *Paediatr Anaesth* 14: 43-47.
12. LEVITAN RM, MENCHEM CC, OCHOROC EA, SHOFER FS, HOLLANDER JE. (2003). Head-elevated laryngoscopy position: improving laryngeal exposure during laryngoscopy by increasing head elevation. *Ann Emerg Med*. 41:322-330.
13. LEWIS, S. & MAGEE, P. (2003). Contraindications to cricoid pressure. *Anaesthesia*, 58, 1243-1244.
14. MAC GPJH, BALL DR. (2000) The effect of cricoid pressure on the cricoid cartilage and vocal cords: an endoscopic study in anaesthetised patients. *Anaesthesia* 55: 263-68.
15. MATTHEWS, G. A. (2001). Survey of cricoid pressure application by anaesthetists, operating department practitioners, intensive care and accident and emergency nurses. *Anaesthesia*, 56(9), 906-924.
16. MCFARLAND D.H. (2008). Atlas de Anatomía en Ortofonía. Elsevier Masson. Barcelona.
17. NIKANDISH R, SHAHBAZI SH, ZAND F, JAMSHIDI H. (2007) A survey on Cricoid Pressure Application by Anesthetist. *Shiraz E-Medical Journal*. 8 (3):120-127.
18. ROBINSON JS, THOMPSON JM. (1979). Fatal aspiration (Mendelson's) syndrome despite antacids and cricoid pressure. *Lancet* 2: 228-30.
19. SALEM MR, SELICK BA, ELAM JO. (1974). The historical background of cricoid pressure in anesthesia and resuscitation. *Anesth Analg*. 53:230-232.
20. SCHMITT HJ, MANG H. (2002). Head and neck elevation beyond the sniffing position improves laryngeal view in cases of difficult direct laryngoscopy. *J Clin Anesth*. 14: 335-338.
21. SELICK BA. (1982). Rupture of the oesophagus following cricoid pressure? *Anaesthesia* 37: 213-14
22. SELICK BA. (1988). Cricoid pressure to control regurgitation of stomach contents during induction of anesthesia. *Lancet* 1961; 2:404. Citado por Gibbs ChP, Modelli JH. Neumonitis por aspiración. En: Miller RD (ed). *Anestesia*. Barcelona: Dotma SA. 1877-1901.
23. SAGHAEI M, MASOODIFAR M. (2001). The pressor response and airway effects of cricoid pressure during induction of general anesthesia. *Anesth Analg* 93: 787-90.
24. SNIDER DD, CLARKE D, FINUCANE BT. (2005). The BURP maneuver worsens the glottic view when applied in combination with cricoid pressure. *Can J Anaesth*. 52:100-104.
25. SOBOTTA J, PUTZ R, PABST R. (2001). Atlas de Anatomía Humana Sobotta (I y II). Panamericana, 21ª ed.
26. STANTON, J. (2006). Literature review of safe use of cricoid pressure. *Journal of Perioperative Practice*, 16(5), 250-257.
27. TAKAHATA O, KUBOTA M, MAMIYA K. (1997). The efficacy of the "BURP" maneuver during a difficult laryngoscopy. *Anesth Analg*. 84:419-421.
28. TAMURA M, ISHIKAWA T, KATO R, ISONO S, NISHINO T. (2004). Mandibular advancement improves the laryngeal view during direct laryngoscopy performed by inexperienced physicians. *Anesth*. 100:598-601.
29. VANNER RG. (1992) Tolerance of cricoid pressure by conscious volunteers. *Int J Obstet Anesth* 1: 195-98.
30. VANNER RG, ASAI T. (1999) Safe use of cricoid pressure. *Anaesthesia* 54: 1-3.
31. WRAIGHT WJ, CHAMNEY AR, HOWELLS TH. (1983) The determination of an effective cricoid pressure. *Anaesthesia* 38: 461-66.
32. WILLSON M, SPIEGELHALTER D, ROBERTSON J, LESSER P. (1988). Predicting difficult intubation. *Br J Anaesth*. 61:211-216.
33. YENTIS SM, LEE DJ. (1998). Evaluation of an improved scoring system for the grading of direct laryngoscopy. *Anesthesia*. 53:1041-1044.

# Experiencia de una enfermera como docente impartiendo clases de primeros auxilios a trabajadores no sanitarios

Las empresas tienen la obligación de prever los accidentes que se pueden producir en su área de actividad, y adoptar las medidas necesarias en materia de primeros auxilios, en cumplimiento con el artículo 20 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Como consecuencia de la citada ley, en el siguiente artículo, tratamos de describir la experiencia de una enfermera como docente impartiendo clases de primeros auxilios a trabajadores pertenecientes a varias empresas de la provincia de Valencia, así como también, tratamos de justificar la importancia y necesidad de que toda la población debería tener conocimientos sobre primeros auxilios.

**Eva Pérez Lafuente**  
Enfermera Hospital Clínico de Valencia  
**Victoria Consuelo López Cócera**  
**Ilham Mimón Rahal**  
**Rosario Ros Navarret**  
Enfermeras Hospital La Fe de Valencia

**Palabras Clave:** Primeros auxilios, riesgos laborales, prevención, enfermería, docencia

## Introducción

Los primeros auxilios, son aquellas medidas que se adoptan de forma inmediata después de un accidente o enfermedad repentina, hasta que se pueda obtener una asistencia especializada, con el fin de evitar que se agraven las lesiones sufridas, aliviar el dolor, e incluso evitar la muerte.

Es importante que toda la población adquiera conocimientos mínimos de las técnicas básicas de primeros auxilios, su importancia deriva de la necesidad inmediata de ayudar a cualquier persona susceptible de sufrir un accidente o enfermedad de la forma más rápida y específica posible. Ante la imposibilidad de que en todos los centros de trabajo exista un profesional sanitario, es necesario formar a los trabajadores en las técnicas de aplicación de los primeros auxilios.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre), en su artículo 20, establece que, tras analizar las posibles situaciones de emergencia que se pueden producir en el medio laboral, el empresario ha de tomar las medidas necesarias para el caso de que sea necesaria una evacuación y, especialmente, en materia de primeros auxilios. Para ello los empresarios deberán designar empleados encargados de poner en práctica estas medidas. Estas personas deberán poseer la formación necesaria.

Como consecuencia de la citada ley y de la necesidad de formación en primeros auxilios en el medio laboral, se abre un gran campo de trabajo para poder las enfermeras desarrollar una de sus funciones, la función docente, fuera de su ámbito habitual de trabajo. Estamos habituadas a educar y formar personas sanas o enfermas, ya sea enseñándoles a participar de los cuidados que precisa una determinada enfermedad o fomentando hábitos saludables para la prevención de la misma, en el hospital, en las áreas de atención primaria o en la misma comunidad. En este caso, el personal sanitario se traslada a los propios centros de trabajo a transmitir conocimientos en materia de prevención primaria y actuación ante accidentes.

En las siguientes líneas procedemos a desarrollar como las empresas, una vez analizada la necesidad de formar a sus trabajadores en primeros auxilios, solicitaban y organizaban la realización del curso en el propio ámbito laboral:

La persona encargada de la prevención de los riesgos laborales dentro de la empresa era la responsable del curso. Esta persona se ponía en contacto con la empresa de formación a la que pertenecíamos como docentes, para solicitar el curso de "primeros auxilios". A partir de ese momento, la enfermera docente y la empresa concretaban el día y la hora en que la formadora acudiría al propio centro de trabajo a impartir el curso a sus trabajadores. La responsable del curso dentro de la empresa era la encargada de:

- organizar a los trabajadores en grupos de no más de 15 personas para poder realizar los talleres de un modo participativo.
- Organizar la distribución del trabajo para que pudieran permanecer los mismos en el curso.
- Ponerse en contacto con la enfermera docente para explicarle:
  - Características de los empleados, puestos que ocupan y lugar de trabajo ( sus riesgos laborales)
  - Lugar donde se desarrollaría la clase
  - Fecha y hora del curso

## Curso primeros auxilios

### Grupo destinatario

Grupo de empleados de una empresa.

### Objetivo didáctico

Los alumnos adquirirán conocimientos básicos sobre emergencias para poder enfrentarse a un accidente en su ámbito laboral y poder actuar, al menos, hasta que lleguen los servicios sanitarios.

### Material

- Sala donde poder realizar la clase
- Ordenador
- Proyector
- Pantalla
- Presentación power point
- Libro de primeros auxilios que será entregado a cada alumno para estudiar o consultar en casa, y reforzar los conocimientos adquiridos
- Test evaluación de conocimientos iniciales y adquiridos
- Hoja de evaluación del curso impartido

- Hoja de asistencia alumnos que deberá ser firmada por ellos.
- Muñeco reanimación
- Gasas, vendas, antiséptico, SF...

### Contenidos de la clase

1. Definición primeros auxilios
2. Primeros auxilios en la empresa
3. Obligaciones del empresario en materia de primeros auxilios.
4. Cadena de emergencia.
5. Valoración de l accidentado.
  - Valoración primaria
  - Valoración secundaria
6. Obstrucción de las vías respiratorias.
7. Reanimación cardiopulmonar
8. Shock
9. Hemorragias
10. Fracturas
11. Contusiones y heridas
12. Quemaduras
13. Accidentes con electricidad
14. Productos químicos
15. Lesiones oculares

### Temporalización

La clase tiene una duración de 4 horas y se estructura en 2 bloques:

- Bloque teórico (3h)
- Bloque práctico (1h)

Se programará con los alumnos 20 minutos de descanso.

### Metodología

1. Bloque teórico: El método pedagógico utilizado en esta parte de la clase consiste en la exposición oral de los contenidos mencionados utilizando como apoyo educativo una presentación en power point. Se informará al alumnado al principio de la misma la posibilidad de plantear dudas durante el transcurso de la clase de tal modo que la comunicación sea bidireccional y participativa.
2. Bloque práctico:
  - a) **Práctica RCP:** sobre el muñeco de reanimación la enfermera realizará una demostración de cómo se realiza la maniobra, repasando los contenidos expuestos durante la clase. Posteriormente los alumnos, por parejas, realizarán la práctica de la técnica partiendo de la resolución de los casos de emergencia que plantee la docente. Durante el transcurso de la misma, el resto de alumnos, orientados por la enfermera, corregirán los posibles errores que surjan en la práctica.
  - b) **Práctica casos:** la enfermera planteará al azar diferentes casos de emergencias que pueden surgir en su ámbito laboral. Un alumno simulará que es la víctima accidentada y otro aplicará los primeros auxilios (que aprendieron durante el transcurso de la clase ) hasta la llegada de los servicios sanitarios.

Debido al tipo de clase realizada, teórico- práctica, el número de alumnos no podrá superar los 20. Si la empresa está formada por más trabajadores se pueden formar varios grupos.

### Evaluación

1. Evaluación de los conocimientos adquiridos: Para evaluar los conocimientos de los trabajadores, se pasarán 2 encuestas de igual contenido. La primera se realizará al inicio de la clase y la segunda al finalizar la misma. El test consta de 8 preguntas con 3 respuestas posibles cada una.
2. Evaluación de la clase impartida: Al finalizar la clase se pedirá a los alumnos que rellenen una encuesta anónima en la que evaluarán:
  - a) La enfermera docente
  - b) Conocimientos teóricos adquiridos: adecuación y si modificarían alguno
  - c) Clase práctica
  - d) Utilidad de la formación adquirida en su vida laboral y personal
  - e) Adecuación del material y lugar donde se impartió la clase.

### Conclusión

Toda la población general debería estar capacitada para aplicar primeros auxilios, es de vital importancia que la primera actuación se realice en el lugar del accidente, porque de ella va a depender la posible evolución y secuelas de la persona accidentada.

La enfermer@ docente, a través de las empresas, y en cumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, realiza una labor encomiable, no debemos olvidar que todos los conocimientos que se transmitan durante las exposiciones teórico-prácticas serán de vital importancia en el momento de ponerlos en práctica, por parte del alumno, tanto en su ámbito laboral a la hora de prevenir y actuar ante los accidentes, como en su vida personal.

Por otro lado, hay que dejar muy claro, que una persona con conocimientos básicos de primeros auxilios, nunca puede sustituir al personal sanitario. Nunca se debe hacer nada que no se sepa o se dude. En ocasiones, solo hay limitarse a tranquilizar y acompañar al herido, e incluso no dejar hacer nada a personas que, con su buena voluntad, quieren ayudar y muchas veces empeoran la situación del herido con su ignorancia. Hay que hacer aquello que se sepa con seguridad, hasta que llegue una asistencia profesional cualificada.

### Bibliografía

1. Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, de 8 de noviembre. BOE número 269 de 10 de noviembre.
2. The British Red Cross Society, First Aid Manual, 2002.
3. Garrido Miranda J. Formación continuada Logoss. Soporte vital básico y avanzado en adultos y pediatría. 2004.
4. Cruz Roja Española Cuenca. Manual del Técnico de Transporte Sanitario. Primera Edición: 2008.
5. Fecoma.es/PDFs/Áreas/SaludLaboral/primeros auxilios (Consultada el 25/5/2010)

## Intolerancia a la lactosa

La intolerancia a la lactosa es una patología que afecta al 70 o 80% de la población mundial. Estas personas, presentan una carencia o disminución de la producción de lactasa, enzima que hidroliza la lactosa para su asimilación. Este problema se manifiesta con molestias gastrointestinales generalmente leves, pero si se agudiza puede llegar a provocar enfermedades secundarias importantes, de aquí la importancia de su estudio.

### Mecanismo de acción

La **lactosa** (beta-D-galactopiranosil-D-glucopiranososa) es un disacárido formado por la unión de una molécula de glucosa y otra de galactosa, y predomina ampliamente en la leche de numerosas especies, especialmente en la leche humana: 67,5g/l.

La enzima **lactasa**, también llamada beta-D-galactosidasa, pertenece a la familia de las disacaridasas, y se produce en el borde de cepillo de las células que recubren las microvellosidades intestinales.

La función de estas enzimas es romper los disacáridos en los monosacáridos que los forman, es decir, hidrolizando la lactosa (figura 1).

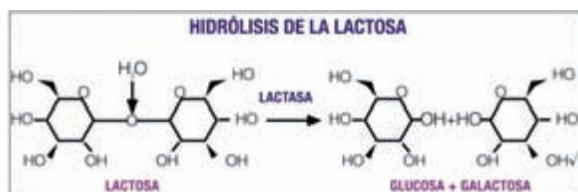


Fig. 1: Hidrólisis de la lactosa

La carencia de lactasa origina que la lactosa no se hidrolice, y cuando llegue al colon, fermente y produzca hidrógeno, dióxido de carbono y ácido láctico; sustancias, que irritan el intestino provocando diversas manifestaciones gastrointestinales leves. Este proceso, es lo que conocemos como **intolerancia a la lactosa**.

### Tipos y causas

#### *Intolerancia primaria o genética (progresiva y permanente)*

La intolerancia primaria es un desorden genético que previene la producción enzimática de la lactasa. Este desorden está presente en el nacimiento, y su diagnóstico se hace en la infancia temprana. Por ello, su origen es la predisposición genética a padecer una deficiencia de lactasa impidiendo una correcta absorción de lactosa, que puede ser transmitida de generación en generación.

#### *Intolerancia secundaria o adquirida (reversible o temporal)*

Se trata de una deficiencia relativa (transitoria) de lactasa en el intestino debida a patologías o situaciones que resultan

**Anna Seguí Tur.**

D.U.E. C.S Corea. Gandia

**Susana Hidalgo Sánchez.**

D.U.E. Mutua Universal. Denia. Mateps 010.

**Palabras Clave:** Lactosa, lactasa, intolerancia, molestias gastrointestinales.

La carencia de lactasa origina que la lactosa no se hidrolice, y cuando llegue al colon, fermente y produzca hidrógeno, dióxido de carbono y ácido láctico; sustancias, que irritan el intestino provocando diversas manifestaciones gastrointestinales leves. Este proceso, es lo que conocemos como **intolerancia a la lactosa**.

en una supresión de sus reservas enzimáticas en el tracto digestivo.

Las causas que con mayor frecuencia producen intolerancia secundaria a la lactosa son:

- Infección gastrointestinal: Episodio agudo de gastroenteritis infecciosa con daños en la mucosa y microvellosidades del intestino.
- Medicamentos: AINEs, algunos antibióticos, etc.
- Enfermedad crónica del intestino: malnutrición, enfermedad celíaca, gastropatía diabética, enteritis regional, síndrome carcinoide, etc.
- Operaciones quirúrgicas del intestino delgado.

### Manifestaciones

Las manifestaciones se inician, generalmente, de 30 minutos a 2 horas después de la ingesta de los productos lácteos o derivados. No todas las personas con una malabsorción a la lactosa refieren molestias físicas frente al consumo de lácteos. La intensidad y frecuencia de los síntomas depende de muchos factores, como la cantidad y el tipo de lácteo ingerido entre otros.

Las molestias físicas pueden incluir uno o más de los siguientes síntomas:

- Cólicos abdominales.
- Distensión abdominal.
- Malabsorción.
- Flatulencias.

Es difícil diagnosticar la intolerancia a la lactosa sólo en base a la presencia de síntomas. Puesto que, otras enfermedades pueden enmascarar un diagnóstico correcto. Por este motivo, es muy frecuente, evaluar de forma guiada, si las manifestaciones desaparecen al eliminar todo lácteo y derivados de la dieta por un tiempo razonable. Para confirmar este diagnóstico, se recurre a algunos exámenes que permiten diagnosticar con precisión la intolerancia a la lactosa.

- Pérdida de peso.
- Desnutrición.
- Crecimiento lento (niños).
- Diarrea.
- Heces flotantes y con olor fétido.
- Estreñimiento y defecación con ardor.
- Náuseas.
- Hinchazón o meteorismo.

Si estas manifestaciones no son tratadas, pueden acarrear problemas más graves como daños en la mucosa intestinal, reducción de la superficie de absorción, deshidratación, etc.

### Métodos diagnósticos

Es difícil diagnosticar la intolerancia a la lactosa sólo en base a la presencia de síntomas. Puesto que, otras enfermedades pueden enmascarar un diagnóstico correcto.

Por este motivo, es muy frecuente, evaluar de forma guiada, si las manifestaciones desaparecen al eliminar todo lácteo y derivados de la dieta por un tiempo razonable. Para confirmar este diagnóstico, se recurre a algunos exámenes que permiten diagnosticar con precisión la intolerancia a la lactosa.

Los exámenes de diagnóstico que se utilizan con más frecuencia (realizados en pacientes ambulatorios en el hospital, en la clínica o en el consultorio médico) son los siguientes:

El tratamiento para la intolerancia secundaria, consistirá en tratar primero el trastorno primario para lograr la mejoría total del trastorno secundario (intolerancia a la lactosa).

### 1. Anamnesis.

### 2. Análisis de azúcares tras la ingesta de lactosa:

#### Test de tolerancia a la lactosa:

El paciente debe estar en ayuno e ingerir un líquido que contiene 100 gramos de lactosa. Se toman varias muestras de sangre repetidas a los 30, 60 y 120 minutos después de haber ingerido el líquido.

El resultado del examen de glucosa en la sangre (glucemia postprandial) indica lo bien que el cuerpo puede digerir la lactosa. Si la persona absorbe bien lactosa, la glucosa en la sangre aumenta; si hay malabsorción de lactosa, la glucemia no se eleva.

#### Test de hidrógeno en la respiración o aliento:

Este examen mide el hidrógeno (H<sup>+</sup>) en el aire exhalado por los pulmones con un equipo especial.

Cuando una persona no absorbe bien la lactosa, esta pasa de largo al colon en forma de azúcares no digeridos, y las bacterias presentes allí lo utilizan como alimento creando H<sup>+</sup> como producto de desecho. Esta mayor producción de H<sup>+</sup> en el colon, a su vez, incrementa en el aire expirado por los pulmones, el cual se puede medir mediante el aire pulmonar exhalado.

Para realizar este test, la persona debe estar en ayuno de 12 horas, se le da a ingerir una cantidad determinada de lactosa pura (25 o 50 grs. equivalente a 500 o 1000cc de leche de vaca), y luego se le pide que exhale cada 20 minutos por un período determinado de tiempo, seguidamente, se mide el contenido de H<sup>+</sup> en ese aire.

#### Este método tiene los siguientes inconvenientes:

- Fiabilidad reducida debido a la frecuencia de falsos positivos y falsos negativos.
- Producción de molestias intestinales, en personas deficientes durante la prueba.
- No puede realizarse en pacientes en tratamiento reciente con antibióticos.
- Equipamiento no siempre disponible.

#### Test de acidez de las heces:

Este tipo de examen se utiliza pocas veces, es un método más bien utilizado por los pediatras en niños y lactantes, en los cuales es difícil realizar el resto de pruebas.

Se basa en el principio que si hay intolerancia a la lactosa, esta se absorbe mal y produce diarrea; estas deposiciones son más ácidas de lo habitual, ya que las bacterias al digerir lactosa incrementan el contenido de ácido láctico en dichas deposiciones.

### 3. Biopsia intestinal (intestino delgado):

Se obtienen muestras de tejido mediante una biopsia del intestino delgado, que pueden obtenerse por EGD (esofa-

gogastroduodenoscopia) u otra endoscopia del tracto gastrointestinal superior.

Estas muestras de tejido, son enviadas al laboratorio para ser examinadas, medir directamente la actividad de la enzima lactasa en el intestino y constatar la presencia o no de lactasa en la mucosa intestinal.

Hasta el momento, esta prueba se acepta como la más fiable, aunque conlleva las ventajas y riesgos propios de una endoscopia y biopsia intestinal.

Actualmente, se está poniendo a punto un nuevo sistema de diagnóstico que supere los problemas de los sistemas actuales.

## Tratamiento

El tratamiento para la intolerancia secundaria, consistirá en tratar primero el trastorno primario para lograr la mejoría total del trastorno secundario (intolerancia a la lactosa).

En cambio, para la intolerancia primaria/genética, en la actualidad, no se a lanzado al mercado ningún tratamiento que permita al individuo recupera la enzima, por lo que su tratamientos se basa en un seguimiento dietético con la finalidad de suprimir la lactosa de la alimentación.

Este tratamiento dietético, se basa en una pauta de alimentos prohibidos, tolerados y permitidos, según se describe a continuación:

**Alimentos prohibidos:** Leche, postres lácteos, dulce de leche, quesos de todo tipo (sin embargo, la mayoría de quesos curados no suele producir intolerancia), nata, crema pastelera, mantequilla y alimentos que la contengan.

**Alimentos tolerados (según grado de tolerancia):** Alimentos preparados según su composición, puré en copos, pan de molde, salsa de tomate (según la marca), sofrito, mostaza, mayonesa (según la marca), alioli

**Alimentos permitidos (consumir sin problemas):** frutas, frutos secos, verduras y hortalizas, legumbres, cereales, tubérculos, pan, carnes, pescados, huevos, alimentos dulces (mermeladas, jarabes, azúcar, chocolate negro sin leche, caramelos), aceites, bebidas refrescantes, agua, vino o cerveza, caldos, especias, y leches y productos especiales sin lactosa (tipo Kaiku plus sin lactosa).

Sin embargo, en septiembre de 2006, la Academia de Pediatría de los Estados Unidos publicó nuevas pautas para tratar la intolerancia a la lactosa. Estas pautas sugieren que se debe intentar observar qué productos lácteos se toleran mejor que otros. Aunque los síntomas de la intolerancia a la lactosa puedan ser desagradables, el trastorno no daña al cuerpo. Por esto, los productos lácteos que causen menos síntomas desagradables deben ser incorporados en la dieta para asegurar la ingesta adecuada de calcio y otros nutrientes importantes.

## Conclusión

Tras el análisis sobre la intolerancia a la lactosa, se justifica que no se trata de un problema intestinal grave. Se

**Alimentos prohibidos:** Leche, postres lácteos, dulce de leche, quesos de todo tipo (sin embargo, la mayoría de quesos curados no suele producir intolerancia), nata, crema pastelera, mantequilla y alimentos que la contengan.

puede convivir con la intolerancia siguiendo, simplemente, unas recomendaciones dietéticas.

No obstante, no debemos olvidar que este problema nos puede llevar a enfermedades más graves, de ahí nuestra insistencia en que cada paciente ha de ser estudiado para su correcto diagnóstico y adaptación de un tratamiento dietético adecuado a sus características.

## Bibliografía

1. Infante, D. Intolerancia a la lactosa: en quién y porqué (2008). An Pediatr (Barc). Vol. 69. n.º 2. [http://es.wikipedia.org/wiki/Intolerancia\\_a\\_la\\_lactosa](http://es.wikipedia.org/wiki/Intolerancia_a_la_lactosa)
2. Gonzalez-Ramón, A. Intolerancia a la Lactosa. ABCD (2009). [http://www.abcdietas.com/articulos/dietoterapia/intolerancia\\_lactosa.html](http://www.abcdietas.com/articulos/dietoterapia/intolerancia_lactosa.html)
3. ADILAC. La Intolerancia (2008). <http://www.lactosa.org/>
4. Las Enfermedades del Aparato Digestivo (2008) HSV. [http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult\\_digest\\_sp/lactose.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_digest_sp/lactose.cfm)
5. Alvarez M, Miquel JF. Enfermedades del colon e intestino (2007) ICC. <http://www.intestino.cl/intolerancia-lactosa.htm>
6. Martín JL. La intolerancia (2005) LACTEST. <http://www.lactest.com/htm/lactosa.html>
7. Negro JM. Intolerancia a la lactosa (2005) AlergoMurcia.
8. Baltasar MA, Dordal T, Guiralte M, Martí E. Alergia e intolerancia a alimentos y aditivos. In: Pelta R, Gandolfo M, editors. Guía de Alergia para residentes y atención primaria. Ed. Días de Santos, S.A. Madrid. 2001. p.149-163.
9. [www.dr-ramiro-pediatra.com/temas/tema.php](http://www.dr-ramiro-pediatra.com/temas/tema.php)
10. [www.pediatria24.com](http://www.pediatria24.com)

Tras el análisis sobre la intolerancia a la lactosa, se justifica que no se trata de un problema intestinal grave. Se puede convivir con la intolerancia siguiendo, simplemente, unas recomendaciones dietéticas. No obstante, no debemos olvidar que este problema nos puede llevar a enfermedades más graves, de ahí nuestra insistencia en que cada paciente ha de ser estudiado para su correcto diagnóstico y adaptación de un tratamiento dietético adecuado a sus características.

## Cadena automatizada de hematología - hemostasia: Un nuevo reto para enfermería

**Rosa Laura López Navarro**  
Enfermera del Centro Diagnóstico Biomédico del CHGUV  
(Análisis clínicos)

**Palabras Clave:** Cadena Automatizada, Hematología, Hemostasia, Hemograma, Coagulación, EDTA, CITRATO

La imperiosa necesidad de progresar y seguir mejorando en nuestro trabajo diario intralaboratorio nos aboca a la adquisición inevitable de nuevas e innovadoras tecnologías que suponen una revolución importante en la metodología de trabajo que hasta ahora ha venido desarrollándose dentro del laboratorio.

La incorporación de la Cadena de Automatización de Hematología-Hemostasia como parte de esta tecnología de vanguardia, ha convertido a nuestro laboratorio en uno de los laboratorios punteros a nivel europeo en el análisis y procesamiento de las muestras hematológicas y hemostáticas.

Este artículo pretende realizar una breve exposición del funcionamiento en sí de la Cadena de Automatización de Hematología-Hemostasia y de los beneficios que ésta nos aporta a nuestro trabajo diario.

A pesar de ser todo un proceso altamente robotizado y automatizado, la presencia de profesionales altamente cualificados se hace imprescindible si se pretende obtener los más y mejores resultados de manera eficaz y eficiente.

### Introducción

El desarrollo tecnológico y científico que sufre el mundo sanitario en la actualidad, se ve reflejado de manera significativa en los sistemas de automatización que han tomado parte en el análisis y procesamiento de las muestras de laboratorio.

Todo este avance tecnológico supone un gran cambio en la metodología de trabajo intralaboratorio afectando en gran medida a la labor de enfermería dispuesta a formar parte activa de este nuevo reto.

Este artículo pretende hacer una breve exposición de cómo esta tecnología de vanguardia ha afectado en concreto a la Sección de Hematología-Hemostasia de nuestro laboratorio, incorporando una Cadena de Automatización y Procesamiento de las muestras de Hematología y Hemostasia.

El laboratorio de Análisis Clínicos del Centro Diagnóstico Biomédico (CDB) del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) ha contado con el privilegio de la instalación de la primera cadena de automatización para la Unidad de Hematología-Hemostasia de estas características en Europa; hecho que le ha llevado a convertirse en uno de los primeros laboratorios en integrar uno de los sistemas más avanzados en informática de gestión para laboratorios, aportando una solución de automatización total para las muestras de hemograma y coagulación.

Pero antes de adentrarnos en el funcionamiento y los detalles propiamente dichos de la Cadena de Automatización, hemos de tener en cuenta una serie de aspectos en cuanto a la toma de muestras para los estudios hematológicos y hemostáticos si pretendemos obtener los más y mejores resultados analíticos.

Los aspectos a tener en cuenta durante la extracción de las muestras venosas que vamos a analizar posteriormente son:

- comprobar la identidad del paciente y asegurarse que se corresponde con la reseñada en la petición

- etiquetar en primer lugar la petición y a continuación cada una de las muestras obtenidas correctamente (un correcto etiquetado de las muestras nos va a evitar muchos problemas de procesamiento en la cadena automatizada: colocar el código de barras en el lugar adecuado del tubo y con la etiqueta correspondiente al tipo de tubo)
- prestar especial cuidado en la aplicación del torniquete (smarch), la presión debe ser de 50 a 60 mmHg comprobando siempre que haya pulso radial por debajo del torniquete (una presión excesiva del torniquete puede provocar hemoconcentración). El tiempo de éstasis venosa interfiere en algunas pruebas, por lo que el torniquete debe aplicarse el menor tiempo posible (aproximadamente inferior a un minuto)
- para evitar y/o minimizar la hemólisis de las muestras:
  - las agujas empleadas para la extracción no deben ser demasiado finas (las más apropiadas son las de 19-21G)
  - si se utiliza una jeringa para la extracción hay que deslizar suavemente el émbolo de la jeringa y no intentar extraer la sangre más deprisa que el propio llenado de la vena evitando así la formación de espuma durante la extracción
  - inyectar la sangre extraída suavemente en el contenedor (tubo)
- mezclar rápidamente las muestras con el anticoagulante presente en el tubo invirtiendo varias veces la posición de los contenedores para evitar la formación de coágulos o micro coágulos que alterarían considerablemente los resultados de las muestras
- la venopunción debe ser limpia, en el caso de la obtención de la muestra a partir de un catéter implantado, se debería limpiar el catéter de la heparina que se utiliza para mantener la permeabilidad de la vía (aún así las muestras obtenidas no se deberían utilizar para realizar las determinaciones hemostáticas porque tienen tendencia a diluirse o contaminarse con restos de heparina y se

producen resultados analíticos incorrectos: prolongación de TP y TTPA).

Si se trata de una vía de infusión por donde se están administrando líquidos intravenosos, la muestra no se debería recoger de ese brazo

- El National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS) recomienda que la muestra para la realización del estudio hematológico básico (hemograma) lleve como anticoagulante el EDTA tripotásico (ácido etilendiamidotetraacético), asegurándose que la proporción sangre/ anticoagulante sea la correcta (de ahí la importancia del llenado del tubo con la cantidad exacta de sangre).

La elección del EDTA tripotásico como anticoagulante se debe a varias razones: no produce dilución en la sangre, respeta la morfología eritrocitaria y leucocitaria e inhibe la agregación de las plaquetas facilitando el recuento de las mismas (aun así existen casos en los que persiste la agregación plaquetar a pesar de utilizar este tipo de anticoagulante y es entonces cuando se realiza la determinación del recuento plaquetar mediante el tubo con CITRATO y/o mediante el tubo con heparina de litio).

En nuestro laboratorio el contenedor de muestra para la realización del hemograma tiene un capacidad de 3 ml, lleva incorporado EDTA tripotásico como anticoagulante y su tapón es de color morado.

El análisis del hemograma se realiza con sangre total y con él se determina principalmente:

**Tabla 1: Parámetros que se determinan en el análisis del hemograma**

SERIE ROJA	SERIE BLANCA	SERIE PLAQUETAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nºhematíes o Eritrocitos (ERIT)</li> <li>• Hemoglobina (HGB)</li> <li>• Hematocrito (HCT)</li> <li>• Volumen Corpuscular Medio (VCM)</li> <li>• Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)</li> <li>• Concentración de HGB Corpuscular Media (CHCM)</li> <li>• Reticulocitos (RET)</li> <li>• ADE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leucocitos (LEU)</li> <li>• Linfocitos (LIN)</li> <li>• Monocitos (MON)</li> <li>• Neutrófilos (NEU)</li> <li>• Eosinófilos (EO)</li> <li>• Basófilos (BA)</li> <li>• Eritroblastos (ERBL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuento Plaquetar (PLQ)</li> <li>• Volumen Plaquetar Medio (VMP)</li> </ul>

La cuantificación de los hematíes, leucocitos y plaquetas mediante contadores hematológicos especializados resulta de gran utilidad para la detección de alteraciones cuantitativas y cualitativas de las células sanguíneas, contribuyendo de manera significativa al diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente.

Además estos analizadores hematológicos proporcionan determinados parámetros relacionados con el recuento de neutrófilos, linfocitos, monocitos o eosinófilos, que aunque no se informan si se utilizan en el régimen interno del laboratorio como herramienta de investigación.

- El NCCLS recomienda que la muestra para la realización del estudio básico de hemostasia (coagulación) lleve como anticoagulante el CITRATO trisódico con la proporción de 9 volúmenes de sangre por 1 de citrato, de ahí el extremo cuidado que se debe adoptar en el llenado del tubo tanto por exceso como por defecto ya que si se rompe la proporción sangre-anticoagulante se alteraría de forma muy significativa los resultados, razón por la que se llegaría a desestimar el estudio si la proporción no fuera la adecuada.

En nuestro laboratorio los tubos para el estudio básico de coagulación tienen una capacidad de 2.7ml y su tapón es de color azul celeste.

El estudio básico de coagulación se realiza en plasma tras la centrifugación del tubo con citrato y consta principalmente del análisis de los siguientes parámetros:

**Tabla 2: Parámetros analizados en el estudio básico de coagulación**

PARAMETROS DE COAGULACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de Protrombina (TP) o Índice de Quick</li> <li>• Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada (TPPA)</li> <li>• Fibrinógeno (derivado de TP)</li> <li>• Fibrinógeno Clauss</li> <li>• Antitrombina III (AT)</li> </ul>

El análisis de estos parámetros nos permite valorar tanto la vía extrínseca como intrínseca de la coagulación aportándonos una visión global de la eficiencia o no del sistema de coagulación del paciente que nos permitirá diagnosticar, tratar o controlar cualquier alteración hemostática del mismo.

## Material y métodos

La Cadena de Automatización de Hematología-Hemostasia permite el registro, distribución, análisis y almacenamiento de los tubos EDTA (hemograma) y CITRATO (coagulación) de forma automatizada mediante un proceso robotizado que permite el análisis de aproximadamente 400 tubos/hora.

La Cadena de Automatización de Hematología-Hemostasia (denominada LH1500 con conexiones de los sistemas ACL TOP 700 de Beckman Coulter IZASA) consta de los siguientes módulos:



Figura 1: Visión general de la Cadena de Automatización

- Un módulo de entrada con carga dinámica y simultánea tanto de tubos EDTA como CITRATO con una capacidad de 200 tubos que se van renovando a medida que se realiza la carga de los tubos en los transportadores y estos se dirigen al analizador correspondiente
- Tres conexiones en paralelo a tres sistemas LH780 (analizadores Coulter que son los que realizan el análisis del hemograma propiamente dicho del tubo EDTA)
- Un almacenador de tubos EDTA con una capacidad de 1020 tubos distribuidos en tres gradillas



Figura 2: Almacenador tubos hemograma

- Un destaponador para los tubos CITRATO que han sido previamente centrifugados
- Dos conexiones a dos sistemas ACL TOP 700 (coagulómetros de Instrumentation Laboratory donde se realiza el estudio básico de coagulación del tubo CITRATO)

- Un almacenador de tubos CITRATO con una capacidad de 150 tubos distribuidos en tres gradillas que se van actualizando manualmente cuando se completa su capacidad (se cambian por otras vacías cuando se llenan)
- Dos módulos de salida, uno para tubos EDTA y otro para tubos CITRATO, donde se depositarán las muestras que requieran tratamiento o análisis fuera de la cadena y aquellas que sufran algún tipo de incidencia.

Una vez descritos los componentes de la cadena automatizada de una forma general, el flujo de trabajo que se desarrolla a través de la cadena automatizada sigue las siguientes pautas:

Las muestras tanto de hematología (tubo EDTA con sangre total) como de hemostasia (tubo CITRATO previamente centrifugado) son cargadas en las gradillas de la cadena de automatización a través del sistema preanalítico existente (AUTOMATE 2500).

Estas gradillas que contienen tubos de hemograma y coagulación de forma aleatoria son depositadas en el módulo de entrada de la Cadena de Automatización.



Figura 3: Módulo de entrada donde se cargan los tubos en los transportadores individuales

Desde allí las muestras son cargadas por medio de un brazo robotizado tubo a tubo a unos transportadores individuales que sirven de vehículo conductor de las muestras.



Figura 4: Carga de los tubos en los transportadores individuales

La cadena de automatización está conectada al sistema informático del laboratorio (SIL) que realiza un Host Query a cada uno de los tubos que se incorporan a la cadena informando a ésta de los parámetros solicitados a cada muestra y en consecuencia la cadena dispondrá el tubo en la ruta adecuada hasta llegar a los analizadores correspondientes.

El carril de entrada de la cadena se bifurca en dos ramas: una donde se dirigen únicamente los tubos de hemostasia (azules) y otra donde irán dirigidos los tubos de hemograma (morados).

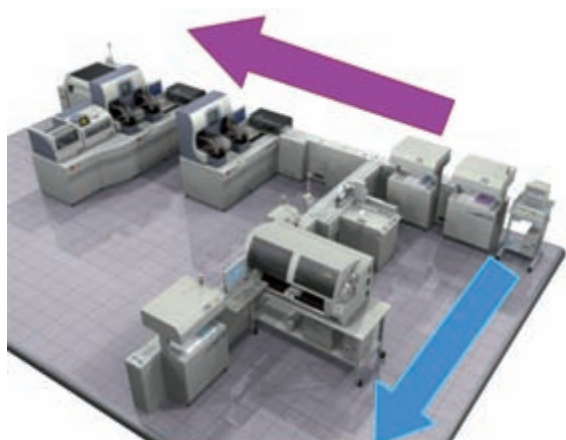


Figura 5: Rama de Hematología representada por la flecha morada y rama de Hemostasia representada por la flecha azul

La rama de hemostasia se inicia con un destaponador automático que retira los tapones a todos los tubos citrato y los deposita en un contenedor especial para materiales contaminados, evitando así el riesgo de contaminación para el personal de laboratorio.

Las muestras una vez destaponadas van a ser pipeteadas desde el propio carril de la cadena por los brazos automáticos que parten de cada uno de los coagulómetros, sin que sea necesario introducir el tubo dentro del analizador.



Figura 6: Toma de muestra por el coagulómetro desde el propio carril de la cadena

Una vez realizada la toma de muestra los tubos siguen su trayecto con el transportador hasta su correspondiente lugar en las gradillas de archivo.

Si se produce alguna incidencia durante el trayecto del tubo desde su incorporación a la cadena (no se pipetea por muestra insuficiente, se produce un error en la identificación del tubo, etc.) éste se depositará en una gradilla reservada a incidencias.

La rama de hematología distribuye los tubos de hemograma equitativamente en cada una de las tres mesas conectadas a los analizadores Coulter.



Figura 7: Mesas conectadas a la cadena mediante las cuales se cargan los tubos a los analizadores Coulter

Los tubos de hemograma son cargados automáticamente a los racks correspondientes a cada Coulter a través de un sistema automático; estos racks son introducidos y extraídos en el analizador mediante unos brazos robotizados que realizan la función de carga y descarga de los racks.

Una vez los tubos analizados han sido extraídos del Coulter, son nuevamente depositados en los transportadores de la cadena que los conducen a su correspondiente lugar en las gradillas de archivo.

Si se produce alguna incidencia con el tubo durante su transporte y/o análisis en la cadena, existe una zona dirigida a recoger estos tubos la cual está dividida en subzonas donde clasifica los tubos según el tipo de incidencia que haya sufrido o que se haya generado a través del SIL: tubos con error en el código de barras, tubos que deben ser revisados (presencia de coágulos/microcoágulos), muestras que precisan la realización de una extensión, etc...

Las muestras que una vez analizadas generen un test reflejo (recuento de reticulocitos) o aquellas en las que sea necesario repetir el hemograma son rescatadas automáticamente de la gradilla de archivo por la cadena y conducidas de nuevo al analizador Coulter correspondiente para que se realice su determinación.

El SIL informa a facultativos y enfermería en tiempo real, del estado de la actividad realizada y pendiente, del estado de validación, del estado de informes, etc., además simplifica la validación facultativa presentando en pantalla

los resultados de los parámetros solicitados y las gráficas de análisis generadas por los sistemas analíticos.

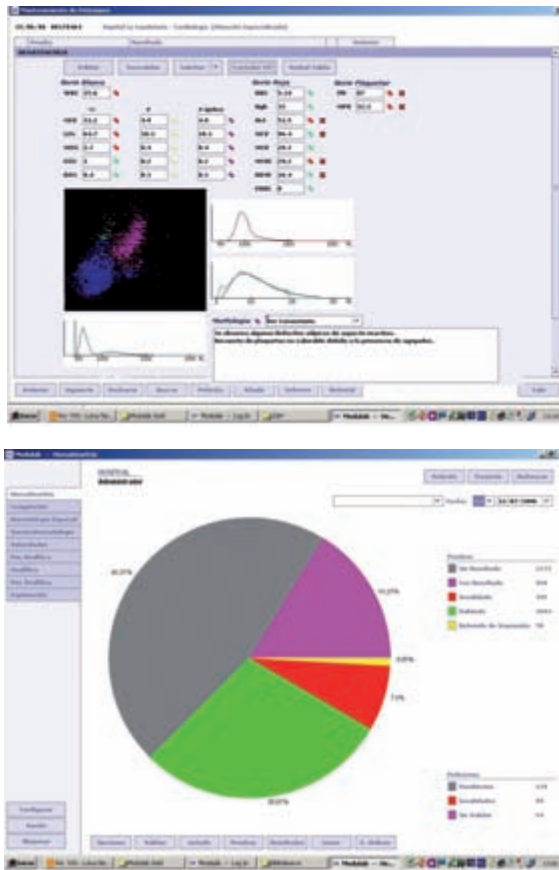


Figura 8: Ejemplo de resultados y gráficas generados por los sistemas analíticos mediante el SIL (Modulab)

Todo esto nos permite un control exhaustivo de las muestras en todo momento, facilitándonos la localización y el tratamiento que han sufrido cada una de las muestras desde su entrada en la cadena de automatización.

### Discusión- conclusión

La Cadena de Automatización de Hematología-Hemostasia nos aporta toda una serie de beneficios en el procesamiento de las muestras hematólo-hemostáticas de entre las que destacan:

- Es capaz de optimizar las fases pre-analítica, analítica y post-analítica
- Estandariza el proceso y tiempo de respuesta de las analíticas solicitadas
- Mejora la gestión de datos, tubos e informes de laboratorio
- Automatiza todos los procesos manuales (registro, carga y descarga de tubos en los sistemas analíticos, almacenamiento, clasificación, etc.)

- Aporta trazabilidad y control total de cada una de las muestras
- Aumenta la eficacia y productividad del laboratorio

Todos estos beneficios se hacen realidad siempre y cuando vayan acompañados de una labor profesional adecuada capaz de gestionar de una forma optimizada el funcionamiento de la cadena automatizada y por tanto obtener así resultados de alta calidad tanto cuantitativa como cualitativamente.

En esta labor profesional se encuentra inmersa enfermería cuya aportación en todo este proceso va mucho más allá del correcto funcionamiento de la cadena automatizada. Su labor realmente importante radica en la previsión y anticipación a posibles problemas, en tener capacidad para controlar y resolver incidencias que de no ser solventadas con rapidez y profesionalidad podrían provocar alteraciones importantes en el flujo de trabajo.

En general la función que enfermería realiza en todo este proceso comienza con una correcta toma de muestra y acaba con la validación técnica de los resultados analíticos obtenidos (a expensas de la validación definitiva por el facultativo) pasando por todo un proceso de aceptación, adecuación, comprobación, control y seguimiento de las muestras desde su entrada en la cadena automatizada hasta su archivo.

Si algo cabe destacar en la labor de enfermería es la implicación que muestra en el tratamiento de las muestras conocedora en primera persona de las repercusiones y el significado que tiene un correcto análisis de las mismas en la salud del paciente.

En definitiva, la cadena de automatización de Hematología-Hemostasia nos permite el análisis totalmente automatizado de un gran número de muestras hemostáticas y hematológicas en un corto espacio de tiempo, (aproximadamente de 1000 a 1200 muestras en un turno de trabajo), con una alta calidad en los resultados obtenidos debido al minucioso control que la cadena ejerce sobre cada una de las muestras.

Pero indiscutiblemente para que esto sea posible, la cadena de automatización debe permanecer siempre custodiada por profesionales altamente cualificados que sepan optimizar y gestionar de manera correcta el funcionamiento de la cadena de automatización y en general de la sección de hematología-hemostasia propiamente dicha.

### Bibliografía

1. Lewis, S.M., Brain, B.J., Bates, I. Hematología Práctica Ed. ELSEVIER. 2008 (10ª edición). 1:1-69;16:325-412
2. Wayne,P.A.,NCCLS.Procedures for the Collection of diagnostic blood specimens by venipuncture. Approved standard. 2003 (5th edition).H3-A5
3. Merino, A. Manual de citología de sangre periférica. Ed. Grupo Acción Médica.2005. Centro de Diagnóstico Biomédico del Hospital Clinic.Universidad de Barcelona.1:20-58
4. Wayne,P.A.NCCLS.Tubes and additives for venous blood specimen Collection. Approved standard. 2003 (5th edition) H1-A3
5. Miller,J.,Starks,B.La información que proporciona el hemograma completo.Nursing.Diciembre 2010. Volumen 28:22-5
6. Martínez Sesma, A., Gil Arbiol, MA., Perez Pejenante, F. Extracción de sangre: revisión bibliográfica y recomendaciones. Nursing. 2008.Volumen 26:62-4

## Atención de enfermería en resección traqueal

La cirugía de la estenosis traqueal y los tumores de la vía aérea superior son de una gran complejidad por las características de los pacientes y niveles de extensión, afectación de órganos de vecindad (fístulas traqueoesofágicas) y lesión de la laringe.

El objetivo de enfermería es la sistematización de cuidados en planta de hospitalización ya que el resultado exitoso de la cirugía depende en gran parte de ellos.

El reposo, la nutrición y la flexión cervical son fundamentales para la buena cicatrización de la vía aérea. La humidificación en caliente es una garantía de permeabilidad de las cánulas o prótesis de Montgomery.

**Palabras Clave:** Cirugía traqueal- estenosis traqueal- vía aérea- traqueostomía, Montgomery.

**Ana Carmen Marco Gil**

Diplomada en enfermería. Supervisora Hospitalización. Hospital Casa de Salud.

**María Teresa Murillo-Llorente**

Diplomada en enfermería. Directora de enfermería. Hospital Casa de Salud.

**Maria Dolores Lorente Sanchos**

Diplomada en enfermería. Enfermera Cirugía. Hospital Casa de Salud.

**Laura Muñoz Moreno**

Diplomada en enfermería. Enfermera Cirugía. Hospital Casa de Salud.

### Introducción

Dado el aumento de incidencia de casos de cirugía traqueal atendidos en nuestro Hospital, nos planteamos elaborar un procedimiento de enfermería para facilitar y estandarizar el conjunto de cuidados destinados a favorecer la cicatrización de la sutura evitando complicaciones, ya que éstas son de extrema gravedad en su mayoría.

La cirugía traqueal es dificultosa y compleja por lo que requiere de cuidados específicos, precisos y de gran calidad. El trabajo multidisciplinar se hace imprescindible en este tipo de cirugías.

Agradecemos la colaboración y el apoyo incondicional al personal de enfermería ofrecido por el cirujano Dr. Vicente Tarrazona Hervás.

### Objetivos

Según el tipo de intervención, nuestros pacientes llegaron a planta con traqueostomía o sin ella y los cuidados fueron diferentes según los casos, pero lo que tuvieron en común todos ellos fueron nuestros objetivos:

- Mantener la vía aérea permeable con secreciones fluidas y una buena higiene bucal.
- Conservar la posición de la tráquea indicada por el cirujano, favoreciendo en lo posible el bienestar del paciente.
- Administrar el tratamiento prescrito evitando el dolor.
- Facilitar la deglución cuando se inicie.
- Detectar complicaciones.
- Proporcionar el apoyo psicológico necesario para ayudar al paciente a soportar las durísimas condiciones del postoperatorio.

### Material y método

Nuestra experiencia en el manejo de este tipo de pacientes es de más de 3 años, con un total de 15 pacientes atendidos en los últimos tres años. Hemos realizado el

estudio descriptivo-retrospectivo con revisión de historias clínicas para confirmar que los criterios marcados en el procedimiento elaborado son adecuados para ofrecer una atención de calidad.

Antes de intervenir al primer paciente, el Dr. Vicente Tarrazona impartió un curso teórico-práctico sobre este tipo de cirugía para adiestrar al personal de enfermería por ser una cirugía compleja.

Del total de pacientes, un 53,54 % son mujeres y un 46,46 % varones. El lugar de procedencia de estos pacientes ha sido muy variado: Málaga, Cádiz, Madrid, Valladolid, Tarragona, Canarias, Lugo y Comunidad Valenciana.

La edad media fue de 41.6 años, siendo el paciente más joven de 16 años y el mayor de 63 años. Los diagnósticos más frecuentes de estenosis laringotraqueal fueron de origen idiopático (33.35 % del total), de origen oncológico (26.64 %), por complicaciones en la postintubación (33.35 %) y de origen traumático (6.66%). (1) (2)

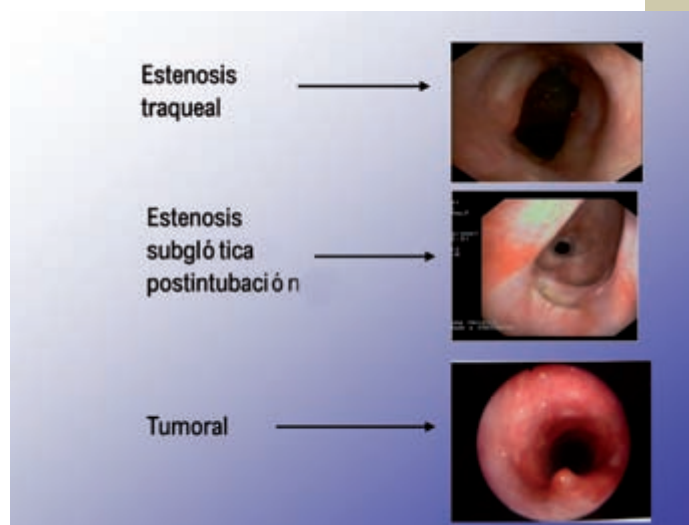


Figura 1. Estenosis traqueal.

La estancia media de estos pacientes fue de 27,5 días. La estancia hospitalaria se prolonga más cuando al paciente se le ha realizado una resección con laringoplastia y es portador del Tubo de Montgomery.

Fue importante para reducir la ansiedad que la enfermera se presentara al paciente cuando llegó a la sala, informándole de las técnicas a realizar, del proceso y de cómo podía colaborar en el postoperatorio.

El personal auxiliar preparó en la habitación del paciente a su salida de UCI el siguiente material:

- Mesa auxiliar
- Material para oxigenoterapia s.p.h. añadiendo calentador/humidificador de oxígeno
- Material para aspiración de secreciones s.p.h.
- Corsé cervical
- Monitor de signos vitales con pulsioximetría
- Material para alimentación por sonda nasogástrica (SNG) s.p.h.
- Material habitual para la administración de tratamiento

Como en cualquier postoperatorio se cumplieron las órdenes médicas prescritas y como medidas especiales en estos pacientes realizamos de manera protocolizada:

- Aspiración de secreciones traqueales s.p.h. usando sondas de aspiración controlada del calibre CH/FG 8-10.
- Fisioterapia respiratoria s.p.h.
- Aerosoles con mucolíticos fluidificantes de las secreciones bronquiales y eventualmente con antibiótico.
- Oxigenoterapia s.p.h. con:
  - humidificación en caliente a 37° C (entre 8 y 9 en la escala del calentador modelo Aerodine de Kendall ), usamos aqua-pack de 1 litro, ya que a causa del calentador se evapora el agua con más rapidez.
  - Flujo de oxígeno a 6-8 l/min. Fi O2 al 28 % para mantener un flujo permanente de 32 litros y una saturación de oxígeno mayor o igual a 95% (esta es la pauta estándar, que puede variar por orden médica en casos particulares)

Fue importante para reducir la ansiedad que la enfermera se presentara al paciente cuando llegó a la sala, informándole de las técnicas a realizar, del proceso y de cómo podía colaborar en el postoperatorio.



Figura 2: oxigenoterapia con humidificación en caliente

- Uso de Corsé de Flexión Cervical durante 10-14 días según longitud de la resección, condiciones locales de la sutura y condiciones generales del paciente. En casos de resección mayor del 50% de la tráquea hasta tres semanas.



Figuras 3 y 4: corsé de flexión cervical

Tabla 1

Nº Total de casos	2009	2010	2011
15	6	6	3

- Alimentación por SNG durante 8-10 días. Alimentación oral siempre que no exista broncoaspiración y de manera progresiva en cuanto a su consistencia. Hidratación con 2-3 litros de líquido al día por SNG primero y después vía oral.
- Antibioterapia y corticoterapia durante 8-10 días.
- Drenaje de redón. La colocación del drenaje se mantuvo durante 8 días, aunque el débito fue casi nulo, para ayudarnos a reconocer una posible complicación si se presentara de repente un débito hemático o la pérdida de vacío (que pueden ser indicadores de una dehiscencia de sutura).
- Control con fibrobroncoscopia. Para esta técnica se requirieron 6 horas de ayunas, se hizo a los 14 días de la

intervención de forma sistemática y siempre que existieron signos de alarma.

- Facilitamos sistemas de comunicación.
- Cuidados propios de la traqueostomía. A los pacientes que se les practicó una resección con plastia laríngea, necesitaron un tubo de Montgomery para remodelar la laringe hasta su cicatrización que va taponado en su extremo proximal para evitar broncoaspiración.

Dependiendo de la localización de la traqueostomía, se precisó un tipo de cánula de Montgomery con diferentes longitudes y en forma de "T" o "Y".

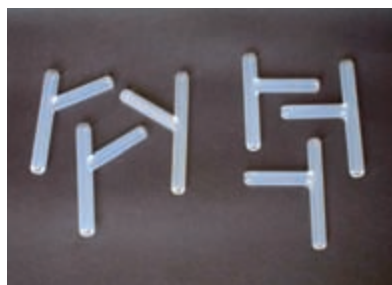


Figura 5. Cánulas de Montgomery

Tras la cicatrización de la herida quirúrgica, se sustituyó la cánula de Montgomery por una hemicánula taponada, que se mantuvo entre 3 y 5 días para testar ventilación y deglución. Si estas funciones fueron correctas se retiró la hemicánula y se cerró la traqueostomía.



Figura 6. Hemicánulas

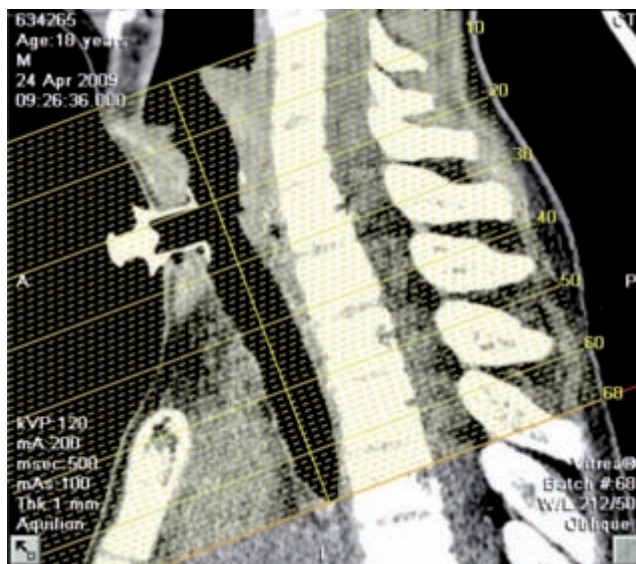
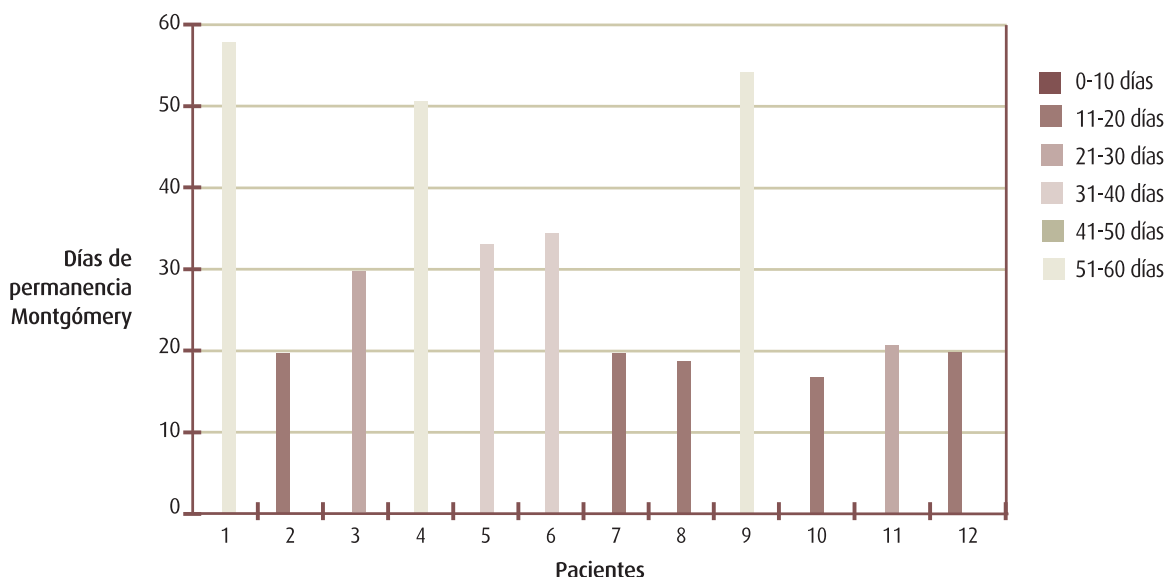


Figura 7: RX perfil mostrando cánula

### Tiempo de permanencia de la cánula de Montgomery en los Pacientes que lo precisaron



Al estandarizar los cuidados hemos comprobado que el paciente toleró bien las técnicas de enfermería aceptando y colaborando en todo el proceso. Aparecieron signos de alarma en un porcentaje muy bajo.

Prestamos atención a los siguientes **signos y síntomas de alarma**:

- Dificultad respiratoria
- Broncoaspiración de saliva o alimentos.
- Sangrado
- Estridor
- Disminución de la saturación de oxígeno.
- Signos de infección de la herida.
- Signos de infección respiratoria alta o baja.
- Salida de la cánula del canal de traqueostomía (decanulación).
- Enfisema subcutáneo.

Otros problemas frecuentes fueron:

- Mala tolerancia del corsé.
- Dificultades psicológicas para asimilar su patología y el tiempo del tratamiento.
- Condensación del vapor en el tubo corrugado que requiere ser vigilado para vaciar el agua que se acumula.

Registramos:

- Los controles del estado del paciente en su Gráfica de Signos Vitales.
- Las Técnicas de Enfermería y su tolerancia en la Hoja de Incidencias.

Mantuvimos una correcta permeabilidad de la vía respiratoria con secreciones fluidas y fácilmente extraídas con tos o con aspiración.

- La administración de tratamientos y medicación en la Hoja de Control de Medicación.

## Resultados

Al estandarizar los cuidados hemos comprobado que el paciente toleró bien las técnicas de enfermería aceptando y colaborando en todo el proceso. Aparecieron signos de alarma en un porcentaje muy bajo.

Mantuvimos una correcta permeabilidad de la vía respiratoria con secreciones fluidas y fácilmente extraídas con tos o con aspiración.

El paciente estuvo bien hidratado y su tolerancia a la alimentación oral fue correcta, manteniendo signos vitales estables dentro de la normalidad.

Se comprobó la correcta cicatrización de la sutura con control fibroscópico.

Los resultados de nuestro estudio han sido los siguientes:

- Curación del 100% de los casos.
- Ausencia de obstrucciones de la vía aérea ni del Montgómery en el 100% de los casos.
- Ausencia de sangrado, únicamente 1 caso de hemoptisis a los 12 días de la intervención quirúrgica debido a la ulceración de la mucosa traqueal causada por un decúbito del tubo de Montgómery y la necesidad de realizarle una fibroscopia de control.
- Ausencia de decanulaciones en el 100% de los casos.
- Ausencia de infecciones de la herida quirúrgica.
- Un 36 % de contaminación de las secreciones aparecieron en el postoperatorio y otro 36 % de los pacientes tenían las secreciones contaminadas a su ingreso.

Tabla 2

Complicaciones	2009	2010	2011
Hemoptisis	0	0	1
Subedema pulmonar	1	0	0
Contaminación posquirúrgicas	1	3	1
Contaminación al ingreso	1	1	3
Sin complicaciones tras la cirugía	2	3	1



Figura 8. Evolución de Estenosis

Unos adecuados y estandarizados cuidados de enfermería en el postoperatorio de resección laríngea y traqueal nos ayudan a reducir las complicaciones y la ansiedad en los pacientes, además de detectar de forma precoz los signos de alarma en caso de aparecer dichas complicaciones.

- Un 86.7 % de los pacientes no tuvieron ninguna complicación.
- Cierre espontáneo de la traqueostomía tras la decanulación en el 100% de los casos.

### Discusión

Unos adecuados y estandarizados cuidados de enfermería en el postoperatorio de resección laríngea y traqueal nos ayudan a reducir las complicaciones y la ansiedad en los pacientes, además de detectar de forma precoz los signos de alarma en caso de aparecer dichas complicaciones.

Deseamos dar a conocer nuestra experiencia en el manejo de estos pacientes, ya que no existen muchos trabajos de enfermería que nos orienten sobre los cuidados específicos en el postoperatorio de resección traqueal.

Para el personal de nueva incorporación en nuestro Centro ha resultado ser de gran utilidad el procedimiento: "Cuidados de enfermería en el postoperatorio de cirugía traqueal".

### Conclusiones

Hemos comprobado que el reposo, la nutrición-hidratación por sonda nasogástrica y la flexión cervical, son fundamentales para la buena cicatrización.

La humidificación en caliente es una garantía de permeabilidad de la vía aérea tanto en pacientes con traqueostomía o sin ella.

Y con todos estos cuidados, se ha logrado la curación en el 100% de los casos con un 86.7 % de pacientes sin ninguna complicación en el postoperatorio.

### Abreviaturas

s.p.h.: según protocolo hospitalario.

### Imágenes

Cedidas por Dr. Vicente Tarrazona Hervás, Cirujano Torácico.

### Bibliografía

1. SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL SAN JOSÉ, UNIVERSIDAD DE SANTIAGO. "Manejo de la estenosis traqueal". Revista chilena de cirugía. versión On-line ISSN 0718-4026. Rev. Chil Cir v.59 n.6 Santiago dic. 2007. doi: 10.4067/S0718-40262007000600004
2. MEDIGRAFIC.COM. Neumología y Cirugía de tórax, caso clínico. Vol.61: 31-36, 2002.
3. GRILLO HC. Primary reconstruction of airway after resection of subglottic laryngeal and upper tracheal stenosis. Ann Thorac Surg 1982; 33: 3-18.
4. LOUIS COURAUD, JACQUES B. JOUGON, JEAN-FRANÇOIS VELLY. Surgical treatment of non tumoral stenosis of the upper airway. Ann Thorac Surg 1995; 60: 250-260.
5. HERMES G. GRILLO AN DEAN M. DONAHUE. Post intubation tracheal stenosis. Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery. Vol 8 N° 4, Octubre 1996; pp 370-380.
6. MICHAEL MADDAUS, JULIUS L.R. TOTH, PATRICK J. GULLANE AND F. GRIFFITH PEARSON. Subglottic tracheal resection and synchronous laryngeal reconstruction. J. Thorac Cardiovasc Surg. 1992; 104:1443-50.

Hemos comprobado que el reposo, la nutrición-hidratación por sonda nasogástrica y la flexión cervical, son fundamentales para la buena cicatrización. La humidificación en caliente es una garantía de permeabilidad de la vía aérea tanto en pacientes con traqueostomía o sin ella.

## Estudio sobre la relación entre obesidad juvenil y actividad física

**Jorge Casaña Mohedo**  
DUE

**Palabras Clave:** Obesidad, actividad física, enfermería, adolescencia, salud escolar, salud pública, sobrepeso.

La obesidad es la enfermedad nutricional más frecuente durante la infancia y la adolescencia en los países desarrollados. Estudios recientes realizados en distintos países demuestran que el 5-10% de los niños en edad escolar son obesos, y en los adolescentes la proporción aumenta hasta situarse en cifras del 10-20%.

La actividad física regular constituye una medida complementaria a la dieta. El ejercicio aumenta el gasto energético, mejora la sensibilidad a la insulina, disminuye la lipogénesis, y mejora la imagen corporal.

Tras la realización de este trabajo, podemos concluir, que el porcentaje de sobrepeso y obesidad de la población estudiada y en las condiciones estudiadas, se encuentra por debajo de la media referida la bibliografía.

También cabe destacar que el nivel de actividad se encuentra por encima de los valores habituales.

### Introducción

La obesidad es un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de energía en forma de grasa corporal en relación con el valor esperado según el sexo, talla y edad. El sobrepeso denota un peso corporal mayor con relación al valor esperado según el sexo, talla y edad.

La obesidad es la enfermedad nutricional más frecuente durante la infancia y la adolescencia en los países desarrollados, aunque no sólo se limita a éstos. Estudios recientes realizados en distintos países demuestran que el 5-10% de los niños en edad escolar son obesos, y en los adolescentes la proporción aumenta hasta situarse en cifras del 10-20%. Similar incidencia ha sido encontrada en nuestro país.

La etiología de la obesidad está todavía por esclarecer debido a los múltiples factores implicados: genéticos, ambientales, neuroendocrinos, metabólicos conductuales y de estilo de vida.

Para el tratamiento de la obesidad infantil es necesario contemplar de una forma integral las áreas física, mental y social. Una combinación de actividad física regular, variedad de alimentos en la dieta e interacción social amplia constituye, probablemente, el abordaje adecuado para hacer frente al problema al que nos enfrentamos, con el resultado de una mayor longevidad y un envejecimiento sano de la población.

La actividad física regular constituye una medida complementaria a la dieta. El ejercicio aumenta el gasto energético, mejora la sensibilidad a la insulina, disminuye la lipogénesis, y mejora la imagen corporal.

### Clasificación

Podemos clasificar la obesidad dependiendo de varios factores:

- En función del porcentaje graso corporal, podríamos definir como sujetos obesos aquellos que presentan porcentajes de grasa por encima de los valores considerados normales, que son del 12 al 20% en varones y del 20 al 30% mujeres adultas.

Se acepta como punto de corte para definir la obesidad valores para el IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, aunque también se han

definido valores superiores al percentil 85 de la distribución de la población de referencia

Para la población infantil y juvenil se utilizan como criterios para definir el sobrepeso y la obesidad los valores específicos por edad y sexo del percentil 85 y 97 del IMC, respectivamente, utilizando las tablas de Cole y Cols.

- Si tenemos en cuenta la edad de inicio, podríamos dividir la obesidad en *obesidad infantil* o en *obesidad adulta*.
- Según el criterio de los adipocitos o el acúmulo de grasa, si éste tiene lugar durante un periodo crítico del desarrollo del tejido adiposo, se origina una *obesidad hiperplásica*. El acúmulo de grasa en periodos no críticos da lugar a la *obesidad hipertrófica* propia de los adultos y de mejor pronóstico (*Tesis doctoral: Aspectos de la obesidad infantil; Remesal, Raquel; Universidad de Sevilla; 2002*).
- Según la distribución regional de la grasa acumulada, en la actualidad se sigue manteniendo la clasificación ya apuntada por Vague en 1947. La *obesidad androide*, también denominada *abdominal*, es más frecuente en los varones y se acompaña de una mayor morbimortalidad. Se caracteriza por la acumulación de grasa por encima de la cintura, sobre todo en la zona abdominal. La *obesidad ginecoide*, la presentan en mayor proporción las mujeres, se caracteriza por la presencia de un acúmulo de grasa en la mitad inferior del cuerpo, especialmente en el bajo vientre, caderas y muslos. La hipertrofia del tejido adiposo es más frecuente en la obesidad androide. Por el contrario la hiperplasia es más común en la obesidad ginecoide.
- Por su etiología podríamos definir dos tipos de obesidad:
  - *Obesidad nutricional (simple o exógena)*: la mayoría de los niños que presentan obesidades a causa de una ingesta energética excesiva y/o un gasto calórico reducido; corresponde al 95% de los casos de obesidad infantil.
  - *Obesidad orgánica (intrínseca o endógena)*: el 5% restante corresponde a síndromes dismórficos, endocrinopatías y lesiones del sistema nervioso central, o de causa yatrogénica causada por glucocorticoides, antihistamínicos o antidepresivos cíclicos.

## Etiopatogénesis

La obesidad es una enfermedad compleja, cuya etiología está todavía por esclarecer debido a los múltiples factores implicados como son:

- Factores genéticos.
- Factores ambientales.
- Factores neuroendocrinos.
- Factores relacionados con el gasto energético.
- Factores psicológicos.

## Valoración de la obesidad

Para valorar si una persona es o no obesa nos basaremos en diferentes criterios, el primer método de sesgo será la inspección visual (la cual podrá erradicar falsos positivos), a continuación se deberá realizar una anamnesis y una inspección clínica más profunda que la simple inspección visual y posteriormente tomar medida de los valores antropométricos.

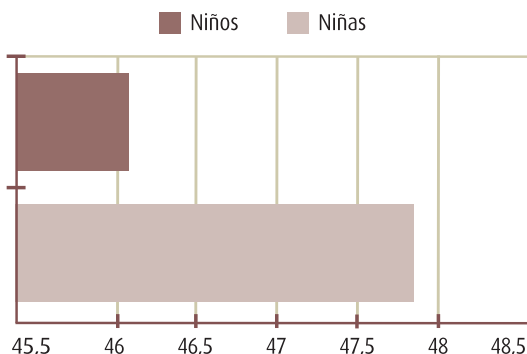
Los datos más importantes a reseñar relacionados con el ejercicio serán aquellos que tengan relación con la actividad física cotidiana (caminar, subir o bajar escaleras, ir a la compra...). Sin menospreciar la actividad física programar (gimnasia, tenis, correr, etcétera...)

### Exploración física y estudios complementarios.

**Peso, talla e IMC:** el paciente debe ser pesado sin zapatos y en ropa interior con una báscula de cien gramos de precisión. A partir del peso y la talla se calculará el índice de masa corporal (peso del sujeto expresada en kilogramos dividido por la talla<sup>2</sup> expresada en metros cuadrados kg/m<sup>2</sup>).

**Determinación del perímetro de la cintura:** se determina con una cinta métrica flexible, milimetrada, con el sujeto en bipedestación, sin ropa y relajado. Se debe localizar el borde superior de las crestas ilíacas (**Ilustración 1**) por encima de éste. Es el mejor indicador de la grasa visceral (y de sus cambios con la pérdida de peso), así como del riesgo cardiovascular que la relación cintura/cadera (**Tabla 1**).

**Ilustración 1.**  
Relación de peso entre sexos a los 12 años



**Tabla 1.** Riesgo para desarrollar complicaciones metabólicas relacionadas con la obesidad de acuerdo con la CC

Riesgo de complicaciones metabólicas	Incrementado	Sustancialmente incrementado
<b>Hombres</b>	≥ 94 cm	≥ 102 cm
<b>Mujeres</b>	≥ 80 cm	≥ 88 cm

**Determinación del índice cintura-cadera (ICC):** Este indicador evalúa la distribución del tejido adiposo. Se obtiene al dividir en centímetros la circunferencia de la cintura entre la circunferencia de la cadera, es un predictor independiente de factores de riesgo y morbilidad. Los puntos de corte por sexo pueden ser utilizados para identificar el incremento relativo de riesgo para el desarrollo de obesidad asociado a factores de riesgo en muchos adultos con un IMC de 25 a 34.9 kg/m<sup>2</sup> (**Tabla 2**).

**Tabla 2.** ICC y su escala de estimación para los riesgos de la salud

Riesgo	Hombres	Mujeres
Alto	> 0.95	> 0.85
Moderado	0.90 - 0.95	0.80 - 0.85
Bajo	< 0.90	< 0.80

El IMC (**Tabla 3**) tiene una buena correlación con la masa grasa total, pero el aumento de la grasa intraabdominal se relaciona mejor con la presencia de determinados factores de riesgo y de enfermedad cardiovascular.

**Tabla 3.** Clasificación de la obesidad en adultos de acuerdo con el IMC según la OMS

Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad		
<18.5	18.5 - 24.9	25.0-29.9	Grado I 30.0-34.9	Grado II 35.0-39.9	Grado III > 40.0
IMC saludable = 24					

Podemos identificar a los niños con obesidad según la clasificación de Must y col., aquellos que presenten un valor por encima del percentil 95 (*Obesidad infantil: sus características antropométricas y bioquímicas; Pajuelo Jaime, Rocca Jesús, Gamarra Marco; Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003:64; 1; 21-26*).

## Metodología

### Hipótesis de la investigación.

Las hipótesis que vamos a barajar para realizar el estudio son:

- Una vez conocidos los percentiles de los alumnos, los que no entran dentro de la normalidad estarán relacionados con un gasto energético diario por debajo de la media del gasto energético diario correspondiente a su edad.
- El gasto energético diario será mayor en la población masculina que en la femenina, lo cual influirá negativamente en la población femenina, en la que encontraremos un mayor porcentaje de percentiles elevados.
- Los niveles de actividad física habitual disminuirán progresivamente con la edad, siendo este descenso mayor en la población femenina.
- Los niveles más altos de realización de actividad física se conseguirán en las jornadas escolares.
- Las principales barreras para no realizar actividad física estarán relacionadas principalmente con la falta de tiempo.
- Los sujetos de menor nivel de actividad física percibirán mayor número de barreras para no realizar actividad física.
- El tipo de barreras que obstaculizan la realización de actividad física serán distintas según el género y la edad.
- El valor del I.C.C. será mayor en la población masculina que en la femenina.

### Objetivos.

De manera general nuestra investigación pretende:

- Conocer el peso y la talla de una muestra representativa de alumnos y alumnas de secundaria obligatoria con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años, conociendo de esta manera el índice de masa corporal y el percentil con respecto a otros niños de su edad.
- Conocer y analizar los niveles de actividad física habitual de una muestra representativa de alumnos y alumnas de secundaria obligatoria estimando el gasto energético de la muestra estudiada.
- Identificar los factores que pueden influenciar la realización de actividad física en este sector poblacional.
- Identificar y evaluar las principales barreras percibidas como factores inhibidores de la práctica de actividad física entre los adolescentes.
- Obtener una muestra suficiente con la que poder establecer unos valores de I.C.C. válidos.

De los objetivos generales se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Conocer el porcentaje de sujetos que están fuera de los percentiles considerados como normales para la población a estudio.
- Conocer si existe relación entre el grado de actividad física y el percentil obtenido por cada alumno.
- Clasificar a la población estudiada en activa, moderadamente activa, inactiva y muy inactiva, según el gasto energético.

- Obtener las bases para una futura actuación que tenga como propósito el variar los hábitos de vida y de actividad física en los alumnos que no cumplan los percentiles establecidos como normales.
- Analizar si otros marcadores, como las horas dedicadas al ocio tecnológico o al estudio, pueden tener influencia en el nivel de actividad física habitual de los adolescentes.
- Valorar la influencia de la familia en el grado de actividad física de cada uno de los alumnos estudiados.
- Establecer las bases para una futura actuación de enfermería con el fin de “educar” a las familias en el terreno de la actividad física y la obesidad.
- Valorar la posible relación entre los valores de I.C.C. y los percentiles.

### Muestra del estudio.

El universo de población está formado por los alumnos que forman parte de los centros estudiados con una edad comprendida entre 12 y 16 años (por lo que cursarán entre 1º y 4º de la E.S.O.) y que presenten el pertinente permiso paterno.

Los centros estudiados son:

- El colegio El Vedat de Torrent, de donde hemos obtenido la muestra de la parte masculina del estudio.
- El colegio Santa Ana de Albal, de donde hemos obtenido la muestra femenina del estudio.

El total de alumnas estudiadas es de 23 niñas con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años (Tabla 4).

**Tabla 4. Distribución de la población femenina estudiada según la edad.**

Edad	n
12	3
13	8
14	4
15	4
16	4
<b>Total</b>	<b>23</b>

En cuanto a la población masculina el total de alumnos estudiados es de 204 niños con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años (Tabla 5).

**Tabla 5. Distribución de la población masculina estudiada según la edad.**

Edad	n
12	41
13	59
14	39
15	58
16	7
<b>Total</b>	<b>204</b>

El nivel socioeconómico de los colegios se corresponde a un nivel medio-alto.

## Resultados

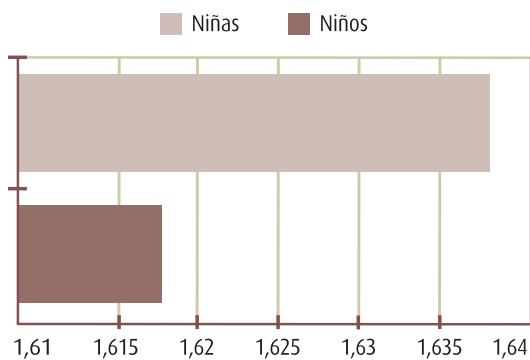
### Comparativa entre niños/as de 12 años.

- El peso medio de los niños es de 46,44 kg, mientras que el de las niñas es de 48,2 kg. (Ilustración 1).
- La talla media de los niños es de 157 cm, mientras que la de las niñas es de 158 cm.
- Dichos datos nos dan un I.M.C. medio en los niños de 18,5 kg/m<sup>2</sup> mientras que en las niñas es de 19,13 kg/m<sup>2</sup>.
- Los percentiles resultantes son 49,13 en los niños y 68,5 en las niñas.

### Comparativa entre niños/as de 13 años.

- El peso medio de los niños es de 51,47 kg, mientras que el de las niñas es de 55,65 kg.
- La talla media de los niños es de 162 cm, mientras que la de las niñas es de 164 cm. (Ilustración 2).
- Dichos datos nos dan un I.M.C. medio en los niños de 19,4 kg/m<sup>2</sup> mientras que en las niñas es de 20,49 kg/m<sup>2</sup>.
- Los percentiles resultantes son 53,1 en los niños y 62,1 en las niñas.

**Ilustración 2.**  
Relación de talla entre sexos a los 13 años



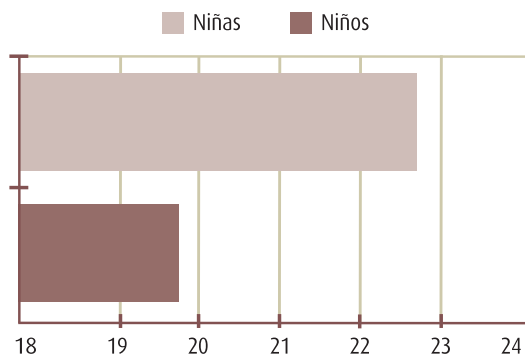
### Comparativa entre niños/as de 14 años.

- El peso medio de los niños es de 59,6 kg, mientras que el de las niñas es de 60,02 kg.
- La talla media de los niños es de 170 cm, mientras que la de las niñas es de 160 cm.
- Dichos datos nos dan un I.M.C. medio en los niños de 20,23 kg/m<sup>2</sup> mientras que en las niñas es de 23,21 kg/m<sup>2</sup>. (Ilustración 3).
- Los percentiles resultantes son 53,1 en los niños y 82,45 en las niñas.

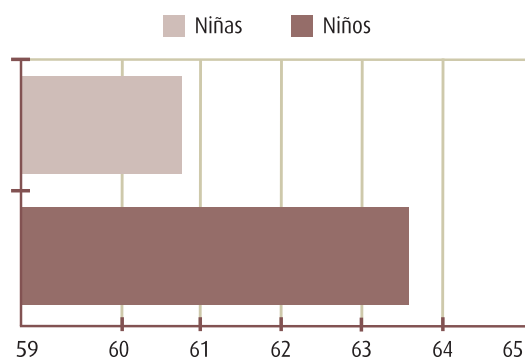
### Comparativa entre niños/as de 15 años.

- El peso medio de los niños es de 59,6 kg, mientras que el de las niñas es de 60,02 kg. (Ilustración 4).

**Ilustración 3.**  
Relación de I.M.C. entre sexos a los 14 años



**Ilustración 4.**  
Relación de peso entre sexos a los 15 años

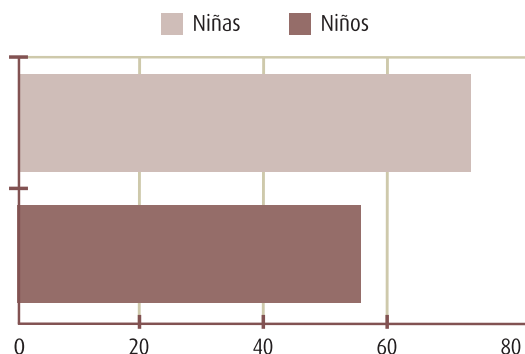


- La talla media de los niños es de 170 cm, mientras que la de las niñas es de 160 cm.
- Dichos datos nos dan un I.M.C. medio en los niños de 20,23 kg/m<sup>2</sup> mientras que en las niñas es de 23,21 kg/m<sup>2</sup>.
- Los percentiles resultantes son 53,1 en los niños y 82,45 en las niñas.

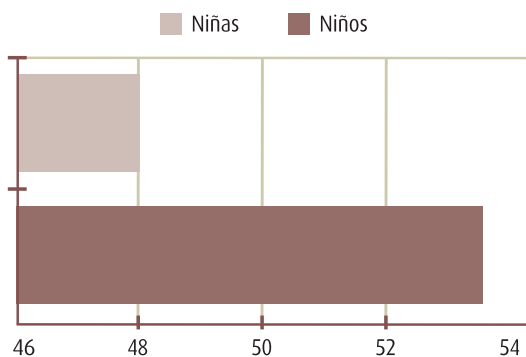
### Comparativa entre niños/as de 16 años.

- El peso medio de los niños es de 71,6 kg, mientras que el de las niñas es de 64,3 kg.
- La talla media de los niños es de 178 cm, mientras que la de las niñas es de 165 cm.
- Dichos datos nos dan un I.M.C. medio en los niños de 22,4kg/m<sup>2</sup> mientras que en las niñas es de 23,4 kg/m<sup>2</sup>.
- Los percentiles resultantes son 62,5 en los niños y 77,25 en las niñas. (Ilustración 5).

**Ilustración 5.**  
Relación de percentiles entre sexos a los 16 años



**Ilustración 6.**  
Actividad diaria en niños y niñas de 12-16 años



### Clasificación según el nivel de actividad física.

Para clasificar a los sujetos según su nivel de actividad física habitual utilizamos dos criterios:

- Clasificaremos a los sujetos según el gasto medio registrado en METs, transformando el tiempo de realización de una actividad y teniendo en cuenta su intensidad, clasificándolos en cuatro las ya citadas.
- La segunda forma de clasificar a la muestra será mediante la suma de tiempo que invierten los sujetos en actividades moderadas y vigorosas y posteriormente comprobar si cumplen las recomendaciones de cantidad de ejercicio expuestas por la comunidad científica. Este criterio considerará a los sujetos como activos o inactivos.
- Para que la muestra seleccionada sea equitativa, se realiza una selección al azar de los niños entrevistados con el fin de equiparar la cantidad de niñas entrevistadas. Con la comparación de los datos entre sexos obtenemos que si bien los resultados son muy parejos, la manera de obtenerlos es muy distinta:
  - La muestra masculina obtiene la mayor parte en de sus METs por medio del deporte.
  - La muestra femenina, en cambio, sobre todo los fines de semana obtiene sus METs saliendo con los amigos/as.
  - La media del gasto calórico diario en de 51,3 Kcal/Kg/día. (Ilustración 6).
  - La media del gasto calórico el fin de semana es de 61,105 Kcal/Kg/día. (Ilustración 7).

### Conclusiones

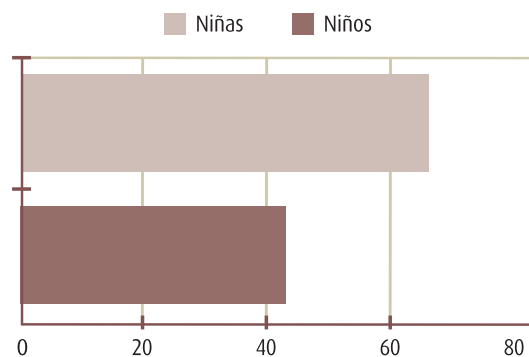
Tras la realización de este trabajo, podemos concluir, que el porcentaje de sobrepeso y obesidad de la población estudiada y en las condiciones estudiadas, se encuentra por debajo de la media referida la bibliografía.

También cabe destacar que el nivel de actividad se encuentra por encima de los valores habituales. El motivo de estos valores, como describe la bibliografía, puede deberse a la época del año en la que se han hecho las encuestas para valorar la actividad física (primavera).

No hemos encontrado una correlación significativa entre el grado de actividad física y la presencia de sobrepeso u obesidad, sin embargo, cabe destacar que los valores adquiridos sugieren la actividad física como uno de los factores importantes en la adquisición futura de esta enfermedad.

Como hemos explicado a lo largo de este estudio, el sobrepeso de hoy se convertirá en el obeso de mañana. Factores como la alimentación y la actividad física pueden llegarse a modificar con el fin de adquirir unos hábitos de

**Ilustración 7.**  
Actividad fin de semana en niños y niñas de 12-16 años



vida saludables y evitar de este modo llegar a los límites del sobrepeso o la obesidad.

### Bibliografía

1. Aranceta, Javier. Obesidad infantil y factores determinantes. Estudio Enkid. Unidad de Nutrición Comunitaria. Subárea Municipal de Salud Pública. Bilbao. Dietética y Nutrición Humana. Universidad de Navarra. 2006.
2. Asociación Española de Pediatría. Obesidad infantil. InfoFAMILIA. 1-3. 2008.
3. Bar - Or, Oded. La actividad física y el entrenamiento físico en los niños obesos. PubliCE Standard. 544.2005.
4. Chueca, M., Azcona C., Oyarzábal M. Obesidad infantil. Unidad de Endocrinología Pediátrica. Clínica Universitaria. Pamplona.
5. Cueto Espina, A; Guillén Solvas J.F. Medicina preventiva y salud pública: Obesidad. Ediciones paradigma. 2.60.906-922.1993.
6. Gussinyé Canabal, Sandra. Tesis doctoral: Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil "niños en movimiento". Universidad autónoma de Barcelona. 2005.
7. Guyton, A.C. Tratado de fisiología médica. Editorial Interamericana. 1.73.1068-1071.1977.
8. Matthew M. Davis, MD, MAPP, Katherine McGonagle, PhD, Robert F. Schoeni, PhD, and Frank Stafford, PhD. Grandparental and Parental Obesity Influences on Childhood Overweight: Implications for Primary Care Practice. Family Obesity Influences on Childhood Overweight. 21.6. 549-554.2008.
9. Ministerio de sanidad y consumo de España Campaña contra la obesidad infantil del 2006. Causas obesidad infantil. 2006.
10. Pajuelo Jaime, Rocca Jesús, Gamarra Marco. Obesidad infantil: sus características antropométricas y bioquímicas. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 64.1.21-26.2003.
11. Perula de Torres, Luis Angel. Lluch, Concepción. Ruiz Moral, Roger. Espejo Espejo, José. Tapia, Genoveva. Mengual Luque, Pedro. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos de vida en escolares cordobeses. Rev. Esp. Salud Pública. 72. 3. 233-244.1998.
12. Remesal Cobreros, Raquel. Tesis doctoral: Aspectos de la obesidad infantil. Universidad de Sevilla. 2002.
13. Rubio, M.A. Salas-Salvadó, J. Barbany, M. Moreno, B. Aranceta, J. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. 7-48.2007.
14. Salleras, L, Serra Majem L. Medicina preventiva y salud pública: Obesidad Ediciones paradigma. 3.81.1253-1262.1993.
15. Serra Majem Lluís, Ribas Barba Lourdes, Aranceta Bartrina Javier, Pérez Rodrigo Carmen, Saavedra Santana Pedro, Peña Quintana Luis. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid. Med Clin. 121.19.725-732.2003.
16. Serra Puyal, José Ramón. Tesis doctoral: factores que influyen la práctica de la actividad física en la población adolescente de la provincia de Huesca. Universidad de Zaragoza departamento de expresión musical, plástica y corporal. 2008.
17. Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Intervenciones para prevenir la obesidad infantil. Biblioteca Cochrane Plus. 3. 2008.
18. Vivien Gattas, Z. Gladys Barrera, A. Jose Riumallo, S. Ricardo Uauy, D. Actividad física en escolares chilenos normales y de talla baja. Rev. Chil. Pediatr. 67. 5. 212-218. 1996.

# ¿Son más propensos a incrementar su ansiedad los enfermos de cáncer de colon que tienen un mayor conocimiento sobre su enfermedad?

En la actualidad disponemos de una gran cantidad de datos que no siempre resultan fáciles de entender. Este estudio pretende valorar si el hecho de disponer de información entendible sobre la enfermedad por el paciente que sufre un cáncer de colon afecta a su ansiedad. Realizamos un estudio transversal mediante un cuestionario que evalúa a 35 pacientes tratados en el Hospital General Universitario de Valencia, valorando el conocimiento que tienen sobre su patología y su nivel de ansiedad. El estudio compara las variables que definen el nivel de conocimiento frente a la ansiedad, obteniendo un valor significativo ( $p < 0,006$ ) indicando que a más comprensión de la información, menor es la ansiedad. Como verificación adicional, se comparan las variables demográficas frente a las de conocimiento y ansiedad. En los únicos casos en los que observamos relación entre conocimiento y variables demográficas es en el caso del nivel de estudios y la edad ( $p < 0,01$ ).

## Introducción y objetivos

El cáncer es una patología cada vez más frecuente en nuestra sociedad, aumento que ha ido de la mano del incremento de la longevidad de las personas y acompañado de mejoras tanto en la calidad como en la esperanza de vida [1]. Actualmente el cáncer de colon es una patología no sólo frecuente, sino en crecimiento y con una importante prevención secundaria en auge para su detección precoz.

Cuando un paciente recibe una información con tanto impacto psicológico y emocional como conlleva un diagnóstico de cáncer, surge una necesidad generalizada de búsqueda de información, y en el individuo se producen diferentes reacciones [2], generándose tanto al paciente como a su familia importantes cambios en sus vidas con afectación no sólo física sino también psicológica.

Con el presente estudio pretendemos analizar si la información lleva al paciente al desánimo o por el contrario hace al enfermo optimista y participe en la toma de decisiones sobre las actuaciones médicas y su tratamiento. Esto nos lleva a tener que partir de la base de que, aunque los médicos son una fuente aceptada y respetada de información, no son la única, llegando incluso a decir que, en ocasiones, no son ni siquiera la principal. Como se nos muestra [3] [4], destaca cada vez más la utilización de Internet como instrumento para la búsqueda de información en casos de enfermedad y en especial de enfermedades que presentan un alto contenido emocional. Basta mencionar que en las búsquedas por internet, el cáncer se sitúa en el tercer lugar en cuanto a información buscada [5].

Algunos autores afirman en términos generales, que los pacientes que no han sido informados adecuadamente sufren mayor ansiedad y estrés [6]. En el enfermo de cáncer, la ansiedad se presenta como sensación de amenaza contra

su vida, miedo al dolor y sufrimiento o temor al rechazo ante los cambios corporales que habrá de sufrir.

El término ansiedad, se asocia con un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza. Sobre el origen de la ansiedad, las posiciones científicas apuntan la existencia de causas biológicas, psicológicas y del medio ambiente que determinan su aparición. La influencia de los estados emocionales en la salud es muy importante, pudiendo afectar en factores como la confianza y perseverancia en los hábitos saludables, el funcionamiento fisiológico, la búsqueda de atención médica y la identificación de síntomas [7].

## Objetivos

El objetivo principal de nuestro estudio es analizar la relación entre conocimiento y ansiedad, planteando la hipótesis de trabajo **¿Tienen los pacientes con un mayor grado de conocimiento menor riesgo de sufrir ansiedad?**

Como objetivos secundarios pretendemos:

1. Analizar el grado de comprensión del paciente de las diferentes informaciones que le llegan y su relación con su perfil socio-demográfico.

**María Soledad Dolado Momblona**  
Hospital Malvarrosa de Valencia  
**Ignacio Blanquer Espert**  
Instituto de Instrumentación para Imagen Molecular, Univ. Politèc. de València  
**Pedro José Esclápez Valero**  
Enfermería, Escuela Univ. de Enfermería y Podología, Univ. de Valencia

**Palabras Clave:** Cáncer de colon, Ansiedad, conocimiento, información.

Con el presente estudio pretendemos analizar si la información lleva al paciente al desánimo o por el contrario hace al enfermo optimista y participe en la toma de decisiones sobre las actuaciones médicas y su tratamiento.

El término ansiedad, se asocia con un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza.

2. Estudiar el impacto del conocimiento e información en la ansiedad y su relación con el perfil socio-demográficos para caracterizar al paciente.
3. Estudiar si el exceso o defecto de información tiene un impacto en la ansiedad del paciente.

## Material y métodos

Se ha realizado un estudio transversal mediante una encuesta pasada durante el primer trimestre de 2010, sobre una muestra de 39 pacientes, quedando reducida a 35 tras la aplicación de los criterios de exclusión descritos más adelante, y obtenida entre pacientes de la Unidad de Oncología del Hospital General de Valencia. Para la selección de los casos utilizamos un modelo de muestreo aleatorio, sin reposición por conglomerado.

Se toman como criterios de pertenencia o inclusión los siguientes: Ser paciente en tratamiento por dicha unidad; tener un diagnóstico de cáncer colorrectal; y haber sufrido ya el proceso quirúrgico o haber pasado el primer ciclo de quimioterapia para reducción previa del tumor para garantizar que el paciente ha tenido tiempo de buscar información sobre su caso. Se toman como criterios de exclusión la incapacidad manifiesta de entender las preguntas del cuestionario o el haber sido tratado por alguna unidad de salud mental.

La encuesta consiste en un conjunto de preguntas con respuestas cerradas y otras preguntas de respuestas abiertas, que se utilizaran de control sobre las cerradas. Atendiendo a nuestro objetivo de medir el conocimiento, y su reflejo en la ansiedad, y al hecho de que no ha sido posible encontrar un cuestionario estándar que ya contuviera preguntas con este mismo propósito, proponemos utilizar una encuesta desarrollada en este trabajo (**anexo 2**) que se estructura en tres partes:

- a) Variables socio-demográficas. Caracterizan a la población por sexo, estudios, edad, estado civil y ocupación.
- b) Variables sobre el conocimiento. Miden el grado de comprensión y la percepción de esa comprensión por el paciente, así como identificar las fuentes, evaluando el conocimiento como una puntuación entre 0 y 4.
- c) Variables sobre la ansiedad: Se toma como base la escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADG) y se adapta al caso de la enfermedad, midiendo la ansiedad como máximo con 6 puntos.

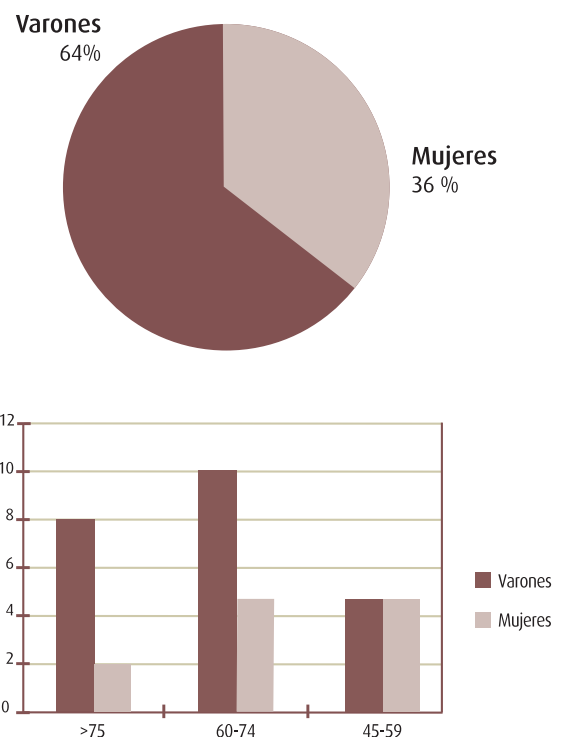
La entrevista se realiza individualmente a cada paciente. Los datos los registramos de forma anonimizada sin que además ninguna de las variables recogida tenga suficiente detalle para permitir la reidentificación de los sujetos. Los pacientes no tienen riesgos potenciales, por el hecho de participar en el presente estudio y por tanto no es necesario consentimiento informado.

Para estos estudios estadísticos comparativos de nuestras variables cualitativas, hemos utilizado tablas 2x2 y 2x3 y el valor de significación lo obtenemos mediante las pruebas  $\chi^2$  y la prueba exacta de Fisher. Para los cálculos hemos utilizado el programa Microsoft Excel 2007.

## Resultados

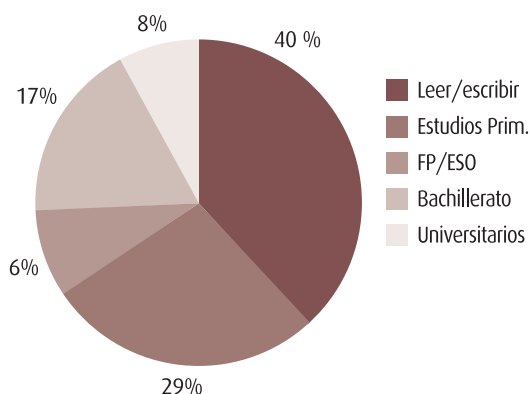
La muestra de nuestro estudio se asemeja (**figura 1**) bastante a otros estudios de la literatura y a la población a la que se refiere [8]. Hay una frecuencia bastante similar en cuanto edad y sexo. Esta patología tiene una incidencia que se dispara a partir de los 70-74 años, duplicando la tasa de la población masculina con respecto a la femenina. En la muestra no se ha encontrado ningún caso por debajo de los 45 años, aunque dado el tamaño de la muestra (35) y la incidencia en la población total de esta enfermedad (3%), esto no presenta ningún sesgo.

Figura 1.  
Distribución por sexo y edad de la muestra



En cuanto al nivel de estudios de la población (figura 2), factor importante a la hora de evaluar el conocimiento y la capacidad de acceso a la información que tendrán los pacientes de la muestra, se observa que aproximadamente un 25% de la muestra tiene estudios de superiores a formación primaria o básica. Este resultado es razonable atendiendo a la edad de la muestra, y comparándolo con el estudio del INE [9] sobre el nivel educativo de la población, que cifraba en el año 2000 en un 15,79% el porcentaje de españoles con educación secundaria o superior, en el rango de edad de 55-64 años, rango que se correspondería en nuestro estudio con el de 65-74 años. El INE no muestra datos de población de edad superior, pero analizando los estudios retrospectivos (p.e. en 1992) este porcentaje decrece, lo que daría a entender que en el rango de mayor de 75 años, el nivel educativo es lógicamente inferior.

**Figura 2.**  
Nivel de estudios de los pacientes de la muestra



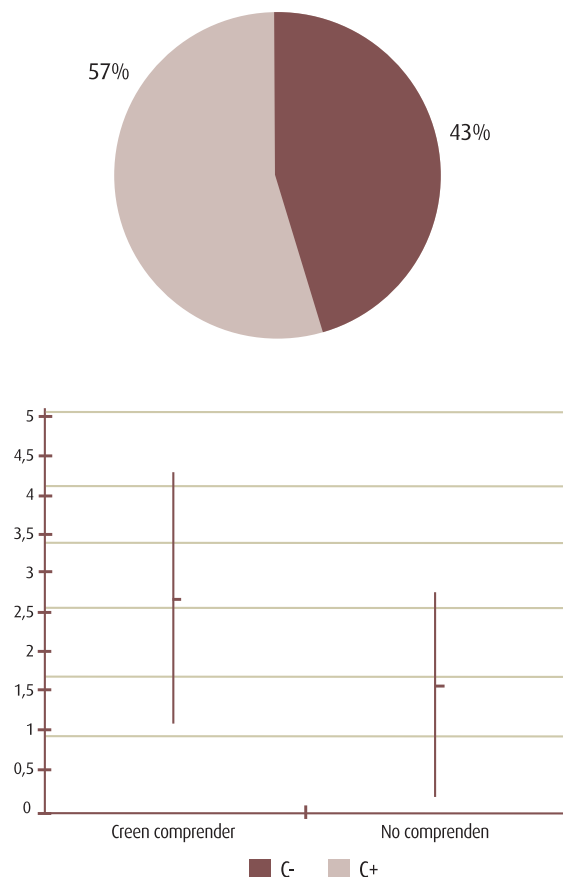
Para evaluar de forma efectiva el conocimiento de los pacientes entrevistados (figura 3) se procede a realizar una sencilla evaluación solicitando a los pacientes, que indiquen de entre 10 palabras, cuatro que consideren relacionadas con la enfermedad. Este apartado presenta 5 palabras con relación (Metástasis, Maligno, Radioterapia, Colonoscopia, Pólipos), 2 palabras más relacionadas con oncología pero no con cáncer de colon (melanoma, adenoma) y 3 relacionadas con términos médicos (epidemia, dermatitis, infección). Se calcula el indicador de esta variable sumando 1 punto por cada palabra correcta y restando medio punto por cada error (aciertos - errores/2). Se fija el umbral de conocimiento positivo en 2.

Se pregunta a los pacientes si creen conocer su patología, de forma independiente a la evaluación real del conocimiento. El conocimiento medio de la muestra es de  $2,314 \pm 0,558$ . El 57% de los pacientes muestran un conocimiento real (puntuación mayor o igual que 2) frente al 43% que

Es interesante comprobar que los pacientes con una percepción positiva de su conocimiento tienen de media un valor superior de la puntuación del conocimiento (2,688), frente a los que tienen una percepción negativa (1,5).

no lo alcanzan. Los grupos con conocimiento positivo y negativo presentan una variabilidad similar (media de  $3,55 \pm 0,354$  para el grupo con puntuación superior o igual a 2 y una media de  $0,667 \pm 0,319$  para el grupo con puntuación inferior a 2). En la figura se muestra la media y desviación típica de la puntuación para los pacientes que tenían una percepción positiva de su conocimiento frente a los que tenían una percepción negativa.

**Figura 3.**  
Conocimiento obtenido con respecto a la percepción del conocimiento

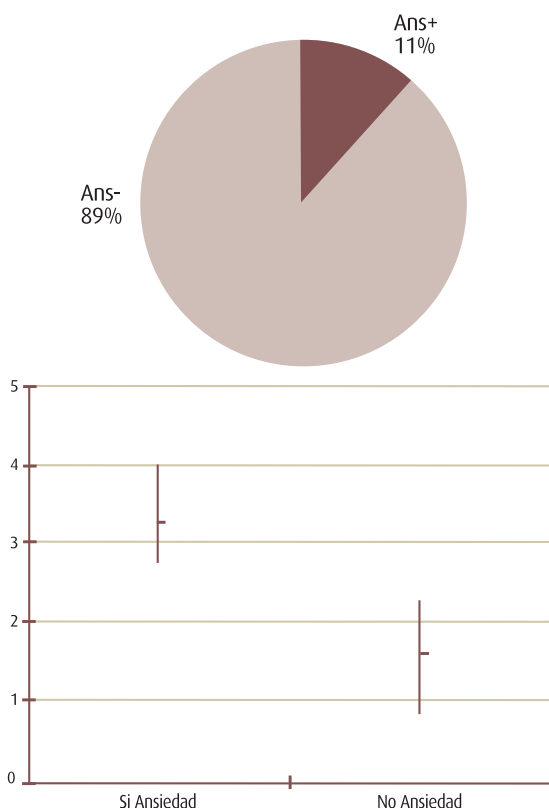


El estudio de la ansiedad se ha realizado adaptando la escala de Goldberg para analizar un contenido equivalente evitando preguntas que puedan estar influidas por los efectos secundarios del tratamiento.

Es interesante comprobar que los pacientes con una percepción positiva de su conocimiento tienen de media un valor superior de la puntuación del conocimiento (2,688), frente a los que tienen una percepción negativa (1,5). Además, la variación (desviación típica) de la puntuación en la población con una percepción negativa es inferior (1,225) a la obtenida en la población con percepción positiva (1,634), lo que denota que la percepción negativa se asemeja más a la realidad.

El estudio de la ansiedad (figura 4) se ha realizado adaptando la escala de Goldberg para analizar un contenido equivalente evitando preguntas que puedan estar influidas por los efectos secundarios del tratamiento. Cada una de las 6 preguntas del apartado de ansiedad aporta hasta 1 punto al total. El límite de ansiedad, al igual que en las escalas en las que se inspira la utilizada en este estudio, se fija en 3 (valores iguales o superiores a 3 se definen como ansiedad positiva).

Figura 4.  
Ansiedad observada en la muestra



Como se puede observar, ambos colectivos se encuentran claramente diferenciados y no existe ningún solape. Tan sólo 4 (11%) de los casos presentan un valor positivo con respecto al test de ansiedad. La ansiedad media de toda la muestra:  $1,76 \pm 0,329$ , siendo la ansiedad media de los pacientes con ansiedad positiva (valor mayor o igual a 3 en el total de las seis preguntas de ansiedad)  $3,34 \pm 0,786$  y la ansiedad media de los pacientes con ansiedad negativa (valor menor de 3 en el total de las seis preguntas de ansiedad)  $1,56 \pm 0,286$ .

## Conclusiones

En esta sección se analizan los resultados obtenidos en este trabajo comparándolos con resultados obtenidos por otros autores. Resumidamente (anexo 1), los resultados señalados se corresponden con el mayor conocimiento por las personas con estudios superiores ( $p < 0,01$ ) y el menor riesgo a sufrir ansiedad por los pacientes con mayor conocimiento ( $p < 0,006$ ).

Nuestras dos variables principales de estudio son el conocimiento y la ansiedad. Respecto al conocimiento, sólo hemos encontrado una relación significativa entre edad y nivel de estudios. Estos resultados coinciden con los obtenidos en la encuesta sobre el grado de conocimiento del cáncer colorrectal entre la población española [10] en general (no únicamente de personas que sufren la patología de cáncer colorrectal). En este estudio se analizó el conocimiento de la enfermedad, tratamiento y prevención mediante diferentes preguntas. En concreto coincide con nuestro estudio en que las personas de menor edad (35 a 49 años) muestran un mayor conocimiento espontáneo (conocen los términos sin que se les presenten) de la enfermedad de cáncer colorrectal, asimismo como las personas con un nivel de estudios medio-alto (secundarios o universitarios). Nuestra apreciación es que este comportamiento es el esperado por el acceso a más fuentes de información y la adaptación a las nuevas tecnologías (presentan mayor capacidad para acceder a la información por Internet, tercera fuente consul-

Nuestras dos variables principales de estudio son el conocimiento y la ansiedad. Respecto al conocimiento, sólo hemos encontrado una relación significativa entre edad y nivel de estudios. Estos resultados coinciden con los obtenidos en la encuesta sobre el grado de conocimiento del cáncer colorrectal entre la población española en general

tada en temas de salud [3][4]). Igualmente, la comprensión de los términos y técnicas utilizada es aparentemente más fácil de asimilar en personas con más formación.

En cuanto a la ansiedad, aparecen relaciones significativas con el sexo, la enfermedad previa y el nivel de conocimiento. En cuanto a la relación entre ansiedad y sexo, aparece una mayor prevalencia en los hombres, pero siendo ésta una enfermedad con mayor incidencia en hombres, no le prestamos una especial atención a este factor.

Para evitar sesgos en nuestros estudios, además de los análisis mostrados en el artículo se estudiaron las correlaciones entre ansiedad, enfermedad previa, conocimiento y otros factores. Únicamente se encuentra una relación cercana a la significación entre el hecho de haber sufrido un episodio previo de enfermedad oncológica y el riesgo de padecer ansiedad. Esta relación se ha constatado en diferentes estudios [11][12], en los que los pacientes que sufren una recidiva pasan a considerar su enfermedad como recurrente y crónica.

Finalmente, verificamos la hipótesis principal de nuestro estudio, al encontrar una relación significativa ( $p < 0,006$ ) entre un menor riesgo a sufrir ansiedad por parte de las personas que disponen de un mayor nivel de conocimiento. Esta relación se corrobora en otros estudios [13] que concluyen que en general se observa una disminución de la ansiedad cuando los pacientes reciben una mayor información sobre su enfermedad y el tratamiento.

## Bibliografía

1. Consellería de Sanitat, Generalitat Valenciana, (2005). *Memoria del Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana 2002 - 2004*. Ed. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. ISBN 84-482-4088-X
2. *Tengo cáncer. ¿Y ahora qué?* Portal de Salud Saber Vivir, consultado el 10 de enero de 2010, <http://www.sabervivir.es/contenido.php?seccion=348>
3. Louro González, Arturo. *El médico y el paciente en los próximos años. Apuntes para el debate en torno a la relación médico-paciente en los próximos años*. Consultado en Septiembre de 2010, [http://www.fisterra.com/human/7medico/medi\\_pac.asp](http://www.fisterra.com/human/7medico/medi_pac.asp).
4. Pérez Romasanta, Luis Alberto; Pérez, Pilar; Vázquez, María Luisa; Alonso, Ana; Canteli, Mercedes; Marcos, Pilar; Caeiro, Manuel; Carballo, Esther; Nieto, Iñigo; Montero, Elena y Muñoz, Víctor. (2005). *Utilización de internet como vía de información médica para el paciente sometido a radioterapia: revisión y presentación de un proyecto de estudio*. *Psicooncología*. Vol. 2, Núm. 1, 2005, pp. 91-102.
5. *La relación médico paciente: ¿Un nuevo dilema bioético?* Consultado en Septiembre de 2010. <http://www.monografias.com/trabajos33/medico-paciente-internet/medico-paciente-internet.shtml>
6. Castillo Sánchez, M. D.; Gea Rodríguez, L.; León Espinosa de los Monteros, M. T.; Ceballos Atienza, R. y De Cruz Benayas, M. A. (2001). *Actitudes ante la información del diagnóstico de cáncer*. *Medicina General* 2001; 35: 521-526.
7. Barra, E.; Cerna, R.; Kramm, D. y Vélez, V. (2004). *Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes*. *Terapia Psicológica*, 24, 55-61.
8. Xunta de Galicia (2003) Evaluación de la eficacia y efectividad del cribado poblacional del cáncer colorrectal. Aplicabilidad en el Sistema Nacional de Salud. Consultado Abril de 2011, <http://www.sergas.es/gal/servicios/docs/AvaliacionTecnoloxias/cribado-cancer-colorrectal-INF2003-02.pdf>
9. Instituto Nacional de Estadística (2008), Indicadores sociales. Consultado Abril de 2011. <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales08/sociales.htm>
10. Europacolonespana (2007) *Encuesta sobre el Grado de Conocimiento del Cáncer Colorrectal entre la Población Española. Informe de Resultados*. Consultado en Octubre 2010, [www.europacolonespana.org/informe-encuesta.pdf](http://www.europacolonespana.org/informe-encuesta.pdf).
11. Northouse LL, Mood D, Kershaw T, et al.: *Quality of life of women with recurrent breast cancer and their family members*. *J Clin Oncol* 20 (19): 4050-64, 2002
12. Instituto Nacional del Cáncer, (2010) *Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ®)*. Consultado en Octubre 2010, [http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/HealthProfessional/allpages/print#Section\\_1](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/HealthProfessional/allpages/print#Section_1).
13. Ray Jones, Janne Pearson, Sandra McGregor, Alison J Cawsey, Ann Barrett, Neil Craig, Jacqueline M Atkinson, W Harper Gilmour, Jim McEwen. (1999). *Randomised trial of personalised computer based information for cancer patients*. *Information in practice*. *BMJ* 1999; 319 : 1241.

## ANEXO 1 Resumen de los resultados obtenidos tras el análisis inferencial

	Conocimiento Alto		Ansiedad Positiva			
	Valor	%	Significación	Valor	%	Significación
<b>SEXO</b>						
Mujer	7	(58%)		0	(0%)	
Varón	13	(57%)	0,92	4	(17%)	0,035
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>						
Básica	10	(91%)		0	(0%)	
Sup	10	(42%)	0,007	4	(17%)	0,20
<b>ENFERMEDAD PREVIA</b>						
No	14	(54%)		2	(8%)	
Si	6	(67%)	0,40	2	(22%)	0,08
<b>NIVEL CONOC.</b>						
Sí Conoc.				0	(0%)	
No Conoc.				4	(33%)	0,035

## ANEXO 2 Encuesta utilizada

DP0. Sexo: V / M

DP1. Nivel de estudios: a) Leer y escribir, b) Estudios primarios, c) FP o ESO, d) Bup o Bachillerato, e) Estudios universitarios, f) Otros.

DP2. Rango de edad: a) Mayor de 75 años, b) Entre 60 y 74 años, c) Entre 45 y 59 años, d) Menor de 45 años.

DP3. Estado civil: a) Soltero, b) Casado o con pareja estable, c) Separado / divorciado, d) Viudo.

DP4. En la actualidad, ¿Cuál es su ocupación?: a) En activo, b) Ama/o de casa, c) Desempleado, d) Baja Laboral, e) Jubilado, f) Pensionista.

C01. ¿Conoce su diagnóstico? a) Sí, b) No.

C02. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad similar anteriormente?

C03. ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad psiquiátrica anteriormente?

C04. En caso afirmativo, ¿qué conoce de su diagnóstico?: a) Nombre, b) Características de la enfermedad, evolución y tratamiento. En caso afirmativo indique el nombre y las características

C05. Si conoce su enfermedad, ¿cómo la consideraría? a) Leve, b) Moderada, c) Grave, d) Muy grave, e) No sabe.

C06. ¿Conoce qué pruebas diagnosticas le han realizado y qué tratamiento le van a aplicar?

C07. ¿Cree haber entendido correctamente la información recibida? a) Completamente, b) Bastante para mi formación, c) Tengo una idea general, d) No tengo una idea clara de mi enfermedad, e) Tengo un total desconocimiento.

C08. Si se ha informado sobre su enfermedad señale cuatro palabras que estén relacionadas y conozca su significado: a) Metástasis, b) Epidemia, c) Maligno, d) Dermatitis, e) Radioterapia, f) Infección, g) Colonoscopia, h) Adenoma, i) Melanoma, j) Pólipos.

C09. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que recibió el primer diagnóstico hasta hoy? a) De uno a tres meses, b) De tres a seis meses, c) Más de seis meses, d) No lo recuerda.

C10. Ha consultado información sobre su enfermedad: a) SI, b) NO

C11. ¿Quién le ha proporcionado la información que dispone en la actualidad? (señale todas las opciones que considere importantes): a) Médico o Facultativo, b) Enfermero / a, c) Familiares / conocidos, d) Internet, e) Medios de comunicación tradicional, radio, prensa, tv, f) Revistas médicas especializadas, g) Otros medios.

C12. ¿Cuál de los medios de información anteriores le resultó más útil? (citar los dos/tres más importantes por orden de preferencia).

C13. En relación con mi enfermedad: a) No tengo interés en conocerla, b) En ocasiones siento interés, c) Frecuentemente me intereso, d) Siempre estoy interesado.

A1. ¿La información sobre su enfermedad le genera nerviosismo? a) Poco, b) A veces, c) Frecuentemente, d) Continuamente.

A2. En las ocasiones en que ha recibido información de su enfermedad, ¿ha tenido más ganas de llorar de lo habitual? a) Nunca, b) En ocasiones, c) Con frecuencia, d) Siempre.

A3. ¿Cómo afronta la enfermedad? a) Tranquilo, b) Esperanzado, c) Confuso, d) Deprimido

A4. Cuando recibe información sobre su enfermedad ¿se siente más irritable o con menor paciencia? a) Nunca, b) En ocasiones, c) Con frecuencia, d) Siempre.

A5. Cuando ha pedido información al médico, ¿ha tenido algún problema durante la noche siguiente? (marque todas las opciones que considere). a) Ninguno, b) Le cuesta más de media hora conciliar el sueño, c) Se despierta varias veces a lo largo de la noche, d) Se despierta más temprano de lo habitual (despertar precoz).

A6. ¿Tiene sensación de ahogo, mareo o tensión muscular? a) Nunca, b) En ocasiones, c) Con frecuencia, d) Siempre.

Verificamos la hipótesis principal de nuestro estudio, al encontrar una relación significativa entre un menor riesgo a sufrir ansiedad por parte de las personas que disponen de un mayor nivel de conocimiento. Esta relación se corrobora en otros estudios que concluyen que en general se observa una disminución de la ansiedad cuando los pacientes reciben una mayor información sobre su enfermedad y el tratamiento.

Oferta Exclusiva para



CLÍNICA BAVIERA  
INSTITUTO OFTALMOLÓGICO EUROPEO

902 130 100  
www.clinicabaviera.com

CIRUGÍA REFRACTIVA LÁSER | MIOPIA | HIPERMETROPIA | ASTIGMATISMO



# ¡Hasta la vista!

Libérate ya de tus gafas o lentillas mediante la Corrección Visual por Láser de Clínica Baviera

Somos la solución mejor vista para más de 300.000 pacientes. En Clínica Baviera aprovecha ya esta **promoción limitada para ti y tus familiares directos** en los tratamientos de CORRECCIÓN VISUAL POR LÁSER, **por ser miembro del Cº OF. DE ENFERMERÍA DE VALENCIA.**

Tarifas válidas hasta 31/12/12. Promoción no acumulable a otras ofertas.

**Tarifa general**  
**995 €/ojo**  
Consulta médica preoperatoria  
**75€**

**Promoción CORRECCIÓN LÁSER**  
Colegio Oficial de Enfermería de Valencia  
**De diciembre a febrero**  
**895 €/ojo**  
Consulta médica preoperatoria  
**35€**

**Tarifa**  
Colegio Oficial de Enfermería de Valencia  
**Resto del año**  
**925 €/ojo**  
Consulta médica preoperatoria  
**35€**  
*\*Excepto tratamientos Láser personalizados Z-100*



**IMPRESINDIBLE PRESENTAR ACREDITACIÓN**  
en la 1ª visita a Clínica Baviera.

**Resto de consultas y servicios**

**20% dto.\***

\*Excepto anillos y lentes intraoculares

LÍDER EN ESPAÑA EN OFTALMOLOGÍA AVANZADA

Denia. Calle Calderón, 4-6 | 966 42 61 21  
Castellón. Calle Mayor, 69 | 964 72 34 10  
Ontinyent. Avenida Daniel Gil, 27 b | 962 91 07 08  
Requena. Avenida Estación esq. Rozaleme, 1 | 962 32 30 57  
Torrent. Avenida Al Vedat, 29 Pta 1 | 961 58 09 59  
Valencia. Gran Vía del Marqués del Turia, 9 | 963 53 19 93  
Valencia. Isabel la Católica, 8 | 963 53 19 93

TARIFAS Y PROMOCIÓN VÁLIDAS SÓLO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

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



**Feliz 2012**

**Unidos por la enfermería**